

Mayara Zimmermann Gelsleichter

**ASPECTOS SOCIAIS E DE GÊNERO DA OBESIDADE EM
MULHERES NO SERVIÇO DE CIRURGIA BARIÁTRICA DO
HU/UFSC**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luciana Patrícia Zucco.

Florianópolis
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Gelsleichter, Mayara Zimmermann
ASPECTOS SOCIAIS E DE GÊNERO DA OBESIDADE EM MULHERES
NO SERVIÇO DE CIRURGIA BARIÁTRICA DO HU/UFSC / Mayara
Zimmermann Gelsleichter ; orientadora, Luciana Patricia
Zucco, 2019.
279 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro Sócio-Econômico, Programa de Pós-Graduação em
Serviço Social, Florianópolis, 2019.


Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Obesidade. 3. Cirurgia Bariátrica.
4. Gênero. 5. Feminismo Interseccional. I. Zucco, Luciana
Patricia. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. III. Título.

MAYARA ZIMMERMANN GELSLEICHTER

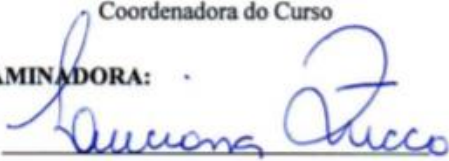
**ASPECTOS SOCIAIS E DE GÊNERO DA OBESIDADE EM
MULHERES NO SERVIÇO DE CIRURGIA BARIÁTRICA DO
HU/UFSC**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de "Mestre em Serviço Social", e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.


Florianópolis, 28 de fevereiro de 2019.

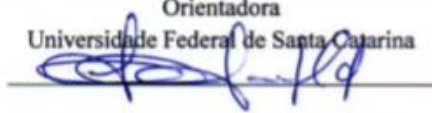
Profª. Drª Beatriz Augusto de Paiva
Coordenadora do Curso

BANCA EXAMINADORA:




Profª. Drª. Luciana Patrícia Zucco
Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina



Profª. Drª. Luciara Fabiane Sebold
Universidade Federal de Santa Catarina

Assistente Social Drª. Francielle Lopes Alves
Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina



Enfermeira Drª. Silvana Maria Pereira
Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

Às mulheres entrevistadas.

RESUMO

Esta dissertação aborda os aspectos sociais e de gênero da obesidade em mulheres no processo pré-operatório de um Serviço de Cirurgia Bariátrica. A pesquisa em questão é empírica, descritiva exploratória e de abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e contou com a participação de dez mulheres que aguardavam para a realização da cirurgia bariátrica. A entrevista semiestruturada foi utilizada para a coleta dos dados, sendo que os mesmos foram organizados mediante a análise de conteúdo. Partiu-se do pressuposto que o prevalente índice de realização de cirurgias bariátricas em mulheres aponta para aspectos sociais e de gênero. Embora as mulheres acessem mais o Serviço de Cirurgia Bariátrica, suas experiências são secundarizadas no tratamento, invisibilizando as condições sociais e de gênero durante o pré-operatório. Da mesma forma, há pouca projeção do fenômeno da obesidade e sua relação com os aspectos sociais e de gênero na literatura. A partir do feminismo interseccional, foi investigado a história da obesidade e do processo de saúde-doença narrados pelas mulheres. Os resultados demonstram que a obesidade se manifestou em meio à pobreza extrema, insegurança alimentar, violências de gênero, com destaque aos abusos sexuais, racismo, bem como, ao trabalho infantil e precarizado. Ao mesmo tempo que a obesidade se desencadeou em uma dinâmica de opressões, aprofundou tal dinâmica, ao agregar mais uma discriminação: a gordofobia. Logo, as opressões de gênero, classe, raça/etnia foram explicitadas em seu conjunto ou individualmente nas histórias de obesidade das entrevistadas. De modo geral, o acesso à cirurgia bariátrica, como um dos últimos recursos ao tratamento da obesidade, foi consequência de um conjunto de privações dos direitos humanos e das políticas públicas. Na perspectiva das mulheres, o acompanhamento pré-cirúrgico figurou como um importante acesso aos cuidados de saúde. As narrativas de destituições, aprofundadas pela dinâmica de violências de gênero e prestação dos cuidados doméstico-familiares, foram partilhadas e se constituíram em experiências de promoção do autocuidado. Suas expectativas em relação à cirurgia bariátrica visavam superar a gordofobia ao emagrecerem, e reduzir as comorbidades reconhecidamente associadas a obesidade. A pressão estética e a subvalorização dos corpos femininos explicitam a disparidade do acesso à cirurgia bariátrica. Entretanto, é a partir da gordofobia vivida pelas mulheres entrevistadas que foi possível apresentar as violações de direitos

relativas ao trabalho, vestuário, arquitetura urbana, mobiliários e transporte coletivo público. Os acessos são dificultados para as mulheres gordas que convivem cotidianamente com os limites institucionais e estruturais que as marginalizam. A importância de novos estudos na área do tratamento cirúrgico da obesidade pela ótica do feminismo, partindo de uma escuta político-feminista das experiências e realidades sociais das mulheres, se impôs como um resultado.

Palavras-chave: Obesidade, Cirurgia Bariátrica, Gênero, Feminismo Interseccional.

ABSTRACT

This dissertation discusses gender and social aspects in women with obesity in a preoperative period at one Bariatric Surgery's Service. The research is empiric, explorative descriptive and with a qualitative approach. The collect of data occurred in the "Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina" (HU/UFSC), attending the Brazilian's public health system ("Sistema Único de Saúde – SUS") and had the participation of ten women that were waiting for the bariatric surgery. A previously made questionnaire, organized with content analysis, was used in data's collect. We adopted a presupposition that the prevalent index of bariatric surgery in woman shows gender and social aspects. Thought women access more the Bariatric Surgery Service, their own experiences are thought out to be secondary in treatment process, having no eyes for gender and social conditions during the preoperative period. Furthermore, there is a lack of a literature's projection in considering those aspects in the obesity's phenomenon. The investigation over the obese women's narrative was made from a intersectional feminism's views taking in consideration the obesity's history and it's health-diseases process. The results showed that the obesity was developed in extreme poverty, food insecurity, gender violence (being highlighted sexual abuse), racism, as well as infant work or precariousness of work. At the same time obesities had triggered it self in middle of an oppression dynamics, the oppression becomes deeper when consider another discrimination: "fatphobia". Therefore, oppression of gender, social class and race/ethnicity were approached in its individual or collective issues in history from those women with obesity interviewed. Generally, the bariatric surgery access, as a last resource on treatment of obesity, was consequence of a privation from human rights and public policy. On women perspective, the pre-operative follow-up mean to their selves an important way of health care access. The narratives of destitution, deepened by the gender violence dynamics and domestic/family care, were shared and this interview by it self configured an experience of self-care. The women's expectations with bariatric surgery were to overcome the "fatphobia" and reduce their comorbidities associated with obesity. The esthetic pressure and the undervaluation from feminine bodies explain why there is a bigger access of women instead of man in bariatric surgery. However, is from "fatphobia" lived by the interviewed women that turns possible to show all the violations of working rights, costume, urban architecture, furniture and public transportation. The accesses were difficult to the fat women living day by day with intitutional

and structural limits that make them marginalized. This study showed the importance of new studies should be established in the obesity treatment field by the feminism point of view, with a political-feminist listening act of the women's social realities and experiences.

Key-words: Obesity, Bariatric Surgery, Gender, Intersectional Feminism.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – IMC em mulheres adultas maiores de 18 anos, segundo a OMS, em 2016	53
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Levantamento bibliográfico nos principais bancos de dados nacionais em setembro de 2017	33
Tabela 2 - Classificação do sobrepeso e da obesidade pelo Índice de Massa Corporal (IMC)	46
Tabela 3–Referente aos dados de sexo, situação afetiva, quantidade de filhas/os e netas/os.....	77
Tabela 4 - Referente aos dados de naturalidade, local de moradia, idade, raça/etnia.....	78
Tabela 5 - Dados referentes à religião, escolaridade e trabalho	83
Tabela 6 - Acompanhante durante a internação cirúrgica e no pós-cirúrgico.....	212

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABESO** - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica
- ABRASCO**- Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- APAE** - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
- APS** - Atenção Primária em Saúde
- BDTD** - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
- BMI** - *Body Mass Index*
- BPC** - Benefício de Prestação Continuada
- BVS** – Biblioteca Virtual em Saúde
- CAPES** - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CentroPOP** - Centro de Referência Especializado para Pessoa em Situação de Rua
- CEPON** - Centro de Pesquisas Oncológicas
- CEPSH** - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- CONADE** - Conselho Nacional de Desenvolvimento
- CONANDA** - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
- CONSEA** - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
- CREAS** - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- CT** - Conselho Tutelar
- CTPS** - Carteira de Trabalho e Previdência Social
- DCNT** - Doença Crônica Não-Transmissível
- DHAA** - Direito Humano à Alimentação Saudável
- ECA** - Estatuto da Criança e do Adolescente
- EUA** – Estados Unidos da América
- FAO** – *Food and Agriculture Organization*
- FA** - *Fat Admire*
- FAMERP** - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
- HU** - Hospital Universitário
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IMC** - Índice de Massa Corpórea
- IML** - Instituto Médico Legal
- INDEC** - Instituto Nacional de Estatísticas e Censos
- INSS** - Instituto Nacional do Seguro Social
- LC** - Linha de Cuidado
- MDS** - Ministério do Desenvolvimento Social
- MS** - Ministério da Saúde
- MSGI** - *Minimum Set of Gender Indicators*

OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial da Saúde
PAEFI - Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PBF - Programa Bolsa-Família
PL - Projeto de Lei
PMC - Programa Melhor em Casa
PMSJ - Prefeitura Municipal de São José
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAS - Política nacional de Assistência Social
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
PPG - Programa de Pós-Graduação
PR - Paraná
PUCRio - Universidade Católica do Rio de Janeiro
RAS - Rede de Atenção em Saúde
REF – Revista de Estudos Feministas
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos
RIMS - Residência Integrada Multiprofissional em Saúde
SBCBM - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
SC - Santa Catarina
SCIELO - *Scientific Eletronic Library*
SIEMPRO - Sistema de Informações e Monitoramento de Programas Sociais
SISREG - Sistema Nacional de Regulação
SISVAN - Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional
SNPDCS - Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente
IDEST - Instituto de Desenvolvimento Sustentável
SPA - Substâncias Psicoativas
SSO - Serviço Social
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCR - Trabalho de Conclusão de Residência
TFD - Transporte Fora de Domicílio
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UICI - Unidade de Internação Cirúrgica I
UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL - Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	27
1.1	CONSTRUÇÃO DO OBJETO.....	28
1.2	O OBJETO NA LITERATURA.....	31
1.3	NOTAS INTRODUTÓRIAS SOBRE OS ASPECTOS SOCIAIS E DE GÊNERO DA OBESIDADE.....	39
1.4	A POLÍTICA DE ALTA COMPLEXIDADE À PESSOA COM OBESIDADE	44
1.5	A POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER	49
2	REFERENCIAL TEÓRICO	51
2.1	SAÚDE, OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA	51
2.2	MULHERES NO PLURAL, FEMINISMOS E OS DESDOBRAMENTOS DA INTERSECCIONALIDADE	58
2.3	A GORDOFOBIA COMO PAUTA DOS FEMINISMOS CONTEMPORÂNEOS.....	62
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	67
4	CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES.....	77
5	ASPECTOS SOCIAIS E DE GÊNERO DA OBESIDADE: A NARRATIVA DAS MULHERES	93
5.1	SALETE.....	93
5.2	LUIZA.....	107
5.3	CECÍLIA.....	119
5.4	MARIA	133
5.5	ESTELA.....	145
5.6	LAURA.....	158
5.7	CATARINA.....	164
5.8	ANA.....	171
5.9	ELENA.....	182
5.10	ANTÔNIA.....	187
6	O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE: ASPECTOS SOCIAIS E DE GÊNERO DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO.....	197

6.1	OS DESAFIOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE: TRABALHO E MOBILIDADE URBANA	198
6.2	A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E O SERVIÇO DE CIRURGIA BARIÁTRICA	204
6.3	A FAMÍLIA E A REDE DE APOIO NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE	211
6.4	O ACESSO À MEDICAÇÃO NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE	213
6.5	O ACESSO À ALIMENTAÇÃO E OS DESAFIOS DA REEDUCAÇÃO ALIMENTAR.....	215
6.6	AS EXPECTATIVAS DAS MULHERES EM RELAÇÃO À CIRURGIA BARIÁTRICA.....	225
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	235
	REFERÊNCIAS.....	239
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista.....	271
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	273
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEPESH/UFSC	277

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGSS/UFSC), na área de concentração “Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social”, na linha de pesquisa “Direitos, Sociedade Civil, Políticas Sociais na América Latina”. A investigação teve como objeto de estudo *compreender os aspectos sociais e de gênero da obesidade em mulheres no processo pré-operatório de um Serviço de Cirurgia Bariátrica*. Trata-se, portanto, de uma pesquisa empírica, descritiva exploratória e de abordagem qualitativa. Seus objetivos específicos foram: caracterizar as participantes da pesquisa; situar o processo de obesidade e o acesso ao Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário (HU/UFSC) narrados por elas; apontar os desdobramentos da obesidade e da gordofobia, além de identificar as dificuldades e possibilidades do tratamento cirúrgico da obesidade.

A resposta das mulheres em vias de realizar a cirurgia bariátrica no HU/UFSC ao contato da pesquisadora foi bastante receptiva. Em geral, o processo pré-operatório demanda múltiplas consultas profissionais, todas circunscritas ao atendimento do protocolo para a realização da cirurgia (ALVES, 2010). Apesar de realizarem este acompanhamento, que as avalia como aptas ou inaptas para o procedimento, o lugar de *entrevistadas para um estudo que aborda os aspectos sociais e de gênero do (seu) processo de obesidade* representou uma valorização de suas individualidades e a possibilidade de contarem sobre suas histórias de obesidade e do acompanhamento pré-operatório para a cirurgia bariátrica. Ficou explícita a necessidade de um espaço de fala e de escuta de suas realidades.

Ressalta-se que a disponibilidade das mulheres fez com que esse estudo fosse possível e representasse uma construção coletiva de pensamento sobre questões, muitas vezes, secundarizadas no atendimento de saúde. Os estudos de gênero e teorias feministas asseguraram que as análises partissem de uma leitura crítica das suas realidades sociais, pautadas nos marcadores sociais (HENNING, 2015) de gênero, raça/etnia, classe, entre outros.

Para responder ao objetivo proposto, o trabalho foi organizado em três partes: a primeira abarcou a construção do objeto e do tema de estudo, logo, as motivações que redundaram na aproximação ao problema de pesquisa. Após, foi desenvolvido o referencial teórico e o percurso metodológico. Em seguida, foram trabalhados os resultados, assim encadeados: caracterização das mulheres entrevistadas; suas narrativas

em relação aos aspectos sociais e de gênero da obesidade, bem como, do acompanhamento pré-operatório no HU/UFSC. Para finalizar, foram apresentadas as considerações, nas quais foi possível retomar, a partir da discussão dos resultados, as questões problemas e o pressuposto que orientou o estudo

1.1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO

A construção do objeto advém de quatro aspectos transversais a minha formação humana, acadêmica e profissional. O primeiro aspecto, considerado pessoal e político (HANISCH, 2018), está relacionado à construção social de “ser” mulher. A vivência do feminino legitimou que as desigualdades sociais de gênero fossem uma realidade incompreendida desde a minha infância; me suscitou questionamentos individuais e estimulou ao exercício da reflexão sobre as injustiças sociais, sobretudo, aquelas voltadas às mulheres oprimidas interseccionalmente.

O segundo aspecto se refere a minha formação acadêmica e profissional em Serviço Social. A especialização e experiência de atuação como assistente social do Programa de Residência Integrada e Multiprofissional em Saúde (RIMS/HU/UFSC) foram determinantes para a formulação deste trabalho. A participação na equipe de Cirurgia Bariátrica, durante os anos de 2014 e 2015, demandou um aprofundamento teórico sobre a realidade presenciada com a prática profissional. Durante o período de residência foi identificado que o fato de as mulheres acessarem mais a cirurgia bariátrica não representava um dado a ser incorporado ao processo da terapêutica cirúrgica. Com isso, as experiências das mulheres, marcadas pela sua condição de gênero, eram secundarizadas durante o tratamento. Deste modo, o prevalente índice de realização de cirurgias bariátricas em mulheres correspondia a um aspecto social e de gênero pouco debatido na equipe multiprofissional.

A temática de gênero se apresenta cotidianamente nos campos de trabalho de assistentes sociais, nos quais, em geral, as análises fundamentadas nas teorias feministas são pouco visibilizadas. Tal profissão é considerada a mais feminina do Brasil desde a década de 1980 (SIMÕES, 2012), o que aponta a importância da transversalidade de gênero na atuação e produção acadêmica de assistentes sociais (LISBOA, 2010). No HU/UFSC, a presença das mulheres (profissionais e “pacientes”) era preponderante durante todo o processo de trabalho. Ou seja, as profissionais, residentes e estagiárias atendiam outras mulheres, nos quais os sentidos atribuídos às subjetividades femininas abarcavam

as demandas. Por tratar-se de um hospital escola, os espaços de supervisão e orientação eram conduzidos, também, por outras mulheres, sem que este dado fosse evidenciado durante tais atividades de ensino.

Os artigos¹ produzidos no transcorrer da Residência foram aproximações importantes para refletir sobre as dimensões da obesidade. O Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), intitulado “Quanto pesa a mulher com obesidade?”², demonstrou que há um “peso” não contabilizado na vida das mulheres pobres que vivem em condições precárias e dispõem de poucas alternativas para enfrentar os desafios cotidianos da obesidade e, principalmente, da pobreza e das desigualdades sociais de gênero, que instigaram a continuidade dos estudos no campo da saúde.

O terceiro aspecto remete à inserção no mestrado acadêmico, que possibilitou uma maior aproximação aos estudos de gênero e teorias

¹GELSLEICHTER, Mayara Zimmermann; ALVES, Francielle Lopes. Famílias, obesidade e políticas de atenção em saúde no Brasil: trabalho e cuidado no processo saúde-doença. In: Coloquio? Familias Contemporáneas – Intervenciones Contemporáneas? Familias e Nueva Matriz de Protección Social. Montevideo, 2015, p. 328-340.

ALVES, Francielle Lopes.; GELSLEICHTER, Mayara Zimmermann.; DELLA, Letícia Possamai.; CABRAL, Sheyla Beatriz; SANT HELENA, Moara Monteiro. Saúde, determinação social e obesidade: reflexões sobre sua manifestação na contemporaneidade e contribuições ao Serviço Social. In: 80 anos de Serviço Social no Brasil: 'a certeza na frente e a história na mão' - 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 2016, Olinda. <http://cbas.silvaebrisch.com.br/>, 2016.

²O artigo investigou como os estudos de gênero se apresentam na produção de conhecimento científico sobre obesidade e pobreza, a partir de um levantamento bibliográfico realizado na plataforma *Scielo online*. Tal estudo, de abordagem qualitativa, foi realizado ao longo de 2015. Para a organização e a interpretação dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo na modalidade temática. Foram identificados 13 artigos, tendo como principal resultado: a predominância dos aspectos políticos referentes à alimentação; a abordagem da obesidade através de uma leitura epidemiológica; e, as atribuições e representações de gênero. Estas se apresentaram no âmbito da família, do trabalho e em suas trajetórias de vida, assim como nas relações estabelecidas com o corpo e o alimento, aspectos paradoxais no cotidiano das mulheres pobres. Concluiu-se que os estudos de gênero aparecem de forma residual no *corpus*, sendo manifestados expressivamente em quatro revistas, nestas, assumiram significância quando se identificou a relação obesidade e pobreza a partir da leitura empreendida sobre o feminino.

feministas, principalmente ao feminismo interseccional. A interseccionalidade foi um conceito introduzido na década de 1960 por Kimberlé Crenshaw, feminista negra estadunidense. Essa abordagem demonstra que existem intersecções entre as opressões vivenciadas pelas mulheres, sejam elas de classe, gênero, raça/etnia, e que potencializam a opressão gordofóbica (RANGEL, 2017). A gordofobia é um campo de discussão que dialoga com o feminismo interseccional e um componente das opressões vividas pelas mulheres com obesidade (RANGEL, 2017; CARDOSO, COUTO; 2017).

O quarto aspecto decorre da atuação profissional, concomitante ao mestrado, como assistente social da Prefeitura Municipal de São José (PMSJ). Esta sucedeu na experiência de trabalho em três Serviços da Política de Assistência Social entre os anos de 2016 a 2018, a saber: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos (PAEFI); Casa de Acolhimento Municipal para adolescente masculino; Centro de Referência Especializado para Pessoa em Situação de Rua (CentroPOP). No primeiro Serviço, o atendimento expressivo às mulheres em situação de violação de direitos suscitou a construção de um grupo voltado às demandas sociais e de gênero como prática complementar ao atendimento prestado pelas equipes de referência. Nessa experiência, foi possível identificar, dentre outros, a insegurança alimentar vivida pelas mulheres assistidas e a desproteção social que redundou na violação de direitos. O corpo feminino como subalterno e subvalorizado figura nas diferentes políticas públicas do Estado. Assim, tanto o trabalho prestado no PAEFI, quanto a breve atuação profissional na Casa de Acolhimento e no CentroPOP revelaram opressões de gênero, classe, raça/etnia e intensificaram o interesse em projetar a voz das mulheres que são atendidas direta e indiretamente pelos Serviços ofertados pelo Estado mediante políticas públicas.

Deste modo, os quatro aspectos apresentados contribuíram para a construção do objeto de pesquisa, bem como sua reafirmação e relevância social. Nota-se que a inclusão da perspectiva de gênero nas ciências da saúde contribui para promover pesquisas voltadas às demandas mais latentes da sociedade, estimulando a promoção da igualdade de gênero e avançando na abrangência dos estudos na área da saúde (SCHIEBINGER, 2014). Enfim, cabe informar que a minha experiência com o tema da obesidade se restringe ao campo profissional e à atividade de pesquisadora, sendo este lugar de fala (RIBEIRO, 2017) sugestivo de lacunas na compreensão dos sentidos da obesidade e da cirurgia bariátrica em mulheres, inclusive, sobre a gordofobia. Isto posto, foi valorizado, sobremaneira, as narrativas das mulheres entrevistadas, uma vez que a

obesidade é a via pela qual elas realizam o tratamento cirúrgico para a redução de peso no SUS.

1.20 OBJETO NA LITERATURA

As compreensões e narrativas das mulheres sobre seu processo de obesidade, assim como o contexto social em que se encontram para acessar o tratamento integral de saúde, apresentam-se como desafios ao cotidiano de acompanhamento das equipes de alta complexidade, independentemente de serem ou não incluídos na dinâmica do serviço. Ademais, o tratamento cirúrgico da obesidade é um campo de intervenção em saúde e possibilita trabalhar as dimensões sociais da vida das mulheres que chegam ao serviço hospitalar.

Este desafio se acentua quando foram identificadas as produções bibliográficas sobre o assunto para fundamentar a discussão. Em breve levantamento bibliográfico durante o mês de setembro de 2017, mapeou-se os estudos realizados sobre os aspectos sociais da cirurgia bariátrica em mulheres. Obteve-se um panorama geral da produção de conhecimento sobre a temática, bem como as tendências do debate. Este levantamento foi realizado nos principais bancos de dados nacionais: Portal de Periódicos da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES); *Scientific Eletronic Library (Scielo)*; Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD); Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Conforme apresentado abaixo, foram utilizados três grupos de descritores para realizar a pesquisa *online*:

1. **Grupo de descritor A:** ‘cirurgia bariátrica’, ‘social’, ‘mulheres’;
2. **Grupo de descritor B:** ‘cirurgia bariátrica’, ‘social’, ‘feminino’;
3. **Grupo de descritor C:** ‘cirurgia bariátrica’, ‘social’, ‘gênero’.

A seleção dos descritores³ privilegiou os significantes correspondentes ao objeto de pesquisa, considerando a centralidade: cirurgia bariátrica; social; mulheres/feminino. Por sua vez, a utilização do descritor gênero visa explicitar discussões sobre obesidade e feminino, ancoradas nos estudos de gênero e feministas, no âmbito das ciências humanas e sociais. A seleção dos textos ocorreu a partir dos critérios de

³Das palavras chaves-utilizadas, cirurgia bariátrica, mulheres e feminino são definidas como Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

inclusão delimitados para a coleta de dados, tendo como referência o estudo de Lima e Mioto (2007), que contemplam:

- parâmetro temático relacionado ao objeto da pesquisa;
- parâmetro linguístico, sem delimitação;
- principais fontes: CAPES, *Scielo*, BDTD e BVS.
- parâmetro cronológico: sem delimitação.

De acordo com estes critérios foi construída a Tabela 1. Os registros encontrados nas bases, no total, foram 323. Os dados demonstram que há maior prevalência de estudos relacionados ao descritor B ('cirurgia bariátrica', 'social' e 'feminino'), sendo expressivos na BVS (138 trabalhos). Posteriormente, os estudos que congregam os descritores A, B e C na CAPES também se apresentam preponderantemente (101), caso comparados aos demais bancos de dados. Foi observada a diminuição de resultados encontrados na *Scielo*, apenas quatro (04) trabalhos no total, e sua ausência referente ao descritor C.

As discussões a respeito do tratamento cirúrgico da obesidade são, predominantemente, do campo das ciências da saúde, particularmente, escritas por algumas profissões. Ao se associar o tratamento cirúrgico aos aspectos sociais de mulheres/feminino, as seguintes áreas de conhecimento se projetam: Enfermagem; Medicina; Psicologia; Nutrição; Educação Física; Fisioterapia. Esses dados corroboram o pensamento de Torres (2016, p. 1204) ao afirmar que "a maior parte da pesquisa sobre a obesidade está situada dentro do paradigma biomédico, o qual trata problemas não médicos ou sociais em termos de doenças ou distúrbios biológicos". O mesmo ocorre com os estudos sobre cirurgia bariátrica, poucos são os trabalhos que direcionam suas pesquisas para além da centralidade biomédica, e raros são os que abordam a perspectiva de gênero e dos estudos feministas.

Destaca-se a ausência de produções teóricas do Serviço Social sobre a temática. Embora isso aconteça, não esvazia as possibilidades de intervenção na área. De acordo com a assistente social Felipe (2003), no processo de trabalho, a profissão evidencia significados e representações de ordem econômica e política que podem interferir na adesão ao tratamento, ampliando a discussão para além do peso corporal físico. Afirma que a obesidade demanda um olhar coletivo, político e questionador da ideologia que individualiza sua abordagem, sendo necessário o olhar social para as causas e consequências do seu crescimento 'epidêmico' (FELIPPE, 2003). A autora observa, ainda, que as atribuições da profissão passam pelo encaminhamento de propostas

relacionadas à proteção dos indivíduos, considerando o sistema econômico que gera desigualdades sociais e preconceitos. Contudo, Felipe (2003) não contempla em suas pesquisas sobre obesidade a leitura dos estudos feministas, embora tenha assegurado uma contribuição para a produção de conhecimento sobre obesidade e, particularmente, para o Serviço Social.

Notadamente, as mulheres são as principais autoras dos estudos que problematizam os marcadores sociais (HENNING, 2015) que atravessam o processo cirúrgico em mulheres. A crescente feminização do mercado de trabalho aponta para dois contextos: a ocupação das mulheres em profissões exercidas historicamente por homens (medicina, odontologia); a ampliação dos campos de atuação tradicionalmente femininos, vinculados ao cuidado.

Tabela 1. Levantamento bibliográfico nos principais bancos de dados nacionais em setembro de 2017

Descritores	A	B	C	Total
Bancos de dados	‘cirurgia bariátrica’ ‘social’ ‘mulheres’	‘cirurgia bariátrica’ ‘social’ ‘feminino’	‘cirurgia bariátrica’ ‘social’ ‘gênero’	
CAPEL	44	35	20	99
<i>Scielo</i>	03	01	00	04
BDTD	26	16	10	52
BVS	16	132	20	168
Total	89	184	50	323

Fonte: Elaboração própria com base nos dados coletados (2017).

No Portal CAPES, ao ser aplicado o filtro ‘no assunto’, as buscas obtiveram resultados nulos para todos os descritores (A, B e C). Deste modo, não houve critérios de exclusão para os campos de busca em todas as plataformas. Os trabalhos encontrados foram publicados entre os anos de 2009 a setembro de 2017. As áreas de conhecimento identificadas foram: Saúde Coletiva; Enfermagem; Educação Física; Nutrição; Medicina (nas seguintes especialidades: Psiquiatria, Cirurgia do Aparelho Digestivo e Endocrinologia); Sociologia; Fisioterapia; Odontologia; Fonoaudiologia. Há mais produções de artigos se comparadas às de teses e livros. Em geral, as produções foram escritas por mulheres, mesmo que em alguns trabalhos haja participação masculina; apenas dois (02) artigos foram escritos por homens.

A centralidade das profissões da saúde no domínio das discussões sobre cirurgia bariátrica é, novamente, reafirmada no Portal CAPES. Após este panorama geral, foram selecionados os quatro (04) trabalhos que mais se aproximaram do estudo para a leitura, a saber:

- *“Imagem corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica: Interações socioculturais”*, de Marcela Rodrigues de Castro, Vanessa Nolasco Ferreira, Renata Silva de Carvalho Chinelato, Maria Elisa Caputo Ferreira (2013).

As autoras apontam que um dos tratamentos da obesidade é a cirurgia bariátrica, que – apesar de ser um método invasivo – é considerado o mais eficiente. O estudo, de abordagem qualitativa e submetido à Análise de Conteúdo, objetivou investigar aspectos socioculturais e seu impacto sobre a imagem corporal de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica nos períodos pré e pós-cirúrgico. Foram entrevistadas 20 mulheres que já realizaram a gastroplastia há pelo menos um ano.

A interação entre o contexto sociocultural e a imagem corporal se configurou nas categorias: discriminação; percepção do olhar do outro antes e após cirurgia; percepção do próprio corpo antes e após cirurgia. As autoras sugerem que o meio externo propiciou às mulheres (no texto, denominadas de sujeito) sentimentos de inadequação corporal, tristeza, exclusão social e inferioridade, resultando em autoconceito negativo. Tais sentimentos foram amenizados após a cirurgia bariátrica, resultando no autoconceito positivo, decorrente de uma maior inserção social das mulheres após o emagrecimento.

- *“Vivências de mulheres que se submeteram à gastroplastia”* de Glenda Agra e Maria Emília Romero de Miranda Henriques (2009).

O trabalho aponta que a gastroplastia reduz comorbidades e melhora a qualidade de vida, resgatando a autoestima e inclusão social do “obeso-mórbido” (termo utilizado pelas autoras). O estudo objetivou investigar as mulheres que se submeteram à gastroplastia, a partir de seus discursos. Através de uma abordagem qualitativa, as autoras utilizaram a análise do Discurso do Sujeito Coletivo para interpretar os dados obtidos via entrevista semiestruturada.

As ideias centrais que emergiram foram: elevação da autoestima e bem-estar psicológico; promoção de bem-estar físico; mudança negativa no pós-operatório imediato e mediato; mudança positiva após a fase de adaptação; possibilidade de maior socialização; satisfação familiar e pessoal como mulher e maior disposição, segurança e melhor estado de humor. As autoras concluíram que o tratamento cirúrgico remete à perda ponderal, melhora a autoestima, mas, igualmente, traz consequências

negativas. Deste modo, indicam a importância do cuidado prestado às “pacientes”. Para elas, o suporte deve ocorrer desde a decisão pela cirurgia até sua reabilitação total.

- *“Percepção de mulheres sobre as mudanças biopsicossociais ocorridas após a cirurgia bariátrica”* de Maria Meneses Dantas e Ana Grasiella e Silva Vieira (2014).

O estudo abordou as percepções de mulheres sobre as mudanças ocorridas em suas vidas após a cirurgia bariátrica. As autoras realizaram entrevista e análise temática para compreender aspectos da história de obesidade das mulheres, suas experiências de cirurgia, motivação e expectativas face ao tratamento e às mudanças ocorridas em suas vidas. A partir dos discursos das mulheres, no texto é descrito: melhoria na saúde, na imagem corporal e nas relações sociais; recuperação da autonomia. Concluíram que as mudanças advindas da cirurgia foram positivas e proporcionaram a reinserção social.

Em geral, tais estudos concentram sua coleta de dados no período pós-cirúrgico. Não apresentam discussões ancoradas nos estudos feministas e de gênero, tampouco uma linguagem inclusiva de gênero, mesmo quando o público-alvo são as mulheres. Cabe destacar que há um privilegiamento das narrativas das mulheres em dois textos, ocorrendo a valorização de seu protagonismo e de suas experiências/percepções de vida sobre o processo de cirurgia bariátrica.

Diferentemente do Portal CAPES, na base de dados *SciELO*, foi encontrado quatro (04) artigos, com destaque às áreas da Enfermagem (02 textos) e Medicina (02 textos). Os anos de publicação foram 2013, 2014 e 2015, sendo apenas um dos trabalhos escrito por um homem. Após a leitura flutuante dos artigos, um único trabalho apresentou aproximação à temática de pesquisa, por projetar o saber das mulheres no processo de decisão para a terapêutica cirúrgica.

- *“A decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica à luz da fenomenologia social”* de Deise Moreira de Oliveira, Miriam Aparecida Barbosa Merighi e Maria Cristina Pinto de Jesus (2014).

O trabalho teve por objetivo compreender o processo de tomada de decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica. Foi realizada pesquisa de abordagem qualitativa, a partir da perspectiva da fenomenologia social. As autoras afirmam que a decisão das mulheres pela cirurgia se deve aos seus hábitos alimentares inadequados, à aparência física incompatível com a padronizada pela sociedade, ao preconceito social vivenciado, às limitações impostas pela obesidade e ao insucesso das tentativas prévias de emagrecimento. Segundo as autoras, a decisão pela

cirurgia tem como expectativas recuperar sua saúde, incluir-se socialmente e inserir-se no mercado de trabalho.

Concluíram que as ações prescritivas não respondem à complexidade das questões subjetivas envolvidas na tomada de decisão pela cirurgia da obesidade. Deste modo, consideram a importância de um trabalho pautado na interdisciplinaridade e uma formação que valorize os aspectos “biopsicossociais” envolvidos na decisão pelo tratamento cirúrgico. As autoras atentam para a importância de problematizar os aspectos sociais que perpassam a tomada de escolha pela cirurgia.

Na BDTD foram encontradas 29 teses e 23 dissertações que contemplaram todos os descritores aplicados. Os Programas de Pós-Graduação (PPG) que mais concentraram publicações foram, respectivamente: Fisioterapia, Ciências da Saúde, Ciências Médicas, Enfermagem, Educação Física, Psicologia, Terapia Ocupacional, Ciências Fisiológicas, Fonoaudiologia. Desses, predominaram as seguintes universidades: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP); Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUCRio); Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Somente 01 (uma) tese e 01 (uma) dissertação estabeleceram relação com o objeto de estudo. A tese, intitulada “*O processo de tomada de decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica: uma abordagem compreensiva*”, de Deíse Moura de Oliveira (2013), deu origem ao artigo da base de dados *SciELO*, supracitado. A dissertação, por sua vez, corresponde a uma pesquisa do tipo transversal de natureza descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa.

- “*Obesidade, magreza, alimentação e cirurgia bariátrica: representações sociais de pessoas com obesidade*” de Telma Souza e Silva Gebara (2017).

Para a autora, da área da Psicologia, a obesidade é um problema que deixou de ser individual e se caracteriza por seu cunho social. Assim, Gebara (2017) identificou em adultos obesos que a representação social da obesidade é construída em torno de três principais eixos: os aspectos deletérios da obesidade sobre a saúde; os sentimentos e percepções relacionadas ao desmerecimento social, e, o que destacou por “sentimentos próprios referidos”. Por fim, as representações sociais da cirurgia bariátrica permitiram perceber que existem grupos favoráveis e desfavoráveis à cirurgia, apesar de ambos entenderem a intervenção como uma das opções de tratamento da obesidade.

Na BVS, foi possível encontrar 168 textos, sendo expressivo o número de produções (132 trabalhos) quando utilizado os descritores ‘cirurgia bariátrica’, ‘social’ e ‘feminino’. Os artigos identificados foram

publicados em revistas que tinham como assuntos principais: Metabolismo, Enfermagem, Nutrição, Fisiologia, Psicologia, Medicina/Psiquiatria, Serviços de Saúde, Gastroenterologia, Cirurgia Geral, dentre outros. Ao todo, os trabalhos foram escritos no idioma alemão, espanhol, português e, predominantemente, em inglês.

Alguns textos, contemplados em outras plataformas consultadas, repetiram-se na BVS. Desta feita, foram selecionados três (03) trabalhos para dialogar com o objeto de pesquisa, sendo escritos na língua inglesa.

- *“Social support for women who have undergone bariatric surgery”* de Jennifer Paff Ogle, Juyeon Park, Mary Lynn Damhorst, Linda Arthur Bradley (2016).

Este texto explorou o papel que o apoio social desempenhou na vida de mulheres que foram submetidas à cirurgia bariátrica. Apontou para a importância do suporte social, ou seja, quando alguém fornecia informações, era empático/a, demonstrava preocupação/cuidado, ajudava com os afazeres diários, as mulheres acalmavam suas preocupações, melhoravam sua autoestima e aliviavam-se das responsabilidades cotidianas. Contudo, os resultados indicaram a necessidade de um maior apoio social, bem como de recursos que orientem sobre a melhor forma de oferecer suporte às mulheres no pós cirúrgico.

- *“Race, socioeconomic status, and the use of bariatric surgery in Michigan”* de Nancy J O Birkmeyer e Niya Gu (2012).

A pesquisa de abordagem quantitativa utilizou dados populacionais de Michigan para explorar as disparidades na realização da cirurgia bariátrica, considerando os marcadores de gênero, raça e status socioeconômico. Segundo as autoras, há uma linearidade inversa na relação entre cirurgia bariátrica e status socioeconômico para os brancos, ou seja, quando o status socioeconômico aumenta, as taxas de procedimento diminuem. O mesmo não ocorre para as “minorias raciais” (termo utilizado no estudo), visto que a cirurgia bariátrica é mais realizada entre as pessoas com maior status socioeconômico. Demonstraram, ainda, que as taxas globais de cirurgia bariátrica foram mais altas em mulheres negras, seguidas de mulheres brancas e outras minorias raciais. As taxas de cirurgia bariátrica foram baixas em homens de todos os grupos raciais.

Os resultados explicitaram acessos diferenciados ao tratamento cirúrgico da obesidade nos Estados Unidos, que, por vezes, não são trabalhados em suas particularidades pelos Serviços de Cirurgia Bariátrica. Ademais, não somente projetaram o acesso de mulheres à cirurgia, mas situaram que as mulheres que mais realizaram o procedimento são as negras. Com isso, Birkmeyer e Gu (2012) evidenciaram a intersecção de marcadores sociais (HENNING, 2015) que

se explicitam no processo de cirurgia bariátrica, contribuindo para a ampliação do debate.

Nesse sentido, Ferreira e Magalhães (2011) já apontavam que o corpo pode expressar a condição de classe, sem, contudo, demarcar a raça. Carneiro (2003) contempla essa discussão, ao salientar a importância do reconhecimento das diferenças étnicas e raciais nas pautas de saúde, visto que essas especificidades englobam a assistência integral à saúde das mulheres.

- *“Racial, socioeconomic, and rural-urban disparities in obesity-related bariatric surgery”* de Amy E. Wallace, Yinong Young-Xu, David Hartley, William B. Weeks (2010).

No estudo, as/os autoras/es partem da afirmação de que a “obesidade mórbida” (termo utilizado no estudo) está associada a sérias consequências sociais e de saúde, bem como a altos custos médicos, além de sinalizarem que o fenômeno vem aumentando nos Estados Unidos, particularmente entre as populações rurais e socioeconomicamente desfavorecidas. A partir de tal constatação, examinaram a probabilidade de cirurgia bariátrica entre “pacientes” com “obesidade mórbida” em locais rurais/urbanos, considerando as variáveis de raça/etnia, categorias de seguros, níveis socioeconômicos e comorbidades. Foram utilizados os dados da *Nationwide Inpatient Sample* de 2006 para coleta de dados (ao todo, os registros examinados representam 774 mil “pacientes”).

Os resultados apontam que, embora a obesidade seja mais prevalente entre “pacientes” que moram em zonas rurais, há pessoas - não brancos, homens, mais pobres, mais velhos e mais doentes, que não acessarão a cirurgia bariátrica. Demonstra que há um perfil (residentes rurais) de pessoas com obesidade que dependem dos programas de seguro para acesso à cirurgia, mas que podem ter o acesso negado pelas seguradoras. Informa que nas áreas rurais a obesidade se concentra mais em homens, mas o procedimento não é realizado. Concluem, deste modo, que a obesidade é uma das principais causas de morbidade e mortalidade evitáveis nos EUA, por isso, os tratamentos efetivos devem ser disponibilizados a todos os pacientes que possam se beneficiar.

Destaca-se que o estudo traz outra particularidade ao debate sobre a cirurgia bariátrica, qual seja: as formas de acesso públicas e privadas (seguros de saúde) aos serviços de saúde. Evidencia, ainda, que os marcadores de acesso à cirurgia bariátrica não coincidem necessariamente com as taxas de obesidade, remetendo a outros aspectos sociais. No Brasil, um estudo qualitativo com mulheres atenta para a relação da obesidade nas zonas rurais e constata que a trajetória de vida das mulheres

foi em meio à pobreza, trabalho precoce e no campo (FERREIRA *et al.*, 2010).

Chama a atenção, os dois últimos textos (BIRKMEYER; GU, 2012; WALLACE *et al.*, 2010), principalmente, porque abordaram a categoria ‘raça’ em suas análises, ampliando a compreensão dos aspectos sociais relacionados à temática. Os poucos trabalhos identificados com o levantamento bibliográfico sugerem que grande parte das produções teóricas identificadas com os descritores ‘cirurgia bariátrica’ e ‘social’ tem como foco da discussão ‘qualidade de vida’, ‘apoio/rede social’, e ‘representações sociais’, segundo a teoria das representações sociais. Estudos isolados (RODRIGUES; SILVEIRA, 2015) sobre aspectos sociais relacionados à renda e escolaridade também mostraram que esses indicadores sociais dialogam com o tema da obesidade e não, propriamente, da cirurgia bariátrica.

A questão laboral foi retratada em dois textos (MARIANO; MONTEIRO; DE PAULA, 2015; SOCKALINGAM, 2015) que abordaram aspectos relacionados à melhora na produtividade de trabalho de pessoas que se submeterem ao procedimento cirúrgico. Um único estudo (MIRIJELLO *et. al.*, 2015) discorreu sobre a questão da fobia social relacionada ao peso corporal. Acerca do período pós-cirúrgico, são representativos os estudos (COELHO *et. al.*, 2016; FARIA; LEITE, 2012; MARCELINO; PATRÍCIO, 2011) que tratam das vivências e do reganho de peso após o procedimento.

Destaca-se, com isso, que o mapeamento bibliográfico apresentou as tendências do debate sobre os aspectos sociais da cirurgia bariátrica em mulheres, sugerindo que a ausência de produções teóricas ancoradas nos estudos de gênero e feministas aponta para a atualidade do objeto de pesquisa.

1.3NOTAS INTRODUTÓRIAS SOBRE OS ASPECTOS SOCIAIS E DE GÊNERO DA OBESIDADE

Segundo a OMS (2017), a obesidade pode ser definida como acúmulo excessivo de gordura corporal que afeta e prejudica a saúde, sendo desencadeada por causas multifatoriais. Tem sido caracterizada como uma manifestação de insegurança alimentar e nutricional, que acomete populações de todo o mundo em largas escalas, tornando-se uma questão extremamente complexa e um dos maiores desafios em pauta para a saúde pública nacional e internacional. A multifatorialidade tem sido utilizada como explicação do desencadeamento da obesidade, dentre eles

se destacam: os fatores genéticos, os fatores ambientais, os fatores socioeconômicos (PINHEIRO, FREITAS, CORSO; 2004; OMS, 2017; STUNKARD, 2006).

A prevalência de excesso de peso e de obesidade, identificada por pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), apresentou um aumento continuado tanto para os homens quanto para as mulheres. Para os homens, a prevalência de excesso de peso aumentou de 42,4%, em 2002-2003, para 57,3%, em 2013, e a obesidade de 9,3% para 17,5%. No caso das mulheres, este aumento foi mais acentuado, passando de 42,1%, em 2002-2003, para 59,8%, em 2013, ao passo que a obesidade passa de 14,0% para 25,2% (IBGE, 2015). Dados epidemiológicos da Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)⁴ (BRASIL, 2017) apontam que a incidência de adultos com obesidade em 2016 foi de 18,9%, sendo maior em mulheres (19,6%) do que em homens (18,1%). Entre os anos de 2008 e 2017 o crescimento de cirurgias bariátricas no SUS foi de 215%. O Brasil foi considerado o segundo país do mundo em número de cirurgias bariátricas, sendo que os dados estimam que 5 milhões de brasileiros são elegíveis para o procedimento. Ou seja, conforme os indicadores de sobrepeso e obesidade apontam para o crescimento da doença no país, apontam, igualmente, para o crescimento de cirurgias bariátricas como medidas de cura ou remissão de doenças associadas à obesidade (BATTISTELLI, 2018).

A disparidade entre os sexos persiste se observados os percentuais de acesso ao tratamento cirúrgico da obesidade. Apesar dos dados citados possuírem certa equivalência, os índices de acesso à cirurgia da obesidade são contrastantes entre homens e mulheres. A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) apontou que em 2017 cerca de 76% das pessoas que fizeram cirurgia bariátrica no país eram mulheres (BATTISTELLI, 2018). Fuchs *et al.* (2015) identificaram que 80% dos pacientes que efetuam cirurgia bariátrica nos Estados Unidos são

⁴A VIGITEL (BRASIL, 2017) utilizou como referência o percentual de adultos com obesidade: número de indivíduos com obesidade/ número de indivíduos entrevistados. Foi considerado com obesidade o indivíduo com Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 30 kg/m², calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros, ambos autorreferidos, conforme as questões: “O(a) sr.(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?”, “O(a) sr.(a) sabe sua altura?”.

mulheres, percentual que se manteve inalterado no período de seu estudo (1998-2010).

Observa-se esta relação no HU/UFSC, onde a maioria das/os usuários/as internados/as por obesidade nos últimos 10 anos (2004 à 2014) eram mulheres (GELSLEICHTER; ALVES, 2016). Segundo levantamento realizado pelo Serviço Social desta instituição, no mesmo período, das 421 internações relacionadas à obesidade, 122 internações foram de homens e 299 de mulheres, ou seja, 71% das internações hospitalares foram de mulheres. Em termos numéricos há uma visibilidade epidemiológica das mulheres, no entanto, o mesmo não acontece com suas histórias do processo saúde-doença (BATISTELLA, 2007) da obesidade no tratamento pré-operatório da cirurgia bariátrica, entre outros temas vividos cotidianamente, tampouco sendo narradas por elas.

As condições que diferenciam o acesso de homens e mulheres ao tratamento cirúrgico da obesidade são construídas socialmente, a partir do que se entende por masculino e feminino. A noção de neutralidade das teorias biológicas no campo da saúde, corroborou para invisibilizar, por muito tempo, as diferenças em saúde entre homens e mulheres (AQUINO, 2006). O termo gênero foi introduzido na área da saúde a fim de ampliar o debate que os movimentos feministas explicitavam acerca das diferenças. Um dos questionamentos levantados pelas feministas referia-se às explicações biológicas em detrimento das questões sociais. Dito de outro modo, as teóricas feministas perguntavam se todas as diferenças, entre homens e mulheres, eram estritamente baseadas no sexo, ou se a construção social de masculino e feminino também determinavam as diferenças percebidas em saúde (BARATA, 2009).

As desigualdades em saúde eram um dos principais aspectos reivindicados pelas feministas, visto que, produziam iniquidades de gênero. A literatura elaborada pelas ciências sociais e da saúde (AGUIRRE, 2006; FERREIRA, MAGALHÃES, 2005; GELSLEICHTER, ZUCCO, 2017; PEÑA, BACALLAO, 2006) explicam a prevalência da obesidade em mulheres, considerando especificidades relacionadas às diferenças. Nesse sentido, o excesso de peso estaria associado à sua imagem corpórea subvalorizada, dificuldades de acesso às políticas públicas sociais de saúde, trabalho e renda, assim como, aos limites de acesso à uma alimentação nutritiva e às atividades físicas.

O prevalente índice de realização de cirurgias bariátricas em mulheres aponta para aspectos sociais associados às identidades de gênero. Ou seja, as condições sociais, de trabalho e moradia, bem como

o exercício das atribuições sociais do feminino contribuem para os quadros de obesidade e de procura pelos serviços de cirurgia bariátrica. No entanto, embora as mulheres acessem mais o serviço, as experiências das “pacientes”, marcadas pela sua condição de gênero e sociais, são preteridas, interferindo no processo de acompanhamento do tratamento.

O processo de avaliação para a cirurgia bariátrica em mulheres é atravessado por marcadores sociais (HENNING, 2015) de gênero e suas intersecções de classe, raça/etnia, idade/geração, religião, estética, entre outros. Esses marcadores sinalizam contextos sociais que se entrelaçam e só podem ser entendidos em sua multidimensionalidade. Os estudos de gênero e teorias feministas sugerem que as experiências relacionadas à vivência do feminino correspondem a uma conjuntura social e historicamente determinada; o que oportuniza a incidência de desigualdades sociais, hierarquias e discriminações (BAIRROS, 1995; CRENSHAW, 2002; HENNING, 2015).

Piscitelli (2002, p. 11) afirma que “o trabalho com gênero mantém um interesse fundamental na situação da mulher, embora não limitem suas análises ao estudo das mulheres”, o que significa que o uso da categoria mulheres pode ser tomado como uma posição política no espaço da produção de conhecimento, orientado pelos estudos de gênero e feministas (COSTA, 1998). O interesse em estudar os aspectos sociais do processo de cirurgia bariátrica em mulheres decorre da nossa identificação política com a categoria “mulher(eres)”. O uso do conceito “mulher”, “mulheres” e “gênero” assumiu contornos diferenciados e esteve intimamente relacionado aos debates produzidos pelas feministas, com repercussões significativas para a ação política e produção de conhecimento. As contribuições são datadas historicamente, sendo compostas por uma miríade de leituras e posicionamentos políticos, orientados por diferentes matrizes de conhecimento.

Segundo Piscitelli (2002), as abordagens desenvolvidas compartilham de algumas ideias centrais, uma delas problematiza o fato de que os lugares sociais ocupados pelas mulheres são subordinados em relação aos homens. Esta condição é tomada como universal pela perspectiva feminista, visto que a subalternidade feminina é reconhecida em diferentes lugares e tempos históricos (PEDRO, 2005; PISCITELLI, 2002; SARTI, 2001; HOOKS, 2018). Além do mais, as feministas norte americanas, europeias e latinas comungam do entendimento de que as opressões vividas pelas mulheres não são naturais, embora haja particularidades em cada continente e região. Situam que as opressões decorrem do modo como a mulher é construída socialmente, e sendo uma construção social, são passíveis de mudanças (PISCITELLI, 2002).

O mesmo se expressa na realidade social das mulheres que estão à espera para a realização da cirurgia. As iniquidades de gênero demonstram que a busca pela cirurgia não é isenta de “intenções sociais de gênero”. As motivações que levam tantas mulheres ao tratamento de alta complexidade são construídas socialmente e incidem fortemente sobre elas, ou seja, a autonomia feminina em decidir pela terapêutica cirúrgica pode ser questionada do ponto de vista do feminismo visto que os altos índices de cirurgias bariátricas realizadas em mulheres, em contraposição aos homens, sugerem a necessidade de uma ampla investigação social sobre esta disparidade. A acentuada insatisfação feminina com seu próprio corpo, tamanho e forma, demonstra que há uma estética privilegiada que é recorrida pelas mulheres para maior aceitação pessoal e social (COUNIHAN, 1999). O fato de as mulheres serem mais submetidas ao tratamento sugere que os corpos femininos são mais suscetíveis às intervenções médicas, o que remete às reivindicações históricas das feministas pelo direito à autonomia sobre seus corpos (COSTA *et al.*, 2006; ROHDEN, 2001; SACAVONE, 2008; SCHIEBINGER, 2014).

Os lugares em que as candidatas à cirurgia bariátrica transitam, suas histórias e a cultura em que se inserem as constituem como “mulher(es)”, no plural. Contudo, no contexto da saúde, as relações de poder tendem a legitimar o saber profissional e científico em detrimento do saber das “pacientes”, bem como, suas identidades e diferenças sociais (PEDROSA, SPINK, 2011). As instituições hospitalares são espaços em que as relações entre profissionais e “pacientes” são distanciadas hierarquicamente. Chama atenção que a hierarquização dos saberes e lugares ocupados não se restringe às/aos “pacientes”, mas se estende às profissionais mulheres da área da saúde, que permanecem distantes dos processos de decisão e de poder (LOPES, 1992; HOOKS, 2018). Há uma carência de questionamentos acerca da relação de poder e saber que se revela nas relações de trabalho e gênero (DESLANDES, 2004; AQUINO, 2006; LISBOA, 2010; SCHIEBINGER, 2014). Nesse sentido, a assistência prestada na alta complexidade pode atuar como espaço de reprodução da subalternização (HOOKS, 2018) das mulheres quando suas experiências sociais são invisibilizam.

Esse processo corrobora com o encobrimento de sofrimentos e violências de gênero, que, assim como muito estudados no campo feminista e de gênero acerca das cirurgias cesarianas (TESSER *et al.*, 2017; CARDOSO; BARBOSA, 2012; NUNES, 2011), também se apresentam no contexto da bariátrica. Enquanto o ato de parir pode se revestir da idealização do materno e do nascimento, a cirurgia bariátrica,

diferentemente, é revestida de valores associados ao fracasso da pessoa com obesidade por sua condição de adoecimento (COUNIHAN, 1999). Essa associação ocorre, visto que as escolhas alimentares são consideradas escolhas individuais (FISCHLER, 2007), e, por isso, seria possível escolher entre o que é uma alimentação adequada (BRASIL, 2006) e o que é uma alimentação voltada à satisfação de desejos (NASCIMENTO, 2007).

Deste modo, manter um corpo esteticamente magro passa a ideia de autocontrole e disciplina nas sociedades ocidentais, atribuindo maior status e poder às pessoas que se mantêm com corpos considerados esbeltos (COUNIHAN, 1999; GOLDENBERG, 2007). Apesar de o “auto-controle” sobre a alimentação possibilitar outras desordens alimentares, tais como a anorexia e/ou bulimia, a valorização dos corpos magros parece se associar crescentemente às noções de saúde, incidindo verticalmente nas mulheres (ORBACH, 1978; COUNIHAN, 1999; SANT’ANNA, 2014; 2016; WOLF, 2018).

Nesse sentido, as “invisibilidades ideológicas” (PEDRO, 2005) apresentadas se somam aos estudos de gênero e feminista no tratamento da obesidade tomado como grave, impulsionando a privilegiar a categoria “mulheres” no debate da cirurgia bariátrica. Ao falar de “mulheres” no plural, contempla-se a produção de conhecimento das feministas interseccionais (BAIROS, 1995; CARNEIRO, 2003; CRENSHAW, 2002; GONZÁLEZ, 1979), a partir das quais fundamenta-se nossas análises.

1.4A POLÍTICA DE ALTA COMPLEXIDADE À PESSOA COM OBESIDADE

No Brasil, a obesidade tornou-se objeto de políticas públicas nos últimos 15 anos, e o Ministério da Saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), é o principal proponente de ações, seguindo a tendência e recomendações internacionais (DIAS *et al.*, 2017). Na Rede de Atenção em Saúde (RAS), o tratamento do sobrepeso e da obesidade é Linha de Cuidado (LC) prioritária na assistência às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (RAS/DCNT). Em fevereiro de 2013 foi publicada a Portaria nº 252/GM/MS, que institui a Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), revogada pela Portaria nº 483/GM/MS, de 02 de abril de 2014, que apenas a atualizou.

A partir destas Portarias, foi publicada a Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, redefinindo as diretrizes da organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Concomitantemente, no âmbito hospitalar, foi publicada a Portaria nº 425 GM/MS, de 19 de março de 2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, que regulamenta o custeio da cirurgia bariátrica pelo Ministério da Saúde.

Os critérios de acompanhamento dos serviços da Rede estão dispostos nessa legislação e estabelecem os fluxos de referência e contra referência de “pacientes” com excesso de peso e obesidade no SUS (BRASIL, 2014). Esse conjunto de normativas e critérios para acesso à bariátrica é previsto nas Portarias nº424 e nº425 de 19 de março de 2013, como supracitado. Embora as portarias sejam de 2013, o SUS realiza a cirurgia bariátrica desde 2001, outras leis antecederam e incorporaram parte da produção de conhecimento e protocolos internos acerca do tratamento da obesidade.

A portaria nº 424, define a obesidade como “uma condição crônica e um fator de risco para outras doenças e uma manifestação de insegurança alimentar e nutricional que acomete a população brasileira de forma crescente em todas as fases do curso da vida” (BRASIL, 2013b). Para o Manual Instrutivo da Linha de Cuidado do sobrepeso e da obesidade, o tratamento cirúrgico é “apenas uma ação entre as demais que compõem o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade, que, prioritariamente, é baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal” (BRASIL, 2014, p. 03). Em face dessa compreensão, a cirurgia bariátrica figura como uma das estratégias de assistência em saúde pública no Brasil. Do mesmo modo, sugere que o investimento prioritário do SUS, em relação à assistência em saúde para esta população, deve se assentar na esfera da atenção primária e secundária.

Acerca desta consideração, a legislação (BRASIL, 2013b) compreende que os critérios de classificação para o sobrepeso e a obesidade nas diferentes fases do curso da vida devem seguir as referências do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). No caso de indivíduos adultos, a Portaria nº424 abarca três estágios de obesidade:

Tabela 2. Classificação do sobrepeso e da obesidade pelo Índice de Massa Corporal (IMC)

Sobrepeso	IMC ³ 25 kg/m ² e < 30 kg/m ²
Obesidade Grau I	IMC ³ 30 kg/m ² e < 35 kg/m ²
Obesidade Grau II	IMC ³ 35 kg/m ² e < 40 kg/m ²
Obesidade Grau III	IMC ³ 40 kg/m ²

Fonte: Portaria 424/2013. Elaboração própria.

Conforme apresentado, o IMC é um indicador para avaliação do sobrepeso e utilizado pela política de saúde brasileira (sem que haja problematizações quanto ao seu uso, considerando as especificidades étnico-raciais do país). Na Alta Complexidade, um dos tratamentos preconizados pelo SUS para a obesidade é a cirurgia bariátrica que também é conhecida como gastroplastia, cirurgias de redução do estômago, ou mesmo, cirurgia da obesidade. O objetivo do procedimento é a redução do peso de pessoas consideradas/os obesas/os. O IMC é, portanto, um marcador de acesso ao tratamento cirúrgico.

Clinicamente, as indicações para a cirurgia bariátrica são:

- a. Indivíduos que apresentem $IMC \geq 50 \text{ Kg/m}^2$;
- b. Indivíduos que apresentem $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$, com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- c. Indivíduos com $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$ e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos (BRASIL, 2013b, item I, Anexo I).

É importante destacar que, além dos critérios de inclusão, a Portaria nº424 de 2013, considera as seguintes contraindicações para a Cirurgia Bariátrica:

- a. Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- b. Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicativos obrigatórios à cirurgia;
- c. Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;
- d. Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;
- e. Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos. (BRASIL, 2013b, item 2, Anexo I)

O critério “a” da Portaria não especifica o que considera por “suporte familiar adequado” remetendo a noção de que a família necessite dispor de recursos financeiros, articulação com as redes de serviços e/ou exercer sua função protetiva para as/os candidatas/os com “limitação intelectual significativa” (ALVES, 2010; BARCELOS, 2011; GRAH, 2018).

Ademais, a partir das normativas, que regulamentam os padrões de intervenção, são realizados os encaminhamentos aos hospitais de referência através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG). É atribuição dos hospitais credenciados como centros especializados prestar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória e pós-operatória aos “pacientes”. Cabe destacar que um dos pré-requisitos para o credenciamento de um serviço de saúde é a composição de uma equipe mínima de profissionais, formada por Médicas/os, Psicólogas/os e Nutricionistas. Outras profissões, como Serviço Social, Enfermagem e Fisioterapia, formam a equipe complementar.

Os estados brasileiros são responsáveis pelo credenciamento dos serviços para realização da cirurgia bariátrica. Segundo a Secretaria do Estado de Santa Catarina (2017) o estado possui cinco hospitais públicos cadastrados como Centros de Referência em Cirurgias Bariátricas:

Hospital Santo Antônio (Blumenau); Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (Joinville); Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos (Lages); Hospital Regional Homero de Miranda Gomes (São José); Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina Professor Polydoro Ernani de São Thiago (Florianópolis).

No HU/UFSC a realização do procedimento cirúrgico iniciou em julho de 2004, sendo que no Brasil ocorre desde 2001. Conforme a SBCBM, a cirurgia bariátrica e metabólica, comumente conhecida como cirurgia da obesidade e/ou de redução do estômago, reúne técnicas destinadas ao tratamento da “obesidade mórbida” e ou “obesidade grave”, bem como, das doenças associadas ao excesso de gordura corporal ou agravadas por ele. A Sociedade considera que além da perda de peso, os benefícios da cirurgia estão "no controle e até na cura de doenças endocrinológicas, tais como: diabetes, hipercolesterolemia, hiperuricemia, hipertensão" (SBCBM, 2018).

A terapêutica cirúrgica no âmbito do SUS prevê o acompanhamento pré e pós-operatório, conforme a Portaria n. 425/2013. A realização do tratamento cirúrgico ocorre mediante avaliação multiprofissional de equipe especializada. O Serviço de Cirurgia Bariátrica, no HU/UFSC dispõe de uma equipe multiprofissional prevista pela Política (BRASIL, 2013a). A equipe mínima é composta por: “médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo; nutricionista; psicólogo ou psiquiatra; clínico-geral ou endocrinologista” (BRASIL, 2013a). Atende, desse modo, aos critérios da Equipe complementar (apoio multiprofissional) obtendo na instituição, em caráter permanente os seguintes profissionais: “equipe médica composta por: clínico geral, cardiologista, pneumologista, endocrinologista, angiologista/cirurgião vascular e cirurgião plástico; anesthesiologista; enfermagem; assistente social, fisioterapeuta” (BRASIL, 2013a).

Durante o tratamento pré-operatório o serviço de Cirurgia Bariátrica no HU/UFSC conta com uma equipe multiprofissional de Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Serviço Social, Farmácia e Medicina (Endocrinologia, Cardiologia e Cirurgia do Aparelho Digestivo). Dependendo da necessidade, outras/os profissionais da instituição são requeridas pela equipe, no entanto, as profissões acima citadas abarcam o fluxo de atendimento habitual. Por se tratar de um Hospital Escola, participam do processo de trabalho no acompanhamento pré-operatório, as/os profissionais de referência de cada área, estudantes de graduação, estagiárias/os e residentes multiprofissionais e residentes Médicas/os.

1.5A POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER

Em termos de saúde, é um desafio levar em conta as especificidades das mulheres, visto que se parte da noção de “mulher universal” para formular e operacionalizar as políticas públicas de saúde. Pode-se considerar que há um avanço na política de saúde, ao especificar e dimensionar a noção genérica de saúde para “saúde da mulher”. Esse campo de atendimento integral à saúde da mulher decorreu da ação política do movimento feminista e sanitário na década de 80.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi implementado em 1983 e teve como propósito pensar a questão da saúde da mulher na rede de serviços do SUS. Isso porque, anteriormente, a ênfase na saúde da mulher restringia-se muito mais a dimensão procriativa, em específico ao ciclo gravídico-puerperal, do que a uma compreensão ampliada e integral que as considerasse para além da maternidade. Os direitos sexuais e reprodutivos significaram um avanço na política para as feministas, pois a mulher passava a ser vista como uma sujeita ativa no cuidado da sua saúde (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

A integralidade proposta pelo PAISM, atualizada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) de 2004 (BRASIL, 2004), projetou tanto uma abordagem integral quanto para as particularidades, flexionando para o plural a noção de mulher e, de certo modo, problematizando as noções de um padrão geral no campo da saúde. Ou seja, a PNAISM passou a contemplar a atenção a segmentos da população feminina ainda invisibilizados – às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas – necessidade identificada em 2003 pela Área Técnica da Saúde da Mulher. Além do mais, a PNAISM (BRASIL, 2004) incorporou:

Num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (...) prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (BRASIL, 2004).

Apesar de a Política incorporar as doenças crônicas não transmissíveis como foco de sua ação, apresenta-se distante das políticas de alta complexidade⁵, principalmente daquelas que tratam da obesidade (BRASIL, 2013a; 2013b). No acompanhamento pré-operatório para a cirurgia é possível notar que a trajetória de saúde das mulheres entrevistadas pouco foi vivenciada considerando a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, pois, muitas delas viveram suas infâncias e juventudes, muito antes do SUS consolidar-se como política pública e integrar as pautas do movimento feminista em sua agenda. Isto posto, destacamos que o atendimento integral à Saúde da Mulher remete a um contexto, inclusive, de possibilidades de identificação do processo de obesidade e de atuação nos Serviços de Cirurgia Bariátrica que, em sua maioria, atendem mulheres.

⁵Embora as Diretrizes da PNAISM mencionem a assistência de alta complexidade -“a atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade)” (BRASIL, 2004, p. 64), esta figura literalmente entre parênteses.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SAÚDE, OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA

Os modelos conceituais de saúde correspondem a um contexto histórico em que diferentes perspectivas e abordagens emergem, dentre elas as que informam sobre a obesidade. Do mesmo modo, a compreensão de saúde assumiu diferentes leituras e experiências teórico-práticas ao longo da trajetória dos serviços de saúde brasileiro. Segundo Batistella (2007a, p. 26), a “diversidade de práticas que procuram promover, manter ou recuperar a saúde tem estreita relação com as formações sociais e econômicas, os significados atribuídos e o conhecimento disponível em cada época”.

Nos Estados Unidos, há mais de quarenta anos a questão do sobrepeso figura como um problema de saúde pública. A abrangência do debate, político e midiático, ocorreu quando a OMS considerou a obesidade uma “epidemia mundial” (OLIVEIRA; FISBERG, 2003; POULAIN, 2013). A noção de “epidemia” mobilizou diferentes instâncias políticas e de pesquisas na luta contra a obesidade, assim como propiciou uma crescente valorização da magreza. Foi neste período que, no Brasil, foi fundada a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO), em 1986. Também foi criada a Comissão de Prevenção e Tratamento da Obesidade, dentre outras iniciativas públicas e privadas com o intuito de evitar o sobrepeso (SANT’ANNA, 2016). Essa compreensão de “epidemia” e a ampliação dos estudos sobre o tema da obesidade se justificam, segundo Peña e Bacallao (2006) por:

- a obesidade ser fator de risco para várias doenças crônicas não transmissíveis (cardiopatia isquêmica, diabetes melito do tipo II ou não dependente de insulina, hipertensão, alguns tipos de câncer, osteoartrite e osteoporose, dentre outras);
- as medidas de prevenção da obesidade - melhorar a nutrição e atividade física sistemática - são importantes para a prevenção de outras doenças crônicas;
- a obesidade ser um indicador útil para monitoramento pois, as medidas antropométricas tradicionais demonstram sua incidência facilmente.

Pesquisadores (PEÑA; BACALLAO, 2006; HIMES, 2006; AGUIRRE, 2006) explicitam que os estudos sobre a obesidade não condizem, necessariamente, com o seu fim, mas com os agravantes que o seu crescimento pode propiciar. O fato de a obesidade ser facilmente “detectada” pelas medidas antropométricas aponta que parte das análises se fundamentam na relação entre peso (kg)/altura²(m).

A partir destes dados a maioria dos planos elaborados para o enfrentamento da questão em âmbito internacional (OMS, FAO) consideram que a obesidade é consequência dos modos de vida das sociedades modernas e que as estratégias de ação apontadas são, de fato, a alimentação e a atividade física (MENDONÇA; ANJOS, 2004; POULAIN, 2013). Sant’Anna (2016) reafirma a centralidade que a alimentação e a atividade física têm nos dias de hoje para a conquista e manutenção do corpo ideal, analisando que comer de modo saudável e “malhar” são fórmulas repetidamente disseminadas para a população, mesmo que as dietas recomendadas e as formas de se exercitar mudem de tempos em tempos.

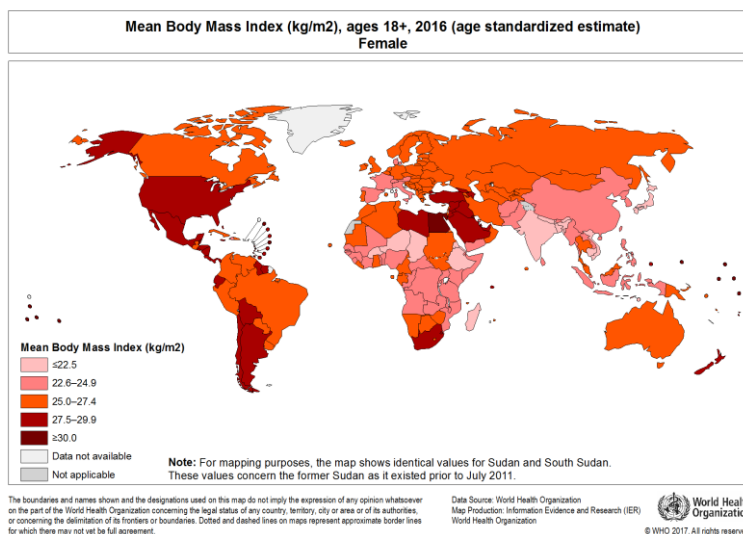
Outro aspecto relacionado com o aumento de peso nas pessoas são os processos de industrialização e urbanização das sociedades estão diretamente ligados aos modos de vida da atualidade (FISCHLER, 2007; SILVA; NASCIMENTO, 2019). A transformação social, econômica e demográfica dos últimos vinte anos, coincidiu com as alterações no perfil epidemiológico, padrões alimentares e de atividade física na América Latina e no Caribe (ALBALA; VÍO, 2006; PEÑA; BACALLAO, 2006). As taxas de obesidade triplicaram desde 1980 em algumas partes da América do Norte, Europa, Oriente Médio, Pacífico, Austrália e China. A América Latina acompanha essa tendência e o aumento nas cifras de obesidade se tornam mais evidentes na medida em que os países melhoram suas economias. A evolução da obesidade pode ser observada em países como Chile, México, Brasil, Argentina, Perú, Colômbia, Guatemala e Bolívia. (PEÑA; BACALLAO, 2006). A prevalência do sobrepeso e da obesidade aumentou, porém, coexiste com a desnutrição em algumas regiões da América Latina (HIMMES, 2006; SCHROEDER; MARTORREL, 2006).

Aguirre (2006), em um estudo realizado na Argentina, observou que a associação entre obesidade e desnutrição é mais acentuada nas mulheres pobres. Esta pesquisa se baseou nas informações obtidas entre 1965 e 1995 pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento (CONADE), Instituto Nacional de Estatísticas e Censos (INDEC) e Sistema de Informações e Monitoramento de Programas Sociais (SIEMPRO). A autora explica que, frequentemente, elas deixam de realizar algumas

refeições para garantir que os demais familiares se alimentem melhor e, com isso, restringem suas dietas a carboidratos. O efeito do consumo excessivo de alimentos ricos em açúcares, juntamente, com a desvalorização do corpo feminino pode acarretar seu “adocimento”, sendo a obesidade mais perceptível. Esta face da desnutrição e obesidade se relaciona às desigualdades sociais, caracterizadas pela má distribuição de renda (PEÑA; BACALLAO, 2006).

O mapeamento da obesidade nas diferentes regiões do mundo, retratado na Figura 1, aponta a discrepância de prevalência de peso entre os países do ocidente e do oriente, assim como entre os países do hemisfério norte e sul. Os tons de vermelho evidenciam os altos índices de massa corporal (IMC), predominantemente na região da América do Norte, América do Sul e Oceania. O continente Europeu e parte da América Latina apresentam índices de sobrepeso, contrastando com parte da região Asiática e do continente Africano:

Figura 1. IMC em mulheres adultas maiores de 18 anos, segundo a OMS, em 2016.



Fonte:

http://gamapsrver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_BMI_2016_Female.png

Os dados da OMS (2016) explicitam que a obesidade ocorre de maneira socialmente diferenciada, ou seja, não tem a mesma intensidade

nas diferentes regiões do mundo, tampouco se apresentam homogeneamente no âmbito dos próprios países. Para Monteiro (2006), no último século, foram percebidos aspectos da transição nutricional em todo o mundo, sendo cada vez mais frequente a incidência da chamada *dieta ocidental*. Essa dieta, caracteriza-se por ser rica em gorduras de origem animal, açúcar, e alimentos refinados e pobre em carboidratos complexos e fibras (MONTEIRO, 2006; SCHROEDER; MARTORREL, 2006; SILVA; NASCIMENTO, 2019).

Como a obesidade se manifesta geograficamente de modo diferenciado, Peña e Bacallao (2006) propõem sua análise a partir de questões socioeconômicas, relacionadas a fatores: genéticos adaptativos; nutricionais; socioculturais; de aculturação à distância (indústria do consumidor); baseados no sexo.

Aos *Fatores Genéticos Adaptativos*, os autores referem à hipótese de que o obeso pobre pode ter desencadeado um mecanismo para adaptação metabólica, armazenando gordura para suprir o gasto energético, devido ao alerta de escassez de alimentos. Em relação à determinação genética da obesidade, Stunkard (2006) considera que ela não deve ser exagerada nem minimizada, porém, chama atenção para o dado de que as influências genéticas não chegam a um terço da variância no peso corpóreo, o que significa que o contexto social exerce uma influência significativa na determinação da obesidade.

Os *Fatores Nutricionais* expõem as transformações nas dietas alimentares, com o aumento de gorduras e açúcares e a diminuição de fibras, vinculando a excessiva ingestão de alimentos pouco nutritivos aos preços altos de frutas e verduras. Essa realidade dificulta o acesso de parte da população a diferentes alimentos. Para Aguirre (2006), os alimentos disponíveis para os pobres são os produtos industrializados, produzidos em grande quantidade e baratos. Associado a isto, os produtos comestíveis com grandes índices calóricos são ofertados pela indústria de alimentos com paladar agradável, capacidade de saciar e baixo custo (PEÑA; BACALLAO, 2006). A industrialização dos alimentos transformou o modo como as pessoas se alimentam na atualidade, principalmente porque o acesso à comida é mediado pelo mercado.

Para Fischler (2007, p. 846), a alimentação torna-se um mercado de consumo em massa de produtos elaborados e comercializados com o apoio das mais “modernas técnicas do *marketing*, *packing* e publicidade, sendo distribuídos por redes comerciais que não cessam de aperfeiçoar seu poder e complexidade, colocando em ação uma logística extremamente elaborada”. Neste sentido, o autor chama atenção para questões de ordem socioeconômicas, sugerindo que, em relação à

alimentação, há uma estrutura de produção que, por vezes, é invisibilizada na discussão sobre obesidade. Dito de outro modo, a alimentação, enquanto ação estratégica para o combate da obesidade, não é apenas uma escolha individual. Atualmente, a valorização de um certo heroísmo e fama de pessoas comuns, mas que se dedicam à perda de peso e definição corporal, ganhou notoriedade nas redes sociais, sendo sua busca associada à felicidade (GOLDENBERG; 2011; SANT'ANNA, 2016; RANGEL, 2017).

Outra questão, levantada por Peña e Bacallao (2006), corresponde aos *Fatores Socioculturais*, que propiciam o desenvolvimento da obesidade. Os ambientes violentos das cidades dificultam a realização de exercícios físicos sistemáticos. A restrição de informações sobre os benefícios de saúde e qualidade de vida advinda do exercício físico são pouco difundidas nas áreas periurbanas de baixa renda. Para além, pode-se destacar a importância de espaços públicos necessários ao desenvolvimento das atividades, assim como de profissionais qualificados que acompanhem e orientem as populações.

Os autores (PEÑA; BACALLAO, 2006) consideram, ainda, que a manipulação da indústria do consumidor desperta nas pessoas a necessidade de incorporar alguns elementos da imagem projetada pelos veículos de comunicação, e as leva a adotar hábitos e estilos de vida impróprios, associados aos interesses da mídia. Este aspecto foi nomeado de *Aculturação a Distância* pelos autores, e evidencia como o contato com padrões culturais de países desenvolvidos propicia o processo de aculturação na América Latina e no Caribe. Segundo eles, os grupos mais pobres sofrem com a contradição entre suas possibilidades e a imagem ideal projetada pela grande mídia, diferentemente dos grupos sociais mais ricos.

Por fim, os *Fatores com Base no Sexo* revelam que as mulheres possuem oportunidades mais limitadas, ao passo que carregam maiores responsabilidades sociais. Diferentemente dos homens, a imagem corpórea das mulheres é subvalorizada, o que interfere na qualidade de vida e aumenta a suscetibilidade aos fatores elencados como desfavoráveis (ORBACH; 1978; FERREIRA; MAGALHÃES, 2005; 2006; PEÑA; BACALLAO, 2006; WOLF, 2018).

O conjunto desses fatores representa a complexidade que o tema da obesidade apresenta na contemporaneidade. O reconhecimento da importância dos aspectos sociais reafirma nosso interesse em pesquisar sobre sua interação no tratamento cirúrgico da obesidade em mulheres. Considerando que o IMC indica os níveis de sobrepeso e estabelece

critérios para o acesso à cirurgia, segundo a Portaria brasileira nº 424, entendemos que a ampla utilização desse índice está situada socialmente.

Sobre o IMC, em 1832, o estatístico e sociólogo belga Adolphe Quetelet apresentou a relação $\text{Peso}/\text{Altura}^2$ em seus estudos sobre a dinâmica corporal. A pesquisa⁶ desenvolvida por ele abordou a relação do peso em habitantes da Bélgica, do nascimento até a velhice. As diferentes formas de realizar as avaliações relativas ao peso corporal, passaram a dificultar os trabalhos no campo da epidemiologia comparativa. A equação proposta por Quetelet foi nomeada de “*body mass index*” (BMI) por Ancel Keys e, somente em 1998, passou a ser utilizada universalmente⁷ (POULAIN, 2013).

Sua ampla utilização refere-se à praticidade e pequeno custo para análise de indivíduos e populações, tanto nas ações clínicas, de triagem, ou mesmo em monitoração de tendências, por mais que existam limites⁸ nessa utilização (CONDE; MONTEIRO, 2006; HIMES, 2006). Assim, o IMC, como principal indicador de sobrepeso e obesidade, é uma das referências utilizadas para as ações em saúde, por mais que tenha se originado em uma realidade específica⁹, incorrendo o risco de desconsiderar aspectos culturais, raciais, sociais, econômicos e de gênero.

Vale destacar que o estabelecimento das variações do IMC corresponde aos estados de corpulência relacionadas ao fator de risco, de

⁶Seu trabalho, intitulado de *Le poids de l'homme aux différents ages* (O peso do homem em diversas idades), foi apresentado à Academia Real da Bélgica (POULAIN, 2013).

⁷Conforme o relatório da OMS em Genebra no ano de 1995. Os especialistas consideravam que: “o aumento de peso está associado ao aumento da morbidez e da mortalidade; o sobrepeso está associado ao aumento da morbidez e da mortalidade; as variações cíclicas de peso podem ser associadas ao aumento da morbidez e da mortalidade; em caso de sobrepeso, a perda de peso é difícil de ser mantida; a sua vantagem para a saúde a longo prazo é ainda desconhecida e ela pode causar algumas variações cíclicas” (OMS, 1995 *apud* POULAIN, 2013, p.182).

⁸Um dos limites é os “riscos de erros ligados à parte variável da massa óssea, da massa muscular e dos líquidos no peso corporal, isto é, as proporções de massa gorda e de massa magra” (POULAIN, 2013, p. 181).

⁹Segundo Poulain (2013, p. 182), “a validação da relação entre a corpulência e os atores de risco cardiovasculares foi feita a partir de pesquisas realizadas com populações ditas “caucasianas” e não é totalmente válida quando aplicada a populações que possuem outro tipo físico”.

morbidade¹⁰ e mortalidade (HIMES, 2006; PORRATA; RODRÍGUEZ-OJEA; JIMÉNEZ, 2006). A padronização das variações de sobrepeso acarretou significativas mudanças na sociedade, a exemplo dos Estados Unidos, que passou o limite entre sobrepeso e peso normal de 27 para 25, em 1998, levando 35 milhões de americanos¹¹ a serem considerados com sobrepeso (POULAIN, 2013).

A padronização e consequente recategorização não considerou os marcadores de diferença de sexo, raça/etnia, idade, sequer outras diferenças que podem levar grande parte da população a sofrer preconceito pela nova classificação. Ademais, pouco se consideram os “riscos sanitários ligados aos esforços feitos para manter um peso corporal em níveis de uma irrealista magreza” (STRAWBRIDGE *et al.*, 2000 *apud* POULAIN, 2013).

Poulain (2013) problematiza os interesses que incidem na projeção da obesidade como um problema de saúde mundial. O autor aponta que as indústrias farmacêuticas e para farmacêuticas podem usufruir de grandes benefícios com a “doença”, pois o mercado de produtos para emagrecimento cresceu significativamente nos últimos anos. Sant’Anna evidencia que as intervenções no corpo sugerem uma transformação que necessita acontecer de dentro para fora. As dietas alimentares, complementos vitamínicos, suplementos alimentares e cirurgias são progressivamente vendidos como fórmulas que prometem um corpo ideal, o que a autora nomeia de “embelezamento medicamente assistido” (SANT’ANNA, 2016).

Cabe, com isso, considerar que a ampla utilização e divulgação do IMC como mecanismo de avaliação corporal propicia que um instrumento de “norma médica” seja cada vez mais transformado em “norma social”, intensificando a busca pelo corpo magro (POULAIN, 2013). Gonçalves (2004) corrobora com esta interpretação e sugere que a “medicina ocidental” vem estimulando a população a manter um determinado peso conforme o que é considerado 'normal', a partir do IMC,

¹⁰As principais morbidades associadas ao sobrepeso e obesidade são: doença cardiovascular; diabetes melito não dependente de insulina; doença de vesícula biliar; osteoartrite; cânceres de mama, endométrio, próstata e cólon (HIMES, 2006).

¹¹Para Strawbridge *et al.* 2000 *apud* Poulain (2013), baixar a norma a ponto de incluir 55% dos americanos em um padrão de anormalidade parece expressar um interesse em aumentar a prevalência do sobrepeso e obesidade.

possibilitando que a verificação de saúde e doença corresponda apenas aos indicadores estabelecidos.

Observa-se, deste modo, que a avaliação do peso corporal pelo IMC deve considerar as especificidades do contexto social, a fim de evitar profundos sofrimentos subjetivos e objetivos em relação ao peso, principalmente às mulheres. Os distúrbios alimentares e doenças metabólicas retratam um contexto opressor pouco divulgado nos meios de comunicação. O padrão de beleza vinculado ao corpo magro contradiz, por vezes, as necessidades nutricionais em prol do rápido emagrecimento. O controle da alimentação através de dietas restritivas pode corroborar com o desenvolvimento de possíveis transtornos alimentares, estando as mulheres mais vulneráveis a essas pressões sociais (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A construção do apreço pelo próprio corpo é influenciada pelos meios de comunicação - imprensa, cinema, televisão - e precisa ser reconhecida como agência promotora de estereótipos de beleza. Os produtos desenvolvidos por esse mercado resultam na concentração de uma “megaindústria” voltada ao emagrecimento, nas quais a alimentação, a cosmética, a saúde e as atividades físicas correspondem a um arranjo bastante estruturado e podem promover sofrimentos voltados à incompatibilidade da realidade vivida com a projetada pela mídia (GONÇALVES, 2004; GOLDENBERG, 2011; SANT’ANNA, 2014; 2016). Esse efeito é observado no isolamento e constrangimento social das mulheres em função da gordofobia (ARRAES, 2014; CARDOSO; COUTO, 2017; RANGEL, 2017), assim como da complexidade do seu tratamento cirúrgico.

2.2 MULHERES NO PLURAL, FEMINISMOS E OS DESDOBRAMENTOS DA INTERSECCIONALIDADE

A produção teórica do feminismo interseccional nos aponta a importância de situar as mulheres em seu tempo/espço, assim como em suas dinâmicas sociais, culturais e econômicas, a fim de localizar historicamente suas realidades sociais, para além de uma noção genérica de mulher. O debate interseccional nos movimentos feministas e de mulheres assume notoriedade, principalmente, a partir das mulheres negras norte americanas, que questionaram a universalidade da noção que prevalecia sobre a categoria mulher(es). Para elas, as opressões estavam ligadas, para além do gênero e da classe, diretamente à questão da

raça/etnia (GONZÁLEZ, 1979; BAIRROS, 1992; CARNEIRO, 2003; 2011; DAVIS, 2016).

As mulheres negras evidenciaram que o racismo atingia suas vidas, produzindo discriminações que as colocavam em contextos diferenciados e as vulnerabilizavam se comparadas às mulheres brancas. Deste modo, as lutas das mulheres negras contra a opressão de gênero e de raça possibilitaram novas discussões sobre os lugares socialmente ocupados pelas mulheres e suas ações no campo da política feminista (CRENSHAW, 2002; CARNEIRO, 2011; RIBEIRO, 2017; 2018; AKOTIRENE, 2018).

Durante a história do feminismo europeu, as primeiras reivindicações registradas pautavam, sobretudo, a conquista dos direitos políticos, sociais e econômicos equiparados aos dos homens, como: direito ao voto; à propriedade; à herança; ao trabalho remunerado; ao estudo; à participação ativa na vida pública. A categoria “mulher” emergiu em contraposição à noção de “homem universal”, pensado idealmente como um ser branco, heterossexual, magro, jovem, cristão, “civilizado” e de Primeiro-Mundo. (LORDE, 1984; MAGRINI; LAGO, 2012). As reivindicações dessas feministas evidenciavam que as particularidades da “mulher” não eram contempladas nas relações sociais, ou seja, as questões voltadas à saúde reprodutiva, à violência contra a mulher, ao trabalho doméstico e de cuidados, eram silenciadas. (PEDRO, 2005; RAGO, 1988; BIROLI, 2018).

Logo, os questionamentos à construção da categoria “mulher” ganharam amplitude por não representarem as bandeiras de lutas das feministas e remeterem a uma identidade que se circunscrevia a mulheres brancas, de classe média e intelectuais, embora esta categoria tenha conceitualmente se contraposto à noção de “homem universal”. A categoria gênero, por sua vez, emergiu nos meios acadêmicos, na década de 1980, segundo a norte-americana Scott (1989). A autora esclarece que por meio do uso da categoria foi possível adentrar os espaços institucionais, visto que a terminologia científica parecia distanciar-se da política do feminismo. Deste modo, gênero passou a ser uma categoria de análise, tal qual classe, raça/etnia, geração (CRENSHAW, 2002; PISCITELLI, 2002; PEDRO, 2005; CARNEIRO, 2011; GOLDENBERG; 2011).

Diferentes conceituações foram estabelecidas, a fim de apreender o conceito. Podemos considerar que gênero é “um modo de fazer distinções entre pessoas; uma construção cultural que classifica com base em traços sexuais, expandindo-se por cruzamentos de representações e linguagens” (TELLES, 1992, p. 50). Nos interessa que gênero, como

categoria analítica, num primeiro momento, possibilita desconstruir as compreensões essencialistas que tratam da natureza da mulher (COSTA, 1998).

Ao contemplar os aspectos relacionais da construção das identidades na categoria analítica gênero, Scott (1989) sinaliza que mulheres e homens se fazem em relação. Com isso, o debate se amplia e não está restrito aos fenômenos relacionados a uma identidade apenas feminina, mas ao feminino em relação, sendo criticada por feministas, como Costa (1998), pela impossibilidade desta categoria não se ater a uma agenda política eminentemente feminina.

Costa (1998) e Piscitelli (2002) propõem a retomada do conceito de “mulher(es)” a partir de uma outra leitura feminista, uma mulher situada e recortada por marcadores sociais (HENNING, 2015). No entanto, Costa (1998) afirma que a categoria “mulher” remete a um paradoxo, pois ao passo que assegura o anti-essencialismo epistemológico, demanda o essencialismo político. Ou seja, o debate de gênero desconstrói noções biológicas de corpo e, ao ampliar o ‘olhar’ para a construção de um corpo construído, possibilita o distanciamento das identidades definidas a priori por uma relação direta à noção de sexo.

As contribuições de Costa (1998) são significativas ao defender que a categoria “mulher” torna-se, então, “uma posição política e o campo movediço e arriscado de ação e reflexão dos estudos feministas em contraposição ao porto seguro dos estudos de gênero (ou de masculinidades) dentro da academia” (COSTA, 1998, p. 133). A autora levanta a importância do uso da categoria “mulher” para a política feminista em relação ao gênero, embora os questionamentos relativos à singularidade da categoria “mulher” tenham sido ressignificados.

As mulheres negras, índias, trabalhadoras, pobres foram responsáveis por contestar a padronização do debate eurocêntrico e suas tendências. A partir da reivindicação de uma “diferença” dentro das “diferenças”, essas mulheres fortaleceram a ação política, impulsionaram a pluralidade e tencionaram as pautas de luta, bem como fomentaram contextos de produções teóricas (CARNEIRO, 2011; PEDRO, 2005; MIGUEL, 2014).

A questão comum aos movimentos feministas e de mulheres foi historicamente voltada ao fato de a opressão feminina ocorrer em diferentes contextos e sociedades, por mais que diferentes posicionamentos políticos e teóricos estivessem presentes nas pautas feministas (PEDRO, 2005; PISCITELLI, 2004). É então que a concepção de “mulheres” no plural assume centralidade, visto que os marcadores de classe, raça/etnia, geração, regionalidade, corporalidade, religião, dentre

outros, representam os lugares diferenciados das mulheres e suas reivindicações. Mais ainda, que as desigualdades e relações de poder se apresentam no âmbito do feminismo, explicitando que este não constitui um todo homogêneo (BAIROS, 1995; HENNING, 2015; PISCITELLI, 2004).

No entanto, outras reflexões fundamentais ao campo das teorias feministas e de gênero estão presentes na história dos movimentos feministas e de mulheres, de modo a romper com invisibilidades até então secundarizadas nos debates. O pensamento de González (CARDOSO, 2014) reivindica o enegrecimento do feminismo, considerando a evidente supressão das mulheres negras no contexto latino-americano. A autora argumenta que as mulheres negras brasileiras não são contempladas pelo feminismo de viés eurocentrista e de cultura ocidental. Ao contrário, pontua a necessidade de visibilizar as lutas históricas e de resistência das mulheres negras, propondo a articulação das categorias de raça, sexo, classe e poder, a fim de revelar as estruturas de opressão social.

Nesta direção, outras mulheres brasileiras foram protagonistas das produções teóricas do feminismo interseccional. Por mais que permaneça em construção, as brasileiras Lélia Gonzalez, Luiza Bairos, Sueli Carneiro, dentre outras, são importantes intelectuais e pioneiras do debate interseccional. Para Bairos (1995), a opressão sexista é uma experiência situada em uma “matriz de dominação”, a qual interceptam-se raça, gênero, orientação sexual e classe social. Esta composição forma um “mosaico” que apenas é compreendido se considerado sua totalidade. A autora sugere que esta perspectiva revela a existência de diversas identidades, visto que a experiência de ser mulher é social e histórica.

O feminismo negro tem contribuído essencialmente para essa discussão ao propor o enegrecimento das reivindicações políticas das mulheres e “trazer para a cena política as contradições resultantes da articulação das variáveis de raça, classe e gênero” (CARNEIRO, 2011), a fim de demarcar lugares e contextos que foram historicamente invisibilizados.

A interseccionalidade foi capturada conceitualmente por Kimberlé Crenshaw (2002, p. 177) e considerada um problema, no qual, coexistem dois ou mais eixos de opressão: “ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras”. Nesta perspectiva, a interseccionalidade aponta para os limites teóricos do isolamento das categorias e propõe a articulação conceitual das desigualdades sofridas pelas mulheres.

No âmbito acadêmico, a interseccionalidade se apresenta como instrumento teórico-metodológico para análises no campo dos estudos de gênero e feministas, que problematizam os eixos de subordinação e sistemas discriminatórios (RODRIGUES, 2013). A interlocução dessas categorias abre espaço para a análise de outros marcadores sociais (HENNING, 2015). Compreende-se que os preconceitos relacionados à obesidade contribuem para a potencialização dos sistemas discriminatórios anteriormente citados, potencializando-os.

2.3A GORDOFOBIA COMO PAUTA DOS FEMINISMOS CONTEMPORÂNEOS

Para além das pautas feministas que reivindicavam a conquista de direitos, a repressão dos corpos das mulheres e de sua sexualidade estiveram em evidência na história do feminismo (RANGEL, 2017; SANT'ANNA, 2014). Atualmente, o corpo é projetado midiática e academicamente por diferentes motivos e áreas de conhecimento. O “*Fat Studies*”¹² (TORRES, 2016) é um novo campo de saber, que agrega trabalhos interdisciplinares, no qual os estudos de gênero e o ativismo feminista teriam significativa contribuição, a exemplo do livro “*Fat is a feminist issue*”¹³ de Susie Orbach, em 1978.

No Brasil, os debates relacionados à gordofobia são recentes e realizados por mulheres. Cardoso e Couto (2017) entendem que o significado da “Gordofobia” é complexo e ocorre, inclusive, quando julgamos a saúde de uma pessoa pela circunferência da sua cintura ou quando apenas um padrão de beleza é considerado adequado (corpos magros e sem celulites ou estrias). As autoras explicitam que ser gordofóbico é inferiorizar, repulsar e menosprezar pessoas gordas, o que nos reporta a sentimentos como “aversão ou medo de pessoas gordas” (INFORMAL, 2016).

Essa prática de violência pode se manifestar em atos verbais, morais, psíquicos e até físicos. Não é à toa que o termo “gorda” é tido como ofensivo e carregado de sentidos negativos, levando à mulher gorda a perceber seu corpo como indesejável (RIBEIRO, 2016). O crescente receio de engordar, também revela aspectos da gordofobia, o que sugere os sofrimentos associados ao preconceito que recai em mulheres gordas na fila para a terapêutica cirúrgica.

¹²Estudo sobre a gordura e/ou sobre as/os gordas/os.

¹³“Gorda é uma questão feminista” de Susie Orbach, 1978.

Apesar de o feminismo e a luta anti-gordofóbica estarem amplamente imbricados, não há significativa projeção da temática no movimento (RIBEIRO, 2016; RANGEL, 2017). Militantes gordas têm sugerido que a luta contra a gordofobia tem sido um aspecto secundarizado no movimento, apesar de sua manifestação ser tão perversa quanto os preconceitos de homofobia, transfobia, machismo, entre outros. Arraes (2014) afirma que as mulheres são as que mais vivem a gordofobia, principalmente as mais gordas (ARRAES, 2014).

Contraditoriamente, esse não é um tema priorizado também pela produção teórica feminista, conforme pode-se identificar com o levantamento bibliográfico realizado, postergando, inclusive, os estudos sobre cirurgia bariátrica a partir dessa chave de interpretação. Se a temática da gordura ou obesidade não ecoa nos movimentos e estudos feministas, dificilmente incidirá com tal abordagem na produção do campo da saúde.

A incipiente discussão da gordofobia (RIBEIRO, 2016; SANTOS; SANCHOTENE, 2017; RANGEL, 2017; CARDOSO; COUTO, 2017) revela a compreensão das mulheres sobre as implicações da obesidade nas relações sociais, conforme demonstra o estudo realizado por Rangel (2017). Este contou com mulheres ativistas, criadoras de páginas anti-gordofobia, e explicitou que a luta contra a gordofobia, além de unir as mulheres gordas, possibilita criar, entre elas, uma identificação, bem como partilhar as dificuldades e problemas enfrentados.

Para a autora (RANGEL; 2017, p. 82), o fato de as mulheres gordas estarem compartilhando suas fotos - seja na praia, num relacionamento amoroso, em frente ao espelho - “recai na discussão sobre autoestima da mulher gorda sem associar magreza à saúde, fortalecendo a discussão ampliada sobre saúde”. No entanto, as redes sociais, ao passo que contribuem para a identificação e problematização da gordofobia, igualmente, potencializam a socialização de preconceitos nos espaços virtuais.

Arraes (2014) traz em seu texto a narrativa da arquiteta e urbanista Giselli Sousa, que avalia a discussão sobre gordofobia restrita, geralmente, à temática dos “padrões de beleza”. Considera, ainda, que há desdobramentos mais amplos e pouco explorados, como: o acesso ao transporte público; a mobilidade urbana; os diferentes tipos de opressões gordofóbicas de acordo com a classe e raça da mulher; o desemprego; as vulnerabilidades sociais e econômicas; o bullying; a violência sexual e doméstica contra a mulher gorda. As dificuldades de acessos, preconceitos e violências relatados por Sousa (ARRAES, 2014) se aproximam da realidade das mulheres “pacientes” do Serviço de Cirurgia

Bariátrica do HU/UFSC, e revelam, de certo modo, dimensões dos aspectos sociais que envolvem a obesidade. O ativismo gordo dá visibilidade às experiências das mulheres e suas reivindicações, alertando, deste modo, para a necessidade de elaboração de estudos e intervenções no campo da saúde.

A busca de mulheres gordas pela cirurgia da obesidade pode, entre outros fatores, expressar seu desejo em romper com os preconceitos ligados à gordofobia. Ribeiro (2016, p. 11), ao escrever sobre a produção do documentário GORDA, explicitou que ao exibir corpos invisibilizados na mídia “a mulher gorda poderá desconstruir não só o preconceito alheio, como sua própria gordofobia em relação a si mesma”. De acordo com a autora, as mulheres gordas também estão sujeitas à prática da gordofobia, sendo o seu corpo, muitas vezes, seu alvo de desprezo (RIBEIRO, 2016). Essa face da gordofobia revela que a construção do preconceito do corpo gordo atravessa drasticamente a vida das mulheres consideradas obesas.

Devido às vivências de discriminação de seus corpos gordos, simplesmente pela aparência volumosa, é que Ribeiro (2016, p. 12) considera que “ser gordo não é ser doente, assim como ser magro também não é ser saudável. Saúde e estética corporal são coisas distintas”. Esta associação demonstra que há uma vinculação direta do corpo gordo com doença e, conseqüentemente, com tratamentos que adequem àquele corpo aos padrões de “normalidade”. Mais ainda, a autora evidencia que as preocupações relacionadas à “saúde” não se apresentam com a mesma intensidade em pessoas que são magras, tornando a discussão sobre a obesidade bastante complexa. A gordura e o excesso de peso, comumente, são tomados como símbolos que remetem ao desleixo, indisciplina, preguiça, ou seja, à noção de que a obesidade em mulheres resulta da falta de investimento em si próprias (GOLDENBERG, RAMOS; 2007). A construção deste estereótipo diferencia as mulheres com obesidade das demais, situando-as às margens dos espaços sociais devido sua condição corporal.

Ao considerar-se a gordofobia como um eixo de opressão, a abordagem do feminismo interseccional (CRENSHAW, 2002; RODRIGUES, 2013), sugere que as desigualdades sociais são aprofundadas pelos sistemas discriminatórios. Dito de outro modo - assim como o racismo, o patriarcalismo e a opressão de classe – a discriminação relacionada à gordofobia pode acentuar as opressões vividas pelas mulheres com obesidade. Esse contexto revela que o tratamento cirúrgico da obesidade é repleto de sentidos que dialogam com os estudos de gênero e teorias feministas, especificamente do viés interseccional. A crescente publicização da gordofobia como prática discriminatória, pelas redes

sociais, vem demandando que os estudos de gênero e feministas insiram essa discussão no campo das políticas públicas de saúde.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa em questão é empírica, descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, e contemplou os fenômenos sociais e culturais que englobam a obesidade em mulheres. Caracteriza-se como qualitativa devido à busca de respostas em torno de uma realidade não quantificável, pois os aspectos sociais que envolvem a cirurgia bariátrica nas mulheres correspondem a um contexto social repleto de significados, vivências, motivos e aspirações (MINAYO, 2011) no universo das relações cotidianas das mulheres com obesidade.

O estudo foi instruído pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que define os procedimentos-padrão e recomendações para pesquisas em seres humanos. O projeto de pesquisa foi submetido e protocolado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEPSH/UFSC), sendo aprovado em abril de 2018, sob Número do Parecer: 2.595.383. As entrevistas ocorreram mediante a aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por todas as participantes. Este assegurou informações sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, justificativa, métodos e possíveis benefícios e/ou riscos. Durante todo o processo de pesquisa e elaboração da dissertação, os nomes das mulheres, vozes e falas foram preservados em sigilo, respeitando seus direitos, conforme a Resolução nº 466/2012 do CNS. Os TCLE's e transcrições das entrevistas estão guardados em local seguro, sob posse das pesquisadoras e serão destruídos após cinco anos.

O referencial teórico foi baseado nos estudos interdisciplinares de gênero e feministas, particularmente do feminismo interseccional. A investigação feminista possibilita um olhar crítico acerca da ciência tradicional, ou seja, problematizar as relações de gênero e propor uma nova relação entre teoria e prática no âmbito intelectual e político (RAGO, 1988; SALGADO, 2008). Tal compreensão sugere um encontro entre os saberes das mulheres, privilegiando, portanto, as experiências das “pacientes” em tratamento cirúrgico, assim como a atuação daquelas que trabalharam na Assistência em Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, embora não sejam estas as sujeitas da pesquisa.

De todo modo, abarca as interações, partilhas e experiências de todas que se encontram no espaço institucional, em uma construção contínua e intensa de vivências e saberes, igualmente, de possíveis deslocamentos do lugar em que se encontram. Os trabalhos produzidos pela feminista Crenshaw (2002) auxiliou na interlocução entre os saberes mobilizados com a Política de Atenção em Alta Complexidade ao

Indivíduo com Obesidade, ampliando as discussões em saúde pelo viés de gênero e do feminismo interseccional. Isto porque a teoria chama atenção para a interação das opressões que acometem, sobretudo, as mulheres.

As pesquisas *com*, *por* e *para* as mulheres consideram que elas estejam no centro das investigações, o que requer pensar sobre suas especificidades e organizar os estudos *com*, *por* e *para* mulheres (SALGADO, 2008). Essa tríade contribui com uma importante chave analítica e de interpretação para as pesquisas na área da cirurgia bariátrica, porque são as mulheres que mais acessam o tratamento cirúrgico (NASCIMENTO, BEZERRA, ANGELIM; 2013), embora alcançar as especificidades colocadas por elas durante o acompanhamento de saúde permaneça um grande desafio.

Os serviços de assistência em alta complexidade de um hospital-escola são espaços privilegiados para a problematização da temática, visto que as cirurgias bariátricas são indicadas quando há “esgotamento” de outras possibilidades de tratamento na rede de saúde para a obesidade. Soma-se a esse aspecto, o caráter indissociável entre ensino, pesquisa, extensão e assistência do HU/UFSC, e de estar credenciado, bem como ser referência no Estado para a Assistência em Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade desde 2004. O expressivo número de mulheres em acompanhamento ambulatorial corrobora a demanda de pesquisas sobre gênero e saúde. Além do mais, segundo a chefia¹⁴ do Serviço de Cirurgia Bariátrica do HU/UFSC, foram realizadas de 2004 até 2018, aproximadamente, 1.000 gastroplastias, deste total, 75% do público submetido era feminino.

A coleta de dados ocorreu majoritariamente na instituição hospitalar, por meio de entrevista semiestruturada, no período de abril a junho de 2018, observando as recomendações da Resolução n°466, de 12 de dezembro de 2012, do CNS. A entrevista semiestruturada é um procedimento metodológico que possibilita aprofundar as informações, pois permite um diálogo intenso entre a entrevistadora e a entrevistada (NETO, 1994). Para tanto, foi elaborado um roteiro, a partir da revisão bibliográfica, que contemplou os objetivos propostos, formulado para levantar questionamentos que abrangessem o processo pré-operatório, contextualizando o acesso à Equipe de Cirurgia Bariátrica do HU/UFSC. Assegurou dados sobre quem são essas mulheres, situadas em relações de

¹⁴ Informações obtidas via *WhatsApp* em contato com o médico cirurgião chefe da Equipe de Cirurgia Bariátrica do HU/UFSC, em 12 de junho de 2018.

trabalho e familiares, bem como em interação com as políticas públicas (saúde, educação, transporte, alimentação, previdência social, assistência social). Ademais, demarcou raça/etnia, orientação sexual, religião, idade e território de moradia como expressões da realidade social das entrevistadas. Abarcou, por fim, dimensões de gênero capturadas em sentidos atribuídos à obesidade pelas mulheres e os desafios voltados à perda de peso corporal, além de suas expectativas relacionadas à realização da cirurgia bariátrica.

O interesse em entrevistar as mulheres decorreu dos seguintes motivos: 1) serem as que mais se submetem ao procedimento cirúrgico em comparação ao público masculino, remetendo a assimetrias de gênero secundarizadas na literatura sobre o tema; 2) possibilitarem um potente campo de interlocução entre a área da saúde e os estudos e movimentos feministas; 3) utilizarem o SUS como acesso à cirurgia, revelando aspectos da Política Pública no enfrentamento à obesidade na alta complexidade; 4) constituírem-se como mulheres e estarem investidas dos diferentes marcadores sociais (HENNING, 2015) - gênero, raça/etnia, classe, entre outros.

Dentre os critérios de seleção das mulheres para a composição do *corpus*, destaca-se: a conclusão do acompanhamento pré-cirúrgico multidisciplinar com as/os profissionais da equipe mínima (BRASIL, 2013a); o encaminhamento para o procedimento cirúrgico; a inclusão na Lista de Espera. O encaminhamento para a cirurgia supõe que as mulheres vivenciaram as rotinas, demandas e normativas da Política institucional, por vezes, percorreram e acessaram os direitos sociais para sua viabilização e utilizaram recursos próprios e da rede de apoio pessoal.

O momento que precede a cirurgia é central no processo de tratamento. A partir do acompanhamento ocorre um consenso entre a equipe para a realização do procedimento, que considerou a cirurgia a estratégia de intervenção em saúde para a abordagem da obesidade, quase sempre indicação desejada e esperada pelas “pacientes”. Desse modo, as mulheres foram avaliadas por uma equipe multiprofissional que conduziu os atendimentos e indicadas como candidatas. Neste momento as mulheres se encontram suscetíveis a expor suas experiências relacionadas à obesidade e aos temas correlatos, em função dos acessos conquistados e expectativas futuras.

O *corpus* foi composto por 10 mulheres que realizaram o acompanhamento pré-operatório multiprofissional e estavam aguardando a realização da cirurgia. O contato com as mulheres foi viabilizado pela chefia do Serviço de Cirurgia Bariátrica do HU/UFSC ao disponibilizar uma relação com os dados das “pacientes” acompanhadas (nome e

número de telefone). Primeiramente, considerou-se utilizar a “Tabela de Números Aleatórios” para agendar as entrevistas. No entanto, após a análise detalhada da Lista de pacientes em aguardo para a cirurgia bariátrica, optou-se por seguir a ordem de nomes disposto na Lista e realizar o contato telefônico com todas as mulheres, visto que não havia demanda reprimida que justificasse a adoção de um critério de seleção.

A primeira Lista, fornecida em abril de 2018, contava com nove mulheres em espera e três homens. Durante o início do mês de maio, uma nova lista foi acessada, após sua solicitação, que incluiu outras três mulheres e um homem. Novos contatos telefônicos foram feitos para ampliação do *corpus*, e as entrevistas agendadas conforme a disponibilidade das mulheres, prevendo apenas um encontro individual com cada entrevistada. Priorizou-se o contato telefônico em horário comercial, apresentando-se como mestranda da UFSC, oriunda da RIMS/HU/UFSC, da turma de 2016.

Atualmente, em média, são realizadas oito cirurgias bariátricas mensais no HU, correspondendo a duas operações por semana (ALVES, 2010). As ligações telefônicas para verificar a disponibilidade da/o paciente e orientá-la/o sobre a internação hospitalar ficam ao encargo dos/as profissionais da Cirurgia do Aparelho Digestivo e acontecem, habitualmente, às sextas-feiras. Assim, a/o paciente tem o fim de semana para se preparar para a internação, que ocorre, usualmente, nas segundas-feiras nas mediações da Unidade de Internação Cirúrgica I (UICI) do HU/UFSC. Esses procedimentos são de conhecimento das mulheres, visto que as informações são repassadas nos grupos e nas consultas com os/as profissionais. Logo, ligações telefônicas realizadas por acadêmicas vinculadas à UFSC podem ser associadas à chamada para a bariátrica.

Neste sentido, embora tenham sido tomados os devidos cuidados e assegurados todos os dados sobre a pesquisa em questão, a maioria (seis) das mulheres presumiu que compúnhamos a Equipe de Cirurgia Bariátrica do HU/UFSC, e solicitou informações sobre sua colocação na Lista de Espera, ou mesmo sobre a celeridade para a Internação Hospitalar. Suas aflições e demandas, geradas pelo aguardo do procedimento cirúrgico, foram ouvidas e salvaguardadas, visto que são confidenciais à Equipe.

As expectativas antecedem o procedimento e são potencializadas pelo tempo de espera, que é, aproximadamente, de quatro meses para as mulheres serem contatadas e internadas no HU/UFSC. Outrossim, o transoperatório, momento de pensar a reorganização da dinâmica e atividades cotidianas, leva as mulheres a planejarem: sua ausência nas rotinas do trabalho, da casa e da família; as providências em relação ao

transporte para deslocamento até o HU/UFSC; as combinações com a rede de apoio para assegurar a presença de um ou mais acompanhantes durante a internação hospitalar; os cuidados que serão necessários no pós-operatório. Soma-se a essas, o fato de as consultas com as/os profissionais da Equipe estarem suspensas até o chamamento para a cirurgia.

Em sua maioria, as mulheres estiveram abertas ao convite para participação no estudo. Demonstraram-se disponíveis no momento do agendamento de datas para a entrevista, sendo estas marcadas para a mesma semana em que foi feito o contato. Nenhuma mulher desistiu após o agendamento ou cancelou a entrevista, pelo contrário, buscaram alternativas para conciliar, em suas rotinas diárias, sua presença na pesquisa. Duas outras mulheres contatadas se disponibilizaram, ainda que não tenha sido possível entrevistá-las, devido a condições externas. Uma porque não se deslocava sem o auxílio de um/a cuidador/a, sendo seu local de moradia fora do município de Florianópolis, e outra porque não conseguiu se ausentar do local de trabalho.

Todas as participantes da pesquisa realizaram a avaliação para submeterem-se a cirurgia. O espaço de tempo desse acompanhamento variou de mulher para mulher. Segundo a Chefia da Equipe, o momento pré-cirúrgico costuma ocorrer de um ano há um ano e meio, em média, do início do tratamento. No entanto, algumas mulheres entrevistadas permaneceram por tempo maior no acompanhamento. As participantes se encontravam em duas situações do período pré-operatório: mulheres aguardando o chamado para a internação; mulheres que se encontravam internadas. Na primeira situação, o agendamento considerou a possibilidade de as mulheres comparecerem ao HU/UFSC para: atendimento do Serviço Social; realização de exame endoscópico ou, simplesmente, para a entrevista. Assim, quatro mulheres foram entrevistadas no ambulatório do HU/UFSC, na sala de atendimento do Serviço Social, após consentimento da profissional responsável pela área. Apenas a paciente que se submeteria ao exame endoscópico foi entrevistada no próprio setor de realização do procedimento, mediante autorização da Enfermeira da área.

Em ambos os espaços foram garantidos privacidade, silêncio e acolhimento para que as mulheres pudessem se sentir confortáveis frente aos questionamentos. Atentou-se, também, para a acessibilidade dos locais, evitando constrangimentos relacionados à falta de estrutura de mobiliário para pessoas com obesidade. Do conjunto de mulheres que estavam aguardando a cirurgia, apenas uma solicitou e preferiu ser entrevistada em seu ambiente de trabalho, especificamente na copa-cozinha, onde atuava como responsável pelos serviços gerais. O local era

amplo e confortável, sendo inconveniente apenas pela circulação de outras pessoas que trabalhavam na mesma função que a sua, as quais a participante avaliou serem de sua confiança.

A segunda situação não era esperada e se apresentou no transcórre da coleta de dados. Em contato telefônico, identificou-se que parte das pacientes estavam internadas na UICI/HU/UFSC, porém até aquele momento não tinham se submetido à cirurgia. Por isso, quatro delas foram entrevistadas durante a internação hospitalar, mas antes da realização do procedimento cirúrgico, em diferentes locais da Clínica: três na sala em que a Equipe de Enfermagem e demais corpo clínico se reunia para “passagem de plantão” e uma no leito do quarto em que estava internada. Às entrevistas que ocorreram na sala da Equipe de Enfermagem foi assegurado um espaço silencioso, cordial e de mínimo deslocamento para as mulheres. A entrevista realizada no leito, por sua vez, contou com interrupções relacionadas à rotina hospitalar. A paciente foi solicitada para a administração de medicamentos e recebeu sua refeição do jantar; momento em que se conclui a entrevista.

O fato de a coleta de dados ter sido aplicada no período que antecedia o procedimento, mas parte do transoperatório, retratou duas situações particulares: 1) diferentemente das mulheres que foram entrevistadas antes de serem chamadas para a cirurgia, as que se encontravam internadas não estavam ansiosas pelo contato, pois tinham certeza de que a cirurgia aconteceria em poucos dias; 2) em contraposição a essa “suposta” convicção, estavam imersas na rotina hospitalar de uma Unidade Cirúrgica, deslocando suas práticas habituais para as de internamento. Observou-se nestas mulheres a “necessidade” de falar, talvez, devido à suspensão das suas atividades cotidianas e afastamento de pessoas familiares, ou mesmo porque a chegada da cirurgia as colocara em um espaço de interlocução em que eram o centro da intervenção, assim como deste estudo. Tal aspecto promoveu e potencializou a valorização de suas trajetórias, assim como as incentivou a exporem sobre si.

Por outro lado, notou-se que a intervenção cirúrgica motivou as mulheres a fazerem acertos verbais com seu entorno, revelando segredos aos profissionais, familiares, demais rede de apoio e, nesse caso, à pesquisadora. Isso porque, algumas, demonstravam apreensão frente aos possíveis riscos e complicações que envolvem qualquer cirurgia de alta complexidade, em específico, demarcava o fim de um corpo que seria transformado. Essa finitude não significa necessariamente deixar de existir, mas se despedir de um corpo que seria modificado e, com ele, o pertencimento a certos grupos, identificações, hábitos (alimentares, sobretudo) e rotinas.

Chamou a atenção o fato de uma das participantes da pesquisa, encaminhada para a cirurgia, acompanhar outra submetida ao procedimento, quando esta foi entrevistada. Diferentemente das demais, abordadas via contato telefônico, esta foi a única mulher indicada pela Assistente Social da UICI/HU/UFSC para que fosse entrevistada. Após a profissional realizar o atendimento social com a mesma, identificou seu interesse, motivado pelo fato de que a pessoa que acompanhava no transoperatório ter sido entrevistada e expressado seu contentamento em contribuir para o estudo.

Essa entrevista ocorreu no corredor do HU/UFSC, em local de pouca circulação, e foi emblemática, no sentido de apontar as redes que se formam por elas mesmas para darem conta do processo que envolve a cirurgia bariátrica. Durante o início da coleta de dados, foi observado que no transcorrer do acompanhamento pré-operatório as mulheres criaram vínculos a partir do tratamento. A comunicação dessa rede ocorria pelo *Facebook* ou *WhatsApp*, participação nos grupos de acompanhamento e corredores de espera para as consultas no HU/UFSC. Nota-se que a relação de apoio construída garantiu, pelo menos, a efetivação da cirurgia de uma das participantes. Quando Maria explicitou que sua acompanhante seria uma das mulheres em acompanhamento pré-cirúrgico, revelou um laço de solidariedade entre elas:

Uma menina que vai fazer a cirurgia também, uma morena. Ela que vai me cuidar. Ela tá no processo, ainda. A gente é bem amiga. A gente fez amizade aqui no grupo de Psicologia, né. Ela vai ficar no hospital e na minha casa, porque ela pode ir de ônibus. É perto (Maria, 2018).

Essa relação foi percebida também durante a entrevista de Ana, que reafirmou a importância dos laços estabelecidos e da intervenção das profissionais de Psicologia:

Através da Psicóloga, a gente ficou muito amiga. Ela passa o dia na minha casa, eu vou na casa dela. E a gente aprendeu... a psicóloga fez com que nós tivéssemos mais intimidade, né... ela criou um grupo, a psicóloga... que a gente conversa no grupo... de todas que passaram por ela... e ela participa do grupo também ... e acabou criando essa amizade, né... já tem dois anos que nós se conhecemos. Ela tem cinco irmãs que não quiseram

cuidar dela... ela tentou pagar uma pessoa... a vizinha dela, e o marido não deixou... aí eu falei pra ela: nem por isso você vai deixar de fazer, não se preocupe, porque quando você for chamada pra fazer, eu vou tá lá! (Ana, 2018).

Quando Maria internou para realizar o procedimento, Ana já estava inserida em Lista e foi entrevistada. Tal qual haviam acordado anteriormente, Ana realizou o acompanhamento de Maria durante a internação hospitalar e assegurou que o procedimento cirúrgico acontecesse.

De modo geral, as entrevistas tiveram duração de, aproximadamente, 45 minutos a 140 minutos. A maioria das participantes utilizou o espaço para falar sobre si e responder às questões a elas direcionadas, com explicações bem contextualizadas. Relataram não apenas suas histórias sobre a obesidade e seus desdobramentos à entrevistadora, mas, sobretudo, a si próprias. Priorizou-se escutar e estimular suas falas, uma vez que o conteúdo abordado sugeria que as mulheres recuperassem suas experiências em relação aos processos de obesidade e do tratamento cirúrgico em suas vidas. As recordações, por vezes, remeteram a momentos difíceis e sentimentos dolorosos, sendo possível simplesmente escutar atentamente e permanecer presente (com o mínimo de interrupções). A disponibilidade e confiança das participantes em partilharem suas narrativas à pesquisadora foram valorizadas e projetadas nesse estudo.

Utilizou-se, para fins de registro, um gravador de voz e um diário de campo para anotações. Sempre foi solicitada a permissão para a gravação das entrevistas, o que foi concedido por todas as participantes. As entrevistas foram transcritas na sequência de sua realização e pela pesquisadora, que utilizou a escuta e redação das gravações para iniciar o processo de aproximação aos dados para análise. A narrativa das mulheres apontou para uma projeção de “cadeia de signos com sentidos sociais, culturais e/ou históricos particulares”, diferenciando-se da teoria e explicada por sua especificidade (SQUIRE, 2014, p. 273).

A análise dos dados coletados foi fundamentada pelos estudos de Laurence Bardin (2011). A análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e acadêmicos. Este tipo de análise compreende, primeiramente, a pré-análise. Neste momento, ocorre o primeiro contato

com os dados após a transcrição das entrevistas: leitura fluente, organização do material e realce das palavras que se destacaram.

Posteriormente, é realizada a codificação e a categorização dos dados no momento da exploração do material, sendo possível a elaboração de quadros de categorias por matrizes discursivas a partir da fala das entrevistadas. A estes foram incluídas categorias relacionadas aos aspectos sociais e de gênero que perpassaram a obesidade e a terapêutica cirúrgica. O material foi organizado em três momentos, de maneiras distintas:

1) caracterização das participantes da pesquisa. De modo geral, esse conjunto de informações assegurou dados referentes a como elas se identificavam em relação ao sexo, situação afetiva, quantidade de filhas/os, e netas/os, naturalidade, local de moradia, raça/etnia, religião, escola e trabalho;

2) história da obesidade. Este momento possibilitou recuperar o processo de constituição da obesidade, bem como o acesso das mulheres ao tratamento cirúrgico, a partir de suas vivências, articulando aos marcadores sociais de gênero, classe, raça/etnia, migração, território, escolaridade, dentre outros (HENNING, 2015). Os sentidos empregados foram apresentados individualmente, sendo analisadas as vivências das participantes uma a uma, na ordem que decorreu as entrevistas;

3) fase pré-operatória do tratamento cirúrgico da obesidade, projetando os aspectos sociais e de gênero envolvidos na terapêutica: transporte, trabalho, acesso a medicações e a alimentação, família, equipe e expectativas das participantes em relação à cirurgia. Nessa seção, trabalhou-se os sentidos empregados pelas participantes, considerando o conjunto das entrevistas.

A discussão dos resultados obtidos ocorreu por meio da interpretação dos dados segundo os estudos de gênero e teorias feministas, especialmente as discussões no âmbito do feminismo interseccional (CRENSHAW, 2002; AKOTIRENE, 2018). O referencial teórico levantado para a elaboração do estudo também subsidiou as discussões que pouco são abordadas pelas teorias feministas no campo da saúde.

4 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES

A caracterização das mulheres em acompanhamento para o tratamento cirúrgico da obesidade evidenciou que se tratava, de modo geral, de mulheres negras, brancas e pardas, brasileiras com histórico de migração e de situação de rua, moradoras de Florianópolis, com baixa escolaridade, inseridas em trabalhos precarizados e responsáveis por suas famílias. Este item apresenta a caracterização das dez (10) mulheres entrevistadas para o estudo e sua relação com os aspectos sociais da obesidade, a partir de uma leitura feminista.

Para identificá-las, utilizou-se codinomes fictícios, ou seja, nomes femininos escolhidos aleatoriamente. A Tabela 3 versa sobre as seguintes características: sexo, situação afetiva, número de filhas/os, número de netas/os.

Tabela 3: Referente aos dados de sexo, situação afetiva, quantidade de filhas/os e netas/os.

Identificação	Sexo	Situação Afetiva	Número de filhas/os	Número de netas/os
Salete	Fem	Solteira	00	00
Luiza	Fem	Solteira	01	00
Cecília	Fem	Casada	02	00
Maria	Fem	Casada	02	01
Estela	Fem	Casada	04	00
Laura	Fem	Casada	02	00
Catarina	Fem	Casada	03	01
Ana	Fem	Solteira	02	00
Elena	Fem	Casada	03	01
Antônia	Fem	Solteira	02	00

Fonte: Elaboração própria com base nos dados coletados (2018).

As participantes se autodenominaram como mulheres cis, do sexo feminino, ao reconhecerem suas identidades de gênero. Discussões no campo do feminismo radical, segundo Rodovalho (2017, p. 371), contribuem para a compreensão de que as mulheres cis:

São mulheres antes mesmo de terem uma identidade, antes mesmo de poderem dizer o que são ou deixam de ser. Foram criadas para ser mulher e isso significa justamente que, quando adentrarem os domínios da linguagem, já deverão estar compreendendo a si próprias enquanto mulheres. Não há escolha, elas sequer sabem que

estão sendo criadas para tal. Não podem senão sê-lo, já que estão sendo criadas assim, eis bem como funciona. Mulheres (RODOVALHO, 2017, p. 371).

Em relação à conjugalidade, Salete, Luiza, Ana e Antônia estavam solteiras, Antônia devido à viuvez e Ana à separação. Cecília, Maria, Estela, Laura, Catarina e Elena viviam com parceiros/maridos; algumas em regime de matrimônio e outras em união estável. As mulheres que tinham vida conjugal possuíam relacionamentos heterossexuais. Sobre isso, destacamos que a heterossexualidade foi, historicamente, normatizada como “natural” e ligada ao sexo biológico, portanto, uma identificação aparentemente óbvia para as mulheres entrevistadas (SWAIN, 2001).

A maioria das participantes tinham filhas/os e Maria, Catarina e Elena, tinham netas/os. Estela era a que mais tinha filhas/os, seguida de Catarina e Elena. Grande parte das entrevistadas (Estela, Maria, Laura, Ana, Antônia) possuía o número de dois filhas/os. Somente Luiza tinha uma filha e, apenas, Salete não possuía filhas/os.

A Tabela 4 caracteriza a origem regional e os deslocamentos das mulheres, bem como suas idades e autodeclaração de raça/etnia.

Tabela 4: Referente aos dados de naturalidade, local de moradia, idade, raça/etnia

Identificação	Naturalidade	Local de moradia	Idade	Raça/Etnia
Salete	Paraná	Florianópolis/SC	40	Negra
Luiza	Minas gerais	Florianópolis/SC	47	Branca
Cecília	Santa Catarina	Treze de Maio/SC	39	Branca
Maria	Rio Grande do Sul	Florianópolis/SC	58	Parda
Estela	Paraná	Florianópolis/SC	54	Branca
Laura	Santa Catarina	Florianópolis/SC	40	Negra
Catarina	Rio Grande do Sul	Palhoça/SC	52	Negra
Ana	Alagoas	Florianópolis/SC	40	Negra
Elena	Santa Catarina	Santo Amaro da Imperatriz/SC	60	Alemã
Antônia	Santa Catarina	Palhoça/SC	55	Alemã

Fonte: Elaboração própria com base nos dados coletados (2018).

As participantes eram todas brasileiras, em sua maioria natural do sul do país: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Apenas duas eram naturais de outras regiões do Brasil, Luiza do Sudeste (Minas

Gerais) e Ana do Nordeste (Alagoas). Durante o período do estudo, residiam majoritariamente no município de Florianópolis, em diferentes bairros, grande parte no Norte da região insular do município. As que não residiam na capital, eram procedentes de municípios considerados da Grande Florianópolis, ou seja, Palhoça (Catarina) e Santo Amaro da Imperatriz (Elena); apenas uma mulher (Cecília) morava na Mesorregião Sul Catarinense, no município de Treze de Maio.

Somente Laura era natural de Florianópolis e, ainda, residia na cidade, no mesmo endereço. Cecília e Elena, ao casarem, constituíram novo lar, permanecendo na região em que nasceram (Treze de Maio e Santo Amaro da Imperatriz). As demais entrevistadas (Salette, Luiza, Maria, Estela, Catarina, Ana, Antônia) moraram em mais de um lugar durante suas vidas, o que aponta para fluxos migratórios e processos de desvinculação do local de origem para a constituição de novos vínculos no território de chegada.

As migrações ocorreram de duas formas: do campo para a cidade e de uma cidade para outra. As motivações tiveram tanto causas socioeconômicas quanto subjetivas, sendo esse dado também constatado por Kleba (2007) ao discutir os fluxos migratórios de mulheres para o trabalho reprodutivo (em seu estudo, a autora abordou a migração de mulheres que trabalham como empregadas domésticas nos países de Primeiro Mundo). Algumas mulheres escolheram migrar, outras foram levadas por seus familiares, como ocorreu com Luiza, Maria e Catarina. Estas chegaram na cidade para se encontrarem com familiares ou porque vieram com eles: “eu vim pra cá porque os meus familiares moravam aqui e como eu estava desempregada lá...” (Luiza); “vim morar com os meus pais... Minha família veio e eu tive que vir junto, vim chorando. Viemos por melhor oportunidade, meu pai não tinha muita cabeça, aqueles homens que não tinha muito juízo” (Maria); “o trabalho lá no Rio Grande do Sul estava difícil, a gente veio pra mudar. Aí o meu pai já morava aqui com os meus irmãos, aí a gente veio tentar a sorte e acabou ficando. Aí o meu pai adoeceu na época, aí mesmo que a gente não voltou mais” (Catarina).

Todas as entrevistadas eram mulheres adultas, entre 40 e 60 anos, apenas Cecília tinha 39 anos e Elena considerada idosa (OMS, 2005). Salette, Luiza, Laura e Ana estavam na faixa dos 40 anos e Maria, Estela, Catarina e Antônia na faixa dos 50 anos. De acordo com Motta (2001, p. 35), o feminismo, ainda, “deixa de lado o par conceitual idade/geração, sua produção histórica, sua dinâmica atual, a própria condição etária das mulheres”, por mais que venha refletindo e considerando outras categorias, como as de classe, gênero e raça. A referência utilizada para a

classificação de idades adultas e idosas considerou os parâmetros estipulados pela OMS (OMS, 2005). Alguns estudos (GOLDMAN, 2009; KLITZKE, ZUCCO; 2014) problematizam que o envelhecimento não se restringe aos aspectos cronológicos, remetendo sua compreensão a construções sociais e históricas, atravessadas por dimensões econômicas e culturais que privilegiam determinados valores - a exemplo de juventude, estética, cor da pele, beleza -, em detrimento de outros - experiência, sabedoria.

Além de as mulheres entrevistadas estarem expostas à discriminação gordofóbica pela condição de obesidade (RANGEL, 2017), vivem os impactos do processo - intitulado socialmente - de envelhecimento. Sardenberg (2000) discorre sobre os dilemas de envelhecer nas sociedades contemporâneas, principalmente quando se trata das mulheres. Para a autora, a cultura da “eterna juventude” impõe padrões de estética femininos que valorizam corpos jovens, inclui-se, igualmente, magros, exercendo uma pressão social que os submete às normatizações. Situa que essa não é uma discussão individual e que os desdobramentos políticos da supervalorização da juventude devem ser questionados. Assim, sugere que as feministas criem novas narrativas da “meia-idade” para desconstruir a noção de envelhecimento associada ao declínio, e retomem os debates relativos à autonomia de seus corpos (SARDENBERG, 2000).

O que a autora busca evidenciar são as limitações ocasionadas pelo processo de envelhecimento do corpo vividas por todas as pessoas, enfatizando que nas mulheres ocorre de forma diferenciada. Isso porque não se trata apenas de “estar saudável” ou de exercer plenamente as atividades da vida diária. Às mulheres, a pressão social em relação à aparência dos seus corpos é constante e, muitas vezes, naturalizada, incidindo em padrões de beleza que não condizem com o processo de envelhecer.

As identificações étnico-raciais do *corpus* apontam para uma realidade semelhante à exposta por Birkmeyer e Gu (2012), sobre as disparidades no acesso à cirurgia bariátrica, a partir dos marcadores de gênero, raça e status socioeconômico, utilizando dados populacionais de Michigan, Estados Unidos. Tal qual o constatado pelas autoras, as taxas de cirurgia bariátrica foram mais altas em mulheres negras, seguidas de mulheres brancas e outras minorias raciais. Estela, Laura, Catarina e Ana se autodeclararam negras e Luiza, Cecília e Estela, brancas. Elena foi bastante convicta ao se declarar “alemã”, porém, Maria e Antônia refletiram sobre quais raças/etnias pertenciam e/ou declarariam à

entrevistadora. Para Maria não era evidente que uma raça/etnia lhe definia, embora tenha chegado a uma posição.

Eu me considero... sei lá, branca, né?! Não sei... parda?! Eu nem sei... Tão sempre mudando essas coisas... eu não sei se eu sou branca ou parda. Eu acho que eu sou branca, não sei, ou parda, eu acho que eu sou parda! Parda é quando tem a mistura, assim, né? Eu acho que eu sou mais pra branca. Na verdade, brasileiro não é branco, né!? Na verdade, nós somos todos... agora que eu lembrei, porque aparentemente eu sou branca, mas eu sou uma mistura! Eu sou da mistura de francês com índio... Então, eu me consideraria parda! (Maria, 2018).

A dúvida de Maria sugere que a autodefinição envolve desafiar o processo de validação político, que resultou em imagens estereotipadas da condição feminina, particularmente, das mulheres racializadas, sobretudo, as negras (COLLINS, 2016). Recorreu a aspectos biológicos, embora tenha optado por não se declarar branca. Abriu mão, assim, de se orientar pela cor da pele que julgou ser: “aparentemente branca”, e se reconheceu como brasileira. Maria apontou, ainda, para a existência de uma sociedade “multirracial” e “pluricultural”. O mito da democracia racial e do ideal de embranquecimento presente na história brasileira, segundo Carneiro (2003), valoriza a cultura eurocêntrica sem as devidas mediações entre a exploração e violência que caracteriza a relação de brancos e não-brancos. Esta simboliza o período de violação colonial perpetrada por homens e mulheres brancos/as contra homens e mulheres indígenas e negras, implicitamente presente em sua narrativa. Ademais, Maria apresentou o conflito entre se reconhecer racialmente pela cor de sua pele ou por sua origem.

Antônia, assim como Maria, afirmou que tem mais de uma raça/etnia ao descrever seus familiares. Contudo, destacou sua origem “alemã”, reproduzindo, tacitamente, o mito da “supremacia branca”.

Eu sou de origem Alemã. A mãe do meu pai tinha o cabelo bem clarinho, a pele bem clara, o cabelo era bem fininho! O pai da minha mãe era bem alemão, de olho bem azul... de uns dois metros de altura! E, a mãe da minha mãe... dizem que é de índio! O cabelo da minha vó... era um ondulado bonito. O cabelo não chegava a ser como o de

“bombril”, “de preto”... mas era ondulado (Antônia, 2018).

A identidade teuto-alemã também foi enfatizada por Elena. Tal caracterização reflete a incorporação identitária da democracia racial construída, historicamente, no país. Outrossim, simboliza o fluxo imigratório de europeus que povoaram regiões do Sul do Brasil no século XIX. Essas mulheres, com ascendência alemã em suas famílias, permaneceram identificando-se com a nacionalidade de origem dos imigrantes que colonizaram seus municípios de nascimento e com o mito da democracia racial.

Tal constatação explicita a reprodução do pensamento colonial eurocêntrico, visto que a referência valorativa de “alemãs” se sobrepôs hierarquicamente à identificação de “brasileiras”. Conforme Seyferth (2002), o povoamento do Sul pela colonização europeia, sobretudo de imigrantes alemães, teve por pressuposto a “supremacia branca” como processo civilizatório de formação nacional, aparecendo, assim, como antítese da “brasilidade”. Nesse caso, o eurocentrismo, marcado na história delas, assumiu o discurso da legitimação de certos hábitos, costumes, modos de vida e tradições culturais, que impactaram suas trajetórias e o lugar de onde produzem suas narrativas.

Numa perspectiva interseccional, cabe projetar a interação entre raça e gênero, que marca socialmente as participantes, pois situa as mulheres em eixos de significação social particulares (WEKKER; LUTZ, 2001 *apud* HUIJG, 2011) e potencializa vulnerabilidades. Se o fato de serem mulheres as coloca em um lugar desfavorável em relação ao gênero, a raça pode colocá-las em uma posição privilegiada, no caso daquelas que se autodeclararam como brancas. Isso porque a “branquitude” é um lugar, no sistema de racismo e dominação, de manutenção de certos privilégios (HUIJG, 2011), tal qual a nacionalidade “alemã” em comparação à “brasileira”, uma vez que remete à representação do norte global e, especialmente, ariano e desenvolvido, e ao sul global, miscigenado e subdesenvolvido.

Os preconceitos relacionados à estética reproduzidos por Antônia revelaram a hierarquia étnico-racial que atravessa as relações sociais no país e, notadamente, em Santa Catarina (SEYFERTH, 2002): de um lado a altivez do homem europeu e, de outro, a desvalorização do cabelo “de preto” da mulher. Por mais que considerasse sua avó materna indígena, tentou “branquiá-la”, ao distanciar-la “de pretos”. Neste sentido, a mulher negra e não branca seria “o outro do outro” (...) “uma dupla antítese de branquitude e masculinidade”, conforme ressaltado por Kilomba (*apud*

RIBEIRO, 2018, p. 138). A autora afirma ainda que o “racismo é uma problemática branca” (KILOMBA *apud* RIBEIRO, 2018, p.108), portanto, deve ser denunciado em sua dimensão estrutural e pensado coletivamente.

Acerca da negritude, Laura se declarou negra e sugeriu que seu reconhecimento racial diferia do que foi determinado em seu próprio documento de nascimento:

Na minha certidão tá como parda, né. Mas eu me considero negra, né... É difícil as pessoas me considerarem porque dizem do meu tom de pele, mas pra mim é tudo, amo tudo, tudo, desde a religião que eu frequento, desde os meus cabelos... (Laura, 2018).

Laura ampliou a compreensão da raça, incluindo nesta práticas religiosas e outros elementos, que não se resumem ao tom da pele e ao tipo de cabelo. Próximo a essa compreensão, Catarina se posicionou: “eu sou negra mesmo (risos)! Eles falam que não, mas não tem como fugir das origens, né?!” (Catarina). O que ambas evidenciaram é que, para além de suas identidades raciais, há sempre um “outro” que as classifica, considerando, em geral, à cor de sua pele. Sobre isso, cabe ressaltar que “pigmentocracia” e “colorismo” são conceitos que atentam para as discriminações baseadas na cor de pele, ou seja, para a noção de que quanto mais “escura” for a cor da pessoa, mais preconceito ela sofrerá. Muito provavelmente, por isso, demarcaram que existe uma tentativa de capturá-las para raças às quais não se consideram, pois, segundo o “colorismo”, o tratamento recebido pela sociedade se refere mais à tonalidade da cor da pele do que à origem racial (SILVA *et. al*, 2017).

Outros dados que se somam à discussão de colonialidade e que, igualmente, caracterizam as mulheres participantes do estudo, dizem respeito à religião, escolaridade e trabalho, conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5: Dados referentes à religião, escolaridade e trabalho

Identificação	Religião	Escolaridade	Trabalho/Renda/Profissão
Salete	Protestante	Médio Completo	“Desempregada”, “Faxina”, “Cozinheira”
Luiza	Evangélica	Superior Completo	“Desempregada” – “Faxina”, “Costura”
Cecília	Católica	Fundamental Incompleto	“Desempregada” – “Venda de Tapetes”, “Roupas”

Maria	Católica	Médio Completo	Comerciária
Estela	Evangélica	Fundamental Incompleto	"Faxina"
Laura	Umbanda/ Católica	Superior Completo	Serviços Gerais
Catarina	Católica/ Evangélica	Fundamental Completo	Serviços Gerais
Ana	Não informado	Fundamental Incompleto	"Desempregada" "Auxílio-doença" "Cozinheira"
Elena	Católica	Fundamental Incompleto	"Aposentada", "Agricultora"
Antônia	Umbanda/ Católica/ Evangélica	Fundamental Incompleto	"Beneficiária do INSS"

Fonte: Elaboração própria com base nos dados coletados (2018).

Laura ao vincular sua raça à religião que frequenta: umbanda, demonstra interseções entre sua identidade de mulher negra e espiritualidade. Situar-se como negra e afirmar-se em sua religião, mesmo que não identificada por terceiros, demonstra à (des)colonização das suas vivências e dos saberes sobre si (OLIVEIRA, 2016). Acerca desse aspecto, Laura, Catarina e Antônia também informaram que frequentam outras instituições religiosas, apesar de serem batizadas na igreja católica, apontando para movimentos sincréticos (FERRETTI, 2001). Apenas Salete, Luiza e Estela se identificaram como evangélicas/protestantes, e Cecília, Maria e Elena como católicas.

A respeito do catolicismo, representativo entre as participantes, Scavone (2008) situa que tradicionalmente a religião manteve-se inflexível às questões voltadas ao corpo feminino - reprodução e sexualidade das mulheres – como forma de controle e de estabelecimento de modelos aceitáveis de ser e estar em sociedade. As críticas feministas evidenciam, ainda, que há uma centralidade masculina na instituição religiosa, pois são os ordenados que produzem regras de vida às mulheres, perpetuando desigualdades de gênero nem sempre percebidas. Ademais, o exercício da prática religiosa é preponderantemente feminino se comparado à população masculina, por mais que estes ocupem espaços de poder no âmbito da instituição religiosa (SCAVONE, 2008).

A dimensão educacional também chamou atenção, visto que metade das entrevistadas (Cecília, Estela, Ana, Elena, Antônia) concluiu somente as séries iniciais, a propósito, quatro estudaram até a 4ª série e

uma até a 3ª série do antigo primário; apenas duas (Luiza, Laura) eram graduadas. Tal realidade é constatada por Ferreira e Magalhães (2005), para quem os aspectos sociais relacionados à baixa escolaridade e renda prevalecem entre as mulheres com obesidade. Nota-se que esse dado não se restringe às mulheres com obesidade, uma vez que os estudos de Rosemberg (2001), Vianna e Unbehaum (2004) apontam a falta de acesso das mulheres ao sistema educacional, potencializando, interseccionalmente, exclusões e discriminações.

Nesse sentido, as narrativas das participantes são emblemáticas da exclusão escolar resultante da interação entre os aspectos sociais - identidade de gênero, condição econômica, territorialidade -, e a obesidade. Segundo as entrevistadas, a limitação do acesso à educação e permanência na escola, bem como a evasão escolar se deram por diferentes motivos: distância da residência de moradia até a escola; exercício do cuidado familiar; abandono pelos responsáveis; falta de dinheiro para arcar com as despesas geradas; necessidade de inserção no trabalho domésticos/rural/informal para contribuir com as despesas familiares.

Estudei até a terceira série, foi questão... porque o meu pai queria que ajudasse na roça. Aquela vez... com 10 anos, eu saí da escola, questão que ajudasse na lavoura, né. Ele não deixou mais eu estudar. Quando a gente morava no Morro das Pedras, até chegar no ponto de ônibus, a gente tinha que andar quase meia hora, assim. A gente estudava e tinha que andar a pé, uma meia hora, 40 minutos... (Cecília, 2018).

A gente morou em Águas de Chapecó, em Lambari, onde eu estudei. Lá tinha colégio. Pra poder estudar, a gente carregava os nossos cadernos. Os meus irmãos, eu lembro que eu arrumava, nós usava esses saco de arroz, saco de açúcar, lavava bem limpinho, secava com um paninho por dentro e colocava o caderno ali, dobrava e enfiava embaixo do braço. E eu estudava, não faltava uma aula! Lápis, às vezes, faltava, nós apontava com carvão, mas não ficava sem escrever, então, foi uma vida difícil (...) Resumindo, da Volta Grande a gente foi pra Chapecó, foi onde os meninos puderam estudar um pouquinho. Eu já nem voltei mais pro colégio,

porque eu tinha obrigação em casa, tinha que cuidar das crianças. A mãe teve 10 filhos! Era tudo escadinha, tudo pequenininho (Estela, 2018).

Estudei muito pouco, até a 4ª série, porque eu fui abandonada pelos meus pais na rua. E aí eu fui menina de rua. E passei por muita coisa e não tive chance. Não tive chance. Por isso. Só por isso. E depois eu acabei casando, aí veio os filhos, aí veio o marido, aí você tem que trabalhar pra sustentar a casa e o seu sonho vai ficando de lado (Ana, 2018).

Estudei só até a 4ª série, depois a vida ensinou um pouco. Foi uma necessidade. Naquela época, os pais tinham tudo uma turma de filho. Tudo atrás um do outro. Lá onde nós morava, carro não tinha, era só a pé ou cavalo. O lugar mais perto para chegar era Santo Amaro, dava mais de 20 km, pra ir e pra vir. Era 40 km, aí bota guri pequeno na estrada pra andar isso tudo, num dia, não ia e voltava (Elena, 2018).

O meu pai me botou na aula com 7 anos, com uns 10 anos eu já trabalhava na roça. Eu tinha que trabalhar na roça pra comprar caderno e lápis. Não tinha dinheiro, a gente tinha que faltar na escola pra ir trabalhar; pra ganhar; pra comprar lápis e caderno. Eu estudei até a 4ª série na escola que ia perto, ia a pé, até quando eu pude. Mas, infelizmente, meu pai não podia pagar os meus estudos. Não tinha escola no sítio, era só na cidade, uns 12 km..Precisava morar na cidade, mas eu não tinha nenhum parente (Antônia, 2018).

Se as condições materiais de vida das entrevistadas era um dado, não apenas individual como coletivo, outro era a localização das instituições de ensino e o sistema educacional dos anos 1970 e 1980, que não chegava aos territórios rurais, tampouco assegurava insumos necessários para a permanência escolar, figurando como um privilégio de poucas/os. Atrelado a isso, a maioria delas viveu suas infâncias (aqui, numa compreensão exclusivamente cronológica) antes mesmo das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394, de 20/12/1996), que previam uma ampliação do acesso ao ensino público e formal.

O direito à educação assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990), órgão do Sistema de Garantias de Direitos, foi ratificado apenas na década de 1990, período posterior às atividades exercidas por elas no passado e agora configuradas como trabalho infantil. Sobre isso, é notório destacar que as próprias mulheres revelaram as circunstâncias de pobreza que viveram, bem como suas famílias, refletindo sobre os impactos gerados em suas vidas. Além do mais, dentre às violações de direitos citadas, nota-se que a “situação de rua”, narrada por Ana, atingiu o grau máximo de destituição da infância e de desproteção social (BLOFIELD; FRANZONI, 2014) presente no *corpus*. Foram questões complexas as apresentadas pelas entrevistadas, que podem ser interpretadas à luz da interseccionalidade, uma vez que revelam violências de gênero, raça e classe.

A primeira Pesquisa Censitária Nacional sobre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua (2011) identificou que 23.973 mil crianças e adolescentes vivem em tal condição no Brasil, sendo 28,2% dessa população feminina. Os dados apontam que 39% das crianças e adolescentes que estão nas ruas estudaram apenas até a 4ª série e 72,8% são “pardos”/“negros”, sendo Ana representante desses dados. Projeta, ainda, uma trajetória invisibilizada e marginalizada, a das meninas/mulheres que vivem em situação de rua, para as quais o direito à educação e ensino formal pairava no âmbito dos “sonhos”.

O “sonho” de Ana estudar foi possível para algumas das entrevistadas (Salete, Luiza, Maria, Laura), legado este dos movimentos feministas que, historicamente, reivindicaram o direito das mulheres à educação (PEDRO, 2005). Assim, aquelas que tiveram certas condições financeiras e sociais usufruíram das conquistas pleiteadas pelas feministas, com muitos esforços para alcançar as qualificações obtidas. O acesso à educação se faz essencial para a ampliação dos direitos sociais e políticos das meninas/mulheres brasileiras.

Segundo dados do IBGE (2018), nas últimas três décadas, os níveis de escolaridade das mulheres aumentaram em relação aos dos homens, apesar de a estrutura ocupacional entre ambos permanecer bastante desigual. Ressalta-se, também, que há considerável desvantagem educacional entre as mulheres “pretas” ou “pardas” se comparadas às brancas (IBGE, 2018), não identificada neste trabalho. Aqui (com exceção de Ana - mulher negra), mulheres que se colocaram como “alemãs” (Elena, Antônia) e brancas (Cecília, Estela) foram as que menos tiveram acesso à educação formal no passado. Isto se deve a dois motivos: primeiro, o fato de nosso *corpus* não utilizar uma metodologia que considerasse o universo/amostra populacional brasileiro para possíveis

comparações; segundo, porque visibiliza particularidades dessas mulheres que viveram em áreas rurais em condições de pobreza.

Em suma, as mulheres entrevistadas ao falarem sobre seus processos de escolarização referiram que o trabalho foi tarefa central em suas vidas desde muito novas, em detrimento do estudo. Identificaram aspectos que se referem ao trabalho não remunerado, de cuidados e doméstico, figurando este como uma alternativa à ausência de escolaridade e, tradicionalmente, exercido pelas mulheres até os dias de hoje. Aliás, a responsabilidade nos cuidados constitui forte barreira de acesso ao mercado laboral e, por tanto, à renda (IBGE, 2018; BLOFIELD, FRANZONI, 2014; PEDRO, 2005; RAGO, 1988), explicitando desigualdades sociais interseccionalmente articuladas. Nesse sentido, as feministas e os movimentos sociais de mulheres foram responsáveis por chamarem a atenção para o crescimento de uma visível pobreza feminina, demarcado por um contexto histórico de trabalhos não remunerados direcionados ao cuidado (ALVAREZ, 2000).

A realidade laboral precária de parte das mulheres se mantém na atualidade, com trabalhos sem vínculo empregatício (Salette, Luiza, Ana) e desprotegidos das leis trabalhistas, a saber: faxinas, costuras, venda de roupas/tapetes. As mulheres com renda própria, em comparação aos homens, são as que constituem a maior parte dos trabalhos autônomos ou domésticos, sendo que grande parcela é desprovida de seguro social, de acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2011 *apud* BLOFIELD, FRANZONI, 2014).

O acesso ao seguro social não foi possível para algumas delas (Cecília e Luiza), pois as condições de vida não permitiram: “a assistente social tinha me orientado isso, mas eu vou falar para você que com mil reais da pensão da minha filha, eu moro de aluguel, eu tenho que fazer algumas escolhas e, aí, isso não é prioridade [contribuição previdenciária]” (Luiza), ou porque:

Eu tava contribuindo pela agricultura ... só que aí eu fiquei afastada por 6 anos, por causa da coluna, eu sinto muita dor forte e não consigo mais trabalhar na roça. Aí agora, me cortaram em 2016. Eu corri atrás... corri. Fiz os exames tudo de novo, gastamos um monte, né. Só que não quiseram mais me dar o encosto, aí botei no advogado, tudo... o médico não foi muito carinhoso comigo. A gente como é pequenina, não pode falar, né. Se falar, acaba se prejudicando. Tentei de novo, não me deu ... aí desisti de tudo (Cecília, 2018).

Cecília levanta aspectos referentes às dificuldades de acesso aos benefícios do Instituto Nacional do Seguro Nacional (INSS) pela condição de adoecimento, que a impossibilita de trabalhar na agricultura. Diferentemente dessa realidade, outras duas (Elena e Antônia) recebiam benefícios do INSS; a primeira mediante aposentadoria por tempo de serviço e a segunda devido pensão por morte. Exclusivamente, Estela era a única que contribuía para o INSS na condição de autônoma: “a minha carteira está assinada nesse momento. Eu tô pagando como autônomo, mas a minha carteira tá assinada só pra cuidar de um apartamento duas vezes por mês” (Estela). As formas desiguais de inserção das mulheres no mercado determinam seu acesso aos direitos sociais, especialmente aos trabalhistas e previdenciários, vinculados diretamente ao acesso à renda e ao trabalho no Brasil (LIMA *et. al.*, 2010).

Do conjunto das entrevistadas que estava acessando a previdência social, Salete havia recebido a última parcela do seguro-desemprego e, somente, Ana recebia auxílio-doença em função da atuação das profissionais do HU/UFSC. Esta estava desempregada há algum tempo e em condição de carência da previdência social, o que possibilitaria receber um salário mínimo, situação identificada pela equipe de Serviço Social:

As meninas do Serviço Social daqui me inscreveram no INSS pra receber o auxílio-doença, por causa desses problemas que eu tenho ... elas me chamaram lá em baixo e fizeram isso pra mim ... E eu recebo novecentos reais, que é o que eu pago o meu aluguel ... porque a gente ia ser despejado lá em casa ... Elas falaram que eu vou receber até chegar à cirurgia ... aí a moça lá do INSS me falou que eu não parasse de pagar autônomo, que depois da cirurgia, automaticamente, eu posso entrar no INSS ... é o que eu espero, né? Arrumar um serviço e ir trabalhar. É o que eu quero. Trabalhar (Ana, 2018).

A renda recebida foi determinante para a mulher permanecer no tratamento cirúrgico, sem que houvesse uma mudança de residência não desejada. As demais participantes estavam trabalhando com vínculo empregatício formal: uma na função de comerciária, exercendo atividades de vendas em loja de materiais de construção (Maria); outras duas em serviços gerais sob regime de contratação terceirizada - em escola pública

(Laura) e empresa pública (Catarina). Para Monteiro, Freitas e Daniel (2018), as condições de trabalho refletem os processos de genderização, com consequências simbólicas e materiais. As autoras atentam para a importância de evidenciar as condições específicas de trabalho das mulheres em setores feminizados. As mulheres entrevistadas desempenhavam, sobretudo, atividades laborais tradicionalmente femininas, pouco qualificadas, com baixa remuneração e limitadas oportunidades de progressão profissional (MONTEIRO; FREITAS; DANIEL, 2018).

Uma das mulheres (Elena) continuava trabalhando na agricultura, mesmo após a aposentadoria. A realidade da “roça”, associada à condição de pobreza, justificou a baixa escolarização ou interrupção da formação escolar de várias das entrevistadas. Para Brumer (2004, p. 210), a divisão do trabalho por sexo na agricultura permite concluir que as mulheres, crianças e jovens “ocupam uma posição subordinada e seu trabalho geralmente aparece como ‘ajuda’, mesmo quando elas trabalham tanto quanto os homens ou executam as mesmas atividades que eles”. Assim como nas áreas urbanas, há diferenciações entre os sexos no trabalho do campo e do roçado, que ocultam a precária inserção de meninas, jovens e mulheres e contribuem para suas situações de extrema pobreza.

A abordagem feminista é primordial para evidenciar as opressões de classe a que estão submetidas as mulheres, aqui, aquelas que se encontram em tratamento cirúrgico da obesidade. Segundo Miguel (2017), a questão de classe foi preponderante nas discussões feministas durante as décadas de 1960 e 1970 e tinham por primazia o enfoque da dominação burguesa e da dominação masculina, sendo esse debate marginalizado ou pouco incorporado na atualidade. O autor reflete que o feminismo marxista tem sido colocado mais como uma vertente secundária do marxismo do que como uma extensão do feminismo teórico, recorrendo em prejuízos para ambos. Dito de outro modo, é como se o feminismo não aprofundasse o recorte de classe, tampouco o marxismo a leitura de gênero.

Para reivindicar a continuidade dessa convergência, Miguel (2017) afirma que a interlocução entre gênero e classe é fundamental para explicar o mundo social e o lugar que as mulheres ocupam nele. Em síntese, as condições de vida das mulheres entrevistadas revelam contextos promotores de seus processos de saúde-doença, diretamente interseccionados à renda, ao trabalho e às políticas sociais. A posição em que se encontram as entrevistadas sugere que o “corpo obeso é o elemento de conforto que ameniza as adversidades vividas no cotidiano em meio à pobreza” (FERREIRA; MAGALHÃES, 2006, p. 489).

As desigualdades sociais produzidas no capitalismo, logo, no acesso ao trabalho e à renda interferem decisivamente no estado e cuidados de saúde das mulheres, pois a escassez de dinheiro incide na qualidade, variedade, preparação e escolha na compra de seus alimentos, bem como nos acessos a atividades físicas e de lazer. Além do mais, Ferreira e Magalhães (2006) evidenciam que o cotidiano de luta pela sobrevivência diária, duras e longas jornadas de trabalho, incluindo os afazeres domésticos e os cuidados com os/as filhos/as, são atribuições das mulheres pobres que convivem com a obesidade. O processo de obesidade perpassa todas as classes sociais, porém as circunstâncias de seu desenvolvimento nas mulheres pobres são diferenciadas, tal como os enfrentamentos e recursos a que elas recorrem. Além das tradicionais estratégias em saúde na atenção primária, secundária e terciária do SUS, as formas de enfrentamento da obesidade envolvem aspectos de macroeconomia e diferentes políticas sociais públicas (GELSLEICHTER; ALVES, 2015; FERREIRA, MAGALHÃES, 2005).

A caracterização das mulheres entrevistadas demonstra que as opressões vividas precisam ser contextualizadas e situadas para melhor compreensão dos seus atuais quadros de adoecimento. As falas de Cecília, Estela, Ana, Elena e Antônia apontam processos interseccionais de obesidade, principalmente, relacionados à escolaridade, região de moradia, identidades de gênero, trabalho precarizado e condição de classe.

O feminismo interseccional descortina o cenário por elas apresentado e chama atenção para as desigualdades básicas, estruturadas por sistemas de subordinação e sua dinâmica que potencializa opressões (CRENSHAW, 2002). Do mesmo modo, o IBGE (2018) reconhece que as desigualdades de gênero afetam as mulheres e representam um desafio para o alcance dos objetivos e metas contemplados por instituições internacionais (*Minimum Set of Gender Indicators* - MSGI, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e o Consenso de Montevideú sobre População e Desenvolvimento), assim como as desigualdades raciais e geográficas.

Esse reconhecimento deriva, especialmente, da pressão exercida pelos movimentos feministas para a inclusão da perspectiva de gênero, tal qual a gradativa inserção dos marcadores sociais (HENNING, 2015) de classe e raça, como eixo principal ou tema transversal das formulações das políticas públicas. Ressalta-se, no entanto, que as pautas reivindicadas pelas feministas, em geral, são transpostas para o âmbito da tradição política do Estado, tendo como finalidade a regulação e normatização da vida dessas populações (BANDEIRA, 2005). Na Assistência em Alta

Complexidade ao Indivíduo com Obesidade não há incorporação da perspectiva de gênero na política, tampouco, se explicita quem são as mulheres atendidas. Essa caracterização sugere que os estudos de gênero e teorias feministas têm muito a contribuir para a compreensão da saúde, da obesidade e das formas sócio-políticas determinadas para um “tratamento” que, em geral, particulariza e ignora a situação social das mulheres.

5 ASPECTOS SOCIAIS E DE GÊNERO DA OBESIDADE: A NARRATIVA DAS MULHERES

Essa seção aborda os aspectos sociais e de gênero das mulheres em tratamento cirúrgico para a obesidade. Recupera, a partir de suas narrativas, os contextos e situações que redundaram no processo de obesidade, bem como na busca pela cirurgia, sem que se recaia em uma concepção de patologização ou responsabilização das mulheres. Destacase, sobremaneira, que as opressões de gênero, raça/etnia, classe, dentre outras, potencializaram a opressão gordofóbica e acentuaram as experiências pautadas nas “discriminações interseccionais” (AKOTIRENE, 2018).

Algumas mulheres trouxeram mais elementos para a análise do que outras, possibilitando aprofundar aspectos e particularidades relacionadas ao processo de "ganho de peso" individual e coletivo. A discussão dos resultados foi organizada considerando cada mulher, com projeção das singularidades e convergências identificadas, e a sequência das entrevistas: Salete; Luiza; Cecília; Maria; Estela; Laura; Catarina; Ana; Elena; Antônia.

O encadeamento do texto considerou as respostas do roteiro de entrevista, mas, principalmente, os sentidos diferenciados empregados pelas mulheres a suas experiências, a saber: territórios e lugares sociais (RIBEIRO, 2017; BERTH, 2018) que ocuparam/ocupam; relações familiares e de trabalho; (in)acesso às políticas públicas; associação entre os momentos de suas vidas e o momento de "reconhecimento" da obesidade; limites e desdobramentos gerados pela obesidade; opressões, discriminações e violências em relação à gordofobia; tentativas anteriores de emagrecimento; por fim, acesso à cirurgia bariátrica no HU/UFSC.

5.1 SALETE

Salete tem 40 anos, denominou-se uma mulher negra que nasceu no estado do Paraná. O tempo de entrevista com ela foi o mais longo, totalizando duas horas e vinte minutos. Esta ocorreu na sala de atendimento do ambulatório de Serviço Social no HU/UFSC. No momento da entrevista, disse que era solteira e que residia sozinha em um apartamento alugado no Norte da Ilha. Sua irmã, sobrinha e sobrinho são as pessoas mais próximas dela, visitando-a com frequência. Embora ela e sua irmã tenham se mudado para Florianópolis, seus pais permaneceram morando no Paraná.

Para Salete sua vida sempre foi tomada por “pressão, pressão, pressão” (Salete). Contou que desde muito nova conviveu com diversas situações que a oprimiam, uma delas, segundo suas palavras: “era o problema do alcoolismo da minha mãe e do meu pai... meus pais são fantásticos, mas tinham esse problema. Então, eu vi muita coisa dentro da minha casa: pressão” (Salete).

Cabe destacar que o consumo de álcool é muito difundido no Brasil e está associado ao crescimento das indústrias de bebidas alcóolicas, desenvolvimento do turismo em massa e desemprego (ZANOTI-JERONYMO; CARVALHO, 2005). Tanto a obesidade quanto o alcoolismo são apresentadas no campo da saúde como patologias e, apesar de distintas, envolvem uma multiplicidade de fatores. Diríamos que são fenômenos sociais que congregam e potencializam dimensões da exclusão social e, para seu enfrentamento, necessitam de uma abordagem interseccional.

Para Salete, o uso que seu pai e mãe faziam do álcool foi considerado “problemático”, evidenciando que se tratava de uma questão de saúde pública, repercutindo não apenas no consumo familiar, mas no conjunto da sociedade. Começou a trabalhar muito cedo, ainda com 13 anos, na função de “babá” em uma casa de família, e, ao recordar do menino que cuidava, começou a chorar, pois expressou sentir-se culpada pelas vezes que não soube lidar com a criança.

Salete, na condição de adolescente, necessitava de proteção e de direitos fundamentais assegurados, ao invés de prestar serviço na função de “babá” (BRASIL, 1990). O trabalho infantil permanece um desafio na atualidade, inclusive após a regulamentação do ECA (BRASIL 1990), e aponta para a desproteção social de crianças e adolescentes por parte do Estado e da sociedade civil.

Para Neves (2007), o trabalho infantil impede o processo de formação do ser adulto, abrangendo o desenvolvimento físico, social, moral e profissional. É definido como uma forma perversa de inserção laborativa, de certo modo identificada pela entrevistada ao chorar e se culpabilizar pela ausência de “despreparo”. Explicita, ainda, marcadores sociais (HENNING, 2015) de gênero, classe e geração, visto que 83% das pessoas que estão inseridas na ocupação de trabalhadores e trabalhadoras domésticas são mulheres, sendo muitas delas como Salete (IPEA, 2012):

Era uma criança cuidando de outra criança. Eu fui criada com muita responsabilidade, entende? Eu vejo que, agora, trazendo isso, eu vejo que ali já começou o meu stress, se tá entendendo?ali...

aham ... imagina!? Uma criança cuidando de outra criança!? Ali começou a desencadear tudo, aham (choro). Tinha coisas que eu nem sabia fazer, tinha coisas que era instinto ... Eu lembro que, às vezes, os pais dele ligavam: ‘Salete, faz o almoço’. Quantas vezes de eu jogar a panela de arroz fora, porque eu não sabia fazer um arroz e aquilo era uma pressão, porque eles tavam pra chegar, então, eu sempre vivi na pressão (Salete, 2018).

Concomitantemente aos cuidados assegurados ao filho do casal, era Salete quem preparava parte das refeições da família, o que intensificava sua jornada de trabalho e acentuava o sentimento de “pressão”, descrito como fulcral em sua história. O trabalho precoce na função de doméstica é um dos elementos de análise da condição de marginalização histórica da mulher negra (CARNEIRO, 2011; COLLINS, 2016). Bairros (1995) asseverou que é esperado da mulher negra e doméstica o cuidado e o bem estar dos outros e que, apesar da exploração vivida, desenvolva “laços afetivos” com os/as que dela necessitam.

Salete narrou que após esse emprego, continuou desempenhando atividades na função de doméstica em outra família: “eu fui trabalhar na casa de outras pessoas; tal, tudo... cara, eu era assediada [sexualmente], não tinha... tipo... aí o que você fazia? comida!” (Salete). Embora a comida tenha sido um “refúgio” para ela, explicou que criou estratégias para driblar os assédios vividos, junto com outra funcionária do edifício:

Eu era assediada pelo marido da mulher, eu era, se tá entendendo? Pressão. Eu lembro que eu descí do prédio que eu trabalhava, parei na guarita e falei pra menina que trabalhava ali: ‘Tereza! Tereza, eu to desesperada! Aconteceu isso, isso e isso. Ele tentou me agarrar’. Ela [Tereza] falou que não foi a primeira vez que aconteceu, mas sempre a empregada cedia... ela disse: ‘vamos criar uma estratégia; faça o seu serviço logo cedo, deixa tudo ... você sabe da rotina dele, quando ele vem almoçar e ele sai’... na hora que ele estiver subindo pelo elevador social, eu te aviso e você desce pelo ... você vem jogar um lixo, ou já pega as tuas coisas e já vai embora (Salete, 2018).

As estratégias criadas a fizeram permanecer no emprego por um tempo, para garantir sua sobrevivência. Contudo, não levaram à interrupção da violência, mas reafirmaram sua relação com a comida. A exploração sexual e de trabalho foi notada por ela ao recordar que, certa vez, solicitou um aumento de salário e seu patrão condicionou o acréscimo de valor a relações sexuais. A cultura do estupro foi evidenciada em seu relato e demonstra que o assédio sexual oprime as mulheres, particularmente as negras (CARNEIRO, 2011), e se destaca dentre as violências de gênero (SOUSA, 2017).

Durante a entrevista, Salete expressou indignação e justificou que a violência ocorreu em uma relação de “subalternidade” (ALMEIDA, 2013; HOOKS, 2018): “... não via essa maldade [a do patrão]. Eu tinha 19 anos, aquilo foi um choque pra mim, porque, sabe ... eu tava deparada com uma pessoa super gente boa, era uma pessoa que tratava os empregados dele com respeito” (Salete). A relação que o patrão estabelecia com os demais funcionários não correspondia ao tratamento abusivo direcionado a ela, o que reforça a lógica da culpabilização das mulheres pela violência sofrida e persistente no imaginário social (VILLELA; LAGO, 2007). Retrata, igualmente, uma dinâmica vivida pelas mulheres e “naturalizada”, a ponto de serem criadas “estratégias” e não denúncias, uma vez que o assédio sexual não figurava como crime (BRASIL, 2006a).

Os assédios, no entanto, repetiram-se em outras atividades laborais que veio a assumir. Tinham em comum a relação hierárquica de classe, raça e gênero: patrão/chefe versus doméstica/empregada.

Eu lidava com um monte de gente ... o meu chefe, ele me promoveu de uma forma - achando que me promovendo, ele teria algo comigo - e, nesse período que ele me promoveu, eu deixei bem claro que não teria possibilidade nenhuma. Depois disso, eu vi tudo fechar ... então, você cria um problema na sua mente, isso te deixa frágil, por ser mulher. (...) E essas pessoas que eu falo pra você que me assediavam, são pessoas que eu tinha diálogo, se tá entendendo? (Salete, 2018).

Em seu contexto, a condição de mulher “justificava” os assédios nas relações de trabalho, logo, o que a colocava em um lugar de “fragilidade”, segundo suas palavras. Ou seja, a opressão de gênero, interseccionada a outros marcadores sociais, autorizava que seus “patrões” sexualizassem e violentassem seu corpo (BIROLI, 2014;

HENNING, 2015; AKOTIRENE, 2018). Recordou que laborou em diferentes funções: casa de família; atendente de padaria; atendente de loja; governanta; cozinheira; fiscal de serviços gerais.

Entretanto, o trabalho desenvolvido como cozinheira projetou-se em sua fala. Permaneceu cerca de oito anos nessa função, em quatro restaurantes diferentes, e não relacionou o fato de ter trabalhado diretamente com a preparação de alimentos ao seu aumento de peso, pois, segundo ela, “não comia enquanto cozinhasse” (Salete). Para Salete, o contexto social propiciava o “aumento de peso”, sendo a inserção precarizada de trabalho (SORJ, 2004; ANTUNES; PRAUN, 2015) e seus desdobramentos um dos elementos assinalados por ela.

A dinâmica de seu trabalho mais recente, como fiscal da equipe de serviços gerais, levava-a a sair cedo de casa e passar o dia inteiro, por vezes, sem comer nada. Salete relatou que ao retornar para a casa, “relaxava em relação ao trabalho e à pressão, eu começava a ficar compulsiva” (Salete). Mencionou que comia tudo aquilo que não tinha comido o dia inteiro, enfatizando que não se tratava de uma alimentação dita saudável, ao contrário, era, preferencialmente, lanche. Segundo ela, preferia as refeições durante o expediente, porque a atividade exercida era muito intensa. Exemplificou esse contexto, descrevendo a rotina desempenhada:

Eu era fiscal de equipe do pessoal de limpeza da universidade. Nós tínhamos o tempo de uma hora para o almoço, só que nessa uma hora, a hora do almoço, era a hora que mais estourava problemas, tudo ... e outra coisa, se tinha alguma coisa que acontecia em algum departamento ‘ah, tô almoçando’, e você não tinha um espaço para almoçar, para poder sentar e falar ‘agora é o meu almoço’; não, não tinha isso. Cada um almoçava em um canto, então, aquilo era maçante, eu não conseguia ter um ritmo. Eu acordava cinco horas da manhã pra estar no trabalho às sete horas. Eu tinha que tomar café no trabalho, mas quando eu sentava pra tomar um café, essa coisa já não existia, porque já tinha funcionário, já tinha gente, entendeu? (Salete, 2018).

Além de uma jornada de trabalho que dificultava o fracionamento das refeições ao longo do dia e em local adequado, referiu que lidava com situações de “*stress*” e que essas eram absorvidas como uma

“esponjinha”. Narrou que se preocupava com as precárias condições de vida das demais trabalhadoras e em como auxiliá-las, para que não fossem prejudicadas no trabalho. Retratou que havia um perfil prevalente entre as funcionárias de serviços gerais: mães, pobres e únicas responsáveis/provedoras do lar - “eu absorvia desde aquela que deixava o seu filho em casa sozinho e ela estava ali trabalhando com a preocupação do filho, até aquela que a casa tinha pegado uma enchente e tava ali” (Salette).

Segundo Salette, havia diferenças significativas entre homens e mulheres na forma de se relacionar com o trabalho. Pontuou que seu supervisor entendia que as funcionárias deveriam se responsabilizar por suas vidas privadas. Para ela, as relações de trabalho demandavam um olhar para a realidade socioeconômica das demais funcionárias, gerando uma sobrecarga, não sendo esta a posição de seu supervisor.

Salette associou os efeitos das “pressões”, oriundas das violações narradas, ao ato de “comer compulsivamente”. A comida assumiu centralidade em sua vida e pode ter sido, contraditoriamente, estratégia para se manter em equilíbrio, por mais que tenha avaliado que a “compulsão alimentar” tenha sido um “desequilíbrio”: “eu mascarava que eu tinha um equilíbrio, porque eu não tinha na verdade. Eu poderia, como diz assim, fisicamente, ter mostrado ali, mas hoje eu vejo que eu perdi o equilíbrio, porque eu fui para a comida, a comida era um desconto”(Salette). Expressou que “comer em excesso” pode ter sido o enfrentamento possível diante da sua realidade socioeconômica.

Para Claro *et al.* (2007), o modelo de alimentação associado à obesidade e a outras doenças crônicas é caracterizado pelo consumo insuficiente de frutas, legumes, verduras e pelo consumo em grande quantidade de alimentos de alta densidade energética (ricos em gordura, açúcares e sal), a exemplo da alimentação *fast-food*. A cultura alimentar dos *fast-food* é respaldada pela indústria de alimentos, crescente no Brasil, em detrimento de uma alimentação variada e tradicional¹⁵ (MONTEIRO; CASTRO, 2009). Nas palavras da entrevistada: “dava prioridade para tudo aquilo que era gordo, tudo aquilo que era errado, desde criança” (Salette).

¹⁵Segundo Monteiro e Castro (2009, p. 58), há um crescimento no setor de alimentos industrializados, prontos para consumo, no Brasil, conforme dados do IBGE: “estudo que comparou pesquisas realizadas em 1995/6 e 2002/3 indica aumentos de 100 a 200% na participação de produtos como biscoitos, embutidos e refrigerantes e redução sistemática na fatia correspondente a alimentos tradicionais como feijão, arroz, leite, frutas e verduras”.

Salete sinaliza, ainda, a interseccionalidade presente na obesidade, percebida por ela durante toda sua vida, tendo como marco a infância, a partir do olhar das outras crianças que estudavam consigo. Sofreu *bullying* por ser “gorda” e “por ser gorda e negra”, vivendo a discriminação gordofóbica (RANGEL, 2017) muito criança. Durante a entrevista, alegou insistentemente que as manifestações de “preconceito interseccional” (AKOTIRENE, 2018) “mexeram com o seu emocional”. A exemplo dos constrangimentos passados - violências de gênero e de raça -, e seus desdobramentos na atualidade, afirma: “era um conflito muito grande, ser negra, gordinha e cabelo ruim. Nossa, isso era... entendeu? Isso assim... gerava uma ansiedade desde a adolescência!” (Salete). Remete sua história de obesidade às opressões vividas como menina, mulher negra e trabalhadora desde a infância, em condições precarizadas para garantir a sua sobrevivência (CARNEIRO, 2011).

Estende tal realidade às outras mulheres acompanhadas no HU/UFSC, e sugere que as opressões são coletivas, embora vividas individualmente e com particularidades: “toda a maioria das mulheres que estão aí, que são gordinha (...) muitas delas que eu vejo aqui são negras, muitas delas, no final das contas, sempre foram gordinhas, desde pequenas, e aí só foi desenvolvendo, desenvolvendo” (Salete). Apresenta uma compreensão política sobre as discriminações que envolvem a raça, sendo estas intensificadas ao longo da vida. A comida figurou, nesses casos, como um “escape” para lidar com as situações de violência, afirmando que o “fato de ser negra afetou a questão emocional” (Salete) e “a questão emocional fez com que desenvolvesse uma compulsão” (Salete).

Explicitou que a comida foi historicamente objeto de prazer e de resistência, em um contexto de opressões que geraram mais violências, demonstrando ciência deste processo. Para ela, quando a pessoa é “obesa” e sofre alguma frustração, caso não tenha “domínio próprio, vai descontar na comida como seu refúgio porque dá prazer. Parece que te deixa em paz. Então, acontece muito isso, quando você vê algo frustrante, quer ir direto pra comida” (Salete). No entanto, sinalizou que após passar a satisfação gerada pelo ato de “comer em excesso”, novos conflitos eram produzidos.

Rocha, Andrade e Silva (2018) sugerem que nestas situações o alimento faria o papel de preenchedor do vazio existencial, ao passo que exerceria a função de colocar para fora o que adocece por dentro. Para as autoras, é comum que as pessoas com histórico de assédio sexual utilizem métodos punitivos, tais como o vômito, o uso de laxantes ou automutilação. Segundo Salete:

Na minha adolescência eu cometi atos, assim, por causa da minha obesidade... horrível! Eu cheguei a pegar a escova de dente, comer, e pegar a escova de dente, enfiar na minha garganta pra vomitar. Eu vi a prática, fiquei sabendo da prática... entendeu? Aquilo, depois de um tempo, passou... aí virou automático. Eu era tão compulsiva e frustrada que aí eu passei a comer as coisas que realmente engordava, que realmente era prático e engordava mesmo. Nossa... dieta! Uhum... a única coisa que eu não fiz em relação a minha obesidade, que eu sempre fui contra, foi remédio. (...) eu boicotava as dietas com a escova de dente, era muito horrível (...) Achava que me fazia bem, porque eu tinha vomitado, e a comida não estava no estômago... eu comi e botei tudo para fora, então, ok (Salette, 2018).

Salette revelou que a compulsão e a bulimia se deram em contextos de violações do corpo. A revisão de literatura produzida por Narvaz e Oliveira (2009) problematiza as possíveis associações entre abuso sexual e transtornos alimentares, especialmente, a bulimia. Entretanto, tal associação não é consenso nos resultados das pesquisas, há os que discordam e os que defendem. Porém, as autoras sugerem que o “abuso sexual é fator de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, associação que deve ser compreendida dentro de uma perspectiva multifatorial” (NARVAZ; OLIVEIRA, 2009, p. 43).

Wolf (2018, p. 214), autora feminista, afirma que frequentemente as pessoas violentadas sexualmente experienciam uma sensação de total desvalorização, “seguida de ódio pelo próprio corpo, muitas vezes acompanhado de distúrbios da alimentação (geralmente a bulimia ou a anorexia, para ter certeza de que estarão "seguras", muito gordas ou muito magras) e retraimento sexual”. Interessa observar que a realidade apontada por Salette dialoga, sobremaneira, com as referências citadas.

Para Orbach (1978), a compulsão alimentar é uma questão predominantemente feminina e relacionada à estereotipagem de gênero, ou seja, está vinculada à vivência de ser mulher na sociedade. A compulsão representa sentimentos de mulheres que raramente são examinados, tão pouco tratados (ORBACH, 1978). A literatura (HERCOVICI; BAY, 1997 *apud* NARVAZ; OLIVEIRA, 2009) informa que 90% dos casos de transtornos alimentares ocorrem em mulheres,

corroborando com as formulações das autoras supracitadas (ORBACH, 1978; WOLF, 2018). Salete destaca a diferenciação da obesidade para homens e mulheres, refletindo que estas são mais excluídas dos grupos sociais, pois não correspondem aos padrões estéticos vigentes, que recaem consideravelmente às mulheres (GOLDENBERG, 2007; SANT'ANNA, 2014).

Quando uma mulher chega nesse topo, falando de mim, num grau de obesidade ... muitas coisas frustraram ela lá atrás... se entendeu? ... você descontou na alimentação... e outra coisa, infelizmente a obesidade, na mulher, acarreta vários outros problemas, diferente do homem. Uma mulher obesa ela não pode engravidar, uma mulher obesa, mexe com os seus hormônios...se tá entendendo? Uma mulher obesa, mexe com a sua mentalidade em relação a sua vaidade ... sabe? Eu via a comida como solução da minha frustração por não poder ter filho ... eu via a minha frustração em relação a de não ter um relacionamento, entendeu? ... a mulher fica muito exclusiva dela mesma, ela acaba se fechando, ela acaba criando um mundo ... quando eu falo que os gordinhos vivem em comunidade, eu falo os gordinhos vivem em comunidade, mas a maioria das comunidades são mulheres ... não são homens, as mulheres gordinhas elas vivem em comunidade! Em relação ao gordo, as maiores ofensas, as maiores agressões físicas, verbais, quem sofre são as mulheres (Salete, 2018).

Salete, por diversas vezes, relatou o quanto as “pressões”, “frustrações” e “conflitos”, “mexeram no seu emocional” e o quanto essa condição a fez “comer em excesso”. Conforme Orbach (1978), a compulsão parece uma atividade muito penosa e autodestrutiva. A autora problematiza que o feminismo ensina a desconfiar de certas rotulações, assim, o que parece ser visto como autodestrutivo pode ser visto como tentativas de enfrentar o mundo: “a compulsão de comer é um protesto individual contra a desigualdade dos sexos” (ORBACH, 1978).

As exclusões são incorporadas gradativamente como uma “agressão” e podem ser mais explícitas quando se tornam verbal e/ou física, referindo-se a uma violência de gênero, aqui, denominada de gordofobia (RIBEIRO, 2016). Tal compreensão faz referência ao que a

“Convenção de Belém do Pará” (1994) definiu como violência contra a mulher - “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”. Esta especifica a violência contra a mulher como física, sexual ou psicológica, não estando ali definida a gordofobia.

Atualmente, algumas autoras (RIBEIRO, 2016; SANTOS; SANCHOTENE, 2017; RANGEL, 2017; CARDOSO; COUTO, 2017) evidenciam a gordofobia como mecanismo de discriminação e opressão, que se volta acentuadamente às mulheres/meninas, produzindo resistências e enfrentamentos às manifestações de violência, conforme discutido no item sobre gordofobia. Ao discorrer a respeito da “exclusão” das mulheres “gordinhas”, Salete nos ajuda a pensar que há um movimento contraditório e dialético, ao mesmo tempo que a “obesidade” exclui, as “fortalece”: “as mulheres gordinhas vivem em comunidade!” (Salete). Identificou, ainda, preconceitos dirigidos ao corpo feminino produzidos pela gordofobia, impondo obstáculos aos relacionamentos amorosos:

Existia o padrão, a sociedade tem um padrão de mulheres magras, então, é bem complicado essa coisa do relacionamento. Não que não há ninguém que não goste de você, sempre tem, mas as mulheres gordinhas, elas são ... como eu vou explicar, elas são mais complexadas e elas não são tão fortes. Elas já entram para um relacionamento com pontos negativos por ser obesa, já entra frágil ... Por causa de ser obesa tem uma fragilidade, tem uma insegurança, sabe? (Salete, 2018).

A sensação de desvalorização foi destacada por ela ao diferenciar magras e gordas, uma lógica semelhante à descrita por Wolf (2018, p. 216): “boa” passou a ser “bonita-(magra)-portanto-sexual” e “ruim”, “feia-(gorda)-portanto-não-sexual”. Bordo (1997, p. 20) sugere que por meio de disciplinas rigorosas e reguladoras de investimentos na estética, “continuamos a memorizar em nossos corpos o sentimento e a convicção de carência e insuficiência, a achar que nunca somos suficientemente boas”. O padrão de beleza da sociedade ocidental contemporânea se fundamenta na imagem de corpos femininos magros e jovens (ZUCCO, 2007), e afeta tanto as mulheres que procuram uma relação amorosa quanto as que estão em uma.

A normatização acarreta em “complexos” e “fragilidades” que não se reduzem a uma questão individual, em específico das pessoas com obesidade, mas suscita questionamentos coletivos sobre os estereótipos de beleza femininos e suas consequências (BORDO, 1997; RIBEIRO, 2016; WOLF, 2018). Na entrevista, Salete construiu seu processo de obesidade como consequência das opressões vividas e como algo subjetivo e particular, embora, em alguns momentos, faça menção ao coletivo:

A minha questão com a obesidade foi extremamente emocional, o fato de eu ter desenvolvido a obesidade, ela é emocional. (...) pelos conflitos que eu tive na questão do desenvolvimento do emocional, eu desenvolvi uma compulsão por comida, na verdade foi uma maneira de refugio de defesa (Salete, 2018).

Wanderley e Ferreira (2010) argumentam que os fatores associados ao controle, percepção de si, ansiedade e desenvolvimento emocional contribuem no desencadeamento da obesidade. Entretanto, defendem que estar “obesa/o” não significa necessariamente ter “problemas psicológicos”, mas comumente são utilizados como explicação para o excesso de peso. Salete reconhece que nem todas as pessoas com “conflitos” e sob “pressões” desenvolvem uma compulsão por comida. Para ela, algumas pessoas vão simplesmente comprar roupas ou afins, vivendo as violências de modo particular.

As violências perpetradas ou toleradas por instituições sociais decorrentes da gordofobia são coletivas e partilhadas, com destaque à acessibilidade nos ambientes de trabalho, escolares e de serviços sociais públicos. Ao informar que utiliza o transporte público como meio para se locomover na cidade, Salete associou a desafios:

Acontece muito de não querer passar na catraca, essas coisas, tal, tudo e, muitas vezes, tipo, o cobrador ou as pessoas te olham de maneira ... e não foram uma ou duas vezes que você escuta as pessoas ... eu já tive discussões ... e isso me choca muito ... a gente que é obeso, sempre a gente vai se deparar com situações preconceituosas. Não adianta, ou você vê alguém te olhando fixamente, te recriminando - não precisa nem falar nada, porque você já olha que a pessoa está te

recriminando - às vezes, toca em uma outra pessoa e fala alguma coisa (Salette, 2018).

São poucos os assentos destinados às pessoas com obesidade nos transportes coletivos intermunicipais, o que as leva a passar a catraca e sentar em lugares tidos como convencionais, aumentando sua exposição às discriminações. Logo, o transporte coletivo aparece como um espaço de discriminação gordofóbica (RANGEL, 2017) para Salete. Isso porque a arquitetura de certas instituições/transportes/mobiliários são desenhadas majoritariamente para um tipo de corpo considerado magro e normal (CANGUILHEM, 2011).

A Norma Brasileira ABNT (NBR/9050/2015) considera que as pessoas com obesidade pertencem ao grupo prioritário, aqueles que possuem alguma deficiência ou mobilidade reduzida: grávidas; pessoas com criança no colo; pessoas idosas; pessoas obesas; pessoas com mobilidade reduzida. Indica, portanto, que a autonomia, a independência, a inclusão social e a qualidade de vida deste grupo estão atreladas a equipamentos, ambientes e mobiliários acessíveis. Ademais, a NBR/9050 (2015) normatiza as figuras/imagens de identificação para o atendimento preferencial das "pessoas obesas", estabelece as dimensões de assento, assim como, sua localização em cinemas, teatros, auditórios e similares. Salete afirma que a condição de "grupo preferencial" das pessoas com obesidade, tal qual previsto na NBR/9050 (2015), foi apresentada pelo fiscal das equipes de transporte público, após ela questionar a postura profissional de um cobrador de ônibus:

Eu andando de ônibus, eu já peguei muita gente má ... houve uma situação que eu fui reclamar do cobrador para o fiscal e ele olhou pra mim e disse assim: 'a gente quer te pedir desculpas, sabe porquê? A empresa, há uma semana atrás, chamou e deu uma aula em relação à obesidade, ao idoso, crianças, portadores de necessidade especiais' (Salette, 2018).

Sobre os direitos sociais das "pessoas obesas", a Comissão de Desenvolvimento Urbano aprovou, em maio de 2017, o Projeto de Lei (PL) 4328/16, da deputada Laura Carneiro (DEM-RJ), que cria o Estatuto da Pessoa com Obesidade. O Estatuto é "destinado a regular os direitos assegurados às pessoas vitimadas pelo acúmulo excessivo de gordura corporal e ganho de peso, associado a problemas de saúde" (BRASIL, 2016). Aborda temas relacionados à alimentação, direitos à saúde,

educação, cultura, esporte e lazer, profissionalização e trabalho, habitação, transporte, dentre outros. Prevê no Capítulo IX, considerações sobre o transporte para pessoas com obesidade:

Art. 19 Aos obesos fica garantida a utilização dos transportes coletivos públicos urbanos e semiurbanos, seletivos e especiais, quando prestados paralelamente aos serviços regulares, com acesso exclusivo pela porta localizada em oposição à roleta sem que seja cobrado o valor de mais de uma passagem por passageiro.

§ 1º Nos veículos de transporte coletivo de que trata este artigo, serão adaptados dez por cento dos assentos para os obesos, sendo retirados os braços das poltronas e garantida a utilização preferencial ao público que se destina ficando estes assentos identificados por placas.

§ 2º Fica vetada a cobrança de duas passagens para a pessoa obesa em qualquer tipo de transporte público que desempenhe a atividade de transporte de passageiros (BRASIL, 2016).

O Estatuto enfatiza que as pessoas com obesidade não precisam utilizar a “catraca” para acessar o transporte público, tampouco que sejam cobradas a mais por utilizarem um assento com especificações próprias à condição de obesidade. No entanto, tais propostas de políticas públicas carecem de publicização à população para terem apoio e mobilização sociais. Remetem, ainda, ao trabalho de desconstrução das idealizações da vida em sociedade, bem como de prevenção e superação de preconceitos e violências.

O PL 4328/16 é inovador ao garantir que dez por cento dos assentos sejam adaptados, ampliando o número de "assentos preferenciais". Caso Salete não tivesse se confrontado com violências verbais no “ônibus”, teria se deparado com a violência institucional caracterizada pela arquitetura e mobiliário, que sugerem um tipo de corpo considerado adequado ao transporte público. Salete destaca que “o obeso tem que ignorar certas coisas para ele não entrar numa discussão e pra não mexer, porque essas são coisas que mexem no teu psicológico e, automaticamente, se você não se cuidar, você já vai descontar em uma comida” (Salete). Dito de outro modo, ela reitera o quanto viver e conviver com as “(o)pressões” do racismo, da pobreza, do machismo, da gordofobia, entre outras, influenciaram sua "compulsão alimentar".

Salete assegura que sempre utilizou a rede de saúde pública. Durante uma de suas consultas de rotina com o médico da família na Unidade Básica de Saúde (UBS) foi encaminhada para o HU/UFSC, para o tratamento clínico da obesidade com a equipe de endocrinologia:

Eu venho de problemas de fibromialgia, de joelho, coluna, etc.. Então, tinham coisas que me impossibilitava de fazer. Quando eu vim pro HU, eu não seria uma pessoa que viria para a cirurgia bariátrica, eu ia fazer uma reeducação alimentar. Quando o endocrinologista entrou no meu caso, ele disse: 'não, a gente tem que te encaminhar para a cirurgia bariátrica, porque eu não posso pedir para você fazer exercício físico, porque você já tem lesões no joelho, já tem lesões na coluna' (Salete, 2018).

Nota-se que o encaminhamento de Salete ao Serviço de Cirurgia Bariátrica ocorreu por demanda médica, observando as limitações e comprometimentos da obesidade e demais comorbidades. Durante a entrevista, ela frisou que:

Se eu não tivesse os problemas de saúde que eu tenho em relação à obesidade, tu não estaria fazendo a entrevista comigo. Eu to indo pra cirurgia porque me desenvolveu muitos problemas e me impossibilita, me impede de fazer muitas coisas. Sabe, menina, se com esse peso eu conseguisse fazer exercício físico, na verdade, com esse peso, se eu não sofresse tanto com exercício físico ... imagina, com reeducação alimentar e fazendo exercício ... eu já teria perdido ... sabe? (Salete, 2018).

Assim, Salete explicitou a motivação de seu encaminhamento para a cirurgia bariátrica no HU/UFSC e sua dificuldade em criar outras estratégias para a "perda de peso". A indicação para o tratamento cirúrgico foi combinado entre Atenção Primária em Saúde (APS) e Secundária, visto que após ser direcionada à consulta com especialista em endocrinologia via SISREG, o profissional inseriu Salete no Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital.

5.2LUIZA

Luiza se denominou uma mulher branca de 47 anos. Sua entrevista foi realizada na sala do ambulatório do Serviço Social do HU/UFSC e durou uma hora e trinta minutos. A participante é natural de Belo Horizonte e residente em Florianópolis há três anos e meio. Veio para a cidade por dois motivos: seus familiares estavam morando em Florianópolis e ficou desempregada em Belo Horizonte. É solteira e tem uma filha de 18 anos que mora com ela. Quando sua filha nasceu (Milena), não foi reconhecida pelo pai. Luiza disse que não insistiu para que ele assumisse, porque entendia que a filha era responsabilidade dela enquanto mulher. Essa concepção remete à discussão da opressão de gênero ao submeter as mulheres ao protagonismo pela reprodução humana e social (SCAVONE, 2001).

O reconhecimento paterno de Milena ocorreu quando ela tinha oito anos, período que a criança pediu para conhecer o pai. A feminista bell hooks(2018) afirma que uma das intervenções mais assertivas do movimento feminista em nome das crianças/adolescentes foi propiciar uma consciência cultural sobre a importância da participação dos homens na criação e no cuidado das/os filhas/os. Além de construir a equidade de gênero, a "paternagem feminista" e a "maternagem feminista" promovem melhores relacionamentos com as crianças/adolescentes (HOOKS, 2018).

Para Thurler (2004), a deserção da paternidade corresponde a um fenômeno socialmente construído - que é político, histórico e jurídico - e envolve questões de cidadania, de relações de gênero e de efetivação da democracia. O não reconhecimento da paternidade manifesta, ao menos, duas questões: relações sociais de geração, que visam ao exercício do compromisso de pai para com a/o filha/o; relações sociais de sexo, que visam ao compartilhamento e ao exercício da solidariedade entre o pai e a mãe¹⁶. Desse modo, Thurler (2004) evidencia que a deserção da paternidade se legitima no Estado, uma vez que este responsabiliza prevalentemente as mulheres pelo cuidado das crianças e reproduz uma maternidade compulsória (SCAVONE, 2001; LYRA; MEDRADO, 2000; BIROLI, 2018).

Luiza tem dois irmãos, um mais velho e outro mais novo. Durante sua infância, seus pais trabalharam a maior parte do tempo, assumindo ela e o irmão mais velho as atividades domésticas:

¹⁶Cabe destacar que Thurler (2004), ao discorrer sobre paternidade, refere-se a relacionamentos heterossexuais, logo, não tem como foco outros arranjos familiares onde não há a presença do pai.

Eu tenho o meu irmão mais novo, eu cuidei do meu irmão há muito tempo, ele é seis anos mais novo que eu ... me lembro de levar ele na escola, de buscar, eu sempre fiz isso. Em casa, os serviços domésticos eram divididos entre eu e o meu irmão mais velho, uma semana um na casa e outro na cozinha (Luiza, 2018).

Era Luiza quem cuidava do irmão mais novo, diferentemente dos trabalhos domésticos compartilhados com o outro irmão. Os cuidados, principalmente com os familiares, permanecem praticados “essencialmente” pelas mulheres, reafirmando atribuições femininas e de gênero (SCAVONE, 2001; BLOFIELD; FRANZONI, 2014; BIROLI, 2014).

Começou a trabalhar “fora de casa” aos 16 anos, na função de “balconista”, posteriormente, como atendente em lojas de vestuário e como auxiliar de dentista. No ensino médio se formou no magistério - curso considerado eminentemente feminino e voltado para a docência na educação infantil e no primeiro segmento das séries iniciais (WERLE, 2005), sendo reafirmado os “cuidados femininos” e destinados às crianças.

Realizou ensino superior em Gestão de Serviços de Saúde pela Fundação Mineira de Educação e Cultura (FUMEC), em Minas Gerais, porém, laborava na função de professora em uma escola. Após esse emprego, trabalhou por muitos anos em uma empresa terceirizada da Petrobrás, na área administrativa. Luiza trocou esse último emprego porque recebeu uma oferta próxima de sua casa, no entanto, segundo ela, não sabia que seu cargo seria com vendas: “eu não sei vender, realmente, não sei. Aí eu me vi numa situação assim ... e agora? Como que eu vou atingir as expectativas ... aí eu não fiquei, aí eu me vi desempregada” (Luiza).

Após mudar-se para Florianópolis, trabalhou “fora” apenas pontualmente. Durante a temporada de verão, desempenhou atividades na função de camareira em uma pousada, com registro na carteira de trabalho: “de lá para cá, nada registrado, só uns bicos mesmo. Eu faço costura, faço pequenos reparos em roupas, faxina, se necessário, tudo o que surge, que é possível e honesto” (Luiza). Possui formação universitária, mas permanece desempregada, executando serviços que nomeou como “bicos”, sem vínculo empregatício. Explícita, igualmente, um contra senso entre formação profissional e políticas voltadas ao

trabalho (ALVES; VIEIRA, 2009), pois o estudo acadêmico não assegurou que trabalhasse em sua área, sequer em outra com direitos trabalhistas assegurados, desde que se mudou para Florianópolis. Luiza ficou emocionada ao relatar seu momento atual e explicou seu choro, dizendo:

É complicado sempre sair pra trabalhar, não depender financeiramente e depois você se deparar assim, é meio complicado, sim. Você faz o que tem que fazer, você não precisa ficar mensurando o tempo todo; não porque tinha um salário maravilhoso, mas você tinha a sua renda e a questão de se sentir produtiva. É impressionante como as pessoas querem jovens com experiência, então, tem o fator idade que às vezes dificulta, aí você tem cinco anos que está sem trabalhar, como assim? Parece que você perdeu toda a sua experiência (Luiza, 2018).

Luiza relatou que sempre foi uma mulher trabalhadora, com autonomia financeira suficiente para criar sua filha e prover suas despesas. No momento da entrevista, grande parte da sua renda mensal era proveniente da pensão de Milena, dinheiro com o qual, majoritariamente, têm pago o aluguel. Segundo bell hooks (2018), o mercado de trabalho não liberta as mulheres pobres da opressão de gênero, classe, raça/etnia. Porém, essa circunstância acentuou sua ciência da impotência e vulnerabilidade econômica em que se encontra, sobretudo, porque - ao contrário da mulher que está empregada e, por isso, participa ao menos de um coletivo - a "dona-de-casa" está frequentemente sozinha, isolada, deprimida (HOOKS, 2018).

As dificuldades em obter um trabalho formal, para além do fenômeno de “desemprego estrutural” impulsionado pela crise global do sistema capitalista (ANTUNES, 2010; SORJ, 2016), coadunam com os preconceitos relacionados à raça/etnia, gênero, geração e gordofobia, restringindo ainda mais o acesso ao mercado laboral, tal qual considerado por Luiza:

Na hora que você vai fazer uma entrevista de trabalho, a obesidade é uma coisa muito sutil, acho que só quem passa consegue sentir isso. A mesma coisa da questão do negro, só que as pessoas não falam. A mesma coisa de quando você tem um filho, também, e é mãe solteira. Você chega nos

lugares obesa, as pessoas te olham diferente (Luiza, 2018).

A obesidade, eu acho que ela tem um preconceito igualzinho de negros, de homossexuais, de mulher solteira, mãe solteira ... que existe ... não tanto quanto o negro, mas a obesidade, a gente sofre um preconceito grande ... é bem, meio que disfarçado, né?! Acho que a sociedade, de um modo geral, disfarça isso muito bem, mas você sente isso em ônibus, se você está sentado em uma cadeira no ônibus, vem outra pessoa, ela não senta perto de você, se senta sai ... acho que a sociedade, os lugares, não foram preparados ... não são! (Luiza, 2018).

Assim como Salete, Luiza se reporta à "inadequação estética" aos lugares frequentados, bem como seus equipamentos e mobiliários, com destaque ao ônibus. Demonstra que "andar pela cidade" de transporte público é um exercício de resistência e uma ausência de políticas públicas de inclusão, no caso, para pessoas com obesidade, como a proposta do PL 4.328/2016. Ademais, trouxe a "sutileza" do preconceito direcionado tanto às pessoas com "obesidade" quanto às mulheres que não se encaixam nos estereótipos tradicionais de gênero.

Enfatizou, em sua fala, como o racismo é um elemento central no desenvolvimento das desigualdades enfrentadas por mulheres e homens negros, reconhecendo sua dimensão ideológica e a conformação das relações de poder na sociedade (WERNECK, 2016; RIBEIRO, 2017). Sua reflexão sobre racismo vai ao encontro do que a feminista Akotirene (2018) estabelece como crítica às opressões emergentes, como a gordofobia, o *bullying* e o preconceito contra "feios". Ao partir de um ponto de vista decolonial, a autora ressalta que o racismo é uma estrutura de dominação documentada há mais de 4 mil anos, sendo, portanto, estrutural e persistindo ainda hoje.

No entanto, Luiza resgata o racismo por conta da gordofobia. Rangel (2017) considera que as pessoas gordas, diferente das magras, têm uma vigilância constante do olhar do outro em atividades simples do cotidiano. O "olhar do outro" pode caracterizar, além de preconceitos, limitações de acesso a serviços sociais públicos e ao mercado de trabalho. Para a autora (2017), as pessoas gordas possuem menos oportunidades de inserção no mercado de trabalho: a existência de critérios relacionados ao IMC para assumir certos cargos públicos é um exemplo. Nos demais

setores de contratação de emprego, é comum que se associe a pessoa gorda a “estigmas de preguiçosa, com falta de perseverança ou disciplina bem como a necessidade de apresentação de uma aparência bela dentro dos padrões estabelecidos especialmente pela mídia” (RANGEL, 2017, p. 51).

Além de relacionar os dilemas do desemprego às opressões gordofóbicas e racistas, Luiza situou que a juventude também é um componente importante para ser classificada em uma vaga de emprego. Igualmente, tal predicado esteve presente no relato de Salete, ainda que de forma subliminar, indicando a importância do marcador geracional para o debate da gordofobia. Para Luiza, a idade é um obstáculo, inclusive na “perda de peso”:

Toda vida eu fui obesa. Eu nunca fui uma pessoa magrinha, nunca fui ... é claro que quando eu era mais novinha, não era obesa descontrolada ... mas sempre fui mulher de quadril largo e grande, coxa grossa, essas coisas. Depois que eu tive a Milena, eu tive ela com vinte e oito anos de idade, e aí de lá pra cá eu nunca mais consegui voltar ao peso normal. E aí vários fatores, né, quando você é mais jovem, é mais fácil de perder peso. Vai passando os anos, muda a história (Luiza, 2018).

A narrativa de Luiza aponta para a obesidade como um fenômeno multifatorial, apesar de limitar a compreensão do processo de obesidade aos aspectos biológicos. Primeiramente, observou que sempre foi “obesa”, naturalizando essa condição; depois, a associou ao “peso normal”, para, em seguida, demarcar a pós-gestação como período de “obesa descontrolada”. A revisão sistemática efetuada por Lacerda e Leal (2004) acerca dos fatores associados à retenção e ao ganho de peso pós-parto constata a dimensão biológica, mas incorpora marcadores sociais (HENNING, 2015) em sua análise. Este estudo revelou uma “forte influência do ganho de peso gestacional e da raça na determinação da retenção de peso pós-parto, enquanto evidências ainda contraditórias apontam para fatores como lactação e evidências insuficientes apontam para consumo alimentar e atividade física” (LACERDA; LEAL, 2004, p. 197).

A gravidez e as transformações do corpo das mulheres como fatores para a obesidade são relatadas não apenas por Luiza, mas registradas pela literatura. Segundo autoras feministas (SCAVONE, 2001;HOOKS, 2018), a gravidez promove mudanças significativas na

vida social de um conjunto de mulheres, podendo o “aumento de peso” ser associado à fase da maternidade. Fenômenos sociais como a deserção paterna (THURLER, 2004; LYRA; MEDRADO, 2000), o “estigma de mãe solteira” e a compreensão de “família tradicional” (FONSECA, 2012) são invisibilizados na literatura sobre obesidade e saúde (GELSLEICHTER; ZUCCO, 2017), incidindo, em alguns casos, no momento da reprodução e acentuando as opressões de gênero.

A maternidade vem sendo problematizada pelas feministas desde os anos 70 e foi tema central para explicar a situação histórica de desigualdade social das mulheres em relação aos homens (LYRA; MEDRADO, 200; SCAVONE, 2001; PANTOJA, 2003; THURLER, 2004; PEDRO, 2005; AQUINO, 2006; BIROLI; 2018). No caso de Luiza, o não reconhecimento paterno de Milena até seus 8 anos acentuou suas responsabilidades como “mãe solteira” com os cuidados, a educação, a disponibilidade física e emocional, assim como com os custos financeiros inerentes à reprodução social da filha. O relato do aumento de peso após a gravidez pode estar atrelado, ainda, à transferência do cuidado de si para o cuidado da criança, comumente delegado às mulheres e registrado por profissionais da equipe de cirurgia bariátrica como uma realidade presente no serviço (GELSLEICHTER; ALVES, 2015).

O “controle do peso” (COUNIHAN, 1999) e o cuidado com o corpo feminino, com ou sem gestação, configuram atribuições de gênero às mulheres segundo o padrão de estética e de feminilidade promovido pelas mídias (ZUCCO, 2007). Assim como as mídias projetam um perfil de corpo ideal, veiculam informações sobre como emagrecer (SANT’ANNA, 2014), sendo utilizadas por Luiza com e sem orientação de profissional da área da saúde:

Eu tentei várias formas de emagrecer. Eu já fiz tratamento ortomolecular que é muito doido. Você toma uma quantidade de remédio absurda, o médico fala que o tratamento é todo voltado para o seu tipo sanguíneo e dá resultado, realmente dá ... porque eu saí de cento e trinta e seis quilos e fui pra setenta quilos. Não me lembro o período de tempo disso, mas acredito que foi em um ano, eu perdi muito peso, em pouco tempo, mas enquanto eu tomava os medicamentos. Eu tomava muito medicamento, mesmo! Quando eu cheguei no peso que eu queria, que era setenta quilos o médico me deu alta, aí a doida aceitou a alta, porque assim, as pessoas sabem, hoje eu sei, que não adianta você

fazer tratamento com medicamento, você vai atingir, mas depois é aquele efeito sanfona, mesmo... eu engordei tudo novamente, aí fui engordando, engordando, engordando ... depois eu voltei com o tratamento e parava e tentava aquelas dietas loucas que a gente vê por aí e sai acreditando. Ah! Teve dieta de proteína, teve dieta por conta própria minha, ah, vou eliminar carboidrato, por exemplo, e tudo funciona, mas temporariamente (Luiza, 2018).

Para Luiza, as dietas são consideradas estratégias temporárias, nomeando algumas como “loucas”, o que sugere a ciência dos possíveis riscos para a saúde. As dietas, facilmente encontradas na internet, exercem importante influência na população, principalmente, no público feminino, sendo expressiva sua difusão nos meios de comunicação (SANT’ANNA, 2014; ZUCCO, 2007). As dietas alimentares, complementos vitamínicos, suplementos alimentares são progressivamente apresentados como fórmulas que prometem o alcance da beleza. Segundo Sant’Anna (2014, p. 131), proporcional ao aumento das propagandas de produtos para emagrecer é a “insistência em controlar o peso” das mulheres.

Diferentemente da intensa mediatização de produtos e dietas que visam o emagrecimento, os distúrbios alimentares (WOLF, 2018) e doenças metabólicas (OLIVEIRA *et al.*, 2008) retratam um contexto opressor pouco divulgado pelos meios de comunicação. Face a isso, Luiza compara a importância da alimentação “correta” em detrimento do “descontrole alimentar”, pois segundo ela: “sempre teve o descontrole alimentar, a gente não aprende a alimentar corretamente, muito difícil” (Luiza). Ela situa que a educação alimentar é imprescindível para “hábitos alimentares” conscientes, e que ainda criança adquiriu “maus hábitos” em relação à comida:

O meu pai tinha um hábito, um mal hábito e passou isso pra gente, de que a pessoa bem alimentada é aquela que comia muito. Então, é uma coisa que eu aprendi desde criança, desde pequeninha ... e aí como você muda isso? Até eu descobrir que você tem isso inserido em você, pra você começar a trabalhar isso, demorou muitos anos ... de manhã cedo o meu pai sentava conosco na mesa e aí a gente comia um prato de mingau com aveia, de manhã cedo! Olha a necessidade disso! Mas eu

passsei muitos anos com essa ideia, depois, quando ele foi embora, mudou ... aí a gente não tem que viver para comer ou comer para viver, e aí você tem que ter um controle, e aí você vai aprendendo isso (Luiza, 2018).

Luiza situa o processo de socialização, na figura do pai, como influenciador do seu entendimento sobre a “boa alimentação”. Esclareceu que o modo como se alimentava possuía fortes ligações, sobretudo, com as tradições da família (FREITAS; MINAYO, FONTES, 2011), sendo as escolhas alimentares condizentes com o meio e o acesso que dispunha. Para Claro *et al.* (2008), a renda familiar e o preço dos alimentos influenciam no consumo alimentar das famílias, principalmente no consumo de frutas, verduras e legumes. Assim, a alimentação “controlada direitinho” exige uma disciplina alimentar que pouco tem a ver com a realidade socioeconômica da maioria da população (BARROS; HENRIQUES; MENDONÇA, 2001). O corpo magro, contudo, alcançado e mantido pelo autocontrole do indivíduo é um aspecto de grande valorização nas sociedades ocidentais (COUNIHAN, 1999). A contradição entre possibilidades reais das mulheres pobres e a pressão estética imposta a todas elas acaba por trazer vários malefícios à saúde (BETONI; ZANARDO; CENI, 2010).

A noção de que “uma pessoa bem alimentada é aquela que come muito” pode ter sido determinada por um passado de escassez alimentar, em que “comer bem” era sinônimo de “mesa farta”. Para Brumer (2004), essa lógica tem a ver com um “sistema antigo” herdado dos/as colonos/as que valorizavam comidas em grandes quantidades e consideradas “pesadas” para suprir o corpo durante o trabalho “pesado” no campo. De qualquer modo, a veiculação de informações sobre a alimentação considerada saudável não foi decisiva para instituir novos hábitos alimentares.

Luiza contou que sua mãe era assistente social de formação e que, após se separar de seu pai, começou a trabalhar como gerente de um posto de saúde. Mencionou que ela realizava grupos de alimentação “saudável” e de alimentação “alternativa”, e participar desses grupos foi importante para que aprendesse sobre “algumas escolhas alimentares” (Luiza).

Embora houvesse maior consciência, considerava sua rotina alimentar inapropriada, explicitando que não se trata somente de um conhecimento específico sobre alimentação “saudável”, mas de um conjunto complexo de marcadores sociais interseccionados (CRENSHAW, 2002; RODRIGUES, 2013; HENNING, 2015).

Exemplificou que seu “descontrole” estava muito ligado ao “doce”: “eu comia um doce? Não, eu comia um, dois, três, quatro, cinco, talvez, o dia todo e não me importava” (Luiza). Tal dinâmica pode ser problematizada a partir do ponto de vista de Orbach (1978, p. 116 - 117):

Uma mulher de quem tratei comia doces intermitentemente o dia inteiro enquanto trabalhava. Descobrimos que seu consumo de doces estava ligado à tentativa de tornar-se uma pessoa doce, tornar-se "boazinha" quando, na verdade, estava sentindo muita raiva. Apenas achava que "As mulheres não devem se zangar; não fica bem. É melhor que me torne doce e suave. "O que acontecia é que sentia raiva toda vez que seu patrão a tratava de um modo abertamente humilhante. Apesar de ser paga para fazer pesquisa, esperava-se também que se dispusesse a "servir". Esperava se que fizesse o café e as honras da casa aos inúmeros clientes do sexo masculino que iam ao escritório. Tais expectativas eram exemplos da desigualdade sexual que tem lugar com tanta frequência em escritórios e ela, como muitas outras mulheres, ficava conflituada e sentia raiva quando era "feminilizada" daquela maneira (ORBACH, 1978).

A autora (ORBACH, 1978), a partir de um longo trabalho desenvolvido com mulheres, concluiu que o consumo excessivo de doces remetia às assimetrias de gênero e às atribuições femininas a elas demandadas. A reflexão da autora, de dimensão subjetiva e abordagem psicanalítica, sugere um forte vínculo entre a alimentação e as opressões de gênero. O “doce” proporcionaria uma sensação de prazer aceita socialmente em um contexto adverso, conforme retratado por Luiza (SOARES *et al.*, 2017); legítimo, inclusive, em relação a outras dependências consideradas lícitas e ilícitas, como o álcool e outras substâncias psicoativas (SPA). Diferentemente da compulsão alimentar, predominantemente feminina, o álcool e outras SPA's são consideradas dependências que atingem predominantemente o sexo masculino. No Brasil, 78,8% de usuários são homens (SOARES *et al.*, 2017).

A industrialização alterou significativamente a produção de alimentos e o acesso a eles (POULAIN, 2013), de certo modo, indicada

por Luiza. Nesse sentido, discorreu sobre uma mudança em curso nas práticas alimentares de uma geração para outra:

Na época dos meus avós, eles não tinham a alimentação que a gente tem, nunca! Hoje as crianças, hoje as crianças é tudo fast-food, é tudo enlatado, é tudo processado. Por isso que eu falo que a sociedade de um modo geral está obesa. Acho que está invertendo, assim, os valores estão mudando... isso no geral, né? Acho que mudou muito a nossa alimentação. Ninguém movimenta mais, as crianças hoje brincam do quê? No celular, no computador, não se exercita mais ... Vamos fazer um lanche? Ah, vamos ... aí se vai aonde? Se vai no *Mc. Donald's*, se vai num lanche processado e come isso... isso interfere muito na alimentação e não é agora que mudou, isso é uma coisa que vem mudando gradativamente (Luiza, 2018).

De acordo com Fischler (2007), uma das características que demonstra a incidência da globalização é a rede de *fast-food* do *McDonalds*. Simboliza, dentre outros aspectos, a expressão do capitalismo e do imperialismo norte americano no mundo, que reproduz um sistema de produção alimentar alinhado aos valores do neoliberalismo. Este sistema se expandiu para outros países, gerando uma uniformidade na alimentação (sabores, texturas, cores) da população. Para o autor (FISCHLER, 2007), o acesso a esse tipo de alimentação pode criar uma sensação de igualdade e de pertencimento à cultura hegemônica, na medida em que as pessoas adquirem os mesmos lanches, em que pese as desigualdades sociais inerentes ao capitalismo.

Luiza destacou a importância dos fatores socioculturais da obesidade. Para ela, o sedentarismo associado à má alimentação predis põe a população ao acúmulo de peso. Sobre seu processo de obesidade, afirmou que a prática de exercícios físicos era um desafio para ela: “nunca gostei de fazer atividade física. Apesar de não gostar, eu gostaria de fazer pela necessidade, porque, bom, eu to com 47 anos e já não sou mais juvenzinha” (Luiza). Atualmente, relatou que gostaria de realizar atividades físicas em uma academia de musculação se estivesse ao seu alcance. Ao questionar os motivos que a impediam, respondeu que esses eram “única e exclusivamente financeiros” (Luiza).

As práticas corporais e de atividade física foram inseridas na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em 2006,

principalmente para prevenir as DCNT's, dentre elas, a obesidade (OLIZ; DUMITH; KNUTH, 2018). Uma medida de Promoção criada pelo Ministério da Saúde (MS) foi o "Programa Academia da Saúde", lançado em Abril de 2011. O Programa foi instituído pela Portaria nº 719 e teve por objetivo ampliar nos municípios espaços públicos com equipamentos, estrutura e profissionais para a prática de atividades físicas. No entanto, nesses locais, o acompanhamento sistemático de um/a profissional de educação física permanece sendo uma insuficiência do Programa. Segundo Amorim *et al.* (2013), são raros os programas que oferecem atividades à noite e nos fins de semana, dificultando o acesso para a maioria das/os trabalhadoras/es que laboram tanto no mercado formal quanto no informal.

Um estudo (OLIZ; DUMITH; KNUTH, 2018) descritivo sobre a utilização dos serviços de educação física por adultos e idosos em uma cidade no Rio Grande do Sul concluiu a ausência da democratização no uso dos serviços. Em geral, o acesso se restringia a indivíduos com melhores condições socioeconômicas, maior escolaridade e renda. De certo modo, traduziu o que acontecia em ambientes privados, como as academias de musculação, sugerindo que a reprodução da desigualdade social se espalha por todos os setores e instituições, inclusive em medidas sociais de inclusão, como no caso do "Programa Academia da Saúde". As formulações de Oliz, Dumith e Knuth (2018) corroboram a realidade descrita por Luiza, à qual atribui a inatividade física às condições socioeconômicas.

As mídias voltadas ao público feminino fomentam a imagem de uma mulher constantemente sedutora e em "forma", porém a busca pelo padrão estético prevê custo e tempo, quase sempre não equacionados nas matérias. Segundo Sant'Anna (2014), a partir da década de 1980 "malhar o corpo" foi considerada uma tendência de saúde e beleza difundida nos veículos midiáticos. Os novos aplicativos de mídia – *facebook, instagram, youtube, snapchat, twitter* – são ferramentas que ampliaram e intensificaram a divulgação de treinos/exercícios físicos e planos alimentares para o alcance de um "estilo de vida saudável". Notadamente, as exigências com o corpo feminino demandam disciplina com as atividades físicas, os planos e dietas alimentares e um conjunto de investimentos em vestuários e acessórios. As mulheres, nesse sentido, são constantemente confrontadas com as opressões de classe, gênero e raça/etnia: por um lado, são motivadas a desejarem um corpo considerado saudável e belo e, por outro, estão limitadas às condições financeiras que as impede de dispor de tais produtos e serviços (SANT'ANNA, 2014; GOLDENBERG, 2007).

Luiza ressalta que não é mais “jovem” para perder peso com facilidade, esclarecendo a importância do marcador “geração” para as mulheres (GOLDENBERG, 2007; RODRIGUES, 2013). A condição de obesidade impede que um número significativo de mulheres consideradas “acima do peso” acesse o mercado da moda (CARDOSO; COSTA, 2007). As lojas de roupas e suas estratégias de vendas são exemplificadas por Luiza como promotoras de discriminações gordofóbicas (RANGEL, 2017), pois restringem sua produção de vestuário a certas modelagens:

Se você chega em loja pra comprar roupa - eu aprendi no dia a dia, mas hoje não me incomoda, porque eu já sei os lugares pra entrar - mas pensa na [Rua] Conselheiro Mafra, um monte de loja, aí se vai passando assim e as pessoas vai te chamando: ‘ah venham comprar roupa! Venham entrar!’ Aí aquelas lojas que você vê que só tem roupas para pessoas magras, porque ela [a vendedora] tá te chamando? Tudo bem, às vezes ela [a vendedora] nem tá olhando a questão do seu corpo, não vamos ser louca, mas, às vezes, eu falava assim pra ela [a vendedora]: ‘minha filha, tem roupa aí que me serve?’ Você vê, as lojas não foram, a maioria ... não todas, tanto que hoje tem as lojas *plus size* (Luiza, 2018).

Seu relato expôs também que as lojas *plus size* são uma opção de acesso ao mercado de vestuário disponível às mulheres gordas. Essa alusão pode remeter às seguintes reflexões: as mulheres gordas dispõem de um serviço especializado e/ou essa opção estabelece uma divisão entre roupas para pessoas “normais” e para pessoas tamanho “*plus size*” (CARDOSO; COSTA, 2007; CARDOSO; COUTO, 2017).

Ao se deparar com os conflitos mencionados, Luiza buscou orientação médica para o tratamento da obesidade, incentivada, sobretudo, por sua mãe. Contou que o encaminhamento ocorreu pela UBS:

Então, foi no posto de saúde! Eu tava tentando muita vertigem. Eu tava tendo muita tontura, do nada ... aí eu fui no posto, aí o médico desconfiou de labirintite. Pediu vários exames: de sangue, de urina... e nesses exames eu descobri que eu estava com hipotireoidismo e eu não sabia. Não tinha nem ideia, aí eu comecei a fazer o tratamento. De três

em três meses você faz o exame novamente, aí eu fiz e levei pra médica, porque nisso trocou de profissional. Aí, nesse intervalo, conversando com a minha mãe ... eu sempre tive vontade de fazer a bariátrica, mas eu nunca procurei em Belo Horizonte. Eu tinha na minha cabeça que era muito difícil conseguir pelo SUS, então, eu não procurei. Aí, conversando com a minha mãe ... ela disse assim: 'porque você não conversa com a médica e vê como funciona o encaminhamento para a bariátrica'. Aí eu voltei na médica, ela continuou o tratamento de hipotireoidismo, mas aí eu perguntei pra ela como funcionava a questão de encaminhamento ... aí ela falou da questão do IMC, se apresenta alguma doença que justificasse e se eu queria que ela me encaminhasse. Aí ela olhou tudo direitinho e me encaminhou. Com um mês que ela tinha mandado, a secretária de saúde me ligou e aí já tinha marcado a consulta com o endocrinologista e, assim, eu comecei o tratamento (Luiza, 2018).

Luiza explicitou que a cirurgia bariátrica no SUS foi possível e, para ela, de rápido acesso, sendo avaliada segundo os critérios requeridos pela Portaria. Tal qual para Salete, Luiza também acessou a equipe de cirurgia bariátrica do HU/UFSC por intermédio da APS via SISREG. Seu relato demonstrou que o interesse por realizar a cirurgia, foi precedente à avaliação profissional, sendo respaldada por esta.

5.3 CECÍLIA

A entrevista ocorreu na sala de passagem de plantão da UICI do HU/UFSC, pois Cecília estava internada para realizar a cirurgia bariátrica no momento em que foi contatada para participar deste estudo. Com ela, a entrevista durou uma hora e quarenta e cinco minutos. Cecília se declarou uma mulher branca de 39 anos, casada com Pedro, 48 anos, e mãe de dois filhos: Augusto, 23 anos, e Gabriela, 14 anos. Casou-se ainda na adolescência¹⁷, segundo o ECA (BRASIL, 1990), aos 16 anos, e logo em seguida tornou-se mãe de Augusto.

¹⁷ Tal qual apontado por Pantoja (2003), ao se conceitualizar a adolescência como uma fase da vida em que se privilegia o marcador de idade, incorre-se em generalizações que não englobam fatores sociais, políticos e culturais. Deste

A gravidez neste período pode ser considerada uma questão de saúde reprodutiva de grande impacto na realidade social das mulheres. Pantoja (2003) problematiza que sua ocorrência não provoca, necessariamente, um contexto de desvantagem social, porque, na maioria dos casos, a própria gravidez ocorreu em um contexto de oportunidades restritas, poucas opções de vida e histórico de interrupções na formação escolar. Acrescenta que a idade não é vivida da mesma forma pelas pessoas, pois nas sociedades de classe “o tempo é marcado de forma desigual” (PANTOJA, 2003, p. 337), assim, a adolescência e a maternidade são pensadas e vividas de modo diferenciado entre as mulheres. Para a autora (PANTOJA, 2003), a maternidade na adolescência pode se constituir, ainda, em um projeto de realização pessoal, inclusive, sendo tomada como um valor social para as mulheres pobres: “ser alguém na vida” (PANTOJA, 2003, p. 342).

Atualmente, Cecília, Pedro, Augusto e Gabriela residem em casa própria no município de Treze de Maio/SC, cidade vizinha de seu local de nascimento e terra natal de seu esposo. Logo no início, Cecília referiu que estava com saudades de sua família, pois todos estavam longe naquele momento e isso raramente acontecia. Para Cecília, a casa e a família (nuclear) são instituições, sobremaneira, valorizadas por ela e evidenciada ao longo da entrevista. Conheceu Pedro, seu primeiro namorado, no “baile” do salão da igreja (católica) que frequentava quando era jovem. Contou que seu pai fazia questão de levá-la e trazê-la das festas.

Tal “cuidado” pode corresponder a uma lógica, problematizada pelas feministas, de controle e dominação masculina exercida pela autoridade paterna, que, mais tarde, foi transferida ao marido (MIGUEL, 2017), conforme seu relato. Cecília disse que os “bailes” começavam às três da tarde e terminavam antes das sete horas da noite, retratando um cenário de realidade rural, onde as atividades de lazer estavam em sintonia com a moral religiosa - católica, e tinham por objetivo estimular o matrimônio.

Segundo Cecília, estar territorialmente longe da família levou-a a chorar sozinha no leito do HU/UFSC, e a pedir desculpas por expressar suas emoções no momento da entrevista. O choro, provavelmente, cataliza situações e sentimentos oriundos da saudade dos familiares, da

modo, propõe que se trate adolescência(s) no plural, considerando os aspectos políticos e sociais que compreendem a realidade da/o adolescente.

internação hospitalar como algo desconhecido e distante do aconchego do lar, das expectativas em relação à cirurgia e da ausência de profissionais capazes de assegurar uma escuta sobre o sofrimento apresentado por ela. Ademais, sugere que Cecília pouco circula em espaços que não sejam próximos de sua dinâmica familiar, justificando suas emoções por estar oito dias longe dos familiares desde que internou no HU/UFSC. Sua cirurgia foi adiada para a semana seguinte por falta de vaga na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o que aumentou o período de internação hospitalar e afastamento dos familiares.

Foi possível notar que Cecília projetava, eminentemente, as relações familiares e que esta ocupava lugar central em sua vida. Tais relações tem sido pauta do debate feminista, principalmente, por causa das injustiças que permeiam o cotidiano da vida doméstica (exemplos: violências contra mulher, feminicídio, trabalho não remunerado), sendo contraditoriamente: lócus de afeto e apoio, mas, igualmente, de violência, exploração do trabalho e exercício da autoridade (BIROLI, 2018).

Em geral, nessa dinâmica, as mulheres são as mais vulneráveis do grupo familiar; tanto pela construção do feminino como subordinado ao masculino quanto por razões socioeconômicas nas sociedades de classe. Biroli (2018) alerta que é preciso considerar as ambivalências da família, pois enquanto instituição oprime as mulheres, mas lhes garante uma identidade (RAGO, 1998; SCAVONE, 2001; PEDRO, 2005; BIROLI, 2018). A identidade de filha, esposa e mãe foi retratada por Cecília em diferentes momentos de sua narrativa, assim como as vulnerabilidades inerentes a essas posições (HOOKS, 2018), sugerindo aspectos que remetem ao processo saúde-doença (BATISTELLA, 2007) e sua intersecção com a obesidade.

Interrompeu seus estudos na terceira série do antigo ensino primário, pois seu pai “queria que ajudasse na roça”. Disse que “ele não deixou mais estudar” e que aos dez anos de idade trabalhava diariamente na roça com a família. De acordo com suas palavras, plantavam “fumo, feijão, milho e várias outras coisas que se comia em casa: batata-doce, amendoim, milho de pipoca” (Cecília). Além da produção desses alimentos para a comercialização, a família subsistia (DELGADO, 2004) tanto da venda quanto do consumo do plantio que realizava. O trabalho no campo foi relacionado a uma trajetória de adoecimentos, principalmente, por sentir fortes dores na coluna: “eu comecei a sofrer mesmo, que apertou mesmo, foi com 14 anos. A gente ia trabalhar abaixado e eu não conseguia, doía muito, muito, muito! Depois apertou mesmo quando eu tinha 20 anos” (Cecília).

Desde criança carregava sacos de feijão que pesavam, aproximadamente, vinte e cinco quilos. Realidade similar a essa foi observada por Neves (2007) ao estudar a vinculação do trabalho infanto-juvenil na produção de cana-de-açúcar, e concluir que, dentre as doenças profissionais, era comum que os entrevistados informassem sobre desvios na coluna vertebral. Cecília avaliou que tinha conhecimento das possíveis consequências da atividade na roça, porque considerou que carregava bastante peso para sua idade. Refletiu, deste modo, sobre as contradições inerentes ao trabalho infantil.

A feminista Davis (2016) informa que, durante o século XIX, grande parte da população escravizada nos Estados Unidos era enviada aos campos de plantação. Segundo ela, as meninas trabalhavam pesado na lavoura, sendo designadas para trabalhar o solo, colher tabaco, coletar algodão e cortar cana, situação descrita abaixo pela participante. Apesar de haver uma diferença intransponível de realidade e temporal, Davis (2016) relata a complexidade do trabalho infantil, bem como explicitou Cecília a partir da sua experiência:

A gente ajudava né, fazia né, se não fazia o pai bri... bri..., dizia: 'vai lá! Faz isso! Faz aquilo!' Aí tinha que ir, né?! Senão o bicho pegava. Ele ficava assim brabo, né ..não batia, questão de bater, não. Ele brigava de boca. Aí, a gente não queria escutar e aí fazia as coisas, né. Não queria ouvir, né. Às vezes, de eu ficar assim, meia ... um pouco chocada, né? Assim, criança, ficava triste, né. Se sentia, né ... mas depois passava, voltava ao normal. E eu gostava também de estar ajudando. Vê que o meu serviço não era dentro de casa. A maioria do tempo era tratando o gado, quando o meu pai ia pra roça, ia junto com ele. Já embarcava no carro de boi, que era muito bom ... E eu andava com ele faceira ... e tinha o espaço da gente brincar também. Isso eu não posso negar. Todo dia o pai deixava, uma horinha, duas. Aí tinha uns coleguinhas que vinham. Quando era hora de trabalhar ele dizia: 'tá na hora de ajudar!'. Aí no fumo, trabalhava com fumo, e aí tinha que apanhar, aí depois a gente colocava na máquina, aí depois a gente pegava e colocava tudo as varas no estaleiro pra deixar amarelar mais. Colocava na estufa, secava. Aí quem cuidava do fogo eram os meus pais, eu nunca cuidei. Aí depois a gente tirava,

colocava no paiol. Ai na hora de desatar o fumo, eu que desatava pra eles ... e ajudava. Aí quando chegava um coleguinha, eu dizia ‘oh pai, deixa nós brincar?’ Ele falava ‘E aí, o fumo? Como é que tá lá, tem fumo pra nós colher?’ Aí ele olhava pra ver se era verdade minha ou não (Cecília, 2018).

As condições de vida relatadas por ela revelam contextos promotores do processo saúde-doença relacionado às dores na coluna e obesidade associado à pobreza e ao trabalho infantil (AGUIRRE, 2006; FERREIRA *et al.*, 2006; TORÚN, 2006; BATISTELLA, 2007; NEVES, 2007; MARIN *et al.*, 2012; GELSLEICHTER; ZUCCO, 2017). Para Cecília, o trabalho precoce na roça foi motivado por fatores socioeconômicos e culturais. O baixo nível de escolaridade e a inserção precarizada de trabalho também apontam para uma realidade identificada na literatura (FERREIRA, *et al.*, 2010). As autoras, ao entrevistar mulheres com obesidade na periferia do Rio de Janeiro, constaram que suas trajetórias de vida foram marcadas por um passado sofrido e pelo trabalho precoce na roça, tal qual descrito por Cecília.

O passado sofrido foi relatado destacando, sobretudo, as violências vividas. Cecília expôs o quanto era conflitivo lidar com as agressões verbais de seu pai. As concessões para “brincar” eram dadas apenas quando o trabalho estava ao contento dele, colocando em dúvida sua “licença” para outras atividades que não fossem o trabalho. Outrossim, o trabalho no cultivo do fumo é qualificado como uma das piores formas de trabalho infantil no Brasil, sendo proibida por dispositivos legais, embora resulte da falta de proteção social e políticas sociais públicas (BRASIL, 1990; MARIN *et al.*, 2012). Certamente, sua família reproduziu intergeracionalmente a desproteção social acentuada pela pobreza; trabalhou ao invés de estudar e não acessou as políticas de educação que tinha direito durante a infância.

A condição de classe era comum a todos/as de sua família, ou seja, trabalhavam para garantir o sustento da casa, entretanto, as condições narradas acerca da vinculação pai e filha, eram desiguais e hierárquicas. Ao considerar a intersecção entre gênero e geração, narrada por ela (CRENSHAW, 2002; AKOTIRENE, 2018), explícita a relação de poder e opressão expressa na violência de adultos contra crianças, problematizada outrora por bell hooks (2018).

As precárias condições da família no meio rural tornou a mão-de-obra infantil um legado do estado de pobreza que viviam (NEVES, 2007). Marin *et al.* (2012) destacam que a incorporação do trabalho infantil na

agricultura brasileira também era um meio de sociabilização das/os filhas/os. Assim, a iniciação laboral era orientada pelos/as próprios/as pais e mães, sendo repetida por gerações. Objetivava, além do trabalho em si, que as/os filhas/os fossem futuros agricultoras/es e /ou “donas/os de casa”, engendrando a trajetória dos pais e mães. O trabalho infantil assumiu caráter fundamental na formação intergeracional dos camponeses e de toda uma dinâmica de relações familiares e de gênero, remetendo à interseccionalidade desses marcadores sociais na realidade apresentada por Cecília (SORJ, 2004; MARIN *et al.*, 2012, p. 767; HENNING, 2015).

A perspectiva de gênero informa as atribuições familiares, ao delegar ao homem a responsabilidade pelo trabalho do campo e administração da renda familiar, e à mulher o trabalho doméstico e da agricultura, caracterizados como voluntários. Cecília, diferente do indicado por Marin *et al.* (2012), assumiu as duas funções: o trabalho na roça seguido do trabalho na casa; seu “serviço não era dentro de casa” como é atualmente na família que constituiu com seu esposo. Quando casou, continuou trabalhando na roça com a família do marido, plantando, principalmente, “mandioca” e auxiliando seu sogro no alambique (produção de cachaça).

Narrou a lembrança de um corpo que se modificou com o passar dos anos, pois o trabalho infantil foi associado como prejudicial a sua capacidade funcional (VASCONCELOS *et al.*, 2006; BATISTELLA, 2007). Após o adoecimento - “dores na coluna”, seus afazeres mudaram drasticamente. O trabalho realizado no roçado passou a ser restrito ao âmbito doméstico. Recebeu auxílio-doença do INSS durante seis anos, “por causa da coluna”, uma vez que realizava as contribuições previdenciárias na condição detrabalhadora rural. Seu benefício, no entanto, foi cessado em 2016. Solicitou novamente, mas foi negado, recorrendo ao “advogado e tudo, mas o médico não foi muito carinhoso. A gente como é pequenina não pode falar, né? Se falar acaba se prejudicando. Tentei de novo, não me deu ... ai desisti de tudo” (Cecília).

Almeida (2011) problematizou essa prática ao estudar os aspectos bioéticos da perícia médica previdenciária, cuja finalidade é avaliar os direitos previdenciários da população. Obteve como resultado que as/os peritas/os entrevistadas/os não se preocupam com os aspectos bioéticos pautados na autonomia, sendo esta cada vez mais valorizada nas relações terapêuticas, e nos princípios éticos da beneficência. Pelo contrário, demonstraram que a preocupação central era aplicar corretamente a legislação. Para Almeida (2011), a posição dos/as peritos/as não significa,

necessariamente, que o princípio de justiça tenha norteado o ato médico legal.

Essa questão evidencia a experiência de Cecília como mulher pobre e do campo (LISBOA, 2003; DAVIS, 2016). A autoridade médica e técnica se sobrepôs à demanda, tanto porque não houve beneficência quanto porque não teve autonomia para questionar a decisão. Não houve espaço, inclusive, para que seu processo de saúde-doença fosse relatado e, nisso, evidenciado questões importantes de sua desproteção social, logo, da noção de saúde ampliada (BRASIL, 1988; BATISTELLA, 2007): histórico de trabalho infantil; evasão escolar; maternidade na adolescência. Esse contexto desvenda a interseccionalidade de classe, território e gênero que oprimia Cecília (CRENSHAW, 2002; LISBOA, 2003). Entretanto, mesmo que tenha sido avaliada apta para exercer atividades laborais pelos/as peritos/as, estes também avaliaram sua inaptidão para o trabalho no roçado. Assim, Cecília buscou alternativas para garantir sua renda mensal, pois o benefício era fundamental para suprir suas necessidades essenciais:

Como eu não posso trabalhar e cortaram o meu salário. Eu arranjei uma coisa pra ajudar o marido. Questão de comprar os meus remédios, essas coisas ... aí eu vendo tapetes. Aqueles de tear pintado, jogo de cozinha, de banheiro, lençol. Faço toalhinha, gosto de bordar. As vezes pego toalha pra bordar o nome. Eu invento de tudo. Faz um ano que eu to vendendo (Cecília, 2018).

Com o dinheiro da venda dos produtos, Cecília contribui com a renda familiar, destacando a compra de medicamentos necessários ao tratamento cirúrgico da obesidade. Aos 29 anos, passou por um tratamento de saúde bastante invasivo: “eu tive um mioma ... aí, eu tive tipo de uma hemorragia, aí o médico decidiu tirar, vai fazer 11 anos agora em janeiro. Ai, eu passei muito mal né. Quase morri com a cirurgia” (Cecília). Contou que se notou “gorda” quando realizou esse procedimento cirúrgico. Acentuou que foi um período de grande impacto em sua vida, pois interferiu no planejamento pessoal e familiar, sobretudo, porque provocou transformações em seu corpo (BORDO, 1997; MEDEIROS; GUARESCHI, 2009):

Foi quando eu tirei tudo que eu engordei. O ovário, o útero, não tenho mais nada! Eu não menstruo, mais nada. Desde os 29 anos. Ai eu engordei, mais

ou menos, uns 30 quilos. Antes eu pesava, eu pesava 56 quilos. Quando eu ganhei a minha menina eu tinha 76 quilos. Aí depois, 70 quilos ... e depois da cirurgia do mioma, fui pra 110 quilos (Cecília, 2018).

Narrou que o aumento de peso esteve associado a vivências do feminino, pois tanto a gravidez quanto a cirurgia de histerectomia implicam em modificações no corpo e na saúde das mulheres (PANTOJA, 2003; BAIÃO; DESLANDES, 2008; MEDEIROS; GUARESCHI, 2009). Segundo ela, no período após sua cirurgia, a rotina alimentar não foi alterada, ou seja, não relacionou o aumento de peso a distúrbios alimentares que podem propiciar o desenvolvimento de doenças metabólicas, como Salete e Luiza (ROCHA; ANDRADE; SILVA, 2018).

Questão de comida, não! Eu acredito que não, porque era o mesmo que eu comia antes ... aquele pouquinho. Eu não sei! Não sei se foi algum tipo de hormônio que eu andei tomando. Depois, o médico andou tirando tudo. Eu não tomo mais hormônio, porque não precisa. Eu não sei explicar!(Cecília, 2018).

Chama atenção que comer um "pouquinho" não significa dispor de uma "alimentação adequada" (BRASIL, 2006b): frutas, legumes, verduras, grãos e tubérculos, por exemplo (BRASIL, 2006b; CLARO *et al.*, 2007; BETONI; ZANARDO; CENI, 2010). A entrevistada apresentou conflitos em relação à narrativa sobre às práticas alimentares da família. É possível notar que sua narrativa contemplava o discurso nutricional ao relatar o que deveria comer e, posteriormente, os conflitos redundantes em não conseguir estabelecer uma rotina alimentar pautada em tais recomendações (KRAEMER *et. al.*, 2014). Mencionou, ainda, uma incompreensão do seu processo de “ganho de peso”, por mais que o associe às implicações do tratamento cirúrgico de histerectomia. Nesse sentido, demonstrou dificuldade em precisar sua história da obesidade, apesar de identificar importantes aspectos do processo saúde-doença (BATISTELLA, 2007).

Avaliou que a obesidade foi motivada por questões que a deixavam ansiosa: a cirurgia de urgência; o planejamento de ter três filhos interrompido após a histerectomia; o falecimento do sogro, encarado como um pai por ela. Assim como evidenciado por Pantoja (2003), a

valorização social da maternidade contribuiu para que o casal planejasse uma família com três filhas/os, gerando frustração diante da impossibilidade. Pontuou: “de certo tudo mexeu, né? Tudo aquilo acontecendo junto. A gente não tinha um psicólogo, nada pra botar a nossa cabeça no lugar né? Na hora a gente não pensa, né. Só depois que cai a ficha” (Cecília).

Para Cecília, as situações inesperadas repercutiram no seu estado de saúde e os momentos de maior fragilidade requeriam cuidados em saúde mental, que não teve acesso. Implicitamente, sugeriu que a obesidade é uma repercussão de múltiplos (in)acessos aos direitos sociais, notoriamente os direitos em saúde, face à condição de pobreza (GELSLEICHTER; ZUCCO, 2017). Em relação às tentativas anteriores de emagrecimento, alegou:

Fiz de tudo! Só que eu não consegui, né. Fiz dieta, passei pela nutricionista, lá do postinho. Ai consegui emagrecer um pouquinho, aí depois eu não conseguia mais. Acabava abandonando, não ia mais ... aí eu acabei tomando aquele remédio, “sibutramina”. Eu tomei, mas comecei a sentir cansaíra, falta de ar ... De dieta eu comia mais salada, eu comia um pouquinho de arroz. Feijãozinho, bife. Fazia bastante peixe ... saladinha. De manhã, eu tomava café, um pãozinho. As vezes, eu não comia um pão ... era dois. Às vezes, não era uma dieta bem rigorosa ... era meio desreguladinha. Ai as dez horas eu comia uma fruta ou uma bolacha de água e sal. Até que me enjoou. Aí depois eu almoçava. Mas na hora que eu preparava, as vezes, eu dava uma beliscadinha. Eu sabia que eu tava errada, mas não adiantava, dava vontade de comer. Ai a tarde, as vezes, eu fazia uma pipoquinha e comia. Mais tarde eu comia uma fruta ... aí de noite, a gente jantava ... ai mais tarde fazia uma pipoquinha, sentava no sofá ... olhava um filme (Cecília, 2018).

Nesse momento, seu esposo laborava na função de pedreiro, logo, ela entendia que o almoço era uma refeição fundamental para que ele dispusesse de energia para o trabalho, sendo esta sua responsabilidade. A centralidade da mulher nos arranjos familiares revela circunstâncias de maior comprometimento com as atividades da casa, incluindo, principalmente, a compra, manejo e oferta das refeições de seus membros,

ou seja, são as principais responsáveis pela administração das refeições familiares (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005). Segundo suas palavras: “meio dia é mais caprichado, porque como ele trabalha de pedreiro, serviço muito pesado ... eu entendo que ele precisa de uma alimentação mais forte, né?!” (Cecília). Ao ser questionada sobre o que significava uma comida “mais forte”, ela respondeu:

Eu faço mais ... algo mais ensopado. Ele não gosta se eu não boto muito óleo. Se eu faço sem óleo, ele reclama. Ele diz: ‘ah mulher, essa carne não tem gosto’, mesmo se eu tempero tudo certinho. Ele reclama: “ah não tem gosto, não dá, isso aí pra mim é muito fraco”. Eu não sei se é o psicológico, ou ... uma coisa que ele gosta, é que eu coloque azeite no arroz, mas muitas vezes eu também não coloco. Eu coloco temperinho, tudo natural. A minha sogra diz: ‘porque tu não coloca colorau na carne?’ Eu prefiro usar tudo natural. Eu gosto de usar cebolinha ... salsinha, alho (Cecília, 2018).

Tal qual o esposo, seu filho Augusto solicitava que ela preparasse certas refeições em detrimento de outras, justificada pelo trabalho exercido como ajudante de motorista:

O meu filho quando chega de viagem, ele diz assim: ‘ah mãe! Porque não faz uma coisa melhor? Não faz uma maionese ... assa um pedacinho de carne!?! Aí quando tiver uma carne mais molinha, um salaminho ... eu coloco no forminho’. Aí, eu asso pra fazer a vontade do filho ... aí, eu faço a maionese. Eu tenho uma comadre que me ensinou a botar menos óleo ... e conforme for mexendo, vai colocando um pouco de água ... não dá diferença nenhuma. A gente faz a vontade do filho, também. Chegando em casa, ele pede pra mãe fazer alguma coisa, a mãe bem boba faz! (risos) (Cecília, 2018).

Sua dedicação no preparo das refeições foi invisibilizada como um trabalho doméstico, denominado como amor de mãe: “a mãe bem boba faz” as vontades do filho e do marido. Ao expressar seu afeto por eles, explicita o que se espera das mulheres/mães: satisfação das necessidades dos homens da casa numa relação de submissão e exploração (BIROLI, 2018). Aponta um investimento no cuidado dos familiares, levando,

muitas vezes, à privação de suas próprias necessidades e possibilidades e, por conseguinte, à reprodução do lugar de esposa e mãe, constantemente demandada a servir sua família (MISKOLCI, 2006; FRANZONI, 2008; BIROLI, 2014). Seu relato é atravessado por uma opressão de gênero, não sendo assim nomeada (CRENSHAW, 2002; PEDRO, 2005).

Ademais, recuperou o trabalho do marido e filho ao tipo de alimentação necessário aos homens, sendo esta rica em gordura e carboidratos (MONTEIRO; CASTRO, 2009) e, paradoxalmente, explicitou uma distribuição diferenciada do alimento entre os familiares. Durante a entrevista, não citou as preferências alimentares da filha, pelo contrário, afirmou: “é bem gordinha” e, por isso, a acompanha quando prepara uma refeição à parte. Evidenciou, ainda, que para não se indispor com os familiares, abriu mão de uma alimentação recomendada, secundarizando seus cuidados em saúde, visto que se desestimulava a preparar uma comida separadamente para si e sua filha.

Chama atenção que o argumento ancorado na “mãe bem boba faz” não se estende à filha, sendo qualificada de “gordinha”, enquanto seu esposo e filho são “encorpados” e “grandes”. Reafirma a naturalização das distinções de gênero, agora, em relação ao tipo de alimentação destinada aos homens e às mulheres da casa, e revela que a restrição alimentar e o cuidado com o próprio peso é uma demanda imposta às mulheres, logo, articulada ao gênero e à gordofobia (GOLDENBERG, 2011; RIBEIRO, 2016).

Contou que há cinco anos atrás internou no HU/UFSC para realizar a cirurgia bariátrica, mas que desistiu, principalmente porque seus familiares lhe solicitaram. Segundo ela, tinha sido encaminhada por uma “doutora em oncologia”, que consultou no setor privado de saúde e a encaminhou via SUS para o HU/UFSC. A solicitação do encaminhamento foi feita na UBS e tinha aguardado um ano para iniciar o tratamento da obesidade.

Aquela vez foi muita pressão. ... fui falar pra família, fui bem contente ... aí, começou um dizer ‘não vai’, o outro ‘não vai’, ‘não vai, tu vai morrer’... ai, a minha menina me ligava chorando: ‘mãe, a mãe vai voltar igual o Vô?’ ... o meu sogro veio pra cá, no [Hospital] Celso Ramos e voltou morto (mas ele era questão de doença, câncer do brabo). Aí, aquilo me apavorava, né ... ai eu fui acabando desistindo. Eu fiquei dez dias aqui internada. Depois que eu desisti, eu fiquei mais 4 dias. ... o marido apoiava mas tinha medo. Ele

dizia: ‘ah mulher, tu tem certeza?’. Mas porquê? Os outros que enchiam a cabeça dela (filha). Ela tinha nove ano. E a gente pelos filhos faz tudo, né? Ai acabei deixando pra ficar com eles. A questão é que em três anos me ameaçou a dar infarto, eu tive quase morte (Cecília, 2018).

O tensionamento a sua relativa autonomia sobre as intervenções em seu corpo (BORDO, 1997; GOLDENBERG, 2007; WOLF, 2018) foi promovido por seus familiares, levando-a a abrir mão de sua escolha. Após a desistência, continuou sendo acompanhada clinicamente pela equipe multiprofissional do HU/UFSC e foi apoiada pelos cirurgiões do aparelho digestivo a retornar à alta complexidade quando se sentisse segura. Recentemente, solicitou ao endocrinologista retomar o tratamento cirúrgico da obesidade e, devido sua experiência anterior, só informou aos familiares quando foi inserida na Lista de Espera, para garantir sua escolha pela terapêutica.

Cecília relatou aspectos que remetem à vivência de opressões gordofóbicas (RIBEIRO, 2016; RANGEL, 2017), como: dificuldades em olhar fotografias e no espelho, reprovando a própria imagem corporal (RANGEL, 2017):

Eu nem olho muito no espelho. Eu não gosto. Até foto eu não gosto de bater ... quando eu bato alguma foto, eu tento sempre me esconder mais, a questão da minha barriga. Ela sempre sai primeiro na minha frente. É o que mais me incomoda. Ela sempre sai na frente! (risos). Ou parece que eu to grávida ... Até na roupa, se a gente bota, primeiro é a barriga que fica aparecendo, né. Parece que a gente tá sempre grávida, né. Mas não tá, né (Cecília, 2018).

Neste sentido, Ribeiro (2016) foi enfática em considerar a importância de desconstruir a gordofobia que se vive em relação a si mesma e não apenas o preconceito alheio. Em se tratando do preconceito direcionado por outras pessoas, Cecília afirma que quando sai às ruas têm “a impressão que ficam olhando ou ficam falando pelas costas” (Cecília). A sensação de vigilância constante (RANGEL, 2017) também foi relatada por Luiza. Ademais, a discriminação gordofóbica se estendia à sua família, atingindo não só a ela, mas as pessoas mais próximas também. Relatou que sua filha confirmou que “falavam dela pelas costas”: “a

minha menina que escutou, que não sabem como o meu marido gosta tanto de mim, se sou tão gorda e barriguda” (Cecília). Ao saber do comentário pela filha, disse que chorou muito “em escondido”, assim como “desabafou” com o esposo, que a acolheu dizendo que se tratava de “inveja”.

A gordofobia repercute, principalmente, na vida das meninas e mulheres, inclusive porque a pressão estética corrobora com a desvalorização dos seus corpos e com a percepção de inadequação (ARRAES, 2017; WOLF, 2018). A ideia expressa no preconceito direcionado a ela - “mulheres gordas não podem ser amadas ou terem um relacionamento conjugal” - é equivocada e de cunho gordofóbico. Mesmo que o corpo magro seja norma (CANGUILHEM, 2011; SANT'ANNA, 2016), não é a circunferência corporal que estabelece vínculos afetivos entre as pessoas, tampouco, relações amorosas e sexuais.

Figueiroa (2014) assevera que há um nicho do mercado pornográfico que trabalha exclusivamente com mulheres gordas. Para a autora, ao passo que transgridem, elas reproduzem as normas sociais, pois colocam em questão o “desejo” pelo corpo gordo/obeso, visto como “desviante”. Nos vídeos pornográficos, a gordura projetada é, sobretudo, a da barriga, demonstrando que há um público que acessa especificamente este tipo de conteúdo erótico: os “*fat admirers*” (FA’s). A posição marginal que ocupam os corpos dissonantes na economia erótica contemporânea é contraditória à existência e projeção da pornografia gorda (FIGUEIROA, 2014). A problematização apresentada pela autora permite afirmar que o corpo gordo/obeso é “desejado”, mesmo sendo projetado como “anomalia”.

Por fim, Cecília apontou que possui limitações físicas que interferem na sua rotina diária. A participante narrou, principalmente, o quanto as “dores na coluna” repercutem na sua saúde e que a busca pelo emagrecimento se associa fortemente à diminuição do peso corporal, logo, das comorbidades associadas à obesidade (CONDE; MONTEIRO, 2006; HIMES, 2006). Apresentou, ainda, que o emagrecimento corroboraria para aumentar sua autoestima:

Não uso um salto porque dói muito a coluna. Se abaixar ... a minha barriga tem bastante gordura, às vezes, da falta de ar, né. Sufoca! Até no caminhar, em subir um morrinho, me dá falta de ar. Parece que o coração quer sair pela boca. Fazer caminhada ... eu não consigo, porque me dói muito a coluna e as minhas pernas. É horrível a minha dor! O

médico disse que eu tenho que caminhar. Eu dizia pra ele: “não consigo, já tentei de tudo quanto é jeito”. Já fiz hidroginástica. Fiz uns 4 meses. Mesmo dentro da água, eu sentia o impacto nas minhas pernas. A minha coluna dói demais. Isso que a professora era muito legal. Eu não fazia todos exercícios que os outros faziam. Quando eles faziam os exercícios mais pesados, ela me mandava caminhar, quando a água chegava em cima, parecia que eu ia boiar. Eu tinha muito medo!(Cecília, 2018).

As repercussões corporais da obesidade, bem como as dores vividas por Cecília a impossibilitam de exercer as atividades da vida diária, como se abaixar, caminhar e realizar atividades físicas. Tais limitações são igualmente constatadas pelos estudos de Vasconcelos (2006) e Torún (2006). Soma-se a isso, o conflito relacionado aos padrões de beleza e que incidem sobre as mulheres, como o uso do salto alto, acessório eminentemente feminino e enfatizado pelo mercado da moda e da beleza como um artigo indispensável à estética da Supermulher (ZUCCO, 2007; GOLDENBERG, 2007; WOLF, 2018).

Cardoso e Couto (2007) consideram que a moda pode significar um peso simbólico para as mulheres gordas e as com obesidade, visto que são constantemente desafiadas a vestirem os acessórios ditados pela moda. Mel Rocha (2016) criou um *post* na internet com dicas e sugestões de sapatos para mulheres gordinhas, porque, segundo ela, nem todos os formatos são confortáveis para o pé gordo. Além do mais, o sapato de salto não é necessariamente funcional e nem está disponível para todas as modelagens, sendo recorrente a confecção de sapatos personalizados.

Ademais, diante do conjunto de restrições, Cecília criou outras estratégias para tratar a saúde, embora a cirurgia bariátrica tenha sido o procedimento orientado no HU/UFSC para que melhorasse sua qualidade de vida, principalmente, do ponto de vista clínico. Em sua narrativa, é emblemático destacar as opressões interseccionais (HENNING, 2015; AKOTIRENE, 2018) de geração, classe e gênero que potencializaram a opressão gordofóbica (RANGEL, 2017). Nota-se que o trabalho precoce no roçado e a sobrecarga laboral durante a infância (NEVES, 2007; MARIN *et. al.*, 2012) demarcaram seu processo de saúde-doença (ANTUNES; PRAUN, 2015), repercutindo como violações aos seus direitos fundamentais.

5.4 MARIA

A entrevista com Maria ocorreu nas mediações do Centro de Endoscopia do HU/UFSC e durou aproximadamente uma hora e dez minutos. Aconteceu na sala da equipe de Enfermagem, antes de realizar o exame endoscópico. Maria tem 58 anos, considera-se parda e é natural do Rio Grande do Sul. Veio para Santa Catarina quando tinha 19 anos, com a família, em busca de melhores oportunidades de vida. Possui cinco irmãs e dois irmãos. Tem uma filha, Carla, do seu primeiro casamento e um filho, André, com o atual companheiro. Atualmente, reside junto com seu filho e com o companheiro Otávio, com quem convive em união estável há 24 anos.

Maria situou que a violência conjugal, no primeiro casamento, marcou sua vida. Sua resistência e obstinação para romper com o relacionamento abusivo foram questões narradas por ela com muito sofrimento, durante a entrevista. Demonstrou, deste modo, a ausência e o atraso de uma dimensão estrutural ao enfrentamento da realidade relatada, qual seja: uma política efetiva voltada à superação da violência de gênero no Brasil (BRASIL, 2006). Devido a essa desproteção, teve que "engolir" o insuportável da relação abusiva, ao mesmo tempo que estabeleceu estratégias individuais para enfrentar a violência em um contexto de "subalternidade" (BRASIL, 2006a; PEDROSA; SPINK, 2011; HOOKS, 2018):

Eu passei o pão que o diabo amassou no primeiro casamento. Ah, ele aprontava! Não parava em trabalho nenhum, bebia ... eu queria separar e ele não deixava ... eu saí assim, bem desorientada do primeiro casamento. Muito desorientada. Muito fragilizada. Ele assim, ele acabou comigo ... eu não sei como é que eu tive forças pra me desvencilhar totalmente dele. Eu me separava e a família fazia voltar. Ele chorava nos ouvidos deles, eles acreditavam ... Ele ia me matar e a minha filha tava do meu lado ... Ele me fez caminhar umas quatro horas pela praia, me xingando, me dizendo, debochando. Ele tinha prometido pra minha família que ia mudar. Ele falava assim, 'tás achando que eu vou mudar?' Quem tu pensa que tu és? Sua pobre. Que que tu pensa? Tu és uma merda. E não sei o que, não sei o que. Se alterando e eu numa praia deserta, uma criança chorando, cansada, com fome

e ele dizendo o que queria e o que não queria. E eu não tinha dinheiro da passagem pra ir embora e era longe. Eu tive que engolir aquilo tudo. Eu olhava pro mar e dizia ‘Meu Deus, a minha salvação é o mar!’, porque eu vou começar a andar, andar, andar ... daí me afogo e pronto. Acaba o sofrimento. Eu achava que eu não ia conseguir me livrar dele. Eu cheguei em casa, eu disse: não! Eu vou engolir isso tudo, meu Deus!? Daí ele me levou até em casa ... fui no quarto e disse: ‘ô mãe, é o seguinte, eu vou me separar’ e ela falou: ‘ai minha filha, mas vocês recém voltaram, tá tudo bem’ e eu falei: ‘não mãe, eu vou abrir o jogo com a sra.’. Eu falei tudo que aconteceu e ela disse: ‘meu Deus, então ele é louco’ ... a sra. me diz agora mãe, eu não vou esperar um minuto a mais, a sra.me aceita dentro de casa com a minha filha ou não?. Eu ia sair ... eu já imaginava pegar a minha filha pela mão, colocar umas roupas, ela tinha uns quatro/cinco anos, e ir embora ia pegar a BR, eu ia pegando carona até um lugar que alguém pudesse me ajudar, trabalhar de doméstica, alguma coisa, eu ia pegar só os meus documentos, nem ia dar baixa na loja, nem nada, e ia embora. Ai a mãe disse: ‘não Maria!’ Eu interrompi, ‘não mãe, pensa bem, a sra.vai aceitar uma filha - que naquela época tinha isso - uma filha separada dentro de casa? Se vocês me aceitarem, tudo bem, senão vocês já me dizem agora, que eu vou desaparecer’. Só assim pra eu me livrar dele, eu não vou conseguir me livrar dele nunca. Depois que o tempo passa, tu vêes que tu era abusada ... porque eu transava sem querer. Ele não me deixava dormir, ele ficava a noite toda tentando transar e a noite toda eu dizendo que não. Chegava de manhã, quando eu ia pro serviço, meus olhos ardiavam assim ... parece que tinha pimenta, eu não aguentava, tinha nojo dele, então, tu imagina sair de um casamento assim?! Não é fácil (Maria, 2018).

Desde a década de 1970, no Brasil, a violência conjugal e familiar foi debatida e denunciada pelos movimentos feministas. As feministas evidenciaram que essas violências perpassam todas as classes sociais e não se tratam de problemas particulares e privados (NICHNIG, 2016). A violência doméstica foi "naturalizada", por muito tempo, como parte

constitutiva do convívio conjugal de homens e mulheres. A possibilidade de haver estupro no casamento era ilógica até recentemente, em virtude de o corpo feminino “pertencer” ao marido, com consentimento do pai após o casamento (BIROLI, 2014).

No País, as lutas feministas tiveram como principal conquista a aprovação da Lei nº 11.340, em 2006, denominada Lei Maria da Penha, que tipifica a violência doméstica contra a mulher e cria mecanismos para combatê-la. Os desafios no combate à violência são muitos e se fundamentam na “construção institucional das normas e das políticas, mas também à tolerância a formas cotidianas da dominação masculina, que podem ser situadas no âmbito dos costumes” (BIROLI, 2014, p. 43). É possível inferir que, durante seu primeiro casamento, Maria não esteve amparada legalmente pela Lei nº 11.340, tampouco pode acionar qualquer rede de proteção às mulheres em situação de violação de direitos. Para enfrentar as situações de abuso e violências, valeu-se somente de seus recursos próprios (subjettivos e objetivos) e do apoio de sua família.

Maria atribuiu às dinâmicas construídas nos seus relacionamentos o processo de obesidade. No primeiro casamento, disse que não notava um ganho de peso expressivo, porque, segundo ela, “quase passavam fome” (MONTEIRO, 2003). No entanto, começou a “comer mais” após casar, informando que as atividades de entretenimento eram exclusivamente voltadas à comida. Tal como Salete, Maria enfatizou que as “pressões” vivenciadas propiciaram o processo de saúde-doença (BATISTELLA, 2007), ou seja, em suas palavras: “a obesidade foi um reflexo de tudo que eu passei e essa pressão” (Maria). Seus hábitos alimentares mudaram significativamente da época que era solteira para quando casou pela primeira vez:

Ele era um cara novo, alto, um metro e oitenta, seco! Comia super bem, tá? Imagina, vinte e um anos?! Comia horrores, aí tu começa a comer mais, começa a fazer janta porque antes eu não jantava, chegava em casa, comia um pão e ia pra cama. Aí começou a fazer arroz, aí feijão, e é macarronada, e é churrasco, e é isso ... tá entendendo? Aí começa a comer ... aí sempre sem dinheiro ... batalhando pra construir. Tu não tem dinheiro pra sair, nem nada. Aí o que que faz? Bota na comida. E sempre os serviços que eu peguei, sempre o serviço agitado, serviço sempre ansioso, né? Foi aí, ansiedade (Maria, 2018).

Segundo Maria, as mudanças foram motivadas, em grande parte, pelas necessidades alimentares do ex-marido, que assumiu centralidade na relação conjugal, assim como relatado por Cecília, embora com particularidades. Revelou que o acesso a um certo tipo de “comida” podia ser adquirido com mais facilidade que outro, figurando a “comida” como um meio rápido e econômico de se obter “prazer” (FISCHELER, 2007). As condições de vida (NEVES, 2007), em meio à desproteção social, trabalho precarizado, bem como a escassez de atividades de lazer, cultura e arte, propiciavam que as refeições em família fossem o evento central em sua vida (ANTUNES; PRAUN, 2015; SORJ, 2016)

Outrossim, a “ansiedade”, intensificada pelas violações sofridas, foi destacada como propulsora da história de obesidade (BRASIL, 2006a; NARVAZ; OLIVEIRA, 2007). Com o término do primeiro casamento, recuperou o peso que considerava o seu habitual. Durante o período que permaneceu separada, intensificou os cuidados estéticos, mantendo-se “vaidosa”. Maria vinculou tal cuidado a sua situação afetiva, ou seja, os cuidados consigo aumentavam quando estava solteira e diminuam quando estava em uma relação conjugal.

A narrativa de Maria explicita a reprodução das exigências ainda impostas às mulheres, qual seja: às solteiras, lhes é cobrado a manutenção de uma estética para se manterem no “mercado matrimonial”; às casadas, as atribuições e responsabilidades são destinadas ao cuidado dos membros familiares, secundarizando, muitas vezes, os cuidados consigo (BIROLI, 2014). Nesse sentido, delega aos casamentos as condições propícias para o aumento do peso, assumindo diferentes contornos no segundo relacionamento:

Quando eu me casei com o segundo, é que eu parei com tudo. Aí parei de sair, parei, sabe? Aquele agito de trabalhar e estudar, aquela correria?! Eu parei. Aí ficava em casa. Aí chegava em casa, era pão de casa, era bolo, era cuca, era sobremesa, sabe? E aí tu dá aquela relaxada. E é onde eu engordei mais com esse. Mas sempre trabalhando muito também, né ... Foi um acúmulo de toda a minha vida com certeza. Era muito pobre quando criança. Sentia, muita coisa que tinha vontade de comer e não podia. Aí de repente, eu caso com uma pessoa que a pessoa traz comida todo dia, todo dia, todo dia ... tu se atraca, né? (Maria, 2018).

Sua fala remete às ausências e possibilidades que marcaram sua vida e a relação com a obesidade. Se a reorganização familiar proporcionou acessos, também estabeleceu limites, além de não alterar a dinâmica estabelecida com a alimentação, pelo contrário, a acentuou e agregou novos sentidos. Logo, a comida foi valorizada e, de certo modo, encarada como "conquista", por: ter promovido sociabilização e encontro da família, uma vez que "trazer" e compartilhar determinados alimentos podem denotar "carinho" ou simbolizar um "presenteamento" (NASCIMENTO, 2007); dispor de alimentos até aquele momento inacessíveis; ocupar o espaço das atividades que deixou de realizar ao casar (ROCHA; ANDRADE; SILVA, 2018).

Além de trazer "comida para casa", seu marido "comandava a cozinha", sendo que ela apreciava demasiadamente as "batatas douradas", "feijoadas" e "carnes de panela" que ele, por costume, preparava:

Eu comia muita besteira ... eu terminava de comer, eu comia ... Eu comprava chocolate, eu comprava salgadinho pra tarde, eu comprava suspiro, que eu amo! Eu comia um saco sozinha de suspiro. Eu ia de manhã trabalhar, eu passava na padaria, comprava um suco, comprava uma Coca-Cola, comprava pão-de-queijo, comprava sonho, entendeu? De tarde, eu comia, chegava em casa a noite, eu comia pão, fritava ovo, sempre gostei muito de ovo - dá até água na boca! comia ... aí sobrava alguma coisa do meio-dia, eu esquentava no micro-ondas, comia ... aí o meu marido, depois que terminava o serviço, ele levantava e fazia alguma comida, aí eu sentia o cheirinho e ia lá e comia de novo. Eu não tinha limite. E, eu tinha vontade de comer cada vez mais, e quanto mais eu me sentia melindrada, daí mesmo, aí batia aquela angústia, daí mesmo que eu comia, entendeu? (Maria, 2018).

A "comida" em grande quantidade estava incorporada ao seu cotidiano e a vontade de comer "cada vez mais" era potencializada pelos momentos de angústia, relatados igualmente por Salete, Luiza e Cecília. Estabeleceu com o alimento uma relação de amor e ódio, gerando, simultaneamente, contentamento e repulsa: "teve horas na minha vida que se eu pudesse botar a mão lá dentro, arrancar o meu estômago e jogar fora ..." (Maria). Em um certo sentido, o tratamento cirúrgico da obesidade se

aproxima dessa narrativa, literalmente, por seu caráter invasivo e de redução do estômago.

Além dos aspectos mencionados, Maria reforçou o quanto a sobrecarga laboral ao longo da vida influenciou no seu processo de obesidade (BATISTELLA, 2007; ANTUNES; PRAUN, 2015). Começou a trabalhar ao completar 16 anos, a princípio, em um supermercado com jornadas extenuantes: “até quatorze horas”. É formada em técnico de administração de empresas e trabalhou “muito em lojas” e “na indústria”. Atualmente, é comerciária em uma loja de materiais de construção. Associou o fato de trabalhar por longas horas ao sentimento de responsabilidade que sempre nutriu, pois “queria dar conta de tudo” e nunca quis ser “dependente”:

Eu trabalhava muito, já tive estafa física e mental de tanto trabalhar. Ah, muita ansiedade, também. E eu trabalhei com uma pessoa que me exigia demais. Me exigia demais, demais, demais, demais, eu extrapolei, assim, tudo de uma pessoa trabalhar. Então aquilo ali, mudou o meu organismo. Sabe como é que eu comia? Eu comia assim: no horário do meio-dia, e daí os telefones não tocavam, né? Aí eu ia pagar os boletos no banco. Aí eu comia ali, comia na frente do computador! Imagina ... E depois fui trabalhar ali na loja e eu trabalhava debaixo dos olhos da dona ... Ela é uma pessoa difícil de conviver ... Eu fiquei 4 anos lidando com ela. Porque assim, se ela ia demitir um funcionário, primeiro, ela fazia toda uma declamação, falava, falava, falava ... eu chegava a me tremer toda. Poxa, mas eu absorvia tudo aquilo! Eu absorvia tudo aquilo! Tanto que eu saí de lá e agora quem tá assim é ela. Eu quero dar um tempo pra mim. Eu preciso assim me coordenar, eu quero fazer a cirurgia. E depois quando acabar ... eu vou lá e vou pedir demissão. Entendeu? Eu vou pedir demissão. Mas eu preciso desse tempo. Eu preciso respirar. Porque se de repente, se eu me sentir bem leve, sem problema nenhum(Maria, 2018).

Maria descreveu um processo de exaustão oriundo do trabalho, ademais, referiu que havia pouco tempo para as refeições e essas eram feitas durante o expediente. O intervalo para alimentação é um direito da/o trabalhadora/o previsto na Lei nº 13.467/2017. Esse contexto se

intensificou durante o ingresso no HU/UFSC, o que a levou a cogitar a demissão para sentir-se “leve” e aderir às recomendações demandadas pelo tratamento cirúrgico da obesidade. Sua história, por vezes, apresenta similaridades com a de Salete, como a dificuldade para usufruir do momento de descanso e refeição, e a associação entre sobrecarga de trabalho e compensação alimentar.

Antes de realizar o tratamento no HU/UFSC, recorreu a diferentes estratégias para diminuir seu peso corporal. As tentativas de emagrecimento foram compostas por dietas e medicações:

Aiiiiiiiiiii, para! Tudo que foi, tudo que teve de dieta eu já fiz na vida! Tudo! Aquela do abacaxi, comer, comer, comer abacaxi, meu Deus do céu!... a da sopa, fiz a dieta da sopa... meu Deus do céu... aiiii... mas não adianta! A cabeça de gordo pensa gordo. Remédio pra emagrecer?! Tomei muito remédio pra emagrecer, por conta própria. Isso aí a gente compra, uma amiga indica, manda encomendar, pega, paga, toma, aí emagrece ... ai que maravilha! Emagrece três, quatro, cinco quilos! ‘Ai que linda que eu tô!’ Aí ‘tchunn’, parou e engordou dez quilos. Remédio pra emagrecer é a pior coisa que a mulher pode fazer pra si ... Se ela não tiver centrada, se ela não tiver um médico, um acompanhamento. A gente fazia ‘tuuuuudo’ sem acompanhamento (Maria, 2018).

Melo e Oliveira (2010) analisam os motivos que levam mulheres adultas a utilizarem medicamentos inibidores do apetite. As autoras afirmam que o corpo da mulher é lócus da produção e reprodução dos "papéis" sociais de gênero. A publicidade e as redes sociais contribuem para que se vincule aparência física e estilos de vida, ou seja, a noção de que a pessoa gorda é infeliz enquanto a pessoa magra é feliz, sendo o corpo magro capaz de mediar tais estados (infelicidade para felicidade). Para as autoras (MELO; OLIVEIRA, 2010), o consumo de tais medicamentos é uma falsa via para um conjunto de finalidades: beleza; saúde; bem-estar físico; emocional.

No Brasil, os anorexígenos ou anoréticos são drogas de alto consumo para o tratamento da obesidade e seu uso está relacionado aos interesses da indústria farmacêutica, que obtém os lucros financeiros com a comercialização desses produtos (MELO; OLIVEIRA, 2010). O acesso aos anorexígenos ocorre, principalmente, por meio de receita médica,

contudo, também é possível encontrar por outras vias, tal qual descreveu Maria. As mulheres são as que mais consomem os psicotrópicos, cerca de 88%.

Cabe destacar que a comercialização e o consumo de tais medicações tendem a encobrir as condições de vida das mulheres, recaindo sobre os corpos femininos estratégias específicas e individuais para o emagrecimento (CARNEIRO; GUERRA JUNIOR; ACÚRCIO, 2008; MELO; OLIVEIRA, 2011). Segundo Maria, começou a emagrecer somente quando mudou seus hábitos alimentares, após iniciar o acompanhamento com o Serviço de Cirurgia Bariátrica do HU/UFSC, o que indica a relevância do atendimento prestado pela equipe multiprofissional no pré-cirúrgico.

Refletiu, ainda, sobre as dificuldades vinculadas ao "peso" e o quanto as limitações físicas eram um impeditivo para realizar as atividades da vida diária. Relatou que evitava deslocar-se na cidade, porque "não conseguia mais caminhar"; "chegava em casa moída, arrastando o pé, calcanhar, joelho coluna, tudo!" (Maria). Sentia fortes dores físicas que limitavam sua mobilidade, além do mais:

Eu tenho bexiga baixa. Eu tinha problema urinário, eu vivia sempre urinando. Então, assim, eu saía da cama e já ia pingando "xixi" até o banheiro. Sempre usando absorvente. Sempre assada, sempre com pomada. Eu tinha que levar calcinha, eu tinha que levar calça de malha pro trabalho. Porque eu tinha que trocar na loja, porque eu me urinava toda. Entendeu? E eu não tinha mais pique para nada. Eu sentava no sofá, alguém tinha que me puxar! Porque eu não conseguia ... eu comecei assim, a me atrofiar, parece... eu saía pra trabalhar e três casas depois ... (som de cansaço), eu tava assim e eu chegava no serviço ... me sentava, tava trabalhando no escritório, olha! Quando levantava ... eu pensava dez vezes antes de me levantar, porque assim, não é fácil, sabe? Não era preguiça! Meu Deus do céu, era um cansaço! Eu ia no banheiro e voltava cansada. Quando eu ia lavar uma louça, eu puxava um banquinho e sentava num banquinho. Eu tava com cento e vinte quilos, há não é duzentos quilos ou cento e oitenta ... mas eu sentia como se tivesse duzentos (Maria, 2018).

Seu cansaço era potencializado pelas noites mal dormidas: “tinha apneia, roncava muito, meu marido reclamava demais que eu roncava. Eu tinha apneias fortíssimas. Eu acordava cansada. Dormia fracionado, sabe?” (Maria). Diferentemente das comorbidades enunciadas por Salete, Luiza e Cecília, “os problemas urinários” de Maria demandavam cuidados diários e específicos, comprometendo sua disposição para trabalhar. Enfatizou que estava perdendo sua autonomia e mobilidade para sentar, andar, lavar a louça, ir ao banheiro. As dores caracterizavam um corpo que não acompanhava os planos e intenções que Maria projetava para si:

Porque eu já perdi bastante peso, né!?. Perdi bastante. E isso me ajudou bastante. E eu quero perder mais. Eu quero que o meu corpo acompanhe a minha cabeça. Porque assim ó, eu não envelheci. Eu vejo as pessoa pegam umas manias. Eu não tenho manias. Eu sou bem descolada, assim, sabe? Então, o que acontece?! O meu corpo, a minha saúde, não tá acompanhando a minha cabeça (Maria, 2018).

Além do mais, mesmo que tenha emagrecido vinte quilos durante o acompanhamento no HU/UFSC e reduzido as comorbidades associadas à obesidade, relatou insatisfações estéticas com seu corpo. Durante a entrevista mostrou para a pesquisadora que possuía “duas barrigas”, sobre isso, afirmou: “eu tenho essa barriga e eu tenho uma aqui em cima da vulva. Horrível! Tu imagina uma barriga em cima de outra: eu tenho essa da “xeca” e essa aqui caída por cima, barriga de avental!” (Maria) Contou com bastante sofrimento que sua “barriga” a impedia de ver sua “vulva/vagina”. Informou o quanto esse contexto interferia, inclusive, no exercício da sexualidade:

Pra ter uma ideia, eu não vejo a minha vagina ... Ah, outra coisa que eu vou falar. A parte sexual. Eu não sentia mais a minha vagina. Mesmo, tomava banho tudo ... passava a mão. É como se fosse passando a mão, assim, num braço. Eu não sentia mais sensações. Acredita nisso? Por exemplo, assim, agora tu põe a mão e tu sente, mesmo sendo você. E eu não sentia mais. E quando eu comecei a perder peso, eu voltei a sentir. O meu lado sexual aflorou. Até isso eu tinha apagado, olha que loucura. E eu sempre fui uma mulher que sempre

gostei de sexo, muito ativa ... até isso afetou. Que coisa triste, né? Não tinha mais o prazer de botar a mão. E hoje em dia se eu vejo um filme, alguma coisa, eu sinto ... e antes não. Antes eu podia ver um homem mais lindo do mundo, e nada ... era a mesma coisa (Maria, 2018).

Segundo Ribeiro (2008), os fatores psicológicos não são os únicos que determinam o desempenho sexual de “má qualidade”, tampouco a “saúde sexual” se restringe a uma questão estética em mulheres com obesidade. A autora pontua que, de modo geral, quem está muito acima do peso tem dificuldades de se relacionar sexualmente por se sentir indesejável e, se for sexualmente indesejável, não precisará se deparar com questões sexuais. Logo, esta seria uma forma de lidar com a própria sexualidade, não se sentir ou não se colocar como desejável. Entretanto, é evidente que a participante demonstrou preocupação, indicando que assim como a “vulva/vagina” estava “ausente”, o prazer decorrente do sexo também. Claramente estabelece uma relação estreita entre exercício da sexualidade e obesidade, pois, segundo ela, após emagrecer, recuperou sua “rotina” sexual.

Maria evidenciou que a obesidade gerou um desencontro consigo mesma e que restringiu sua autonomia como mulher. Além das dificuldades apresentadas, contou que a gordofobia foi um preconceito vivenciado por ela de diferentes formas. Assim como Salete e Luiza, a catraca do ônibus era uma barreira arquitetônica e propiciou agressões verbais (BRASIL, 2006a):

Eu ia pegar ônibus ... uma coisa que me deixou arrasada, eu passei no ônibus e a mulher - eu não posso nem lembrar (chorou) e a mulher gritou: ‘Ah meu Deus! (Imitou-a com gargalhadas), eu pensei que ela ia ficar entalada’. Nunca vou esquecer! Aquilo ali, eu fiquei parada, todo mundo me olhando ... eu assim, meu Deus, se tivesse um buraco, eu entrava. A pior coisa é essa humilhação! (Maria, 2018).

A “humilhação” descrita ocorreu em espaço público e foi manifestada por uma pessoa desconhecida, embora as violências também tenham sido perpetradas por pessoas próximas, sendo direcionadas direta e indiretamente:

Em casa, família, amigos ... [dizem assim] ‘como é que o homem não vai se separar daquela mulher gorda ali do lado’; ‘imagina ter ciúme aquela mulher lá, toda gorda, imagina ter ciúme!’ Tá entendendo? Assim, como se fosse defeito. Aí uma vez eu estorei na casa da minha sogra, negócio de gordice, né?. Aí eu falei assim: ‘E depois que eu emagrecer? Eu não vou ter mais defeito? Eu não vou ter defeito, então!/? Eu vou mudar, eu não vou ter mais defeito... só que a gordura tu perde, mas o mau caratismo, não!’ Então é assim, mas não é fácil viu? Não é fácil! (Maria, 2018).

É preciso esclarecer que as faces da gordofobia anunciadas por Maria se configuram como opressões de gênero. Uma mulher magra não seria exposta a tais violências, embora parta-se do pressuposto que mulheres, gordas e magras, são submetidas às relações machistas (RIBEIRO, 2016; RANGEL, 2017). Cecília, como Maria, era questionada sobre seu relacionamento amoroso pelo simples fato de ter um corpo obeso (WOLF, 2018). As discriminações proferidas à Maria, consideravam-a além de uma “esposa ruim”, uma “mãe ruim”: “uma vez a minha irmã chegou assim: ‘tenta emagrecer, porque de repente a tua filha tem até vergonha de ti, né?! Ela é toda chique e tu toda gordinha, de certo ela pensa que tu podia tá bem arrumada, né?’” (Maria).

Sua estética e aparência interferiram tanto em suas relações familiares como de trabalho.

Daí a patroa da loja, compra um uniforme! Aí, eu tive que comprar uma camiseta, levar pra costureira alargar ... pô, ela sabe que é uma doença: ‘ah dona Maria, isso aqui não serve na senhora? Foi o maior número que eu encontrei’. Não tinha como! Mal entrava o braço! ‘ah, mas não cabe dona Maria? Meu Deus dona Maria!’. Uma vez ela falou assim pra mim: ‘ah, eu imagino como é que a senhora transa?’ (Maria, 2018).

Além dos custos financeiros, defrontou-se com os preconceitos advindos da ação da “patroa”. Esta, na verdade, era porta voz de um segmento que parte da noção de que pessoas com obesidade “transam” diferente apenas por serem “gordas”, como se houvesse uma *performance* estabelecida e as relações sexuais fossem possíveis apenas para corpos magros.

Maria desabafa que as pessoas com quem se relaciona a percebem antes de tudo como “gorda”, suprimindo outras características e qualidades que possa ter. Essa percepção ocorre até mesmo quando festeja seu aniversário e é presenteada: “tu imagina tu fazer aniversário e as pessoas vão no *shopping* comprar um presente pra ti. O que elas trazem pra uma pessoa obesa? Tem ideia? Colar, livro, pulseira, brinco, perfume, não te trazem uma roupa” (Maria). A questão levantada por ela reflete a marginalização das pessoas gordas em relação ao mercado da moda. Mencionou que o “*shopping*” era um lugar de confronto com sua aparência física, pois:

Uma vez eu tava no shopping, aí eu descendo na escada do shopping, dei de cara com um baita espelho. O meu pé estava inchado, inchado, inchado! Aí eu comecei a olhar assim em volta: a mais obesa era eu! Ai, eu fiquei: meu Deus, como é que eu fiz isso comigo? Como é que eu permito isso. O que eu fiz todos esses anos? Meu Deus. Como? O que eu fiz comigo? Como eu me permiti? (Maria, 2018).

Maria atribuiu seu processo de “adoecimento” a questões individuais, desconsiderando aspectos sociais e de gênero que havia narrado no transcorrer da entrevista. Ao se perguntar “o que fez consigo”, evidenciou uma culpabilização e incompreensão da sua obesidade, definindo-a como estritamente “psicológica” embora tenha evidenciado diversos aspectos sociais e de gênero durante seu relato: “a obesidade é uma doença. É difícil a gente se conscientizar disso sabe: ‘ah, eu sou doente’. A obesidade é uma doença porque tu tens que mexer muito com a cabeça. A obesidade é uma doença psicológica” (Maria). Ao situar que existe uma dificuldade em se considerar “doente”, revelou que a medicalização da obesidade pode promover vivências que a constituem como sujeita, sem, no entanto, haver uma crítica ampliada da “obesidade” em um contexto social.

Segundo seu relato, Maria quer realizar a cirurgia bariátrica há mais de 15 anos. Tentou acessar pelo plano de saúde privado que possuía em virtude de contribuições realizadas junto à empresa que trabalhava, entretanto, a cirurgia foi negada, com a alegação de que não possuía “comorbidades” na época. Solicitou, ainda, orientação/intervenção especializada, demonstrando um cuidado em saúde consigo e contradizendo sua fala de culpabilização por “deixar que isso [a obesidade] tenha acontecido”. Akotirene (2018) oferece elementos para

pensar que os fracassos das políticas públicas comumente são revertidos em fracassos individuais, sem que se visibilize as opressões interseccionais.

O caminho percorrido por Maria até o tratamento da obesidade no HU/UFSC foi narrado por ela com muita dor. Expressou enfaticamente a dificuldade em romper com as violências domésticas no primeiro casamento e em conviver com a opressão gordofóbica (RANGEL, 2017) nas relações de trabalho e familiares. O encaminhamento para o HU/UFSC foi resultado de uma consulta realizada na UBS: “eu fui no clínico geral e o clínico geral me indicou” (Maria).

Sua narrativa evidenciou que o seu processo saúde-doença esteve atrelado às opressões de gênero, classe, raça/etnia, sendo proeminente sua busca aos serviços disponíveis para o tratamento da obesidade. Essa circunstância sugere que, para Maria, o serviço especializado na alta complexidade do SUS foi o que interveio efetivamente no seu quadro de obesidade, em detrimento de medidas alternativas à cirurgia, visto que, havia identificado a “doença” em período anterior ao agravamento das comorbidades, quando teve seu requerimento negado pelo plano de saúde privado, há 15 anos atrás.

5.5ESTELA

A entrevista com Estela ocorreu na sala da Passagem de Plantão da UICI do HU/UFSC, durante a internação para a cirurgia bariátrica. Teve a duração de uma hora e quarenta minutos e foi considerada positiva pela participante. Segundo ela: “isso é bom porque vai saindo de dentro de mim, né?” (Estela). Avaliou como uma oportunidade de falar sobre suas experiências, bem como de contribuir com o estudo:

Pelo menos uma vez na vida eu achei uma pessoa que pôde me escutar. Eu tinha muito essa vontade de um dia poder me abrir, de me abrir pra alguém. Mas eu pensava assim, quem que vai querer me ouvir além de Deus. Porque eu me sentia muito só. Muitas vezes eu me trancava no quarto e chorava, chorava, chorava, mas eu me sentia muito só (Estela, 2018).

Sua solidão sugere que o silenciamento das mulheres pobres corresponde a um lugar de “subalternidade”, em que o poder da fala se torna privilégio de poucos (RIBEIRO, 2017;HOOKS, 2018). Assim, falar

sobre si, sem que ocorra julgamentos, foi uma experiência nova para ela, tendo consciência da impossibilidade de se expressar como sujeita. Se denominou uma mulher branca, de 54 anos, mãe de três filhas (Jaqueline, Mariana e Laís), um filho (Natan) e avó de três netas/os.

É a primogênita de uma família de 10 irmãos. Seu pai é falecido e sua mãe, Vera, estava internada no HU/UFSC, na Clínica Médica, poucos dias antes de Estela ser chamada para a cirurgia bariátrica. Contou que é a principal cuidadora da mãe e, mesmo com os conflitos entre elas, desempenhava tal função no hospital e em sua casa. Apontou que o trabalho de cuidados era uma realidade vivida por ela, bem como por outras mulheres com obesidade, remetendo ao marcador social de gênero (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005; ALVES; MIOTO, 2015; HENNING, 2015; GELSLEICHTER; ALVES, 2015).

Estela reside há 28 anos em Florianópolis, com o esposo Marcos. A família mora em uma casa que foi cedida por seu irmão quando veio para a cidade. É natural de Francisco Beltrão, Paraná, e retratou um histórico de migrações desde a infância (KLEBA, 2007): Palmitos/SC; Águas de Chapecó/SC; Lambari/SC; Pato Branco/PR; São Carlos/SC; Chapecó/SC; Caxambu do Sul/SC. Segundo Estela, “eram os filhos e o saco dentro do ônibus, porque nem mudança tinha. A gente viveu ... prá lá e pra cá” (Estela). Atribuiu as consecutivas mudanças à falência da família. Seu pai era proprietário de um armazém e, segundo ela, seu interesse por “bebidas” e “mulheres” propiciou que perdessem a principal fonte de renda familiar:

Esse armazém era sortido de tudo, tudo, tudo ... a população vinha buscar tudo ali, pra se manter até a próxima colheita. Ele tinha salas de jogos, tinha três mesas de sinuca, era um salão bem grande, né. Ele bebia muito e ele começou a se envolver com uma mulher lá. Aí, quando a gente menos esperou, ele faliu (Estela, 2018).

Mencionou que “viu muitas coisas na infância” relacionadas a “brigas de pai e mãe”, e que a violência doméstica foi presenciada sem que tivesse recursos para lidar com seus efeitos. Em outros termos, a violência conjugal se ampliava para a dinâmica familiar e, indiretamente, foi experienciada por Estela desde a infância. Além da violência, o trabalho precoce foi uma realidade vivida por sua mãe, mas também por, sendo o processo saúde-doença explicitado em tais condições sociais (BRASIL, 2006a; BATISTELLA, 2007; VILELLA; LAGO, 2007).

Para ela, era um conflito notar a “aceitação” das traições do pai por sua mãe, principalmente, porque ficaram muito pobres após a falência. Refletiu sobre o quanto sua mãe “batalhou” frente às adversidades: arcou com as atribuições da maternidade, dos afazeres domésticos e do trabalho na roça, em meio aos conflitos no casamento. Estela assumiu junto com sua mãe parte da responsabilidade pelos cuidados das/os irmãs/aos mais novas/os. Sua narrativa sugeriu que desde cedo, devido às condições socioeconômicas, não foi possível suprir suas necessidades básicas, inclusive de acesso à alimentação considerada adequada (BRASIL, 2006b; BAIÃO; DESLANDES, 2006; VIEIRA *et. al.*, 2013).

Retratou que a família esteve provisoriamente em “situação de rua”, devido à inexistência de moradia convencional regular (SILVA, 2006; BRASIL, 2009), em uma das mudanças realizadas. Esse aspecto demonstrou uma vinculação entre habitação e renda, sendo o acesso à moradia garantido pelas condições econômicas familiares (SILVA, 2006):

Nós não tínhamos onde ficar com as crianças tudo, me lembro até hoje, ele foi e arrumou um paiol onde guardava os milhos secos. Ele arrumou um canto e falou ‘tem esse canto, se o senhor não quiser ficar na rua com os seus filhos, o senhor fica aqui’. Lá a gente foi, colocamos os milhos tudo pra um lado, os milhos cheios de caruncho, horrível! Pernilongo ... a gente ficou naquele cantinho por dois meses até se movimentar um pouquinho mais, dar um dinheirinho (Estela, 2018).

Narrou, com isso, a incidência de eventos decorrentes da vulnerabilidade socioeconômica, sendo a falta de moradia uma grave violação dos direitos humanos (BRASIL, 2009; ROSA; BRETAS, 2015). Seus estudos foram interrompidos na 4ª série, devido “às obrigações em casa”, que envolviam, além do cuidado com as/os irmãos/as, o preparo das refeições e as atividades domésticas: “enquanto eu era pequena, que não podia ter acesso ao fogão à lenha, era a minha mãe. Aí depois, ela começou a me ensinar e eu comecei a pegar prática; era eu que cozinhava” (Estela).

Desde “pequena” cumpriu com as tarefas voltadas ao espaço da casa, demonstrando uma realidade social em que a pobreza acentua as atribuições de gênero consideradas femininas (PEDRO, 2005): “eu limpava a louça e o chão, já daquele tamanho eu tinha as minhas obrigações. O fogão era à lenha, eu tinha que deixar brilhando. O paninho,

se sujasse, eu tinha que deixar sem marca nenhuma” (Estela). Além de desempenhar essas tarefas, trabalhava informalmente em plantações, cortando cana, arrancando soja e plantando feijão: “o caminhão vinha buscar as pessoas cinco horas da manhã” (Estela). O trabalho doméstico, de cuidados e na roça marcaram a vida de Estela.

Para Sanches (2009), o trabalho infantil doméstico é incompatível com o pleno desenvolvimento das crianças. Foi integrado à lista das piores formas de trabalho infantil no Brasil, por meio do Decreto nº 6.481, de 12 de junho de 2008. Ocorre que, muitas vezes, as políticas públicas direcionam o enfrentamento de tais ocorrências às famílias, sobretudo, às mães (AKOTIRENE, 2018). As pobres são as que menos dispõem de recursos socioeconômicos para arcarem com a proteção social dos seus membros, sendo duplamente violadas por não cumprirem as exigências demandadas. O reconhecimento do trabalho infantil doméstico como uma problemática do Estado é bastante recente no país e focado em serviços socioassistenciais fragmentados, ao invés de políticas educacionais e universais (BRASIL, 1990; SANCHES, 2009; BERBERIAN, 2015; ALBERTO; YAMAMOTO, 2017).

Sobre as rotinas alimentares relatadas por Estela, desde a infância, a família comia de acordo “com o que tinha”, devido à ausência de recursos financeiros diretamente relacionados à possibilidade dos acessos (AGUIRRE, 2006). Deste modo, as refeições eram preparadas “na medida, pra dar certinho”. Afirmou que sua vida era “triste e “sofrida”: “não tinha muita sobrevivência, era tudo assim, uns punhadinho. Nós não tinha pra comprar um quilo de arroz ou açúcar, era 100 gramas” (Estela). A alimentação em quantidade suficiente e de qualidade é de suma importância para se avaliar a segurança alimentar e nutricional das pessoas, sendo a falta de alimentos uma questão de política pública que agrava a saúde da população (BRASIL, 2006b; BATISTELLA, 2007; CLARO *et. al.*, 2007).

O café da manhã era preparado por seu pai. Tomavam chá de erva cidreira ou casca de laranja e comiam uma fatia apenas de pão caseiro: “ele passava a banha de porco - na época margarina, doce, era só rico que comia -, passava aquela banha assim, bem passadinha, pouquinho de açúcar, aquele açúcar cristal. Dobrava e entregava” (Estela). Ao descrever seu café da manhã, explicitou que a comida é um valor de distinção social entre as pessoas (MACIEL; CASTRO, 2013): ricos comiam doce e margarina industrializada, enquanto sua família comia “banha de porco com açúcar”. Após o café, seu pai e mãe iam trabalhar na roça e o almoço era preparado por ela e/ou por sua mãe, sendo o arroz e feijão a refeição

predominante da família. Entretanto, nem sempre havia a mesma disponibilidade de alimentos, devido à pobreza (AGUIRRE, 2006):

Os meus irmãos saíam atrás de serviço, mas como eles eram muito pequenos, ninguém dava serviço pra eles. Começaram a ir ver um lixão que tinha, acharam uns amigos que disseram ‘oh, a gente cata batata, cata cebola, cata tomate, cata de tudo ali. A gente lava bem e leva pra casa, a gente aproveita tudo, né. Mas eles não queriam ir, né, eles tinham vergonha. Só que quando voltavam pra casa, eles viam que tava difícil, né. Ai um dia, eles estavam lá, aí chegou os caminhoneiros pra despejar o lixo lá e perguntaram ‘porque vocês estão juntando isso aí meninos?’ Aí eles falaram: ‘a gente está ajuntando pra ajudar o meu pai e a minha mãe pra dá de comer pros pequenos, pra eles não ficarem com fome’. Aí eles disseram: ‘a partir de hoje, vocês não ajuntem mais nada, amanhã vocês vão estar aqui nesse horário’. Os mercados grande pegavam o que estava vencido e iam jogando fora pra ninguém comer e as pessoas iam se apoderando disso, porque não tinham nada. Resumindo a história: ele começou a trazer, ele pediu que colocassem coisas boas e colocassem em saco de pão, de leite, frutas, verduras, alimentos ... Aí a partir daquele dia, os meus irmãos começaram a trazer as coisas que eles traziam ... ai começaram a arrumar um servicinho. Esse próprio senhor arrumou um servicinho pra eles começar a carpir terreno (Estela, 2018).

O trabalho precoce, igualmente, fez parte da vida de seus irmãos, que buscaram na rua a satisfação de suas necessidades essenciais (SILVA, 2006). A ausência de alimentos se prolongou até sua primeira gestação, definida como “um momento muito sofrido”, e reafirmou as opressões vividas durante sua vida (CRENSHAW, 2002 BAIÃO; DESLANDES, 2006). Estela tinha 20 anos quando engravidou e teve “que ir à luta”, pois o pai da criança não assumiu sua filha. Essa circunstância também foi narrada por Luiza, momento que foram problematizadas a deserção da paternidade e a importância da participação do pai na criação das crianças e para as mulheres, logo, para a sociedade (THURLER, 2004; LYRA; MEDRADO, 2000; HOOKS, 2018). Mesmo que Estela tenha

“procurado” o pai de sua filha para que assumisse a gestação, ele não reconheceu a filha, tampouco, contribuiu com a criação: “nunca deu nada, nada, nada, nem um grampinho de cabelo” (Estela).

Devido a esse contexto, trabalhou todo o período da gestação na função de empregada doméstica, sendo que enviava a maior parte do salário para a casa de sua mãe. Trabalhava para “juntar dinheiro”, para que “os [irmãos] mais novos não passassem fome” (Estela). Essa realidade deu o tom a grande parte da sua narrativa e visibilizou a intersecção das opressões sofridas, sendo estas relacionadas à obesidade (CRENSHAW, 2002; MONTEIRO, 2003; HENNING, 2015; AKOTIRENE, 2018). Contou que no pós-parto:

Quando chegou a hora de eu ganhar a minha menina, que eu tinha que passar a dieta mais tranquila, eu não tinha nada pra comer. Aí nessa época a minha patroa viajou, ela foi pra Soledade, quando ela voltou, foi me ver. Ela me achou muito pálida, muito fraca. Eu disse ‘não eu tô, tô...’. Ela falou: ‘não Estela, tu não tá se alimentando, cadê a comida?’ Ela abriu todos os armários e não tinha comida. Ela me deixou um dinheiro. Eu fui no mercado fazer compra. A menina tinha 17 dias. Eu fui, fiz as compras, tudo ... vim pra casa. Com 20 dias da neném, eu já voltei pra casa dela, entendeu? (Estela, 2018).

Segundo Baião e Deslandes (2006; 2008), a alimentação durante a gestação e o puerpério são fundamentais para a saúde da mulher e do bebê. O protocolo de assistência pré-natal prevê alterações na dieta durante esse período, devido às necessidades nutricionais aumentadas. Barreto *et al.* (2005) considera que a nutrição adequada de gestantes e lactentes deve integrar as estratégias nutricionais para as mulheres. Ademais, seu relato projeta que o processo de obesidade está diretamente relacionado à insegurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2006; BAIÃO; DESLANDES, 2006; 2008; 2010; BARRETO *et. al.*, 2005).

Em meio às dificuldades, Estela recordou que ter sido “mãe solteira” foi muito “sofrido”, pois “as mulheres casadas chamavam de prostituta e vagabunda quem não casou. Elas não me olhavam. Eu passei por esse vexame, né? Mas eu não tive culpa. O rapaz me enrolou, disse que ia casar comigo” (Estela). É evidente o machismo reproduzido pelas próprias mulheres da comunidade e datado temporalmente, que a culpabilizavapelo fato de ser “mãe solteira” (LYRA; MEDRADO, 2000;

THURLER, 2004; RIBEIRO, 2018), tal qual relatou Luiza. A opressão de gênero vivida por elas reafirma a concepção de família nuclear tradicional como norma social (FONSECA, 2012) e discrimina moralmente os demais arranjos familiares. Sugere que a responsabilidade da reprodução é exclusivamente da mulher, sendo tal noção socialmente construída e sustentada pelas políticas do Estado brasileiro (THURLER, 2004; LYRA; MEDRADO, 2000).

Com o pai do seu segundo filho, Estela se relacionou por mais de um ano, interrompendo o relacionamento pelas violências vividas. Frisou que: “ele começou a beber, começou a me bater, espancar. Não aguentei mais. Soltei” (Estela). Foi violentada “várias vezes” pelo ex-companheiro até romper com a violência doméstica ao se separar dele. Nestas circunstâncias, não acessou qualquer rede de proteção à mulher (BRASIL, 2006), e suas estratégias de enfrentamento se restringiram ao âmbito familiar e individual (ALVES; MIOTO, 2015; BIROLI, 2018). A mãe foi a única rede de apoio e imprescindível para se sentir acolhida e romper com o relacionamento abusivo.

A violência doméstica atravessou seus relacionamentos conjugais, demarcou o atual e projetou os avanços das políticas públicas em relação à violência contra mulher, ao recorrer à Lei nº 11.340 para se proteger:

Esse que eu tô, um dia tava com trago na cabeça, e eu respondi ele ... ele quis ... ele me deu um empurrão, aí eu caí de braço no sofá e falei ‘isso não vai ficar assim’. Aí ele veio de novo e tentou, né ... parece que torcer o meu pescoço, no braço do sofá e desnucar, né. Mas eu reverti a história, dei um safanão nele e me escapei. Aí escapou o cigarro e me queimou. Aí eu peguei e disse ‘agora você vai me pagar, não vou deixar assim, não, você vai se acostumar mal’. Aí eu fui pra Delegacia da Mulher, fiz o exame de corpo delito. Chamei ele na delegacia ... nunca mais! Aí ficamos uns dois meses separados, aí prometeu mil e uma coisa (Estela, 2018).

Sua trajetória, assim como a de Salete e Maria, recuperou estratégias individuais para driblar os assédios e, sobretudo, visibilizou as ausências e construção de uma agenda de políticas públicas direcionadas ao combate à violência de gênero. No entanto, a violência figurou em outro momento em seu atual relacionamento, ao ter o companheiro

acusado de "estuprar" sua filha Jaqueline. Ao tomar conhecimento da acusação, Estela procurou a Delegacia, juntamente com o esposo:

Aí eu fui lá na Delegacia da Mulher, na [Avenida] Mauro Ramos. Aí eu cheguei lá e expliquei ... a delegada perguntou o que queria, né? Eu expliquei tudo. Eu tremia, tremia, tremia, tremia. Aí expliquei tudo pra ela. Ela disse 'olha, eu escutei tudo, vocês estão certíssimos, não tem nada de errado contigo, nem com o teu marido, porque ele te acompanhou até aqui agora. Eu vou encaminhar vocês lá pro Conselho Tutelar (Estela, 2018).

A participante entendia que sua mãe Vera havia estimulado sua filha Jaqueline a fazer a denúncia realizada no Conselho Tutelar (CT). A investigação ocorreu sem que a entrevistada fosse envolvida no processo. Narrou sentir-se objetificada nesse período, tendo seu lugar deslocado de "mãe protetora" para o de "mãe negligente" (BERBERIAN, 2015). Em geral, as políticas voltadas ao atendimento das violências contra as mulheres abordam as denúncias sem contextualizarem as relações familiares e as desigualdades sociais. Partem do pressuposto que a família - a mãe - foi incapaz de assegurar as condições sociais, afetivas e psicológicas para a "vítima". Essas ações podem promover, mesmo que de maneira sutil, mais uma violação dos direitos humanos das mulheres envolvidas na situação:

Lá no juiz não veio intimação nenhuma. Eu ia lá no dia e ele não chamava. Eu não podia ficar fora, eu tinha que saber. E daí o CT não mandou intimação e o juiz não mandou intimação, eu "enloquei"... hoje eu to uma pessoa mais calma, eu era muito revoltada ... eu "enloquei" quando ele chamou a última pessoa pra entrar. E quando eu entrei, ela disse: "senhor juiz, ela, o senhor não pode deixar falar, não foi intimação pra ela". Ele perguntou, 'quem é a sra.?' Aí eu disse, 'eu sou a mãe da vítima, eu queria saber como que não foi intimação pra mim em momento algum, se eu sou a mãe dela'. Aí o juiz mandou eu sentar e o escrivão bater ... e aí eu pedi que realmente eu tava ali a favor da justiça e ele tava ali também, acompanhado por tudo. Eu queria justiça, queria prova e queria que fizesse exame. Eu perguntei, tem como fazer

exame? ‘tem’... aí foram procurar ela e ela não quis fazer exame’ (Estela, 2018).

Foi questionada por “abandono dos filhos” e tratada como “negligente” pelo CT. Pontuou enfaticamente que possui “provas que nunca abandonou seus filhos”, que “sempre cuidou” e que só ficava longe deles quando paria. Narrou com muito sofrimento a opressão vivida, como se precisasse convencer a pesquisadora que não tinha sido uma “mãe negligente”, porque foi “desacreditada” e “silenciada” inúmeras vezes. Essa argumentação resulta de uma história de desvalorização e de “subalternidade” (HOOKS, 2018), que tem a ver com às opressões de classe e de gênero relatadas por ela.

A operacionalização das políticas públicas, por vezes, desconsidera um histórico de violações de direitos às mulheres, como o acesso à educação, trabalho digno, direitos sexuais e reprodutivos, acompanhamento psicossocial e proteção jurídica. Contraditoriamente, são constantemente demandadas a zelar pela reprodução social de seus filhos, reafirmando atribuições tradicionais de gênero para as mães e avós, como se dependesse unicamente delas os esforços e deslocamentos necessários para romperem com as situações de violências, pobreza, machismo e racismo a que estão submetidas.

Nos últimos anos, as instituições do Estado estiveram presentes na vida de Estela. Além de ter acessado a Delegacia para se proteger da violência cometida por seu esposo e se certificar que o mesmo não havia “abusado sexualmente” de sua filha mais velha, a rede de proteção à Criança e ao Adolescente também foi acionada. Importa destacar que não houve confirmação do assédio sexual, segundo seu relato. Para Estela prevaleceu a versão de sua filha, que se encontra em contradição com os relatórios do CT.

A contradição das informações e o não esclarecimento do “caso” afetou Estela, principalmente porque, apesar de não haver confirmações, o processo aconteceu sem que a família recebesse atendimento psicossocial. Os Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) possuem serviços tipificados pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS) para o atendimento às famílias. Especificamente, o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI)¹⁸ é voltado para famílias e pessoas que

¹⁸Atualmente, o acesso ao CREAS/PAEFI ocorre de diferentes maneiras, inclusive por encaminhamento das instituições que atenderam a família: Delegacia e Conselho Tutelar. Ademais, é possível acessar via demanda

estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados. Seu objetivo é oferecer apoio, orientação e acompanhamento para a superação dessas situações, por meio da promoção de direitos, da preservação e do fortalecimento das relações familiares e sociais.

As demandas apresentadas por Estela indicavam a necessidade de acompanhamento psicossocial, observada a denúncia de violência sexual da qual sua filha era considerada vítima, e de todo o seu próprio histórico de violação de direitos. Ocorre que, muitas vezes, as violências são reproduzidas pelas próprias instituições, quando não reconhecem as dimensões sociais nas quais as famílias estão inseridas e desconsideram as intersecções de classe, gênero e raça nas denúncias e demandas de atendimento (CRENSHAW, 2002; BERBERIAN, 2015). Estela relatou o quanto permaneceu à margem do processo de sua filha, sendo caracterizada como “negligente” sem que fosse escutada, inclusive pelas conselheiras tutelares:

Aí o pessoal do Conselho Tutelar ficou tudo contra nós. Em momento algum me trouxeram intimação. A mãe entrou que estava assumindo a guria, que a guria morava com ela e que ela criou os meus filhos. Isso foi muito triste pra mim. Tem a minha família toda de testemunha que o conselho queria tirar todos os meus filhos. Tudo isso que aconteceu com a minha filha, eu não conseguia olhar pra ninguém. Toda vida olhando pras mesmas pessoas, o que as pessoas pensavam de mim? (Estela, 2018).

A opressão de gênero e classe foi projetada por ela desde o início da entrevista. Explicitou, ainda, que teve seus direitos violados desde muito nova, cumprindo tarefas e arcando com responsabilidades que retratam a vida em meio à pobreza extrema. Demarcou incisivamente o quanto a intervenção do Estado aprofundou seu sentimento de destituição, ou seja, mais responsabilizou que ofereceu condições sociais para a compreensão e o enfrentamento das violências que perpassaram sua família.

As famílias pobres são comumente questionadas pelos profissionais acerca da oferta de cuidados e proteção a seus membros,

espontânea, encaminhamento de outros serviços da assistência social e de outras políticas públicas, assim como por órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, a saber: Ministério Público; Disque-Denúncia; Disque-100; Promotoria; Conselho Tutelar.

sem que se considere a ausência do Estado Democrático de Direitos - regulador oficial das relações sociais e provedor de um sistema de garantia de direitos (ALVES; MIOTO, 2015; BERBERIAN, 2015; AKOTIRENE, 2018). A noção de “negligência” opera por meio de uma moral que elenca critérios pré-estabelecidos sobre o que é “bom” e “adequado”, transferindo as responsabilidades do Estado para a figura da família (ALVES; MIOTO, 2015; BERBERIAN, 2015).

Nos países latino-americanos não há uma política familiar explícita, existe, entretanto, um conjunto de medidas, programas e projetos que afetam as famílias de forma direta ou indireta (ALVES; MIOTO, 2015; TEIXEIRA, 2013). As políticas sociais públicas, que deveriam exercer papel fundamental na luta contra a pobreza e ter como prioridade a superação das desigualdades, incluindo as de gênero, expressam-se em favor do familismo. Este se caracteriza pela máxima designação de obrigações à unidade familiar, no qual se pratica a prestação mínima por parte do Estado de bem-estar. Pais, mães e responsáveis são as/os agentes da provisão da saúde, educação, lazer, proteção e cuidado dos seus membros (FRANZONI, 2008; GELSLEICHTER; ALVES, 2015).

Outrossim, Estela foi “usuária” da Política de Assistência Social por no mínimo sete anos, tempo em que foi beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF). Nesse setor respondeu como responsável pela família e cumpriu com todas as condicionalidades vinculadas aos benefícios até seu filho completar 18 anos. A lógica familista também se expressou quando Estela relatou que recentemente cuidou do seu filho em casa, ainda que por escolha. Segundo a participante, o mesmo ficou desaparecido por cinco dias:

Ele tentou se matar e tava acompanhado com psiquiatra, ele ficou com depressão e bipolar. Agora já tá bem. Ele tava morando comigo, agora se achou com uma namorada. Ele se enfiou pelo mato. Ele sumiu numa terça, não teve por onde nós não procuramos. Nosso grupo, de amigas, todo mundo procurando. Até nessa época que ele tava internado, ele ficou internado na minha casa, ‘internação domiciliar’, porque eu não quis por ele na Colônia Santana nem outros lugar, porque tinha muito uso de droga, bebida ... e ele não ia obedecer ... ele ia beber e eu ele obedece. Então, eu cuidei dele em casa, o tempo todo que precisou ... eu levava remédio, os dias que tinha médico, eu

botava no carro e o esposo levava, tudo eu acompanhava, ele ficou por três meses. O médico falou que eu fui muito corajosa, a psiquiatra também (Estela, 2018).

Grah (2018) considera que o "Programa Melhor em Casa" (PMC), da Política de Saúde do SUS, colaborou para a desospitalização de "pacientes" estáveis e com demandas de cuidados para serem realizados no domicílio com o apoio de equipes de referência da área da saúde. O autor afirma que a prestação dos serviços de cuidados, antes realizados na instituição hospitalar, são transferidos para as famílias e recaem, principalmente, às mulheres, denominadas de cuidadoras. Mesmo que o Programa seja apresentado como um benefício aos "pacientes", sua intencionalidade é de minimizar os custos em saúde e de leitos hospitalares. As famílias são "... encorajadas a realizar a manutenção do cuidado às pessoas doentes ou dependentes no domicílio, acarretando em transferências de uma parte econômica dos cuidados para a esfera privada" (GRAH, 2018, p. 24).

Estela afirmou que engordou "por causa do estado emocional", pois, segundo ela, sua vida foi muito sofrida, sempre trabalhou muito, criou as/os filhas/os mais velhas/os sozinha, sofreu violências físicas do segundo relacionamento, e teve dois irmãos assassinados:

Eu tive a morte dos meus irmãos também, foi chocante. Perdi o meu irmão matado lá em Chapecó ... Depois a gente teve aqui tb [Florianópolis], veio morar pra cá, passado uns anos, mataram outro irmão e esse irmão eu ajudei a cuidar desde bebezinho. Era um filho, a mãe só dava de mamar pra ele. Era eu que cuidava, trocava, vi os primeiros passinhos (Estela, 2018).

O processo de obesidade foi, ainda, explicado pelo prognóstico médico:

Dos meus 30 anos pra cá, eu já era fortinha. Aí eu engravidei dessa minha última filha. Foi ali que começou. A reter muita água, muito líquido. E aí eu engordei exageradamente. A menina era muito grandona. Ela não nascia de parto normal. Aí eu tive que fazer cesárea e eu já ia fazer laqueadura. Aí o médico disse: 'tua vida não vai ser a mesma se tu fazer, tem tempo de desistir. Desiste disso, tu

é muito nova, só tem 30 anos'. Eu disse: 'eu não quero mais filho' ... Eu queria trabalhar pra lutar e ter uma casinha. Paguei particular a cesárea em Santo Amaro. Paguei e fiz a laqueadura. Depois disso eu comecei a ganhar peso. Eu nunca tive pressão alta. Ele disse que ia acontecer isso, porque eu era muito nova e ia mexer no meu emocional. Foi o que ele disse (Estela, 2018).

Diferentemente de Salete, Luiza, Cecília e Maria, Estela não associou as violências à compulsão alimentar (WOLF, 2018), pelo contrário, disse que quando se sentia triste “não comia”, pois era “sustentada pela angústia, carregada por dentro. Aquilo me saciava. A própria saliva e essa angústia me trancavam e não descia a comida” (Estela). Em outros momentos, relatou que se alimentava normalmente e sempre cuidou da alimentação. Aguirre (2006) considera que o empobrecimento progressivo da sociedade e a intensificação da pobreza implicam no aumento de peso da população, principalmente das mulheres, pois a renda familiar repercute diretamente no acesso e na qualidade dos alimentos. Nesta chave de interpretação, o cuidado incluiria tanto uma alimentação considerada adequada (CLARO, *et al.*, 2007), quanto a realização de exercícios físicos sistemáticos (BARRETO *et al.*, 2005), realidade pouco relatada pela entrevistada.

A opressão gordofóbica foi notada ao mencionar os preconceitos relacionados à condição corporal. Lembrou que ela e sua filha foram chamadas de “baleias” e “gordas horrorosas” por suas vizinhas. O *site* “As gordas também amam”¹⁹ apresenta depoimentos de mulheres que sofreram com a gordofobia. Na página, é possível observar que frequentemente as mulheres são chamadas de “baleias”, uma lembrança que Estela nunca esqueceu.

¹⁹ Segundo o próprio *site*, “O principal objetivo do *As Gordas Também Amam* é oferecer um espaço seguro e livre para o debate sobre a gordofobia, além de conscientizar a população e mostrar que brincadeiras e comentários “inocentes” podem ter consequências enormes no psicológico das pessoas. Os textos visam desconstruir preconceitos externos e internos, ensinando o mundo e a própria gorda a se aceitar. O projeto é todo baseado em casos de gordofobia vividos por mulheres. Cada aba traz um vídeo de até dois minutos com um depoimento, além de citações retiradas dos diversos textos escritos pelas próprias mulheres e recolhidos durante a produção deste especial. As histórias completas podem ser conferidas na última aba”. O *site* está disponível pelo link: <http://www.unicap.br/webjornalismo/asgordastambemamam/site/>

Destacou o quanto é difícil encontrar vestuário para pessoas consideradas “além do peso”, pois “nada veste direito, a roupa não assenta. Então, é isso, tu se sente mal” (Estela). A falta de opção de roupas, igualmente apontada por Luiza, Cecília e Maria, condiz com a padronização de um formato de corpo considerado ideal, reforçando a gordofobia (CARDOSO; COSTA, 2007; RANGEL, 2017). Tomar banho e sesecar eram tarefas consideradas difíceis para ela e associadas ao sobrepeso. Acrescentou, ainda: “como eu tava atacada com a depressão junto, tinha dias que eu ia pro banheiro tomar banho e eu tinha que ir pra fora tomar ar. Eu sentia que era o peso. Tava aumentando” (Estela).

Durante a entrevista, associou as “doenças” identificadas ao seu contexto social. Demonstrou uma compreensão das opressões interseccionadas (CRENSHAW, 2002), que redundaram no seu processo de saúde-doença (BATISTELLA, 2007). Destacou os obstáculos que a impedem de realizar atividades físicas no seu dia-a-dia, pois “caminhar” no seu bairro era um desafio: “onde a gente mora é um lugar muito violento. À noite, final de tardezinha pra gente caminhar, é o horário dos ‘papapá’, tiro, helicóptero. É um horror! É placa, é casa, tudo furado de bala” (Estela). Tal realidade é apontada por Peña e Bacallao (2006) ao considerarem que os ambientes violentos das cidades dificultam a prática de exercícios físicos sistemáticos.

O encaminhamento para o tratamento cirúrgico da obesidade foi realizado pela médica da UBS após Estela ser internada na emergência do HU/UFSC em virtude de um “desmaio”. Contextualizou que o desmaio se deu em meio às atribuições domésticas e de trabalho: “eu tava trabalhando muito, fazendo faxina, carpindo terreno, direto! Aí eu chegava em casa, lavava as roupas, fazia as coisas pras crianças. Eu lembro até hoje. Dizem que me acharam em cima da cama. Dalí pra cá começou” (Estela). Após ser atendida no HU/UFSC, realizou acompanhamento na UBS. Segundo ela, a médica do posto de saúde encaminhou-a para o tratamento cirúrgico da obesidade para emagrecer.

5.6 LAURA

A entrevista com Laura iniciou em uma das salas do ambulatório do HU/UFSC e foi concluída em um corredor com pouca circulação de pessoas, pois a sala foi solicitada para uso de residentes da Medicina. Durou quarenta e cinco minutos, sendo esta a participante que menos relatou sobre sua história da obesidade. Laura, 40 anos, se considera uma mulher negra e sempre morou em Florianópolis. Construiu sua casa nos

fundos da propriedade de seus pais, uma estratégia de permanecer residindo em área contígua ao centro da cidade e ao lado dos familiares. É casada há 22 anos com Carlos, seu único matrimônio, com quem teve um filho e uma filha: Caio, 20 anos, e Lívia, 13 anos.

Começou a trabalhar aos 16 anos em lojas de roupas e sapatos para “sentir-se independente”. Desde nova, conciliou os estudos com o trabalho e a constituição de sua família. Sua formação acadêmica não condiz com sua área de atuação, pois graduou-se em gestão pública, mas labora em uma escola estadual na função de auxiliar de serviços gerais, há 18 anos. Segundo Lima, Rios e França (2013), a população negra não acessa os melhores postos de trabalho, e é comum desenvolverem funções nas indústrias, nos serviços gerais e nos trabalhos domésticos. Mesmo quando são eliminadas as diferenças educacionais, prevalece uma distribuição desigual no mercado de trabalho em que a cor é um fator de desvantagem ao acesso de ocupações laborais com melhores remunerações. Para as mulheres negras, as desigualdades raciais são explicitadas nos lugares que ocupam socialmente (BAIROS, 1995; CARNEIRO, 2003; COLLINS, 2016; AKOTIRENE, 2018).

Ao contar sobre seu processo de desenvolvimento da obesidade, Laura disse que se percebeu “gordinha” após sua segunda gestação: “o primeiro foi parto normal e eu logo consegui recuperar ... mas a menina foi bem difícil! Com sete meses ela sentou e não teve jeito de virar ... eu engordei 27 quilos, tá? É os 27 quilos que eu tenho que tirar de cima de mim” (Laura). Luiza, Cecília e Estela também mencionaram a retenção de peso na gestação e no pós-parto como dado de suas histórias da obesidade, igualmente, referenciada pela literatura. Para Kac (2001, p. 463), “quanto maior o ganho de peso durante a gestação, maior a retenção de peso no pós-parto”. Interessa, no entanto, evidenciar que Laura contextualizou o aumento de peso às atribuições femininas como mãe e esposa. Segundo ela, tinha dificuldades de “distribuir as tarefas” dentro de casa, e se “refugiava” na comida quando passava por um conflito que não conseguia enfrentar:

Eu queria agarrar muita coisa, aí tinha hora que eu não conseguia dar conta... ah quando eu via, tava uma pilha e aquilo me angustiava muito! O que mais me angustiava era pegar tudo pra mim... tinha situações que tipo assim, eu tinha vontade de falar, mas, muitas vezes, eu não achava que aquele momento era inapropriado e ficava pra mim. Eu ia sempre guardando aquilo e aquilo ia me fazendo mal. Eu me sentia angustiada, porque eu não

conseguiu resolver, eu não conseguia me abrir. Se eu tinha alguma coisa pra falar e não conseguia, aí eu ia lá e beliscava. Entendesse? Então, eu tava sempre me refugiando em algum belisco. Quando a gente é boa demais, a gente engole muita coisa e as pessoas confundem (Laura, 2018).

É possível interpretar que se “refugiar” em algum belisco era um modo de comunicar-se consigo mesma, visto que tinha dificuldades de se expressar. Assim como retratado por Maria, “engolir” as palavras significava renunciar a si própria frente às opressões vividas. De certo modo, comer pode ter sido uma atitude de resistência à institucionalização das responsabilidades provenientes das atribuições de mãe e esposa (ORBACH, 1978; WOLF, 2018). Laura exemplificou que sua filha realiza acompanhamento de saúde sistemático com profissionais da Pneumologia e que sempre foi ela quem a levou para as consultas e demais procedimentos, realizando todos os cuidados em saúde da família (ALVES; MIOTO, 2015; GRAH, 2018). Informou que conseguiu “dividir esta tarefa” com o esposo recentemente, após coincidir o horário da consulta da filha com a consulta dela no HU/UFSC.

Nós tivemos que conversar e eu disse: ‘eu não posso perder a consulta com a psicóloga, porque senão eu vou ter que voltar pro final da fila, não tem como’. Aí ele assim: ‘tá, mas eu não sei como ...’. Eu disse: ‘vai saber sim, tu é pai! Ele disse: ‘ah, mas é sempre tu que leva!’ Aí eu me surpreendi, porque ele foi e levou, aí quando eu cheguei aqui [HU/UFSC]), eu fiquei preocupada. E a psicóloga percebeu que eu tava preocupada. Ela disse ‘tu estás aqui, mas a tua cabeça não tá’. Aí, eu assim: ‘eu to preocupada porque o Carlos foi levar a Livia no médico, e ele não tá acostumado. Ele nunca foi! São praticamente doze anos e ele nunca levou! Ela disse assim ‘é, mas a partir de hoje, muitas situações podem acontecer e é preciso ele levar, assim, assim.’ Então eu pensei: ‘realmente, então a partir de hoje vai ser assim ... e dali pra cá, não tem mais assim, se ele tiver um compromisso, ou se eu tiver alguma coisa, na mesma data ... ele vai levar igual ... porque assim, como eu sou mãe; se ele também é pai, tem a responsabilidade! (Laura, 2018).

A partir do tratamento cirúrgico da obesidade, Laura não apenas ressignificou sua compreensão acerca dos cuidados com as/os filhas/os, mas co-responsabilizou o esposo pelo exercício da paternidade (LYRA; MEDRADO, 2000; THURLER, 2004). Contudo, permanece a responsável pela tarefa de organizar os “cuidados” e construir outras possibilidades de relações familiares, gerando novas responsabilidades. Seu relato, explicita que a vivência das desigualdades entre homens e mulheres - tanto no espaço público quanto no privado (PEDRO, 2005; BIROLI, 2018) - corroborou com o aumento de peso. Laura demonstrou, nesse caso, que o silenciamento das mulheres frente às iniquidades propicia que busquem alternativas de enfrentamento das opressões (ORBACH, 1978; SANT'ANNA, 2014; WOLF, 2018). Tal qual sinalizado por Orbach (1978), comer em excesso pode estar relacionado às opressões de gênero que pouco são investigadas como motivação da compulsão.

Narrou que quando entrava em um supermercado ou padaria e encontrava algo “com cara de bom”, acabava comprando: “eu vou te ser bem sincera, eu comprava um pão, eu tinha que sair com um pedaço de bolo, eu tinha que sair com uma fritura e assim por diante” (Laura). Assim como Salete, Luiza e Maria, a participante relata uma compulsão alimentar em que os alimentos ricos em carboidratos e gordura eram preferidos em relação aos considerados “adequados” (BRASIL, 2006b; AGUIRRE, 2006). Em geral, Laura disse que não gostava de “verduras” e que, usualmente, substituía as principais refeições por “besteiras”, informando que não priorizava uma alimentação considerada saudável (BRASIL, 2006b; CLARO *et. al.*, 2007):

Eu não era assim de me sentar e fazer uma refeição na hora certa: ‘ah, hoje eu não quero almoçar’, eu pulava o almoço. ‘Ah, eu não quero jantar’, eu não jantava, mas comia uma besteira. Eu não dava importância pras coisas certas na hora certa (Laura, 2018).

Segundo Baião e Deslandes (2008), a preferência por alimentos qualificados como “besteiras” é explicada em um estudo com mulheres gestantes da periferia do Rio de Janeiro por três motivos: maior praticidade e possibilidade de variar; menor custo; são tidas como “coisas gostosas”. Soma-se a isso, o fato que a preparação dos alimentos em refeições demanda tempo e trabalho, sendo a comida comprada prática e

gostosa (AGUIRRE, 2006; FISCHLER, 2007; BAIÃO, DESLANDES, 2008).

Laura disse que não se considera uma pessoa “obesa”, porque partia do pressuposto que pessoas com obesidade chamam atenção, o que não ocorre com ela frequentemente. A busca pelo tratamento cirúrgico da obesidade, no entanto, se deu mediante tentativas anteriores de emagrecimento sem êxito, baixa auto-estima e desenvolvimento de comorbidades. Segundo Laura: “Eu vou dizer que eu sinto uma certa dificuldade ... mas não é muito dificultoso” (Laura), sugerindo não possuir limitações físicas ou dificuldades acentuadas pelo “peso”. No entanto, reconhece que o “aparecimento da diabetes” e o “problema de gordura no fígado” são comorbidades que precisa tratar para que não se agravem. Para isso, se dispôs a realizar modificações corporais que, sobretudo, terão repercussões na dinâmica das suas relações. Retrata, ainda, que almeja emagrecer, não apenas para “recuperar” sua saúde, mas também para fins estéticos. Enunciou nuances da gordofobia ligadas ao corpo, que são acentuadas pelas desigualdades sociais e de gênero:

A gente não quer mais ser gorda, porque tem muito preconceito com a mulher – não somente com a mulher, mas, principalmente, com a mulher. Por exemplo: vai procurar um emprego, muitas vezes não consegue por ser obesa; vai numa loja pra procurar uma roupa, as vendedoras já olha pra ti e dizem que não tem! Nem se propõem a dar uma olhada ‘naaaaão, não tem!’ e às vezes falam de uma maneira que te colocam lá em baixo. Então, assim, são coisas que de uma certa maneira te ofendem. São coisas assim, eu nunca passei por uma situação assim constrangedora. E a gente já se sente tão ... já é discriminada em tanta coisa, né? (Laura, 2018).

Laura sugere que os preconceitos são articulados, logo, uma mulher gorda possui mais dificuldades em conseguir um trabalho digno (SORJ, 2016; ANTUNES; PRAUN, 2015) do que uma mulher magra. Ao situar que as mulheres “são discriminadas em tanta coisa”, é possível considerar que como negra, conviveu com as desigualdades produzidas e mantidas pelo racismo estrutural, seja na sua dimensão pessoal/internalizada, interpessoal e/ou institucional (WERNECK, 2016). Para Werneck (2016), a população negra está mais exposta às vulnerabilidades em saúde. No mais, é possível notar que se reconhece como alvo da gordofobia perpetrada pelos próprios profissionais de

saúde, no caso, “gordofobia médica” (NERY, 2017), por mais que não tenha nomeado conceitualmente. Conforme relato abaixo:

Pra mim, eu já tinha colocado na cabeça que não ia procurar mais médico nenhum, porque eu já tava cansada de escutar: ‘tu és obesa, tu estás acima do teu peso, tu tens que emagrecer’ como se fosse uma coisa fácil, né? E eu penso assim, a partir do momento que tu procuras ajuda ... lógico, tem situações que tu tens que escutar uma crítica, mas tu ficar batendo sempre naquela tecla ... chega uma hora que o paciente já ... já tá com a auto-estima baixa. Aí tu chegas no consultório e só fica escutando ‘tu és gorda, tu és obesa, tu tens que fazer isso’, então assim ó, aquilo vai te dando um desânimo ... Do nada, um dia eu recebi um telefonema do posto: ‘nós temos uma consulta, no HU, do endócrino ... a gente gostaria de saber se tu queres’. Eu fiquei naquela dúvida ... eu vou ou não vou. Eu vou, vou ver o que esse médico tem pra dizer ... se for mais um que dizer que eu estou obesa, eu dou as costas e vou embora (Laura, 2018).

Laura constata que há uma autorização profissional para intervir no enfrentamento da obesidade que, por vezes, recai em discriminações gordofóbicas. O constrangimento em relação ao seu peso era aumentado com a reafirmação de que “precisava emagrecer”, uma expressão da gordofobia vivida. Ressalta que o atendimento em saúde não pode se restringir a práticas hierárquicas e que desconsideram os saberes e experiências das “pacientes”. Ou seja, o objeto da intervenção em saúde não se resume à medicalização e responsabilização individual da obesidade da população por sua condição corporal e de saúde.

Disse que suas tentativas de emagrecer se restringiram a caminhadas e medicações, sempre com prescrição médica. Quando percebia que estava “pesada”, tentava “manejar” na comida, porém relatou que nunca chegou a “passar fome”, fazer “regime” ou comer “só alface” - prática incentivada, comumente, pelos veículos midiáticos (SANT’ANNA, 2014; 2016). Após realizar a consulta no HU/UFSC, permaneceu em acompanhamento clínico com a equipe de Endocrinologia, sendo encaminhada, por esta, para o Serviço de Cirurgia Bariátrica, uma vez que “já tinha tentado de tudo para emagrecer” (Laura).

A construção de tal argumento - “tentou de tudo para emagrecer” - se restringiu a atendimentos médicos avaliados por ela como inaceitáveis e impróprios, além de gordofóbicos em sua intenção (SCHIEBINGER, 2004; NERY, 2007). As orientações médicas para atingir o emagrecimento eram pautadas em recomendações que pouco faziam sentido em sua realidade, tanto que não havia adesão de sua parte. Laura não relatou uma experiência de tentativa de emagrecimento anterior ao HU/UFSC que se pautasse em um acompanhamento multiprofissional e voltado às suas necessidades, tampouco, que considerasse sua história da obesidade e os desafios relacionados às mudanças de hábitos necessárias ao emagrecimento. Nota-se que Laura revelou importantes aspectos de gênero voltados à autonomia da mulher (HOOKS, 2018; BIROLI, 2018) e à histórica naturalização e medicalização dos corpos femininos como intervenções do campo da saúde (BORDO, 1997; GONÇALVES, 2004; COSTA, 2006; WOLF, 2018).

5.7 CATARINA

A entrevista com Catarina ocorreu em seu ambiente de trabalho e durou cerca de cinquenta minutos. A participante labora na equipe de serviços gerais de uma empresa pública, no centro de Florianópolis. Reside no município de Palhoça, em casa própria, adquirida há quatro anos e realiza diariamente o trajeto para o emprego de ônibus. Disse que mesmo se sentindo com “mal-estar”, foi ao trabalho pela motivação de participar da entrevista. Para que fosse possível realizá-la no ambiente de trabalho, combinou com sua colega de turno para cobri-la, caso fosse solicitada a prestar seu serviço no momento em que estava com a pesquisadora.

Catarina se declarou uma mulher negra de 52 anos. É casada com Francisco, mãe de três filhas/os e avó de uma neta. Os familiares residem na mesma casa, entretanto, segundo ela: “a gente fica junto, junto mesmo no sábado à noite e no domingo durante o dia” (Catarina). Catarina entende que o fato de as/os filhas/os terem uma jornada de trabalho maior que a dela, propicia que as atividades domésticas e de cuidado se concentrem em si, revelando atribuições de gênero como esposa, mãe e avó (CARNEIRO, 2011; BIROLI, 2018; HOOKS, 2018). Seus filhos chegam em casa após a jornada de trabalho, por voltadas nove horas da noite, sendo ela a principal responsável por realizar as compras no

supermercado e o preparo das refeições familiares, assim como, por se responsabilizar pelo cuidado da neta.

Catarina é natural do Rio Grande do Sul, do município de Pelotas. Veio para Santa Catarina em 2007, pois parte de sua família já residia no Estado. Contou que seu pai adoeceu de câncer de pulmão nesta época e que foi a principal cuidadora dele, circunstância que derivou em sua mudança definitiva para Santa Catarina. Além do pai, também foi responsável pelos cuidados da avó, associando essa disposição ao fato de ter laborado em uma casa Geriátrica em Porto Alegre. Sobre isso, Catarina relatou que precisou “se virar” desde nova, pois sua mãe faleceu quando era criança:

Eu já nasci com isso! É porque, eu fui criada sem mãe. Aí o que acontece? Tu tens que te virar né ... tem que aprender, porque tu tá vivendo na casa dos outros assim, então, complicado. Eu tive pais, só que assim: minha mãe faleceu eu tinha dois anos, aí fiquei com o meu pai. Aí eram seis filhos. Então, eu e as minhas irmãs mais velhas, a gente ficou num orfanato, eu fiquei num orfanato até um determinado tempo. Aí um irmão foi pra vó, outro foi pro tio. Aí a gente ficou lá [no orfanato]. Aí quando o meu pai casou, a gente voltou pra casa; não todos! Aqueles que já foram arrumados, ficaram onde tava. Aí quando eu tinha uns 13 anos, por aí, o meu pai separou. Aí começa aquela coisa: 'tu vai pra cá, tu vai pra lá ... tu dorme hoje aqui, dorme outro dia ali'. Ninguém quer, né? Ninguém quer responsabilidade com adolescente assim, né!?' (Catarina, 2018).

Nota-se que Catarina relacionou sua institucionalização em um “orfanato” à ausência de mulheres na função de mãe e esposa na família. Ou seja, mesmo seu pai sendo vivo, as/os filhas/os foram abrigadas/os quando sua mãe faleceu e desabrigadas/os quando seu pai “casou novamente”, pois uma mulher retornava à casa para exercer os cuidados, inclusive das crianças. Historicamente, o exercício da paternidade foi mais associado ao de provedor financeiro da casa e de supervisor moral da família, do que aos cuidados da vida diária das/os filhas/os (exemplo: banho, alimentação). As desigualdades envolvidas no processo de reprodução social das/os filhas/os, em que os homens pouco se compreendiam nesse lugar de “criação”, corroborou com o acolhimento

institucional das crianças e exigiu que Catarina fosse responsável por suprir suas necessidades básicas.

No Brasil, os estudos sobre paternidade e masculinidades foram impulsionados pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas, em 1994. Na Conferência enfatizou-se que era imprescindível implicar os homens em questões que, tradicionalmente, são demandadas às mulheres nas famílias nucleares: criação dos filhos e divisão das atividades domésticas (THURLER, 2004; LYRA; MEDRADO, 2000; HOOKS, 2018).

Cabe lembrar que o Estado assumiu a responsabilidade legal pela proteção de Catarina (NASCIMENTO, 2013), assegurado pelo Código de Menores. Segundo Nascimento (2013), durante a vigência do Código de Menores, era comum que crianças e adolescentes pobres fossem retiradas de suas famílias e abrigadas por sua condição de pobreza. Essa prática tinha como argumento a proteção e o cuidado, sendo juridicamente respaldada. Com o ECA, Lei 8.069/90, foi proibida a destituição familiar por situação de pobreza, e o acolhimento sob forma de guarda de crianças e adolescentes órfãos e/ou abandonados também deixou de ser incentivado.

No ano de 2009, o artigo 34 foi reelaborado pela Lei 12.010/09, que dispõe sobre o aperfeiçoamento da sistemática prevista para garantia do direito à convivência familiar a todas as crianças e adolescentes, ou seja, a Lei Nacional de Adoção (BRASIL, 1990; 2009). Chama atenção, entretanto, que antes de 2009, o texto do ECA não especificava o que compreendia por “órfãos”, levando a interpretação de que o óbito materno, ao contrário do paterno, era imprescindível para justificar tal condição.

A noção de família nuclear heteronormativa, em que homem e mulher possuem atribuições sociais definidas e reafirmadas pelas instituições do Estado (THURLER, 2004; LYRA; MEDRADO, 2000; PEDRO, 2005; GROSSI; COUTINHO, 2017) permaneceu e foi reproduzida na história da entrevistada. Ademais, explicitou o que as autoras Mariano e Carloto (2009) propõem como uma operação ideológica: mulher = mãe e/ou família = mãe, ou seja, é preciso que uma mulher exerça a maternidade para existir uma mãe e constituir uma família. Exemplo dessa lógica foi a separação de seu pai, que levou Catarina e as/os irmãs/os ficarem “abandonadas/os”, precisando sobreviver em meio à desproteção social (BRASIL, 1990). Aos 13 anos, migrou de casa em casa em busca de estadia e acolhimento, pois não tinha onde ficar, o que caracteriza uma dinâmica de “situação de rua” (SILVA, 2006; ROSA; BRETAS, 2015):

Ele [o pai] se separou de novo e aí, cada um por si. Na cabeça dele, acho que ele tinha aqui assim ó: 'já estão grande, vão saber se virar'. E foi exatamente o que a gente fez. Arrumou emprego e: 'vai trabalhar e vai fazer a tua vida' ... Aí [o pai] desalugou a casa e foi embora para Porto Alegre. E agente ficaram ... a gente ficou em Pelotas, assim ó, cada um ficando cada dia na casa de um parente. Até porque era tudo menor ... e a minha irmã mais velha, acho que já estava cansada daquilo ... arrumou um serviço na casa de família e foi embora. Aí ficou eu e a minha irmã, que é antes dessa minha irmã mais velha. Aí a gente ficou trabalhando igual, se vendo, dormindo cada dia em uma casa. Aí quando ninguém quis mais, a gente foi pra Porto Alegre. Ai em Porto Alegre continuou tudo de novo: 'arruma emprego e tal e vai fazer a tua vida' (Catarina, 2018).

Esse contexto propiciou que trabalhasse desde nova em diferentes funções. Em Pelotas, iniciou trabalhando nas “safras”. Segundo Catarina: “era uma safra ... três meses, vamos dizer: pêssego, três meses ... daquilo ali a gente já pulava pra safra do aspargo, abacaxi, assim a gente ia levando, entendeu?” (Catarina). Além do mais, exerceu atividades na função de doméstica, faxineira, cuidadora; trabalhou em fábrica de conserva, em restaurante, em hotel, em universidade, em escola. Suas ocupações eram caracterizadas como extensões de atribuições consideradas “naturalmente” femininas, ou seja, restringiam-se ao trabalho doméstico e de cuidados (PEDRO, 2005; BLOFIELD; FRANZONI, 2014; ALVES; MIOTO, 2015). Retratavam as intersecções de classe, raça e gênero, visto que Catarina era uma mulher negra, desempenhando funções de pouca valorização socioeconômica, com uma história de marginalização da população negra (BAIRROS, 1995; CARNEIRO, 2003; LIMA; RIOS; FRANÇA, 2013; COLLINS, 2016; AKOTIRENE, 2018).

Catarina contou que durante os intervalos do trabalho, principalmente quando laborou na função de auxiliar de serviços gerais na UFSC, tinha uma rotina alimentar rica em carboidratos e gorduras (AGUIRRE, 2006):

Ah, eu não vou comer comida, eu vou comer coxinha! Como eu trabalhei muito tempo na

universidade pela empresa, aquela lanchonetezinha que tem ali bem atrás, do banco de sangue, no HU ... aí, chegava ali. Ela já sabia! Ah, era duas coxinhas, era salsinha ... Pra mim era uma delícia!!! Tudo que não presta, pra gente é o melhor (Catarina, 2018).

Assim como relatado por Salete, Maria e Laura, Catarina optava por comer “frituras/lanches/salgadinhos” em detrimento de uma refeição com alimentos variados (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005; BRASIL, 2006b; AGUIRRE, 2006). O trabalho na função de auxiliar de serviços gerais corroborava com o acesso à prática alimentar descrita, pois a renda favorecia a substituição de uma refeição por uma “coxinha”. Além disso, era uma questão de “gosto”, que se somava a sua propensão ao “doce”: “como um pote de arroz doce ... e aí faço um sagu quente (e como), porque pra mim tem que ser quente! Aí tira um pudim quente e já como!” (Catarina). No entanto, tinha ciência de que as “frituras” e “doces” não correspondiam a um tipo de alimentação considerada saudável e tampouco as definia como “comidas”.

Catarina notou que havia “engordado” quando foi comprar uma calça *jeans* e sua numeração havia mudado. Segundo seu relato, usava 46/48 e, nesse dia, precisou pedir uma numeração cada vez maior até provar uma calça número 56. Disse que o fato ocorreu há aproximadamente uns sete anos, período que seu pai tinha falecido. Associou que o aumento de peso estava conectado à vivência do luto do pai, bem como à ausência do filho, que trabalhava na função de garçom em um navio cruzeiro:

Isso aí me deixou [arrasada] ... nunca saíram de perto, né? Aí foi lá pra fora do Brasil ... Aí tu ... sabe, falta alguma coisa. Tu te tranca também. Aí quando ele voltou, passaram 10 meses, aí, assim, tipo ‘agora ele voltou, não vai mais’, aí passa dois, três meses e ele fala: ‘mãe, to indo de novo’. Aí passou aquele tempo, ele voltou de novo. Aí passou aquele tempo, ele voltou de novo, aí a minha filha tava grávida. Ai, pra mim, foi aquela alegria assim ... mas, outra dor quando ela falou assim: ‘mãe, eu vou morar com o pai da minha filha’. Aquilo ali me cortou de novo. Sabe? Ai tu passa sem dormir. Tu quer ver toda hora, tu quer cuidar ... essas coisas assim. Depois a filha até separou e voltou pra casa (Catarina, 2018).

Para Catarina, a perda do pai e o provisório distanciamento das/os filhas/os foram motivadores de seu distúrbio alimentar (WOLF, 2018): “tu não tem importância pra mais nada, é o comer mesmo. Ah ... ‘vamos comer!?’ Pois é ... é o comer, comer, comer, comer” (Catarina). Esclarece, no entanto, que esse movimento era ilusório à medida que “comer não trazia as pessoas de volta” (Catarina). Associou sua relação com o alimento à dependência em álcool e outras drogas, pois ao passar o “efeito”, o “problema ainda está aí” (Catarina).

Para Soares *et al.* (2017), a alimentação é legitimada socialmente e exerce um papel similar ao da droga psicotrópica pelo prazer proporcionado, pois ambas agem no mesmo sistema de recompensa. Nessa chave de interpretação, é possível compreender que alimentação significava, além de outros fatores, uma busca por “prazer”, mediante as destituições relatadas. Notadamente, Catarina narrou as opressões vividas desde sua infância, em que a “ausência” de proteção social, recursos sociais e materiais, circunscreveu sua história. Segundo Campos (2013), é difícil separar a alimentação da afetividade. O luto, portanto, pode interferir no comportamento alimentar e no aumento de peso, quando atrelado a uma busca incessante pela compensação da dor:

Eu cuidei do meu pai até ... (chorou) ele morreu nos meus braços! Então, fiquei com aquela coisa assim: ‘não fiz nada?!’ Aí eu comecei a ir lá na ... assistente social que tem na [Avenida] Mauro Ramos ... Aí eu conversei com ela e ela me disse: ‘olha, eu vou te dizer uma coisa, tu fez tudo que tu podia, só que a morte não dependia de ti ...’ então, eu fiquei com aquela coisa assim ó: eu fiz, fiz, fiz, o meu pai se foi e eu não fiz nada! Então, acho que isso aí que me torturava mais, sabe ... achar que eu não tinha feito nada ... o tempo inteiro ... Eu sempre tive bons colegas de trabalho. Tinha amigas que ficava pra mim o dia todo, pra eu ficar no hospital, daí no outro dia eu ficava pra elas ... a gente trocava bastante (Catarina, 2018).

O seu relato evidencia pelo menos quatro aspectos: 1) que o cuidado, principalmente quando prestado a familiares, é desempenhado majoritariamente por mulheres; 2) que a sensação de culpa e insuficiência se deu em um contexto de responsabilização pela proteção e reprodução social dos membros familiares; 3) que os serviços sociais pouco atuam

nas intersecções das demandas apresentadas, principalmente porque Catarina não dispôs de um acompanhamento psicossocial continuado na instituição mencionada; 4) que as redes de apoio são fundamentais para o acompanhamento de situações de adoecimento, seja da/o paciente ou da cuidadora e se restringe à solidariedade de familiares e/ou amigos/os.

Catarina revelou que as dificuldades oriundas do “peso” se referiam ao caminhar, pois já não conseguia andar “três, quatro quadras”, assim como Cecília e Maria. Outrossim, contou sobre a impossibilidade de usar “tênis”, pois não conseguia calçá-los, nem amarrar os cadarços. Seus calçados eram sapatilhas e chinelos: “se botasse um tênis tinha que depender de alguém pra pegar e puxar no pé. E aí? Eu to no trabalho, desamarrou o tênis, como é que eu vou fazer? É um troço assim que vai te incomodando” (Catarina). Essa dificuldade também foi apontada por Cecília, ao se privar do uso de salto alto por conta dos limites físicos.

O sentimento de “raiva” foi projetado por ela ao narrar as dificuldades de acesso a vestuário e calçados (CARDOSO; COSTA, 2007): “nada ficava direito por causa da gordura” (Catarina). Essas questões, acrescidas ao seu quadro de saúde, motivaram-na a procurar o tratamento cirúrgico da obesidade. Destacou que a apneia era sua principal questão de saúde, considerando as comorbidades da obesidade. Realizou tratamento médico com um profissional que a encaminhou para um especialista em Pneumologia no HU/UFSC. Na instituição, solicitou ao Pneumologista indicação para colocar um “balão intragástrico”, visto que não obteve sucesso com a tentativa de emagrecimento por meio de anoréticos (MELO; OLIVEIRA, 2010). Contou que o Médico disse:

‘Balão é muito caro e depois tu vais tirar o balão e vai voltar tudo de novo ...’ Aí ele disse assim: ‘tem uma médica aqui no corredor e se ela tiver ali, eu vou pedir pra ela vir conversar contigo. Ela é endocrinologista, tenho certeza que ela não vai negar’. Ela falou assim: ‘vou sim ... vou te ajudar, mas eu não posso te atender hoje e tal ... mas tem um médico que vai ...’ e foi lá e chamou o médico endocrinologista [do acompanhamento pré-cirúrgico] (Catarina, 2018).

O encaminhamento ocorreu, dessa forma, pela própria instituição, através das especialidades médicas que a atenderam no HU/UFSC. Contudo, Catarina já havia sido encaminhada anteriormente via SISREG pela UBS:

Há muito tempo, quando eu morava aqui na Costeira [bairro de Florianópolis], eu consultava no posto da Prainha e tinha uma médica que era médica do HU. Consultando com ela, ela disse: ‘Catarina tu não tem vontade de fazer a bariátrica?’ Eu disse: ‘ah, eu tenho tanto medo de fazer e tal’. Ela disse ... ‘mas eu vou te encaminhar’. Aí pegou tudo certinho ... só que nunca me chamaram, nunca, nunca ... Vieram me chamar depois que eu já tava em tratamento pré-cirúrgico, quando eu já tava no final (Catarina, 2018).

Diferentemente do encaminhamento da UBS, o realizado pela própria instituição foi célere, sendo conduzido como medida de “recuperação da saúde” na alta complexidade. Narrou que a Médica da UBS a encaminhou somente ao HU/UFSC, não havendo referência à equipe multiprofissional da APS para atendimento complementar com Nutricionistas, Enfermeiras/os, Assistentes Sociais, Psicólogas/os, Educadores Físicos, Fisioterapeutas. Sugeriu que a indicação para a cirurgia bariátrica foi avaliada por diferentes especialistas e que todos/as corroboraram com a necessidade da intervenção, por mais que não tenha expressado interesse imediato pela terapêutica.

5.8ANA

A entrevista com Ana ocorreu nas mediações do HU/UFSC, durante o período em que Maria estava no procedimento cirúrgico e ela estava na instituição para acompanhar seu pós-cirúrgico. A entrevista ocorreu em um corredor de pouca movimentação, próximo à clínica, pois a sala de passagem de plantão da equipe de enfermagem da UICI estava ocupada. Durou, aproximadamente, uma hora e trinta minutos. Segundo a participante, “falar” era uma forma de “livrar-se” dos seus sofrimentos, entretanto, geralmente não se sentia confortável para contar a respeito de si, porque receava ser discriminada ou vitimada por sua história.

Ana se denominou uma mulher negra de 40 anos de idade, mãe de duas filhas: Ângela, 15 anos, e Patrícia, 10 anos. Trabalha esporadicamente como cozinheira realizando trabalhos pontuais - produção e venda de acarajé e pães - e como faxineira. Tais atividades compõem a renda mensal, esta proveniente, em grande parte, do benefício de auxílio-doença. Ana justificou que o valor recebido pelo INSS é insuficiente para arcar com as necessidades básicas da família: “às vezes

é pouco pra poder pagar o aluguel e ainda comprar uma carne, um leite ... E, eu não deixo faltar nada em casa, eu não posso” (Ana).

Contou que é natural de Alagoas, mas com sete anos de idade foi “abandonada pelo pai na rodoviária de Aracajú” (Ana), onde permaneceu em situação de rua:

Ele [o pai] me abandonou e eu tive que me virar ... ele era casado com outra mulher. Ele era separado da minha mãe porque ele era muito violento e judiava muito da gente, dela ... de tudo. Minha mãe fugiu, ele acabou ficando com a gente e judiava bastante. E a minha mãe tinha dois filhos de outro homem e ele acabou ficando também com essa filha da minha mãe, que era de outro homem ... que acabou engravidando dele ... e a gente via tudo isso (Ana, 2018).

Para Saffioti e Almeida (1995), os homens cometem e sofrem violências no espaço público e exercem sua força física no espaço privado sobre as mulheres e crianças. A casa se constitui, desse modo, como mais um lugar de manifestação de violência, tanto para as mulheres quanto para as/os filhas/os, sendo ambiente de crueldades, humilhações, atos libidinosos e estupros. Bell hooks (2018) considera que o movimento feminista projetou a gravidade do abuso sexual masculino de crianças na família patriarcal. As autoras (SAFFIOTI; ALMEIDA, 1995; HOOKS, 2018) discorrem sobre a uma realidade vivida por Ana, em que as relações familiares foram expressão de um conjunto de violências em meio à pobreza extrema, à fuga da mãe, ao estupro da irmã, ao abandono de Ana. Diferentemente, de Catarina, Ana relatou que nunca foi “abrigada” ou acolhida institucionalmente durante o período em que esteve na rua:

Lá no Nordeste é diferente. Se você vai pra uma rodoviária de lá, você vê tanta criança na rua, e você se pergunta: como? E às vezes, até mãe que dá ... bebê, recém-nascido ... dá pra você ... não sabe se você é uma pessoa boa, não sabe se você vai cuidar. Mas, as vezes, dá, porque ela pensa assim, que você pode dar uma vida melhor, ou que eles não vão passar necessidade, ou, às vezes, porque foram abusados e, lá, até no Conselho Tutelar as crianças são estupradas. Lá o Conselho Tutelar não é uma coisa boa. A justiça, assim, se

vai numa delegacia, os policiais são piores dos que estão do lado de fora (Ana, 2018).

Sugeri, com isso, que dependendo do território onde se vive as desigualdades sociais são ainda mais violentas e determinam iniquidades no acesso às políticas públicas brasileiras, principalmente, para as mulheres e crianças, pobres e negros (BERBERIAN, 2015; ALVES, MIOTO, 2015; WERNECK, 2016). Para Ana, a pobreza extrema concentrada no nordeste do país (MONTEIRO, 2003) propicia que as mulheres/mães recorram a certas práticas menos comuns no Sul - abandono e adoção informal - motivadas por proporcionarem melhores condições de vida para suas/seus filhas/os, devido a um contexto de violências que demarca opressões de classe, raça/etnia e gênero (CRENSHAW, 2002; AKOTIRENE, 2018). Segundo ela, os órgãos de proteção e segurança nem sempre asseguram os direitos previstos, pelo contrário, além de se absterem, podem reproduzir o uso da violência no âmbito das instituições (BERBERIAN, 2015).

Tanto a realidade vivida por Ana quanto por Cecília e Catarina foi retratada pelos dados nacionais abaixo e revelam que crianças e adolescente em situação de rua são destituídas dos seus direitos fundamentais. Segundo pesquisa censitária nacional realizada, em 2011, pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente (SNPDCA), em parceria com o Instituto de Desenvolvimento Sustentável (IDEST), 23.973 crianças e adolescentes vivem em situação de rua. A pesquisa delimitou que, dentre elas, havia quatro situações distintas: 1) 59,1%, dormem na casa de sua família (pais, parentes ou amigos) e trabalham na rua; 2) 23,2% dormem em locais de rua (calçadas, viadutos, praças, rodoviárias, etc.); 3) 2,9% dormem temporariamente em instituições de acolhimento; 4) 14,8% circulam entre esses espaços.

A pesquisa mostra, ainda, que essa população é predominantemente masculina 71,8%, e de cor, ou seja, 49,2% se declarou parda ou morena e 23,6% negras/os, totalizando 72,8%. Segundo Silva (2006, p. 200), o fenômeno social da população de rua é caracterizado pela pobreza extrema, constituindo uma “expressão radical da questão social, que materializa e dá visibilidade à violência do capitalismo sobre o ser humano, submetendo-o a níveis extremos de degradação da vida”. Essa opressão de classe está articulada à opressão racial, visto que as sociedades capitalistas se desenvolveram sob atos de

violência e de escravidão dos povos negros (GILROY, 2012; CARNEIRO, 2011; AKOTIRENE, 2018).

Com a abolição da escravatura, no Brasil, a população negra alforriada permaneceu à mercê de condições sociais que garantisse seus direitos fundamentais, inclusive os referentes à habitação, sendo o espaço da rua uma alternativa de moradia e sobrevivência (SOUZA, 2017). A vida nas ruas é caracterizada por um conjunto de violações, sendo o trabalho infantil, a falta de moradia digna, o (in)acesso à educação, saúde, assistência social e demais garantias de direitos, algumas delas (SILVA, 2006; ROSA; BRETAS, 2015; DAVIS, 2016). Enquanto “menina de rua”, a violência sexual foi destacada por ela como uma opressão de gênero (VILLELA; LAGO, 2007; SOUZA; 2017):

Com 10 anos eu fui trabalhar numa casa porque, como eu vivia na rua, as pessoas faziam eu lavar roupa pra me dar um prato de comida ... Faziam eu fazer o que uma criança não fazia pra poder ganhar comida, água, entendeu? Então, na casa dessa mulher, o marido dela bebia e eu tava limpando e ele tentou abusar. Não chegou a abusar porque ela chegou na hora e tudo ... ele bateu muito nela porque ela chegou. E nisso eu fiquei revoltada, e comecei a cortar o cabelo bem curtinho, não fazer o pé, e eu não queria mais ser mulher. Eu queria ser homem. E comecei a fazer serviço. Preferia subir em coqueiro, tirar coco, manga, como ajudante de pedreiro ... essas coisas assim, do que trabalhar em casa de família, porque eu sentia medo. E, assisti muito assassinato, muita coisa na rua ... porque eu dormia em cima nos pés de árvore e embaixo, tinha muito assassinato. Eu cheguei a ver estupro, assassinato. Não foi fácil sabe? Eu tenho marcas no corpo disso ... e, as vezes, eu peço a Deus ... que não venhas as lembranças das coisas que eu vi na rua, não. As vezes eu dormia no cemitério, porque lá ninguém ia, então, era um local seguro. Eu tinha uma hérnia, desde criança ... estrangulou por lavar roupa demais pra ganhar um prato de comida: estrangulou a hérnia. Fora as cicatrizes do corpo, da alma, tudo ..eo tempo foi tratando de apagar ... às vezes tinha sandália, às vezes não tinha. Tomava banho de água salgada. Catava roupa. Pão no lixo, muitas vezes. Era a época que mais me machucava, o natal ... porque eu via todo mundo comendo e eu

não tinha ... e as vezes quando eu achava um pão, tinha outras crianças perto também e eu dividia com as outras crianças ... e a gente ficava sonhando que um dia a gente tivesse casa ... casa... e eu não gostava de natal (Ana, 2018).

Se, para as mulheres negras, segundo Akotirene (2018), inexistiu o tempo de parar de trabalhar devido ao racismo estrutural (ALMEIDA, 2018), inexistiu também o tempo de começar a trabalhar. Tal qual retratado por Ana, Salete e Catarina, o trabalho doméstico foi desempenhado logo na infância e reafirmou um lugar de “subalternidade” (HOOKS, 2018) das meninas e mulheres negras que extraem desta função sua sobrevivência (BAIROS, 1995; CARNEIRO, 2012; IPEA, 2012; COLLINS, 2016).

Assim como Salete, Ana narrou que o abuso sexual se deu no ambiente de trabalho e foi praticado pelo patrão. Embora tenha sido interrompida “pela chegada da patroa”, reafirma-se que tal violência não se configura apenas quando há penetração sexual, sendo seu relato uma expressão do abuso (BRASIL, 2006; SOUZA, 2017). A própria exposição “visual” a situações graves de violência, tais quais as citadas por ela - assassinatos e estupros - violam os direitos das crianças e adolescentes (BRASIL, 1990).

Da experiência de opressão pelo trabalho e por sua condição de menina/mulher foi que Ana desejou se “masculinizar”. Percebeu logo cedo que apesar de menino e menina viverem nas ruas e estarem às margens dos direitos humanos, as meninas são as que mais vivem a violação do seu corpo. As violências e o abuso sexual são frequentemente relatados por mulheres que vivem em situação de rua. Em geral, estes são praticados por homens na mesma condição, causando danos físicos e psíquicos. Além do mais, na rua, as meninas e mulheres são mais expostas e vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e prostituição (ROSA; BRETAS, 2015).

Ana afirmou repetidamente o quanto sofria por não ter uma alimentação digna (BRASIL, 2006; CONDE, MONTEIRO, 2006). Os dados da Pesquisa realizada pelo CONANDA, em 2011, informam que 28,4% das crianças que dormem na rua não se alimentam todos os dias, evidenciando a gravidade das violações relativas ao direito à alimentação, logo à saúde. A frequência alimentar, bem com a qualidade dos alimentos ingeridos dependiam da rua: ou encontrava no lixo, ou recebia em troca de trabalhos e “abusos”. Relacionou a “época de natal” com a vida de

“menina de rua”, ou seja, nessa condição faltava-lhe casa e família, mas, também, comida, principalmente, a de natal.

Saiu da situação de rua (SILVA, 2006) porque casou com Augusto, 19 anos, quando ela tinha 14 anos. Em suas palavras é possível perceber que o casamento foi uma estratégia de obter um lar: “eu conheci o meu marido, ele tinha uma família grande, e não era nem por amor, por nada ... é porque eu queria a família dele pra mim, entendeu? Então, eu vivi a vida inteira como se a família dele fosse minha” (Ana). Disse que casou determinada a “ter condições financeiras”. Com renda, poderia dispor dos cuidados diários, imprescindíveis às exigências do mercado de trabalho, para se candidatar a uma vaga de emprego. Deste modo, contou que trabalhou concomitantemente em dois restaurantes.

Com a relativa autonomia financeira, pode juntar dinheiro para procurar seu irmão e o restante de sua família. Disse que ter conquistado o acesso às necessidades básicas - “teto, casa, cama” - era insuficiente, pois não podia “dormir direito” sem encontrar o paradeiro dos seus familiares, bem como reconstruir sua própria identidade: “eu lembro deles muito pouco. Do rosto dela, que cor que ela é? Do rosto eu não lembro, eu sei apenas o nome da minha mãe e do meu pai” (Ana). Em Alagoas, segundo ela, os registros da cidade foram destruídos em um incêndio e não houve nenhuma possibilidade de reconstituir os documentos que poderiam direcionar sua busca pelo encontro dos familiares. Ana expressou mais uma violação vivida, ao narrar que estava impossibilitada de ressignificar sua história junto de sua família consanguínea.

A família de seu ex-marido era seu vínculo afetivo mais próximo. Contou que no início do relacionamento teve uma “gravidez desejada”: sua filha Ângela. Relatou que, passados alguns anos, seu ex-esposo teve um relacionamento extra-conjugal, com quem ele teve sua segunda filha. Para ela, o ex-esposo “começou a fazer a mesma coisa que o seu pai fazia” (Ana):

Eu senti a dor da alma. Eu achei que isso nunca poderia acontecer. Só que aí eu já tinha uma filha com ele. E eu tentei ainda ver se era um erro o que ele fez. Porque a gente começou a vida juntos né ... então, não é possível, né? Alguém apagar tudo isso assim. E aí ela engravidou, essa mulher. Ele já não me via como mulher, mas como empregada, e como eu trabalhava muito e queria dar uma vida melhor - não a vida que eu tive pra minha filha - ele não se importava mais com nada. Ele começou a

me judiar, sabe? A fazer coisas que machuca (Ana, 2018).

Dentre as violências e abusos, recorreu à Lei Maria da Penha. Foi encaminhada pelo serviço de acolhimento ao “abrigo” provisório (BRASIL, 2006a): “uma vez ele me bateu tanto que eu fiquei oito dias sem poder comer. Tinha uma vizinha que fazia café com leite e ficava me dando aos poucos, era a única coisa que eu conseguia engolir” (Ana). Sua fala demonstrou que havia certa solidariedade entre ela e sua vizinha. Relatou que ao chegar no Instituto Médico Legal (IML), a fim de realizar o exame de corpo de delito, notou duas fotos de mulheres na parede da instituição: uma era “clara” e outra era “escura”, narrou que ficou instigada com a imagem da mulher “clara”.

Perguntou para uma das profissionais do IML o que havia acontecido com uma “moça tão linda” para estar com o rosto “tão desconfigurado” na foto. Ana disse que a profissional se aproximou e lhe respondeu que se tratava de “uma burra que veio dar parte do marido e que não tem família e que foi morta” (Ana). Falou que ao escutar esta sentença foi embora pensando consigo que “era mais uma dessas” e desistiu de realizar a denúncia, pois, segundo ela, seria “aumentar a encrenca ainda mais” (Ana). Explicitou, com isso, a violência institucional sofrida em um serviço de proteção, carecendo de arranjos efetivos e de profissionais qualificados. Ademais, também se desestimulou a denunciar porque a família do ex-esposo trabalhava na área da “justiça”, de “família conhecida”, fato que considerou “contar muito no Nordeste” como meio de seguir impune. Diferente dele, Ana disse que não tinha uma família para lhe proteger, ou seja, sua condição de vulnerabilidade acirrava ainda mais as violações vividas.

Assim como Maria foi categórica em relatar os abusos que permearam o relacionamento com seu ex-companheiro. Além de manter relações sexuais forçadas, era constantemente repreendida. Em suas palavras: “ele dizia que eu não prestava, que eu não ia nunca ter outra pessoa, que eu era igual um urubu, porque eu não tinha família, que ele que me acolheu, que eu tinha que beijar os pés dele” (Ana). Seu relato revela que era assediada moral, psicológica, física e sexualmente (BRASIL, 2006). Referiu que após esse casamento se “trancou como ser humano” e que não se envolveu em nenhum outro relacionamento conjugal desde então.

Ana disse que vir para Santa Catarina foi uma oportunidade de se desvincular da violência doméstica sofrida (BRASIL, 2006a). Contou que recebeu uma proposta de trabalho e não hesitou em aceitar:

Apareceu uma mulher lá no meu serviço e perguntou pra mim se eu não tinha coragem de vir pra Florianópolis trabalhar ... aí eu perguntei se era muito longe de lá e ela disse: ‘muito longe daqui’. Então, eu disse a ela: ‘eu vou, com uma condição: se você pagar a minha passagem e da minha filha. Eu só vou com a minha filha, sem a minha filha, eu não vou’. Ela disse ‘eu pago’. Aí eu disse, ‘então, eu vou’. Ela disse ‘pode ir amanhã?’. Eu disse ‘posso’. Aí eu fui pra casa. Essa mulher era de Aracajú, mas casou com um homem daqui [Florianópolis]. Eu vim com tristeza no coração, porque a menina dele, eu tive que deixar, porque ela era registrada no nome dele e da mãe. Então, eu não podia trazer (Ana, 2018).

Em Florianópolis sobreviveu em condições adversas, pois narrou o quanto foi explorada em seu trabalho (ANTUNES, 2010). Não pagavam o salário, com a alegação de o “salário mínimo no Sul” ser inferior ao do Nordeste, bem como de descontarem o preço da passagem de transporte que as trouxe até Florianópolis, da roupa “de frio”, pois chegaram no inverno, assim como do custo da alimentação e da moradia da filha. O trabalho doméstico não remunerado desempenhado por Ana, conforme sua descrição, era análogo ao trabalho semi-escravo (FEITOSA *et al.* 2001):

Eu comecei a passar necessidade e fome ... porque eu não tinha dinheiro nenhum, pra dar café, comida pra minha filha. E comecei a pedir a Deus que aparecesse uma solução pra que ela não passasse as coisas que eu passei e que nós não se separassem. Então, eu comecei a estudar. Aí foi uma alegria da minha vida, porque foi um sonho de infância. Então, o café da noite da escola, a janta da escola, era ali no [bairro] Saco Grande ... eu levava pra minha filha toma café de manhã, que era pra ela poder ir pra escola. Porque se eu pegasse alguma coisa da casa pra dar pra minha filha ... era descontado. Gerou uma dívida que não existia (Ana, 2018).

O ingresso na Escola, além de um “sonho”, foi estratégia para acessar alimento para si e sua filha, com a “aprovação” da patroa. A

restrição alimentar esteve presente em diferentes momentos de sua vida. No período acima descrito, secundarizou suas necessidades nutricionais em benefício da filha, situação recorrente na vida de mulheres pobres e com obesidade (AGUIRRE, 2006). Ana relatou que foi preciso muita resistência para ir à Escola e, conseqüentemente, matricular sua filha. Mesmo assim, o fez porque tinha consciência das intervenções do Estado, ou seja, que se sua filha passasse fome e outras necessidades, poderia ser acusada de “mãe negligente” e ter sua guarda suspensa. Demonstrou, assim, as contraditoriedades das políticas do Estado brasileiro, pois, ao invés de ser a ela assegurado os direitos fundamentais, poderia ser “punida” por sua condição social (MONTEIRO, 2003; BERBERIAN, 2015).

A situação de trabalho que esteve submetida foi identificada pela direção da Escola que começou a estudar. Recebeu apoio do diretor da Escola, que a indicou para trabalhar na função de cozinheira no Centro Comunitário do bairro e, concomitante, auxiliou-a a encontrar uma *kitnet* que pudesse alugar com o salário que recebia do novo emprego:

Ele arrumou uma *kitnet* pra gente ficar ... e a gente ficou lá numa *kitnet*, e eu trabalhando ali no centro comunitário, ai juntar dinheiro e conseguir ver que as coisas eram diferentes ... conseguir comprar algumas coisas, e ... arrumei muitos amigos ... muitas pessoas. E, ele ainda me ajuda assim, ele gosta muito de mim. De final de semana eu ia fazer faxina, eu acabei ganhando a confiança de muitas pessoas importantes que me conhecem até hoje daquele tempo ... os professores que trabalhavam no Centro Comunitário que são meus amigos até hoje. E aí ... eu tinha como se fosse uma família. Então, eu trouxe uma amiga que eu tinha lá, de Aracaju ... porque ela sofria com o marido, como eu. Trouxe ela pra cá pra morar comigo, pra gente dividir o aluguel e ela contou pra ele [o ex-esposo, Alfredo] que eu tava aqui (Ana, 2018).

Ana contextualizou essa vivência, sobretudo, para localizar em que momento passou a cuidar permanentemente da filha do ex-esposo. Ao saber da sua residência atual, o ex-esposo veio para Florianópolis com sua filha (do relacionamento extraconjugal) e a deixou sob seus cuidados. Tornou-se a principal responsável e provedora da família (THURLER, 2004; LYRA; MEDRADO, 2000), uma vez que o ex-esposo não era

corresponsável pelos gastos com as filhas, dado também apresentado por Luiza e Estela. Assim como Estela, Ana também era beneficiária do PBF. Seu benefício foi cessado ao receber o auxílio-doença do INSS, após iniciar o tratamento da obesidade no HU. O auxílio-doença recebido foi fundamental para que não fosse despejada da casa que aluga. Nota-se que a desresponsabilização paterna pela reprodução social e afetiva das/os filhas/os marcou as narrativas das mulheres. Para ela, Angela e Patrícia “são apaixonantes e motivo de sua força de viver”, sua principal motivação de reconstruir sua história: “porque tinha uma hora que dava vontade de tirar a minha vida” (Ana). Narrou, com isso, as situações-limites de sobrevivência que as violações dos seus direitos fundamentais redundaram.

Apontou que o processo de obesidade foi notado após a separação, pois quando era casada, tinha condições financeiras para comprar alimentos variados, tempo para cuidar de si e fazer atividade física, academia, que “adorava”. Além do mais, segundo ela, não havia tanta preocupação em ter condições de arcar sozinha com as despesas que envolviam o cuidado e o “futuro das filhas”: “depois dessa separação é que eu comecei a engordar; parei de pensar em mim; e, depois de tudo que aconteceu [quando chegou em Florianópolis], eu vivia por elas ... não por mim” (Ana).

Assim como Salete e Cecília, Ana não relacionou o fato de trabalhar com alimentos com o aumento de peso, porque “quem cozinha, não come”. Relacionava o aumento de peso a aspectos biológicos:

Então, eu tenho tireoide, aquela que engorda. Tenho tumor na hipófise que faz com que inche mais o corpo. Pressão alta ... tomo remédio de pressão. Tive uma hemorragia que durou dois meses, mesmo sem ter marido, eles me deram aquele remédio pra evitar [anticoncepcional]. E só foi aumentando o peso ... cada vez mais (Ana, 2018).

Afirmou ter sofrido muita “discriminação interseccional” (AKOTIRENE, 2018), sendo violentada por sua cor e tamanho (CRENSHAW, 2002; RANGEL, 2017). Mencionou a incidência do preconceito racial no sul do Brasil, ao situar que era destrutada porque havia migrado do Nordeste para Santa Catarina e porque era negra (CARNEIRO, 2011):

Aqui [Florianópolis] é bom, mas ... da cor, do tamanho ... bastante [preconceito]! Meu Deus! Aonde eu trabalhei, ali com a Cristina, por exemplo, ela é manezinha daqui ela não gosta de “nega”. ... ela disse que não entende o que esses “nego” vem pra cá, tirar trabalho de pessoas de bem ... manezinhos (Ana, 2018).

Tal realidade foi problematizada por Maia (2017), no Portal Catarinas. Neste, a colunista debate sobre o racismo na “Ilha da Magia” e afirma, como Ana, que a população negra em Florianópolis tem sua liberdade limitada em comparação às pessoas brancas. Ana salientou que tal violência está inscrita em seu corpo, pois além da cor, há preconceito por ser considerada gorda. Descreve seu corpo como de “cor”, “grande”, feminino e pobre (BORDO, 1997; FERREIRA; MAGALHÃES, 2006; WOLF, 2018). Ampliou sua reflexão ao apontar que o transporte coletivo, por vezes, foi lócus de manifestação da gordofobia (ARRAES, 2014; CARDOSO; COUTO, 2017), tal qual evidenciou Salete, Luiza, Maria:

Quando você passa no ônibus todo mundo para e fica te olhando, achando que você não vai conseguir passar. É muito difícil isso, né. Já sentei num banco e uma moça disse assim: ‘devia ser proibido esse tipo de gente’ e levantar e ir pra outra cadeira. Então, você se sente um pouco excluída, quer queira ou não, você se sente excluída (Ana, 2018).

As atribuições de gênero vinculadas ao feminino sobressaíram em sua fala, considerando que os relacionamentos afetivos estariam condicionados ao emagrecimento: “eu tinha amigas que diziam bem assim, se eu emagrecesse, talvez, um dia, eu encontrasse um homem que gostasse de mim; um homem que mudasse a minha vida” (Ana). Suas amigas reproduziam o machismo ao lhe informar sobre a importância do casamento heterossexual, bem como noções equivocadas sobre “felicidade”, pois o corpo magro seria o caminho para um relacionamento afetivo, diferente do corpo gordo (MELO; OLIVEIRA, 2010; BETONI; GOLDENBERG, 2011; BIROLI, 2014).

As tentativas de emagrecimento foram motivadas por “dietas loucas” que não tiveram êxito, problematizadas pela literatura (BETONI; ZANARDO; CENI, 2010; SANT’ANNA, 2014; 2016). Anterior à cirurgia bariátrica, havia buscado orientação nutricional na APS, porém,

segundo ela, a dieta prescrita pela nutricionista não resultou no emagrecimento esperado, tampouco houve um esforço profissional para que Ana aderisse às recomendações. Na medida em que o discurso nutricional (OLIVEIRA *et. al*, 2008) se sobrepôs às suas necessidades, buscou o acompanhamento Médico com uma especialista em Endocrinologia pelo SUS, que a encaminhou para o tratamento cirúrgico da obesidade no HU/UFSC via SISREG. Ana sentiu-se privilegiada com a conduta Médica, tanto que considerou “irônico” tal encaminhamento. Segundo ela, era difícil acreditar que “pobres” poderiam ter acesso à cirurgia bariátrica.

O acesso à saúde, mesmo sendo um direito universal pela Constituição Federal de 1988, é desigual para a população, considerando os marcadores sociais de território, gênero, raça e classe (BRASIL, 2005; BARRETO, 2005; AQUINO, 2006; HENNING, 2015). Ana evidenciou que estava acessando a cirurgia bariátrica e que este acesso se deu em meio a um histórico de violação dos direitos sociais básicos, que impactaram no seu processo saúde-doença da obesidade (BRASIL, 2006b): alimentação, moradia, educação, trabalho e renda. Além do mais, explicitou o alcance da assistência em alta complexidade ao indivíduo com obesidade no SUS como uma política do Estado brasileiro que chega a populações em situação de subalternidade.

5.9 ELENA

A entrevista com Elena aconteceu no HU/UFSC, na sala de passagem de plantão da UICI, visto que a mesma estava internada para realizar o procedimento cirúrgico. Elena se declarou uma mulher de 60 anos. Residiu durante toda sua vida no mesmo município, Santo Amaro da Imperatriz, Santa Catarina. Estudou até o 4^a ano porque as séries mais avançadas eram lecionadas somente no centro da cidade, há 20 quilômetros de distância da sua casa. Elena tem 10 irmãs/os vivas/os, sendo que duas/dois faleceram ainda bebês. Casou aos 34 anos com João. O casal tem duas filhas mulheres e um filho homem. Reside em terreno próximo a casa que era de seus pais, atualmente falecidos, - sua mãe de “infarto” e seu pai de “câncer no fígado”, segundo ela. Seus pais, assim como Elena, sempre trabalharam na roça (BRUMER, 2004).

Elena descreveu aspectos do trabalho precoce, tanto em casa, quanto na roça (NEVES, 2007). Aos cinco anos, cuidava do “fogo embaixo da panela de feijão” (Elena) para que quando sua mãe chegasse do roçado o alimento estivesse cozido, sem, contudo, queimado.

Realidade também narrada por Cecília, Estela e Catarina, visto que, o trabalho no campo foi marco geracional de suas famílias. Elena também realizava o cuidado de seus irmãos mais novos, desde sua infância. Era responsável por levá-los para a roça, a fim de que sua mãe não se deslocasse para amamentá-los. Contou que aos sete anos, começou a laborar no roçado: “todo mundo tinha a sua enxadinha, assim - só que o pai e a mãe não deixavam a gente fazer o que não devia só trabalhar do jeito da gente - ele botava do lado dele e ia embora” (Elena). Tal problemática evidencia que o trabalho infantil no roçado configurou uma realidade vivida expressivamente por parte das mulheres entrevistadas.

Elena descreveu que plantavam “rama” para produção de farinha de mandioca no engenho e milho para produção de farinha de milho/fubá, na “tafona” (moinho). Criavam gado para “fazer dinheiro” e outros alimentos eram plantados para consumo familiar. A medida que ficou “maiorzinha” começou a ajudar na produção de farinhas, situação que exigia superar as intempéries do clima diante da pobreza (NEVES; 2007). Ou seja, lidava com a escassez de vestimentas no inverno porque os moinhos eram gelados e as condições eram poucas: “naquela época era um casaquinho daquele de pelúcia e um vestidinho dessa largura, porque, não podia deixar de servir logo, tinha que durar o ano todo - calçado pra botar no pé!? Não, não tinha” (Elena).

Mesmo após a aposentadoria, continuou laborando no campo, pois preferia o trabalho da roça que “ficar em casa”, atividade valorizada por ela e também por Cecília. Assinalou com isso que o trabalho - da roça ou da casa - constituía sua principal ocupação em detrimento de outras atividades de lazer, cultura, educação, arte, e/ou, de exercício físico (OLIZ; DUMITH; KNUTH, 2018; BIROLI, 2018). Ou seja, continuou contribuindo com a agricultura familiar, cultivando tomate, vagem e abobrinha; e, plantando milho e aipim para o consumo próprio. Destaca-se que as mulheres são elementares no cotidiano do campo, inclusive, porque, são elas as principais responsáveis pela reprodução social da família: procriam, nutrem seus bebês, alimentam os familiares, limpam e organizam a casa, administram o acesso à educação e à saúde dos filhos, concomitante à lida no roçado. A tripla jornada de trabalho reflete desigualdades de gênero no meio rural, visto que as atividades exercidas por elas são comumente associadas à “ajuda”, justificando, até mesmo, que a renda proveniente do ofício seja administrada pelos homens (GROSSI; COUTINHO, 2017).

Os movimentos sociais rurais e o movimento feminista camponês são importantes frentes das pautas reivindicatórias das mulheres do campo, sendo determinantes na conquista e luta, por exemplo, da

previdência social rural - sendo Elena a única aposentada das entrevistadas. As desigualdades de gênero, também são questões fundamentais dentro dos movimentos e evidenciam que, no campo, as mulheres rurais sofrem com a opressão de gênero: as relações conjugais, heteronormativas, são assimétrica e colaboram para o isolamento social e submissão das mulheres do campo aos homens (GROSSI; COUTINHO, 2017).

Assim como Estela e Ana, Elena foi beneficiária da Política de Assistência Social (BERBERIAN, 2015). Inicialmente acessava o benefício “Bolsa Escola” e depois passou a acessar o “Bolsa Família”. Foi situada enquanto mãe e responsável familiar pelo cumprimento das condicionalidades inerentes ao programa de transferência de renda. A denominação de “responsável familiar” foi apresentada por ela enquanto interrelacionada ao seu processo de obesidade. Ou seja, a vivência do feminino e das atribuições tradicionais de gênero redundaram no aumento de peso, em suas palavras:

Foi desde o primeiro [filho]. Eu casei eu tinha 70 quilos, com 34 anos. Aí eu engravidei do meu filho mais velho, foi pra 78 quilos, o peso com ele, claro que quando o bebê nasce diminui. Na recuperação e na amamentação, tem gente que emagrece, eu só fui engordando. Quando eu fui pra segunda gravidez, eu já tava com oitenta e poucos quilos. Quando eu fui pra terceira... quando eu vi eu tava com 92 quilos (Elena, 2018).

Disse que engordou após as gestações, dentre outros motivos, porque comia muito e não se preocupava com a sua estética corporal, em suas palavras: “já estava casada mesmo” (Elena). Explicou que era orientada, principalmente por sua sogra, a “comer bastante para dar leite” - concepção compartilhada por outras pessoas de sua família como sabedorias passadas oralmente por gerações de mulheres. Considerou, no entanto, que essa orientação não condizia com as suas necessidades nutricionais derivando em excessos. Comia em grandes quantidades no pós-parto, porque desconhecia outras informações em saúde que não fossem as repassadas pela sogra e reafirmadas por sua família (BAIÃO; DESLANDES, 2006; 2010): “feijão, arroz... carne, não olhava se tinha bastante gordura... colocava pra dentro! Carne, quanto mais gordurosa mais gostoso! Quer ver um churrasco, sem uma gordurinha não vale nada” (Elena).

Na citação acima, introduziu também, que a condição de “casada” a autorizava comer o que tivesse vontade. Essa narrativa remete à noção de que estava determinada ao matrimônio e à maternidade, pois, precisava se alimentar para nutrir suas/seus filhas/os - conforme solicitava sua sogra. Por mais que tenha relatado uma suposta “despreocupação” com o corpo após o casamento, não se assujeitou a essa condição. Pelo contrário, continuou buscando estratégias de cuidados - antes respaldadas pela noção de “comer bastante” para nutrir seus filhos e, depois, norteadas por recomendações da área da saúde para controlar o seu próprio peso corporal (BIROLI, 2018; ORBACH, 1978).

Ao se deparar com o aumento de peso, procurou alternativas de emagrecimento na UBS. Disse que uma enfermeira a convidou para realizar uma reeducação alimentar e que essa estratégia teve bons resultados, uma vez que conseguiu emagrecer. Disse, no entanto, que após cessar o acompanhamento não conseguiu manter o peso conquistado. A reeducação alimentar, enquanto uma das ofertas de serviço do SUS, foi destacada por ela - diferentemente das demais participantes que não relataram participar desse tipo de serviço, apontando fragilidades no acesso à atenção primária em saúde. Relatou que foi possível “diminuir a quantidade de alimentos” (Elena) após a reeducação, mas que, com a menopausa, seu peso aumentou “para cento e poucos quilos” (Elena). Essa situação, motivou-a a buscar tratamento, disse que solicitou na UBS que fosse encaminhada para um especialista em Endocrinologia, pois, a partir da mídia televisiva tinha conhecimento que essa profissão tratava de questões relacionadas ao “peso”.

Acerca do processo saúde-doença, mencionou que atualmente “não pega no pesado na roça” (Elena), devido às fortes dores que sente na coluna. Cabe ressaltar que Cecília, assim como Elena, também narrou um processo de “adoecimento” relacionado ao trabalho na roça. No mais, mostrou que, devido ao “peso” não conseguia cruzar as pernas e que se fosse sentar, precisava que alguém lhe ajudasse a levantar. Relatou que criou estratégias para lidar com os obstáculos: “quando eu ia tomar banho, pra eu lavar o meu pé eu tinha que botar esse joelho no chão e aí lavar esse pé, depois o contrário. Para amarrar o cadarço eu ficava em pé, botava o pé na beirada da cama e amarrava” (Elena). Disse que não gosta de se visualizar no espelho, porque sua “barriga” lhe incomodava esteticamente. Elena não possui nenhuma calça *jeans*: “me amarra toda, eu acho mais difícil que essas [calças de malha]. Eu não fico com os movimentos livres, fica tudo trancado” (Elena). A noção de aprisionamento embutida na calça *jeans* pode referir-se à exclusão que significa ser uma mulher que não detém um corpo magro:

Eu me sentia inferior aos outros. Eu vejo mulher bonita, que coloca uma roupa e fica bonita. A gente nem consegue comprar uma roupa bonita, e quando é bonita é o olho da cara que a gente nem tem pra comprar. E nunca fica tão bem como numa que tem uma cinturinha bonita (Elena, 2018).

Elena destacou que quem está “fora do padrão estético” têm que arcar duplamente com a exclusão social derivada pela falta de acesso ao vestuário: emocionalmente, pois os efeitos da discriminação gordofóbica são vividos individualmente e, economicamente, pois há uma responsabilização da condição vivida por mulheres gordas em situação de pobreza, visto que, “as roupas são mais caras” (Elena). Elena considerou que “ninguém é gordinha porque quer” (Elena). Partiu de sua experiência pessoal para sinalizar que está frase, geralmente, é mal-empregada. Ou seja, não exprime sua realidade tampouco amplia a compreensão sobre o que significa “estar gorda”. Ademais, desconsidera aspectos sociais e de gênero.

A partir de si, Elena assume a defesa de pessoas que estão na mesma situação, trazendo o debate para uma dimensão social e problematizando nuances da gordofobia, naturalizada e reproduzida no cotidiano:

Sabes o que eu penso quando eu vejo uma pessoa assim? Fico com pena. Sinceramente. Quando eu vejo uma pessoa aí que é bem gordinha. Porque eu penso que aquilo não é porque eles querem. Porque aí eu sinto o mesmo que eu sinto por mim né. Eu sempre pensava assim, ‘nossa, eu sou gorda, mas eu não queria ser’. Aí quando alguém falava alguma coisa sobre obesidade, eu sempre dizia ‘ninguém é gordo porque quer’. Tem gente que pensa que é por relaxamento, ou sei lá o que. Eu discordo! (Elena, 2018).

Para Elena, o acesso ao tratamento cirúrgico da obesidade ocorreu mediante sua insistência em consultar com profissionais especialistas em Endocrinologia. Embora o Médico da Saúde da Família não tenha avaliado a necessidade deste encaminhamento, Elena insistiu: “aí o Médico disse que eu não precisava. E eu falei ‘eu quero e pronto’. Aí quando ele viu que eu tava insistindo que eu queria mesmo, ele fez o encaminhamento” (Elena). Realizou as primeiras consultas na Policlínica,

posteriormente, foi encaminhada via SISREG o HU/UFSC. Segundo Elena, foi a melhor coisa que lhe aconteceu. Situou que no tratamento clínico realizado no HU/UFSC, não conseguiu diminuir o peso conforme as expectativas do profissional que a atendia, em suas palavras:

Pedi que eu fizesse a dieta direitinho, comesse mais integral, ao invés de comer três vezes no dia como eu fazia. Era pra comer no mínimo umas cinco, seis..aí comecei a fazer.Ele queria que eu baixasse o meu peso bem mais do que eu conseguia baixar. Eu fui de 110 pra 92,93...Quando eu chegava aqui [HU/UFSC] ele perguntava como eu tava. Eu falava: ‘tudo bem’. Aí quando ele perguntava do peso eu dizia ‘eu sou daquelas que se eu comer uma bocada de pão eu mantenho o peso e se comer duas eu engordo’. E é assim. É uma tentação. Se eu desse uma bobeirinha quando eu via eu tava com 94 quilos, chegando os 95. Aí pra baixar isso dava o bixo. Aí como eu tenho colesterol alto, diabetes, pressão alta, problema de coluna. Aí ele me encaminhou para a cirurgia e disse que isso tudo ia melhorar (Elena, 2018).

Sua narrativa sugere que as dificuldades em seguir a dieta recomendada, além das comorbidades associadas à obesidade - "colesterol alto", "diabetes", "pressão alta", "problema de coluna" - foram as justificativas para que o tratamento cirúrgico ocorresse de acordo com as prescrições da Portaria n. 424/2013.

5.10 ANTÔNIA

A entrevista com Antônia ocorreu durante a internação para a cirurgia bariátrica no HU/UFSC e foi realizada, em seu leito, no quarto da UICI. Teve a duração de uma hora e cinquenta minutos sendo interrompida pela equipe de enfermagem para administrar medicações e, posteriormente, para servir o jantar. Antônia é uma mulher de 55 anos e denominou-se “de origem alemã”, tem quatro irmãs e dois irmãos, sendo a mais velha da família. É viúva e disse que, desde 2008 não “teve” mais nenhum companheiro, situação que a faz sentir-se sozinha. Segundo Antônia, a falta não é “nem uma necessidade de cama” (Antônia), mas de ter alguém para conversar.

Antônia, é natural de Correia Pinto/SC e reside, atualmente, na Praia do Sonho - Palhoça/SC - em casa própria com seus dois filhos vivos: Lucas, 26 anos e Pedro, 29 anos. Foi mãe de três filhos. Em 2012 se despediu, repentinamente, de seu filho mais novo, Jorge, que tinha 22 anos quando faleceu. Jorge sofreu um acidente de trânsito no percurso para o trabalho. Era empregado em uma indústria de refrigerantes, no município de Antônio Carlos/SC, quando foi atropelado. Antônia contextualizou, emocionada, que o ambiente hospitalar recompunha aquela experiência, em suas palavras: “essas camas de acompanhante eu nem gosto de ver, porque eu lembro dele. Aqueles canos grossos na boca... Meu filho já saiu entubado da BR” (Antônia). Revelou, desse modo, que a ambiente hospitalar pode suscitar a rememoração das perdas e lutos (CAMPOS, 2013), acentuando a necessidade de acompanhamento multiprofissional no período transoperatório.

Contou que recebeu indenização, visto que seu filho tinha um seguro de vida da empresa. O dinheiro recebido foi investido na reforma da casa que reside atualmente: “aí a minha casa tava caindo e eu arrumei a casa, mas não por fora. Foi muito triste. Eu tive que assinar até os dias que ele trabalhou. Assinei o ponto pra ele. A empresa me chamou, me pagou seguro, me pagou comissão” (Antônia). Segundo Mizziara, Mizziara e Rocha (2014) o acidente no percurso de trabalho por motocicleta, é uma questão de saúde pública no Brasil. O deslocamento por motocicleta, tem sido difundido, pelo baixo custo e agilidade que viabiliza o transporte se considerarmos a problemática da mobilidade urbana - no caso, na Grande Florianópolis. O perfil dos acidentados, aponta para a intersecção dos marcadores sociais (HENNING, 2015) de classe, gênero e geração, uma vez que é prevalente entre os jovens do sexo masculino, trabalhadores e de baixa escolaridade (MIZIARA; MIZIARA; ROCHA, 2014).

O sofrimento relatado em razão da perda precoce do filho foi ímpar em sua narrativa. Relatou que as precárias condições de vida (NEVES, 2007) também redundaram em experiências de sofrimento e se inter-relacionaram ao seu processo saúde-doença (BATISTELLA, 2007). Começou a trabalhar, ainda criança, principalmente, para comprar o material escolar. Aos sete anos, seu pai a “colocou na aula” e aos 10 anos, trabalhava na roça em condição semelhante à descrita por Estela: “por dia, capinar terreno. No município chamavam bastante pessoas pra limpar uma roça grande. A gente tinha que faltar na escola pra ir trabalhar pra ganhar dinheiro pra comprar lápis e caderno” (Antônia). Estudou até a 4ª série, visto que só era possível continuar os estudos se morasse na cidade. A remuneração financeira, advinda do trabalho infantil, foi uma possibilidade de estudar até a 4ª série e auxiliar na renda familiar. De

acordo com Neves (2007) é evidente que o trabalho infantil é uma resposta a miséria material e social da sociedade. Constitui, majoritariamente a realidade de países de desenvolvimento econômico dependente, impactando no processo saúde-doença da população (BATISTELLA, 2007; NEVES, 2007).

Ainda sobre sua infância, Antônia narrou desigualdades de gênero para além das que pontuou sobre classe (BIROLI, 2018). Ela percebia que havia um tratamento diferenciado, desde criança, entre ela e o seu irmão mais velho - ou seja, entre meninas e meninos: “esse meu irmão faz o que quer, fala o que bem entende. A mãe bajula, toda vida assim. Quando eu era pequena eu questionava. Até hoje eu penso o porquê que eles [os pais] eram mais ruins pra mim” (Antônia). Demonstrou com isso, que o machismo pode ser reproduzido e reforçado pelas próprias mulheres, visto que sugeriu diferenciações no tratamento dos filhos. Apontou que essa incompreensão a acompanhou até os dias de hoje mesmo que se questionasse desde criança. Bell hooks(2018) considerou que uma das principais dificuldades do movimento feminista era evidenciar o sexismo na família, pois, com muita frequência as próprias mães transmitiam o pensamento sexista. Ou seja, a reprodução das desigualdades sociais nas relações familiares é um paradigma da própria práxis feminista.

Antônia continuou narrando as assimetrias de gênero notadas por ela. Casou aos 18 anos, para “sair de casa” e “não por amor”. Mostrou-se bastante convicta que se tratava de uma questão de opressão de gênero e classe, visto que os recursos eram escassos e a cultura “patriarcal” (MIGUEL, 2017) impedia que Antônia vivesse certas experiências que valorizava. Em meio ao que lhe era possível, criou estratégias para se desvincular do poder do pai, no entanto, percebeu que essa relação foi reatualizada no casamento:

Eu era muito burra, sabe? Eu não tive orientação, o meu pai não me deixava nem ir nos jogos de bola, nem em festa. Eu me casei com 18 anos pra me livrar do meu pai. Eu não podia trabalhar fora, eu não podia fazer nada. Eu casei porque eu não podia estudar, eu não podia trabalhar na casa dos outros – porque o pai dizia que os donos da casa iriam me agarrar, iriam me estuprar. Eu casei com uma pessoa que tinha 25 anos, hoje em dia eu digo que era ruim em tudo, não me agradava. Se eu tivesse conhecido ele hoje, eu diria que não prestava nem pra cama. Era uma pessoa muito ruim, já morreu também. Eu casei virgem com uma pessoa que não

valia a pena... era assim, ele foi noivo de outra mulher, depois eu fui morar com ele. O meu pai fez casar e eu casei, pior coisa que eu fiz, casei no civil, mas eu ganhei presente, ganhei prato. Até peguei pensão dele. Casei no papel. Pra isso prestou. Me casei com 18 anos, burra, não sabia nem o que era sexo, não sabia nem o que era levant(...) (risos) não sabia nem o que era tesão que os homens tinham, uma prima minha falava umas besteiras lá mas eu nem entendia nada. Não sabia nada de sexo, não sabia nada de cama, não sabia nada, nem o que acontecia, sobre gravidez nada, muito burra nesse ponto. Com seis meses ele disse que tinha que me devolver, aí eu não queria me separar. Eu sofri muito, eu não comia, eu não bebia. Minha vó fazia chá de sítio, o chá que eu tomava, acho que era cidreira... Eu queria morrer. Chorava, chorava, chorava. Eu fiquei na cama uns dois meses. A minha avó foi fazer um chá, aí eu disse que queria ser cega pra não incomodar, aí ela dizia ‘não pense que os cegos não se apaixonam, não é o olho, é o coração’ (Antônia, 2018).

A situação descrita por Antônia, possibilita evidenciar, pelo menos, seis questões: 1) A restrição na participação das atividades de lazer da comunidade, podia ser relativa ao “dinheiro” para o acesso, mas, sobretudo, vinculada ao fato de “ser mulher”. 2) A limitação às atividades de trabalho, externas ao circuito da família, revelava a vulnerabilidade das mulheres às relações de trabalho, cujo assédio sexual é uma realidade, principalmente na função de domésticas. 3) O casamento, enquanto uma instituição, possibilitou a saída da família parental, mas, no relato dela, reproduziu hierarquias de gênero em relação ao lugar da mulher na família. 4) A “devolução” sugeriu uma compreensão que a mulher é objetificada a “mercadoria”, sendo possível “devolvê-la” - o que remete a lógica da cultura “patriarcal” (MIGUEL, 2017). 5) A sexualidade feminina é politicamente reprimida uma vez que os direitos sexuais e reprodutivos são pouco reconhecidos. 6) Os benefícios sociais adquiridos, muitas vezes, são a possibilidade de proteção social das mulheres.

Com outras palavras, sua narrativa sugeriu a importância da educação formal para as mulheres, bem como, a autonomia de participarem das atividades sociais, de lazer e políticas dos territórios que ocupam (PEDRO, 2005; WOLF, 2018). A violência de gênero implica na restrição das mulheres a espaços sociais considerados perigosos, sendo, o

receio em relação à “violência sexual” uma realidade de opressão de mulheres e meninas (BRASIL, 2006a; BIROLI, 2018). Demonstrou que a desorientação e desinformação sobre sexualidade, direitos sexuais e reprodutivos, contribuem para as desigualdades em saúde das mulheres (AQUINO, 2006).

Posterior ao término do primeiro casamento, trabalhou de doméstica em um sítio. Relatou que lá foi “bastante explorada”: “eu acordava às cinco da manhã, tirava leite, fazia queijo, limpava a casa e fazia comida, a mulher era professora num sítio. Ela tinha um marido, ele me agarrava. Ela tinha 4 filhos homens” (Antônia). Antônia atrelou ao trabalho realizado a exploração de trabalho e sexual vivida por ela. Essa realidade faz consonância com as narrativas, principalmente, de Salete e Ana. Demonstrou que a condição de mulher e de trabalhadora, esteve associada a opressão de gênero e de classe (BIROLI, 2014; SOUZA, 2017). Além do abuso perpetrado pelo patrão, foi vítima de violência sexual cometida pelos demais moradores da casa (BRASIL, 2006a):

Os patrões saíram e os quatro filhos, quatro homem. Eles pegaram... disseram depois que eu fui culpada, como eu ia ser culpada? Os rapazes eram grandes, mas eles eram novos... mais novo. Eles eram acostumado... me ençaram, me deram um beijo que nem um peixe e me arrastaram. Tiraram a minha roupa pro outro menino transar comigo. Um dos rapaz. Todos os quatros ajudaram, dois me segurou com a corda, puxou, o outro tirou a roupa e o outro 'coisô'. Como é que eu ia dá conta de quatro homem, né? Mas que teve sexo foi só um (Antônia, 2018).

Retratou que foi “ençada” como se “laça” animais no sítio. Mesmo que houvesse diferenças geracionais - pois os “meninos” eram mais novos - ela estava numa condição de “subalternidade” por ser mulher e empregada doméstica (HOOKS, 2018). Contou que foi, inclusive, culpabilizada por eles, remetendo a equivocada noção de que a vítima é a principal responsável pela violência sexual (MATTAR *et. al*, 2007). Ademais, não podia revelar a violência sofrida porque, segundo suas palavras: “se eu dissesse eu ia ficar de louca, eles tinham dinheiro, eles eram fazendeiros! Essa gente era dona do lugar, tinha terras, sítio, gado, ovelha, porco, galinha” (Antônia). Essa reflexão, aponta que as condições financeiras dos homens justificam à violação de mulheres trabalhadoras, nesse caso, em situação de vulnerabilidade social - situação

descrita por Maria e Ana. A violência sexual, ocorreu no ambiente de trabalho, mas também rua e dentro de sua própria casa.

Antônia foi morar junto com familiares, em São Pedro de Alcântara/SC, aos 22 anos de idade, para trabalhar na função de cuidadora do casal de idosos em troca de moradia. Ou seja, não era remunerada pelo trabalho prestado, revelando a exploração que estão submetidas as mulheres que realizam o serviço doméstico e de cuidados (CARNEIRO, 2011; SORJ, 2014). Para dispor de renda, trabalhava, concomitantemente, em um restaurante, no município de Florianópolis. Antônia narrou que a sexualidade enquanto tabu na sociedade, a falta de informação e orientação sobre os direitos sexuais e reprodutivos derivaram em uma gravidez não planejada. A deserção da paternidade (LYRA; MEDRADO, 2000; THURLER, 2004), assim como, retratada por Luiza, Estela e, de certo modo, Ana; repercutiu na vida de Antônia. A participante analisou que a paternidade deveria ser um exercício compartilhado pelos genitores e, incluir responsabilidades financeiras e demandas de cuidado:

Eu tinha 24 anos quando ganhei o Pedro (...) um descuido meu. Eu achava que nunca ia ficar grávida... um descuido, não tinha namorado, era uma saída... um rolo lá que teve... rolou um sexo lá... e tive o filho, e esse cara, o pai do Pedro, eu não considero como pai. Eu não quis botar ele na justiça, de tola. O Pedro tem essa idade [29 anos] e ele deu 10 reais só. A minha tia que criou o Pedro. Eu tava com o Pedro, 6 meses, morando junto com a minha tia. Eu não gosto nem de lembrar, aquilo lá foi muito triste. Eu fiquei na rua. O meu tio me botou pra rua embaixo de chuva da casa. A minha tia não tinha aquele pulso. Ele mandava nela, e eles tinham o salário igual (Antônia, 2018).

Essa realidade demonstra que a opressão de gênero foi demarcada durante todo o seu relato e que, articulada a condição de pobreza, redundou em violências. Destacou que, assim como, Estela, Ana e Catarina, esteve em "situação de rua" (ROSA; BRETAS, 2015). Seu olhar crítico para as experiências vividas, inclusive para as opressões de gênero, foi retratado ao problematizar a submissão da sua tia ao esposo. Ou seja, mesmo que sua tia recebesse o mesmo salário que o marido, havia relações de poder que explicitavam assimetrias de gênero. Para bell hooks (2018) o trabalho ou a renda equivalente entre homens e mulheres, não libertam as mulheres da classe trabalhadora da dominação masculina.

Contou que seu filho Pedro foi criado por sua tia, visto que não dispunha de uma rede de proteção e de acesso às políticas públicas para si e para ele. Após o falecimento de sua tia, Pedro foi morar com ela. Atualmente frequenta a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), bem como, recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Na juventude, não conseguia garantir sua subsistência e a do filho, porque o trabalho era muito e o dinheiro era pouco:

Porque eu trabalhava em restaurante aí não tinha creche do governo perto de onde eu trabalhava, a creche era muito cara, eu ganhava um salário mínimo. Quando eu vim pra Florianópolis eles me exploraram muito, eu trabalhava dia e noite por um salário mínimo. Eles davam casa pra morar e aproveitavam. Os patrões eram muito espertos. Eu trabalhava assim: de manhã, eu era a primeira a chegar e a última a sair. Eu era ajudante... as patroas era cozinheiras, mas era eu que cozinhava, limpava, tudo... era eu e ela. Eu precisava de dinheiro... ou eu tinha dinheiro pra comer ou passava fome e não ganhava nada. É assim, eles contratam a gente pra ajudante, mas na verdade você limpa, você cozinha (Antônia, 2018).

Nesse contexto, revelou que a gestação de Pedro decorreu de violência sexual intrafamiliar (BRASIL, 2006). Disse que sentia “culpa” e “arrependimento” por não ter revelado ao falecido pai, porque considerou que privou ambos (pai e filho) de uma possível relação familiar (THURLER, 2004; LYRA; MEDRADO, 2000; HOOKS, 2018). Contou sobre o abuso sexual apenas para este estudo, para a psicóloga do serviço, para as irmãs e cunhadas que vão auxiliá-la após a cirurgia. Demonstrou com isso que as violências de gênero não foram abordadas nos serviços da rede de saúde e assistência social que acessou, tampouco, havia uma rede de proteção para assegurar os encaminhamentos de saúde e psicossociais:

O meu primo que faleceu que era assim... eu trabalhava muito, não era mentira. Eu tava dormindo na casa da minha tia, tranquei... mas ele entrou pela janela. Eu tava cansada eu trabalhava muito e não era que nem hoje... a gente acordava cedo. Era de manhã e de noite. Eles [os patrões] me deram uma folga e eu fui pra minha tia. Ele abriu a

janela e entrou, quando eu vi ele tava em cima de mim. Esse meu filho, o mais velho... foi um estupro que eu não pude (Antônia, 2018).

Antônia repetiu insistentemente o quanto se sentia "culpada" por não ter denunciado o "estupro", porém, ela própria narrou que não havia uma rede de apoio nem de proteção à mulher para denunciar as violências sofridas (BRASIL, 2006a). Além do mais, tratava-se de uma violência intrafamiliar, situação que a submetia às hierarquias de gênero para que fosse "acreditada", segundo seu relato. Essa circunstância responsabiliza triplamente às mulheres pobres pelas violências vividas: primeiro porque são consideradas historicamente responsáveis pelos abusos (MATTAR *et. al.*, 2007), segundo, porque tem que arcar com a reprodução social das/os filha/os gerados em meio à violência sexual, e, terceiro, porque carregam sozinhas o “peso” de não revelarem a paternidade das/os filha/os.

As violências foram sofridas em mais uma circunstância narrada por ela. Dessa vez, foi violentada por um profissional, cuja atitude foi inesperada por elas, pois entendia que o profissional lhe garantiria segurança ao invés de violações:

Eu saltei errado [do ônibus] e tinha um posto com dois policial. Eu não sei porque... eu achei que, era polícia... polícia... esse também foi sofrido, ele foi. ... se não ele me matava. Eu fui muito burra (interrompidas pela enfermeira), ele disse 'eu posso te levar em casa?'. Eu disse que sim, mas não pensei em outra coisa. Aí ele deu um jeito de ir numa construção... assim, numa coisa, aí quando ele deu um jeito de fazer eu entrar - eu não queria - ele disse 'você vai'. Ele não chegou a tirar a arma mais ameaçou, se eu não... ele pegou, em pé, me pegou assim num canto, tirou a minha roupa... eu fiquei parada - hoje eu digo, eu fiquei com uma... como diz? Só que todo o sentido, eu tive raiva, ódio, ódio.... Sentia mas nunca falei isso (Antônia, 2018).

Ademais, a narrativa de um passado sofrido em que “passar fome” (MONTEIRO, 2003) era uma realidade, foi descrito por Antônia e também por Maria, Estela e Ana. Tal como, Salete e Ana, Antônia trabalhou em restaurante. Assim como, grande parte dos relatos deste estudo, desenvolveu o trabalho de cuidados: “eu trabalhei. Eu cuidei de

uma mulher que tinha dado derrame, e cuidei de uma senhora que tava na cadeira de roda, aí a minha tia que faleceu... Eu trabalhei só um ano de carteira” (Antônia). A desproteção social demarcou sua trajetória: “14 anos com uma mulher, mas ela nunca me assinou a carteira. Na verdade, era empregada, porque eu lavava roupa, fazia comida” (Antônia).

Percebeu que começou a “ganhar peso”, após o segundo casamento embora tenha considerado que “nunca foi magrinha, magrinha”: “aí quando o pai dos meus filhos, bebia... me incomodava aí eu descontava na comida. Eu ia na geladeira e comia. Aí eu comecei a engordar” (Antônia). Relatou que o pai de seus filhos trabalhava na função de pedreiro e, geralmente, consumia bebidas alcoólicas com os colegas de trabalho. Mesmo que trabalhasse, o salário do esposo era muito baixo e a família convivia com as vulnerabilidades sociais. Nesse período, o casal não tinha casa nem terreno, viviam em casas cedidas por “conhecidos” segundo Antônia. O adoecimento do esposo, “câncer no esôfago”, contribuiu para que ela relatasse uma “compulsão alimentar”:

E eu comia! Aí ele ia pro bar e ficava a noite toda. Aí eu fazia uma galinha e colocava na geladeira. Aí eu ficava nervosa e ia lá e comia... aquela galinha ensopada... eu comia, começava a comer, comer, comer, eu nem me dava conta. Aquela minha tia que ficava com o Alex, eu ia lá na casa dela e comia, a casa era chique, cheia de comida na geladeira... eu ia passando e ia comendo tudo que eu via. Depois ela dizia 'para de comer'. Eu ficava tão nervosa que eu nem percebia. Eu não tinha noção... começava a comer, comer, comer, enquanto tivesse comida ia comendo. Era nervoso né, ansiedade. Eu engordei por causa da bebida do meu marido. Na minha família ninguém bebia como ele bebia. Quando ele bebia, de uns tempos, eu denunciei ele (Antônia, 2018).

Quando o esposo internou no Hospital Florianópolis/SC, solicitava auxílio para a Assistente Social da instituição, pois não tinha dinheiro para suprir as necessidades básica da família e com os gastos relacionados à internação hospitalar. A opressão de gênero e de classe foi apresentada por Antônia durante toda a entrevista. Associou que a “compulsão alimentar” estava atrelada às violências de gênero, principalmente, quando estas começaram a ocorrer no âmbito doméstico. Em relação à obesidade, informou que suas principais dificuldades eram relacionadas

às atividades da vida diária: “eu tenho sentido muito cansaço, pra varrer, pra lavar a roupa... tem que se agarrar pra sair do ônibus... tomar banho é muito difícil” (Antônia).

Segundo ela, deveria ter procurado auxílio Médico quando começou a “engordar”, porém, neste período estava provendo os cuidados do esposo que veio a falecer de câncer. Chegou ao HU/UFSC por intermédio do Hospital Celso Ramos/SC. Consultou, primeiramente na UBS, foi encaminhada para o Hospital Celso Ramos/SC e, posteriormente para o HU/UFSC. Durante a consulta médica, em 2005, foi questionada se tinha certeza que gostaria de realizar o procedimento cirúrgico:

Consultei lá no [Hospital] Celso Ramos... era um italiano muito famoso que me atendeu, mas muito brabo também: 'a sra.tem certeza? O seu natal nunca mais vai ser o mesmo... a senhora não vai mais poder comer coisa gostosa... a sra. sabe quanta coisa que vai deixar de fazer de bom?' Aí me deu um papel e falou um pouco... ai não tinha cardiologista, aí mandaram pra cá [HU/UFSC] porque não tinha endocrinologista nem cardiologista. Ai fiz tudo... fui na psicóloga e ela ficou de deixar o papel. Quando era pra marcar pra fazer a cirurgia eu não voltei de medo... e a psicóloga não deixou o papel no posto. Ela tinha que me dar um papel provando que eu tinha ido nas consultas. Ela falou que ia sair do posto e ia deixar o papel... eu tive que ir na psicóloga no posto da Palhoça, não tinha aqui no hospital. Na segunda vez eu fui no posto, até achei que iam me mandar pro [Hospital] Regional... eu tava pré-diabética na época, aí eu fiquei dois anos esperando... antes do meu filho falecer... ai a guria que trabalha no posto de saúde falou... marcaram... ai a enfermeira disse: 'olha só, marcaram consulta lá no HU, a senhora não quer fazer a cirurgia?'. Aí eles me entregaram a papelada toda (Antônia, 2018).

Narrou com isso, que houve duas tentativas de realizar a cirurgia bariátrica, uma que iniciou o acompanhamento no Hospital Celso Ramos/SC, sendo encaminhada para o HU/UFSC e outra que foi direcionada via SISREG para o próprio HU/UFSC.

60 TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE: ASPECTOS SOCIAIS E DE GÊNERO DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

Esta seção aborda o tratamento cirúrgico da obesidade no Serviço de Cirurgia Bariátrica do HU/UFSC, com destaque aos aspectos sociais e de gênero referentes à dinâmica de vida das mulheres entrevistadas. Explorou os sentidos atribuídos pelas participantes ao conjunto de recursos que são mobilizados para adesão ao tratamento, como: compatibilização entre trabalho e tratamento de saúde; transporte utilizado para o deslocamento até o HU/UFSC; equipe de profissionais e seus fluxos/protocolos de atendimento; acesso à alimentação e às medicações orientadas; rede de serviços, de apoio e familiar. Por fim, foram trabalhados os sentidos empregados às expectativas em relação à cirurgia, apresentados no último item.

De antemão, a indicação para o tratamento figurou como um marco e uma conquista para parte das entrevistadas. Nas palavras de Elena é possível identificar a importância da terapêutica: “na hora que ele [o médico] falou que eu ia pra a cirurgia, eu ganhei um susto tão grande que eu me tranquei pra não chorar na frente dele. Eu não esperava, foi uma emoção” (Elena).

Durante o acompanhamento pré-operatório, as participantes recorreram a estratégias coletivas, junto com a equipe e políticas intersetoriais, bem como a estratégias individuais, rede de apoio, entre outras, para viabilizar a terapêutica. Para Salete, ao mesmo tempo que se tratava de “uma cirurgia, um corte, uma dor” (Salete), tratava-se de um lugar de deslocamentos; Ana considerou: “depois que eu comecei a fazer o tratamento aqui, né, eu comecei a me cuidar, eu não vejo como um hospital, mas [um lugar] que mudou muita coisa na minha vida” (Ana). Segundo as mulheres participantes, o processo de acompanhamento para a cirurgia bariátrica produziu mudanças que repercutiram em diferentes dimensões das suas vidas.

As narrativas demonstraram que as mulheres participantes desse estudo são “privilegiadas” por terem acessado o serviço do SUS, aderido ao acompanhamento e chegado até a inserção em lista para a cirurgia da obesidade. O conjunto de obstáculos que administraram compreende dimensões pessoais, subjetivas, familiares e sociais, até aspectos estruturais da política de saúde, ali envolvidos a estruturação do Serviço e o acolhimento aos “pacientes”. Todas observaram a predominância de mulheres no Serviço de Cirurgia Bariátrica no HU/UFSC, o que agrega questões de gênero a serem consideradas pela equipe. De acordo com

Estela e Maria há uma correspondência entre o tratamento cirúrgico da obesidade e as atribuições vinculadas ao feminino:

Acho que tem mais mulher que faz a cirurgia bariátrica porque elas são mais sofridas. Passam por tantos traumas, tantas dificuldades (suspiro): cuidar da casa, trabalhar fora ter os filhos, assumir a responsabilidade. É muita coisa pra cabeça da mulher. E tem a mulher que faz o papel de mulher e de marido (Estela, 2018).

Porque eu acho assim, que ela é mais responsável pela família. Então, ela pensa assim, se ela faltar ... e os filhos, e os netos? Entendeu? Ela se sente mais responsável por isso. Se ela tem uma chance, ela vai. O homem não. É mais acomodado, porque o homem é mais servido. A mulher não é servida. Mulheres foram mais criadas pra servir o homem, né? (Maria, 2018).

Em suas falas, a figura feminina está atrelada à noção de cuidado e de responsabilidade em uma realidade social demarcada pela pobreza, sofrimento e servidão das mulheres (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005; GELSLEICHTER; ZUCCO, 2017; HOOKS, 2018). Nesse sentido, a cirurgia bariátrica é um meio de cuidarem de si próprias e permanecerem exercendo tais atividades (SCAVONE, 2001; ALVES; GELSLEICHTER, 2015), como explicitado por Maria e Estela. Assim, o tratamento pode significar uma possibilidade de emagrecerem e reduzirem as comorbidades reconhecidamente associadas à obesidade (PEÑA; BACALLAO, 2006), mas, sobretudo, de produzirem mudanças nas dinâmicas familiares e de romperem com a discriminação gordofóbica.

6.1 OS DESAFIOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE: TRABALHO E MOBILIDADE URBANA

Do conjunto de recursos requerido pelas participantes para adesão ao tratamento, trabalho e deslocamento foram projetados não apenas como um desafio a ser administrado, mas, por vezes, um impeditivo. Durante o acompanhamento pré-operatório, as consultas, grupos e exames de imagem/laboratoriais eram agendados, muitas vezes, no

período de trabalho das entrevistadas, embora Maria; Estela; Laura; Catarina estivessem empregadas formalmente. Nesse sentido, o acompanhamento pré-cirúrgico da obesidade demonstrou um tensionamento entre trabalho e adesão, pois exigia a participação presencialmente em todas as fases.

De modo geral, as entrevistadas apresentaram quatro arranjos para compatibilizar o tratamento com o trabalho desempenhado: acordos; flexibilização; direito social; demissão. Para Maria, apenas foi possível conciliar, tratamento e trabalho, porque acordou com sua chefia “compensar as suas faltas com os dias previstos para as férias” (Maria). Retirou dez dias de férias e utilizou os outros vinte dias para ir às consultas, grupos e realizar os exames necessários. De início, recebeu apoio da chefia, porque a mesma considerava que o processo do tratamento cirúrgico seria mais célere do que foi:

Ela tá acostumada com o pessoal que faz cirurgia particular, que vai lá e em dois, três meses faz. Então, eu via, é claro, é patroa, é dinheirista. Imagina, né? Aí esses vinte dias que eu tenho pra pegar de férias, eu fui pegando em falta. Aí ela [disse]: “não, tudo bem, então”. Aí no outro mês ela disse: 'a senhora já pegou 15 dias de atestado?'. Eu disse: 'não'. Ela falou: 'tem que ver se não tem que entrar na perícia'. Poxa, ela tá me devendo 30 dias de férias ... porque as outras férias já venceu. Aí eu liguei pra ela e disse o seguinte: 'o fulana, me dá férias então'. Porque eu tava com esperança que me chamasse esse mês (Maria, 2018).

Quando o tratamento de saúde não é reconhecido como um direito por parte da chefia, os obstáculos para a adesão à terapêutica cirúrgica são explicitados. Para Gelsleichter e Alves (2015), é comum notar “acordos” informais entre empregador/a e empregado/a como estratégia de exploração do trabalho quando é iminente o afastamento do/a trabalhador/a. As autoras afirmam que tal realidade pode contribuir para intensificar a desproteção social nas relações de trabalho, interferindo no tratamento de saúde.

A fala de Maria projetou, ainda, diferenças entre o tratamento cirúrgico da obesidade no sistema público e privado de saúde. Indicou que no SUS o acompanhamento é mais prolongado do que no “particular”. Demonstrou, com isso, que as mulheres atendidas diretamente no SUS necessitam se ausentar mais do emprego e estão mais

suscetíveis a sofrerem as repercussões do tensionamento trabalhista. Cabe destacar que o cruzamento das opressões de classe e gênero está implícito em sua narrativa. Primeiro, porque o acesso de grande parte das mulheres trabalhadoras aos serviços de saúde ocorre mediante a oferta de políticas públicas, inclusive do SUS. Segundo, porque na hierarquia entre chefia e trabalhadora, Maria necessitava tanto da renda advinda do emprego quanto do tratamento cirúrgico, resultando no “abrir mão de gozar das suas férias” para conciliar ambos. Isto é, a opressão de classe e gênero pode aprofundar as desigualdades em saúde (NUNES *et al.*, 2001). Outrossim, Maria evidenciou a existência de práticas de assédio moral no ambiente de trabalho, expressas ao participar do tratamento cirúrgico da obesidade (ANTUNES; PRAUN, 2015).

Para Estela, cuja a ocupação principal eram as “faxinas”, foi possível conciliar tratamento e trabalho. Segundo ela, “todo mundo entendeu, eu cheguei e fui franca, conversei com eles: 'estou começando a fazer o meu acompanhamento, se eu não vir num dia, eu venho no outro, mas eu não posso faltar [no acompanhamento]’” (Estela). Estela demarcou sua prioridade e flexibilizou as atividades laborais diárias, possibilitando tal organização.

O acordo e o direito social ao tratamento de saúde também foram projetados por Laura e Catarina, que trabalhavam na função de serviços gerais. Ambas se ausentaram do trabalho sem que houvesse impedimentos. Segundo Laura:

No trabalho, eu ultimamente tô me colocando em primeiro lugar. Eu sei que o serviço é importante ... é. Mas assim, como agora eu tô me colocando em primeiro lugar, até porque assim ó, nós estamos numa situação lá de terceirização. Tudo que eu tenho que fazer eu aviso, independente de eles me deixarem ou não, eu venho porque é meu direito. Mesmo assim eu não tive problema nenhum (Laura, 2018).

Laura situou aspectos referentes ao direito social à saúde, que envolvia a ausência do ambiente de trabalho para as consultas, bem como participação nos grupos e exames solicitados. Evidenciou que as mudanças no regime de contratação têm impactado a rotina laboral. O trabalho contratado e regulamentado vem sendo substituído por diferentes modos de terceirização, informalidade e precarização, intensificando-se após a crise global de 2007-2008 (ANTUNES; DRUCK, 2014).

Catarina informou que foi possível se ausentar do trabalho para o tratamento, pois:

A fiscal que a gente tinha na época e hoje também, foram assim ó, nota 10. Elas sempre concordaram e me liberaram, sem problema algum. O pessoal lá em cima também, incentiva bastante. Sempre que eu precisei no trabalho, ela [colega de trabalho] foi lá ... largou o dela pra fazer o meu ... pra não deixar furo ... então, eu tive bastante apoio (Catarina, 2018).

Sua narrativa revelou uma combinação entre acordo e “direito social à saúde” em função da rede de solidariedade estabelecida com as “colegas de trabalho” para a execução do serviço, apesar de considerar que era “liberada” do trabalho “sem problema algum”. A narrativa de Catarina remete à noção de “sororidade”²⁰, metáfora presente no feminismo e na história das mulheres (COSTA, 2009), ao evidenciar a importância da colega de trabalho para a adesão ao tratamento.

Diferentemente de todas as participantes, Salete narrou que a obesidade e o tratamento cirúrgico redundaram no desemprego:

Um dia eu escutei do meu fiscal, do meu supervisor assim: ‘nossa como você vai ao médico!’. A verdade é, depois eu fiquei sabendo: o fato de eu ter sido mandada embora foi eu estar indo para uma cirurgia. Eu fui demitida. Pra mim disseram: ‘estamos em enxugamento’, mas dentro do trabalho, amigos que estavam ali me falaram que foi por causa da obesidade, seguido do tratamento. Eles iam fazer uma divisão maior de posto e como eles achavam que por causa da obesidade eu não iria dar conta do trabalho e depois eu iria acabar faltando, porque iria para a cirurgia ... eu estaria com uma quantidade maior de postos e ausente do trabalho. Faz seis meses que fui demitida. Fazia uns dois meses que eu tinha sentado com o meu chefe: ‘olha,

20 A noção de “sororidade”, no caso, se assemelha a ideia de solidariedade que os trabalhadores desenvolvem para garantirem que os seus direitos sociais, não reconhecidos pelo empregador, sejam viáveis por meio do apoio mútuo. No ambiente de trabalho, essa dimensão de “sororidade” demonstra o esvaziamento das conquistas de trabalhadores, ao passo que não abarca as questões estruturais envolvidas no direito do/da trabalhador/a à saúde.

a gente tem que sentar e conversar porque a minha preocupação em relação aos meus postos, porque logo logo eu vou para a cirurgia ... porque pelo serviço que eu faço, cerca de um/dois meses eu to de volta'. Ele respondeu: 'ah, não se preocupa, a gente dá um jeito'. Dois meses depois eu fui mandada embora (Salette, 2018).

Ao narrar os questionamentos da chefia em relação ao tratamento da obesidade e sua demissão, é possível afirmar que o assédio moral no ambiente de trabalho configurou uma realidade à Salete. Para Antunes e Praun (2015), o assédio moral é uma estratégia de gestão nas empresas e por mais que se direcione a uma trabalhadora específica, envolve todo o coletivo. Como ferramenta de gestão, o assédio moral corresponde aos arranjos de trabalho, ou seja, não se localiza somente na figura personificada de um chefe, porque está em “consonância com o conjunto de diretrizes que ordenam o trabalho coletivo” (ANTUNES; PRAUN, p. 420, 2015). Ademais, o aumento dos “postos de trabalho” corresponde à crescente intensificação das atividades de trabalho, redundando em pressão psicológica e física às empregadas.

No caso de Salete, sendo a motivação do desemprego a “obesidade”, figuraria, ainda, o preconceito gordofóbico nas relações de trabalho, pois as mulheres gordas passam a ser desqualificadas para exercer certas funções/atividades (ARRAES, 2014; RIBEIRO, 2016; RANGEL, 2017). Goldenberg (2011) discorre sobre o papel do corpo na contemporaneidade, argumentando que este é uma importante forma de capital físico, simbólico e social. A autora assevera que a “boa forma do corpo” significa um autêntico capital, principalmente às mulheres, tanto no mercado afetivo e sexual quanto no mercado de trabalho. Como mercadoria, o corpo “adoecido” no contexto das relações de trabalho pode ser substituído por outra força de trabalho, sem que o empregador se implique no processo saúde-doença de seus empregados. Esse fato exhibe mais uma face da desproteção social, contrapondo o acesso à saúde em seu conceito ampliado (BRASIL, 1990) e oprimindo as mulheres gordas, negras e pobres (LIMA; RIOS; FRANÇA, 2013; ARRAES, 2014; AKOTIRENE, 2018).

Salette, a fim de elaborar a situação vivida, explicitou que o desemprego foi favorável ao acompanhamento realizado no HU/UFSC. A participante considerou que era privilegiada por estar no tratamento da cirurgia da obesidade e ter disponibilidade para seguir a terapêutica, com tempo livre e ausência da “pressão” do trabalho. Em nenhum momento,

problematizou que teve seus direitos à saúde e ao trabalho infringidos, ponderando, apenas, a dificuldade econômica - “porque existe um gasto” (Salete).

Logo, o desemprego lançou outro desafio: o acesso à renda. Essa realidade foi expressa, principalmente, pelas mulheres que se encontravam desempregadas (Salete, Luiza, Cecília), que recorriam à família na ausência de políticas sociais públicas (ALVES; MIOTO, 2015). Seus esforços eram decorrentes da ciência de que o acompanhamento pré-cirúrgico e as demandas a ele inerentes eram “prioridade(s) em sua(s) vida(s)” (Salete, Maria e Laura).

Por fim, Luiza, Cecília, Ana, Elena e Antônia não relataram qualquer indisponibilidade para realizarem o tratamento, pois estavam desempregadas ou trabalhavam na condição de autônomas ou, ainda, eram beneficiárias do INSS. Luiza refletiu sobre a importância da disponibilidade de tempo no tratamento integral da obesidade, logo, apontou para as dificuldades impostas à conciliação deste com as relações de trabalho:

Acho que estar em casa nesse momento facilitou fazer o tratamento inteiro, por causa da minha disponibilidade. Acho que o facilitador é eu estar morando aqui em Florianópolis e eu ter essa disponibilidade de tempo. Até o final do ano passado eu ainda estava procurando emprego, sistematicamente, e aí de janeiro pra cá que eu comecei com as consultas, que são consecutivas com a psicóloga. Se me ligarem essa semana pra fazer a cirurgia, eu vou fazer. Essa disponibilidade de eu não precisar me preocupar, ah, eu vou ter que faltar no serviço, eu vou ter que ausentar, vou ter que conversar com o chefe ... todas as coisas que pensando como o empregador ... eles não me olhariam com bons olhos, porque entre eu e uma outra pessoa, com certeza iria pegar uma outra pessoa (Luiza, 2018).

Sua fala projeta, sobremaneira, que o tratamento de saúde pode ser considerado um empecilho para a mulher trabalhadora, pois as faltas para as consultas e recuperação cirúrgica são consideradas um obstáculo. Apesar dos diferentes arranjos adotados individualmente pelas mulheres entrevistadas, elas explicitam insegurança nas relações de trabalho, ampliada pelos “mecanismos de extração do sobretrabalho em tempo

cada vez menor” (ANTUNES; DRUCK, 2014). Nesse sentido, as mulheres que trabalhavam com vínculo empregatício acumulavam, igualmente, as responsabilidades do trabalho doméstico e de cuidados domiciliares. Esse contexto impactou na realidade social das participantes, uma vez que a sobrecarga laboral foi retratada nos efeitos psicossociais do processo saúde-doença da obesidade durante cada entrevista (BATISTELLA, 2007; GELSLEICHTER; ALVES, 2015).

Cabe reafirmar que o direito social ao trabalho e à saúde são pautas históricas dos movimentos feministas e movimento negro por condições de vida dignas às mulheres, trabalhadoras e negras (GONZÁLEZ, 1979; ALVAREZ, 200; LIMA; RIOS; FRANÇA, 2013; BIROLI, 2016; HOOKS, 2018).

Além do trabalho, a mobilidade urbana figurou como outro grande desafio, seja pela questão orçamentária, insuficiência de estrutura adequada ao corpo gordo e/ou exposição ao preconceito. A maioria das participantes que residia em Florianópolis utilizava o ônibus como principal meio de transporte para o HU/UFSC: Salete, Luiza, Estela, Laura, Catarina e Ana. Para elas, as idas e vindas para o HU/UFSC por transporte coletivo exigiam ao menos três circunstâncias: 1) arcar com as despesas; 2) vencer as barreiras arquitetônicas e de mobiliário do ônibus, pois, em geral, há somente uma cadeira preferencial em cada coletivo; 3) conviver com a discriminação gordofóbica e interseccional expressa em gestos, olhares e falas vexatórias (ARRAES, 2014; CARDOSO; COUTO, 2017; AKOTIRENE, 2018).

Maria também morava em Florianópolis, porém relatou se deslocar “de carona com o seu esposo” (Maria) para o HU/UFSC. Apenas Cecília, Elena e Antônia realizavam o traslado com o “carro da saúde”. O Transporte Fora de Domicílio (TFD), segundo Azevêdo (2016), é o instrumento legal que visa tornar possível o tratamento de “pacientes” com enfermidades não tratáveis em seu município de origem, mediante o custeio de passagens e diárias pelo SUS. Funciona como meio de garantia do tratamento integral de saúde, possibilitando o deslocamento de grande parte da população até os centros de referência, como foi o caso das participantes acima destacadas.

6.2A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E O SERVIÇO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

A equipe multiprofissional da Cirurgia Bariátrica do HU/UFSC foi destacada pelas participantes como um diferencial do tratamento, ou seja,

as participantes narraram que as orientações e o acolhimento prestado significaram um dos motivos de chegarem até a Lista de Espera para a cirurgia. Em geral, não houve críticas ao atendimento prestado, pelo contrário, expuseram a satisfação em estarem sendo acompanhadas pelo Serviço. Tal posição pode ser explicada pela “conquista” do acesso e pelo atendimento multiprofissional ser uma referência de cuidado em saúde que se ampliou para outras dimensões de suas vidas.

Citaram que as consultas com os profissionais de Endocrinologia, Psicologia, Serviço Social, Nutrição e Cirurgia Metabólica foram determinantes para a adesão ao tratamento. Maria avaliou: “eu tô sendo muito bem tratada por essa equipe. São muito profissionais, sabe? Eu não tenho que reclamar de nada” (Maria). Catarina externou: “nossa o HU, eu não tenho queixa ... melhor atendido, impossível. A equipe, nossa é muito bom!” (Catarina). Para Salete, o principal papel da equipe de acompanhamento pré-operatório é esclarecer sobre a integralidade do tratamento, pois existe uma demanda de transformações e mudanças necessárias a cada “paciente” que realiza a terapêutica cirúrgica:

O diferencial acho que é isso, são as orientações e a gente conseguir chegar nesse conceito de: eu tenho todo esse apoio multidisciplinar aqui. Vou fazer a cirurgia, mas o sucesso dela depende de mim, não da prática, né, da cirurgia em si. Então, essa equipe nos trás isso. Tudo isso são situações que eu aprendi aqui. Por isso que eu digo assim pra tí, teve situações que o endocrinologista me ajudou, teve situações que o grupo me ajudou e teve situações que a psicóloga me ajudou. Outra coisa, eu não fiquei só dependendo daqui eu comecei a vivenciar isso na minha vida de tal forma, de ir pra casa e [assistir] vídeo e isso e aquilo e trazer entendimento (Salete, 2018).

Salete indicou que o tratamento cirúrgico da obesidade depende no mínimo de três circunstâncias combinadas: as orientações da equipe; a cirurgia em si; a adesão da/o usuária/o ao tratamento integral.

O atendimento prestado pelo Endocrinologista do HU/UFSC foi tido como “ímpar” por Laura. Em sua fala, fica evidente que este profissional atende durante todo o acompanhamento pré-operatório, bem como articula o prosseguimento do tratamento aos/às demais profissionais da saúde. Realiza, deste modo, o encaminhamento aos grupos, consultas com as especialidades, além de solicitar exames,

orientações e prescrições clínicas: “é claro que a consulta com o Endocrinologista é muito ímpar né ..., e ele vai nos orientando em relação aos demais” (Laura).

Ademais, afirmou que havia uma dimensão subjetiva na assistência prestada por ele, a qual se pode denominar de “humanizada” (HOGA, 2004). Esta é corroborada pela abordagem e conduta do profissional no transcorrer dos atendimentos: não recorreu à discriminação gordofóbica (RANGEL, 2017) para que a indicação terapêutica fosse a cirúrgica como meio de atingir o emagrecimento; dialogou e explicou a intervenção invasiva como forma de minimizar as comorbidades reconhecidamente associadas à obesidade (COELHO; FONTELA; WINKELMANN, 2016). Como resultado do vínculo estabelecido, destacou a importância da relação transferencial (MARTINS, 1997) entre profissional e “paciente” na adesão do tratamento.

Se for mais um que dizer que eu estou obesa, eu dou as costas e vou embora. Foi uma surpresa né ... porque foi uma pessoa que sentou, conversou, explicou tudo o que eu já sabia ... mas de uma maneira que ... soube conversar, entende? Então, assim, meu Deus! Depois daquele dia ... até hoje, na minha última consulta, eu sempre dizia assim para ele: por favor, o senhor nunca desista de mim, porque eu nunca vou desistir do senhor. Por mais que, as vezes, eu dava as minhas derrapadas, eu procurava fazer as coisas certas, porque foi uma pessoa que realmente eu vi que tava querendo me ajudar. E que tava dando certo (Laura, 2018).

O trabalho realizado pela equipe de Nutrição foi pouco abordado pelas entrevistadas. Salete e Laura explicitaram que o tempo de consulta era insuficiente para tratarem aspectos relativos à reeducação alimentar. Possivelmente, segundo elas, porque o Grupo de Alimentação Saudável abrange grande parte das orientações nutricionais. Como estratégia de atendimento, as consultas com a/o profissional de Nutrição e o atendimento são agendados após a/o usuária/o participar de no mínimo três encontros do grupo. O atendimento, deste modo, ocorre para avaliar se a/o “paciente” está apta para a terapêutica cirúrgica, conforme avaliação profissional recomendada pela Portaria nº 425 (BRASIL, 2013b), uma vez que as orientações nutricionais foram asseguradas coletivamente.

O trabalho desenvolvido pelas Assistentes Sociais também foi comentado por elas ao abordarem suas experiências com a equipe. Ana disse que a intervenção das profissionais foi fundamental para que tivesse acesso ao benefício do INSS e à cesta de alimentos integrais. Relatou que foi realizada uma visita domiciliar em sua casa, na qual conheceram suas filhas e a realidade social do seu território. Essa narrativa demonstrou que a visita domiciliar, como instrumento de trabalho da/o profissional de Serviço Social, estreitou o vínculo entre equipe e Ana, além de cumprir os objetivos do Serviço.

O acompanhamento pré-operatório se caracterizou como um momento em que as mulheres “revelaram segredos” não partilhados. Neste, Estela e Antônia expuseram as violações de direitos sofridas durante suas vidas, tanto para a pesquisadora quanto para a equipe multiprofissional, geralmente, a Psicóloga. Quando falavam sobre seus “segredos” na entrevista, perguntavam se tais revelações poderiam “prejudicar” o acesso à cirurgia, visibilizando o conflito entre se colocarem como sujeitas/protagonistas de suas histórias e garantirem o acesso à cirurgia bariátrica. Ou seja, explicitou que poderiam omitir informações que interferissem na avaliação da equipe para que fossem consideradas “aptas” e “encaminhadas” para a cirurgia.

Nesse sentido, Maria e Ana citaram que a Psicóloga foi fundamental para que se aproximassem e estabelecessem uma rede de apoio entre elas. A articulação promovida derivou na possibilidade de Maria realizar a cirurgia e contar com o acompanhamento de Ana, conforme destacado na "caracterização das participantes da pesquisa". Além do mais, o trabalho da profissional foi destacado por Salete como determinante para sua adesão, mas avalia que este deveria ocorrer logo no início do acompanhamento. Segundo a entrevistada, o Médico Endocrinologista e a Nutricionista articularam junto com a Psicologia para que Salete antecipasse os atendimentos psicológicos:

Quando eu fui pra mão da psicóloga mudou tudo! ... nas nossas consultas nos fomos descobrindo o porquê da ansiedade, disso e daquilo ... então, muitas vezes o tudo demora, porque, no meu caso, a parte mais importante está no final. Nesses dois anos, eu tenho certeza que se a psicóloga tivesse me acompanhado desde quando eu entrei aqui, em um ano eu tinha concluído ... mas também não tiro toda essa situação, porque o fato de estar aqui, vindo aqui, convivendo com tudo isso aqui, eu aprendi muita coisa (Salete, 2018).

A narrativa de Salete foi corroborada por Maria. Para ela, o atendimento psicológico “fez toda a diferença”, pois era o que lhe faltava para se “conscientizar” sobre as implicações que a reeducação alimentar poderia lhe proporcionar para alcançar os objetivos que almeja com a terapêutica cirúrgica:

No começo, quando eu vinha, eu tava pensando em desistir ... Gente, eu não consigo! Eu saia daqui, ia na lanchonete e pedia duas coxinhas e uma coca-cola. Eu saia dos grupos de alimentação e ainda comia ... e ainda comia. Eu não conseguia! Eu digo, meu deus do céu, eu não vou conseguir. Porque não passa rápido, né? Eu queria que acontecesse alguma coisa. Apertasse um botão e eu fizesse a bariátrica. Aí depois que eu fui falando com a psicóloga, a psicóloga abre bem os olhos da gente ... e foi na hora certa na minha vida. Porque eu tava assim, descendo a ladeira a milhão por hora. E ela parou, e aí eu me conscientizei. Foi ali. O pulo do gato foi ali. E daí eu disse: ‘não, agora eu vou parar’. Do nada eu comecei a colocar um monte de salada; acordava cedo, fazia a minha marmita ... e ovo e tudo, sabe? Carboidrato foi difícil tirar assim, né? Porque eu gostava muito de comer bastante pães, tudo ..agora eu pego um pedaço de pão de trigo integral, tiro o miolo, ponho uma banana dentro e como. Ela me abriu os olhos que eu sou responsável por mim. Ninguém mais. Ninguém mais (Maria, 2018).

As intervenções combinadas entre a equipe multiprofissional contribuíram para a adesão do tratamento da participante. Para Maria, conscientizar-se sobre a importância da reeducação alimentar para sua saúde, atrelava-se a um esforço individual. Deste modo, a responsabilidade por ela narrada se referiu à conscientização dos efeitos da ingestão excessiva de alimentos para si. Ana, por sua vez, disse que a Psicóloga conversou com ela; em suas palavras: “notou que a gente não pode parar de sonhar e não pode parar de querer ser importante. Ela notou a vontade de viver, e aí eu comecei a me cuidar, depois que eu comecei a fazer o tratamento” (Ana). Laura salientou que “a Psicóloga, era uma pessoa maravilhosa! Pessoa que soube me escutar. Foi assim, uma pessoa maravilhosa” (Laura).

Os grupos se projetaram como uma estratégia de atendimento profissional. Significou, ainda, um local de encontro das mulheres em acompanhamento, no qual elas se reconheciam nas experiências, falas e estética corporal umas das outras. Ademais, recebiam informações e orientações sobre o tratamento e se aproximavam das/os profissionais da equipe, em um ambiente com a possibilidade de levarem familiares e acompanhantes, caso desejassem:

É engraçado quando você vai nos grupos ... os grupos são essenciais gente, os grupos são maravilhosos ... e aí você vai ouvindo, você chega pensando assim ... to com tanta dificuldade mesmo. Aí você ouve a experiência do colega que ta passando pelo processo junto com você [você pensa]: o que eu to passando é tranquilo. Porque eu ouvi: ‘ah, ninguém me apoia, meu marido não me apoia, minha vizinha que vai ficar comigo ... poxa vida, então, eu não posso reclamar, não’ (Salette, 2018).

Os grupos de psicologia foram excelentes, os da nutrição também ... o grupo do início de apresentar, logo no iniciozinho, de apresentar o processo todo, de acolhimento. Pena que é um só, porque é muito legal. Aí você conhece todos os profissionais, as nutricionistas, assistentes sociais, psicólogas ... os grupos são excelentes! Acho que nos ajuda muito, muito mesmo! Acho que os grupos, talvez, eu acho que porque a gente ta junto, ta todo mundo ... e aí você vai trocando experiência... é interessante ... você vê que não tá sozinha, tem gente passando por isso também ... (Luiza, 2018).

Depois que eu passei no grupo, não tem como tu não mudar a tua vida. Porque tu vê que são pessoas que tão preocupadas ... tão com interesse que tu mude ... sabe. Assim, preocupadas. E assim eu to levando (Laura, 2018).

Os grupos foram nota 10. A gente aproveita muita coisa ... o carinho que tem uma com a outra ... tem o grupo da cirurgia, o grupo da bariátrica ... isso é muito bom ... tá sempre com notícia de uma da outra: ‘a gente vai se encontrar tal dia no hospital,

lá no bloco'. Às vezes, uma está saindo e outra entrando ... (Catarina, 2018).

A utilização do grupo como metodologia de trabalho decorre de uma prática reconhecida na área da saúde. Maffaccioli e Lopes (2005) asseveram que o grupo é um espaço de socialização e de suporte psicossocial na assistência à saúde.

Elena foi a única que mencionou que levou o esposo para participar do grupo. Apontou que as orientações cumpriam a função de informar e de otimizar o trabalho profissional da equipe: “na reunião de equipe com o médico cirúrgico – ele fez em grupo para não ficar explicando pra cada um – aí eu trouxe ele [o marido] junto também, pra escutar o que ia ser feito, os riscos que corria, pra depois ele não dizer que foi enganado” (Elena).

A equipe, especificamente “o médico”, legitimou sua decisão em realizar a cirurgia bariátrica perante seus familiares, projetando a medicalização da obesidade (POULAIN, 2013). De certo modo, o “médico” afiançou Elena em relação ao procedimento. Foi enfática em demarcar a autoridade do profissional, transferindo sua autonomia de escolha ao saber médico (SANT’ANNA, 2016; GOLDENBERG, 2001):

Aí ele [o médico] me mandou pra casa, disse pra eu falar com a [minha] família. Aí eu perguntei [para ele]: ‘eu tenho que falar com a família porque eles decidem ou eu posso escolher o que é melhor pra mim?’ Aí ele disse: ‘o que é melhor pra senhora’. Aí eu fui pra casa e disse que ele tinha mandado fazer [a cirurgia] e deu (Elena, 2018).

As narrativas demonstram que o vínculo criado com a equipe impulsionou as entrevistadas a serem inseridas na Lista de Espera para a cirurgia, estabelecendo o “diferencial” no acompanhamento realizado. Além do mais, foram “ouvidas” em suas demandas, reconhecidas como sujeitas e protagonistas de suas vidas, acolhidas e cuidadas, deslocando as atribuições e funções de cuidadoras para as/os profissionais. Nesse sentido, Gelsleicher e Alves (2015) afirmam que a terapêutica cirúrgica, às vezes, é a primeira experiência de autocuidado vivenciada pelas mulheres com obesidade. Cabe, ainda, destacar que o fortalecimento das redes de apoio social foi motivado tanto pela equipe multiprofissional quanto pelas “pacientes”. Este se deu por dispositivos *online*s, mas, sobretudo, nos encontros e diálogos entre as consultas, grupos e exames no HU/UFSC.

6.3A FAMÍLIA E A REDE DE APOIO NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

A responsabilidade da família na provisão de bem-estar dos seus membros (FRANZONI, 2008) e do cuidado em saúde (BARCELOS, 2011) se projetou na narrativa das participantes ao indicarem uma dupla situação: as participantes foram as principais cuidadoras e responsáveis pelas famílias ao longo de suas existências; ao adentrarem no Serviço de Cirurgia Bariátrica, foram as principais promotoras do cuidado de si, bem como, demandaram cuidados da rede de apoio e familiar como meio de efetivação da terapêutica no SUS (ALVES, 2010; ALVES *et al.*, 2016; SANT'HELENA, 2016).

Durante o acompanhamento pré-cirúrgico, a adesão das mulheres ao tratamento se deu mediante a possibilidade de estabelecerem uma reeducação alimentar, acessarem medicamentos, comparecerem às consultas, grupos, exames, dentre outras solicitações (ALVES, 2010; ALVES *et al.*, 2016; GELSLEICHTER; ALVES, 2015). A família e/ou a rede de apoio pode participar do processo de acompanhamento durante o pré-operatório em diferentes momentos. A partir da narrativa das mulheres, essa participação se deu em quatro situações: 1) nas consultas com a equipe; 2) nos grupos; 3) no acompanhamento para a realização de exames laboratoriais e/ou de imagem (exemplo: endoscopia); 4) durante as visitas domiciliares. A participação da família no tratamento foi evidenciada pela necessidade do “apoio à realização da cirurgia”. Todas as participantes relataram que, ao menos, um familiar/colega concordava com a realização da terapêutica, ou seja, “apoiava”.

O consenso dos membros familiares não significava que esses poderiam contribuir com o acompanhamento familiar na internação cirúrgica, ou mesmo com os cuidados necessários durante o pós-cirúrgico. Deste modo, havia os familiares que apoiavam, mas não iriam auxiliar, e os familiares que apoiavam e auxiliariam no processo. A primeira circunstância foi evidenciada por Cecília, Maria, Estela, Laura, Elena, visto que seus esposos as “apoiavam” a realizarem a cirurgia, mas mantinham relativo afastamento do tratamento. O relato de Cecília é ilustrativo dessa realidade, ao justificar que seu marido não poderia acompanhá-la no HU/UFSC, sob o argumento que o mesmo necessitava trabalhar para que ela pudesse “se tratar”.

A segunda circunstância foi expressa por Salete, Luiza, Catarina, Ana e Antônia, ou seja, as pessoas que as “apoiavam” seriam as principais acompanhantes durante todo o processo terapêutico. Catarina relatou,

inclusive, que sua filha pretendia assistir o procedimento cirúrgico com a autorização da equipe médica, pois possui formação em técnico de enfermagem. Salete, Catarina e Elena trouxeram os familiares/colegas para as consultas e grupos no HU/UFSC, devido ao “receio”, “insegurança” e “medo” manifestados por eles/as:

A minha irmã que cuida de mim, é insegura ,... tipo assim: ‘eu apoio porque vai te fazer bem, mas eu não queria que você passasse por isso. Eu tenho medo que te aconteça alguma coisa’. A mãe vai vir e vamos fazer tudo na minha casa, mas ela é insegura (Salete, 2018);

Eles custaram a aceitar assim, com medo de que fosse acontecer alguma coisa. Aí a minha filha me acompanhava nas palestras, nas consultas ... agora nessas consultas finais. O meu marido é meio medroso assim. Ele disse: ‘olha, se for pra tua saúde’ (Catarina, 2018).

Na reunião de equipe com o médico cirúrgico – ele fez em grupo para não ficar explicando pra cada um – aí eu trouxe ele junto também, pra escutar o que ia ser feito, os riscos que corria, pra depois ele não dizer que foi enganado (Elena, 2018).

Exceto Laura, todas as demais participantes relataram que seriam acompanhadas durante a internação hospitalar por mulheres. Tais acompanhantes permaneceriam auxiliando no momento pós-cirúrgico, quando retornassem para sua casa. Especifica-se na tabela abaixo o parentesco das/os acompanhantes relatados pelas participantes desse estudo:

Tabela 6. Acompanhante durante a internação cirúrgica e no pós-cirúrgico

Entrevistada	Principal acompanhante
Salete	Mãe e irmã
Luiza	Mãe e filha
Cecília	Irmã e cunhada
Maria	Colega
Estela	Filhas
Laura	Filho
Catarina	Filha
Ana	Colega

Elena	Filha
Antônia	Irmã

Fonte: Elaboração própria com base na coleta de dados (2018).

Salete, Luiza, Cecília, Estela, Catarina, Elena e Antônia seriam acompanhadas por outras mulheres do núcleo familiar: mãe, cunhada, irmã/s e/ou filha/s. Somente Maria e Ana informaram que seriam acompanhadas por colegas da rede de apoio, e Laura por uma figura masculina, seu filho. Os dados reafirmam as atribuições sociais de gênero reproduzidas no contexto do tratamento cirúrgico da obesidade, sendo as mulheres as principais responsáveis pelos cuidados com a família. Logo, há uma dupla realidade expressa na relação de cuidado/acompanhamento informada: as entrevistadas eram as principais responsáveis pelos cuidados familiares e trabalho doméstico, demandando cuidados/acompanhamento após a cirurgia; as cuidadoras, por serem mulheres, são as habilitadas a exercerem as funções repassadas a elas, “naturalmente” exercida no seu espaço privado.

A participação da família/rede de apoio como suporte à operacionalização da cirurgia condiciona a efetivação do tratamento cirúrgico a uma combinação entre esfera pública e privada (ALVES, 2010; BIROLI, 2014). Deste modo, as tarefas de cuidados são realizadas em parte por um membro familiar, sem que se problematize sobre essa realidade. Tais atividades vão desde o acompanhamento durante a internação hospitalar, ao auxílio nos primeiros dias da recuperação cirúrgica em casa.

6.40 ACESSO À MEDICAÇÃO NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

As participantes da pesquisa evidenciaram que o acesso à medicação nem sempre ocorria via SUS. Salete acessou os remédios de rotina para “pressão” no posto ou na Farmácia Popular, já os remédios de “ansiedade por questão da obesidade” (Salete) eram comprados. Mostrou-se resistente à medicação e chegou a tomar as primeiras “caixinhas” que recebeu do médico endocrinologista, porém, em suas palavras: “eu fui, tomei, mas teve remédio que me deixou muito ligada ... eu falei: não! Então, eu resisti, eu resisti, porque eu não queria” (Salete). Trouxe essa circunstância para a Psicóloga que a atendeu no pré-operatório, e ressaltou a importância de seguir as prescrições médicas. Tal qual Salete, Ana não tomou uma medicação orientada, sendo o motivo o fato de ser

comprada. Criou suas próprias estratégias para contornar a falta de dinheiro e o não acesso às medicações:

Eu não deixei de comprar algo que precisava em casa para comprar a medicação. Eu já tomo tanta medicação ... mais uma não vai fazer nem efeito. E aí eu fui ver o valor e era 70 reais ... aí eu achei muito caro. Era pra perder peso ... era manipulado. E aí eu não tomei. Aí eu comecei a ter mais cuidado, porque se era pra perder peso, eu comecei a cuidar mais (Ana, 2018).

Diferente de Salete, Ana não levou essa situação para a equipe do HU. Disse apenas que suas filhas estavam cientes que optou por não comprar essa medicação, devido ao custo. Para Cecília, o acesso era combinado entre: “posto, Farmácia Popular e outros que compro” (Cecília). Conseguia acessar todas as medicações, muito porque iniciou a vender artesanatos e vestuário para contribuir na renda familiar, principalmente, com o intuito de arcar com os custos dos remédios, segundo ela.

Luiza, Maria, Laura, Catarina e Elena tiraram parte das medicações no posto de saúde, bem como, compram em farmácias comerciais. Luiza mencionou que as medicações que necessita comprar não comprometem sua renda mensal, referindo-se à vitamina D: “eu compro, mas não é um absurdo” (Luiza). Por outro lado, Elena disse que o valor é significativo no seu salário: “quando eu recebo, eu vou lá e compro, às vezes, ele faz uma receita pra dois meses, vai uns 300 contos” (Elena). Estela foi a única que referiu comprar todos os medicamentos: “pegava no posto? Não! Nada pegado. Tudo comprado!” (Estela) Diferentemente, Antônia foi a única entrevistada que referiu acessar todas as medicações gratuitamente: “eu pego um pouco no posto e o resto na Farmácia Popular” (Antônia). A garantia do acesso ao tratamento cirúrgico integral da obesidade perpassa o acesso à medicação como política de saúde pública. A maioria das participantes não trouxe limitações no acesso, mesmo quando este era adquirido pela via do mercado. No entanto, Elena e Ana, expuseram limitações enquanto a compra destes. Na situação de Ana a medicação não foi, inclusive, adquirida.

O acesso e uso das medicações prescritas no pré-operatório apontam para a necessidade de as participantes arcarem com parte do tratamento, pois nem todas as medicações são asseguradas pelo sistema de saúde. Vieira, Alves e Gelsleichter (2015) problematizaram sobre a necessidade de um protocolo específico do SUS para suplementação com

polivitamínicos e minerais aos “pacientes” submetidas/os à cirurgia bariátrica. Segundo as autoras, este medicamento não consta na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), sendo imprescindível seu acesso no pós-cirúrgico. Isso ocorre porque há um risco aumentado para desenvolver deficiências nutricionais em decorrência de vômitos, diminuição da ingestão alimentar, intolerância alimentar e, em alguns procedimentos, redução da área de absorção.

Devido à exigência do uso contínuo dessa suplementação, a equipe do HU/UFSC tem trabalhado a importância do acesso e uso dos medicamentos via SUS, principalmente porque a saúde é um direito universal e o atendimento integral figura como um dos seus princípios. Ademais, Vieira, Alves, Gelsleichter (2015) evidenciam que o perfil socioeconômico das/os “pacientes” expressam desigualdades e barreiras no acesso à saúde. Nesse sentido, as mulheres em acompanhamento para o tratamento cirúrgico da obesidade são demandadas a recorrerem a estratégias pessoais para o acesso às medicações, quando essas não são disponibilizadas no SUS, sendo que seus relatos revelam que sobrevivem em contextos sociais de pobreza e de poucos acessos às políticas públicas sociais.

6.50 ACESSO À ALIMENTAÇÃO E OS DESAFIOS DA REEDUCAÇÃO ALIMENTAR

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) é considerado um direito social, fixado no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, conquistado pela luta e protagonismo da sociedade civil organizada. Sendo assim, é responsabilidade do Estado garanti-lo através de políticas públicas (BRASIL, 2006; VIEIRA *et. al.*, 2013). Doenças comumente relacionadas à alimentação, tal qual a obesidade, sugerem a necessidade de ações articuladas entre os setores de saúde, educação, agricultura, trabalho, habitação, meio ambiente, seguridade social, entre outros.

A partir da narrativa das mulheres entrevistadas neste estudo, foi possível notar que as opressões de classe, gênero e raça, favorecem as desigualdades em saúde. Por isso, o DHAA é fundamental para a promoção da saúde integral da população. No início do ano de 2019, o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), “instância institucional fundamental de articulação entre o governo e a sociedade civil na condução da política e questões relacionadas à temática de saúde, alimentação e nutrição” (ABRASCO, 2019), foi extinto na

publicação da Medida Provisória nº 870 de 1º de janeiro de 2019. Segundo a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO, 2019), tal extinção resulta em prejuízos políticos no desenvolvimento sustentável e socialmente justo do País. Nesse sentido, a promoção da alimentação adequada e da segurança nutricional, são deixadas em segundo plano.

A partir de reportagens veiculadas na mídia digital²¹, podemos afirmar que Florianópolis é a única capital da região sul do país que não possui, ao menos, um restaurante popular. O Programa Restaurante Popular correspondia a política de inclusão social, integrado ao Fome Zero, estabelecido em 2003 pelo antigo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Tal Programa, administrado pelo poder público, tinha por objetivo central “oferecer refeições nutricionalmente balanceadas originadas de processos seguros, em local confortável e de fácil acesso, ao custo de R\$ 1,00 (um real) destinadas, preferencialmente, ao público em estado de insegurança alimentar” (BRASIL, 2004). Problematizava, inclusive, que o acesso a segurança nutricional com refeições consideradas balanceadas, estava atrelado às condições financeiras. Assim como observado na caracterização das entrevistadas e na literatura sobre obesidade (AGUIRRE, 2006; PEÑA; BACALLAO, 2006; FERREIRA; MAGALHÃES, 2005) as mulheres da classe trabalhadora (CARNEIRO, 2003; ANTUNES, 2015; MIGUEL, 2014; DAVIS, 2016) sofrem incisivamente os efeitos da desproteção social, logo, da insegurança alimentar.

Conforme apresentou-se, as participantes do estudo tinham em comum um histórico de violências de gênero vivenciados em meio a condições sociais de pobreza e limitados acessos aos direitos sociais. Deste modo, à alimentação adequada (BRASIL, 2006) nem sempre foi uma possibilidade real, principalmente, para Cecília, Maria, Estela, Catarina, Ana e Antônia, que relataram situações de insegurança alimentar e nutricional durante suas vidas pautadas, acima de tudo, na renda. A insegurança alimentar estava associada, ainda, ao excessivo

²¹ Jornal em Foco. Movimento por restaurantes populares crescem em Santa Catarina. Publicado em 25 set 2017. Fonte: <http://www.jornalemfoco.com.br/movimento-por-restaurantes-populares-crescem-em-santa-catarina/>
Câmara Municipal de Florianópolis. Audiência Pública discute implantação de restaurante popular em Florianópolis. Sem data de publicação. Fonte: <http://www.cmf.sc.gov.br/noticias/f026dbe4-9781-4f61-a8bc-bba921a50639>.

consumo de produtos industrializados que também nos remete à condição de classe (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005; 2006; AGUIRRE, 2006), tal qual apresentadas por Salete, Luiza, Maria e Laura.

O tratamento cirúrgico da obesidade envolveu orientações e recomendações de mudanças alimentares para a efetivação da terapêutica no SUS, nas palavras de Luiza: “se você não tiver uma reeducação alimentar, não funciona” (Luiza). Ou seja, a participante informou que necessitava de um acompanhamento multiprofissional e sistemático para a reeducação alimentar. Para Salete: “o gordo cria um lado sentimental com a comida, então eu tive que mudar esse sentimento meu em relação a comida” (Salete), assim, a entrevistada informou que há uma dimensão social, cultural e psicológica bastante complexa na abordagem das práticas alimentares (AGUIRRE, 2006; BAIÃO; DESLANDES, 2010; CAMPOS, 2013). As indicações foram apresentadas, sobretudo, no Grupo de Alimentação Saudável e nas consultas com os profissionais nutrição. Ao descrever sua rotina alimentar para a profissional que lhe atendeu, Salete disse que a mesma ficou “assustada” com o seu relato e informou que ela necessitaria inserir hábitos diferentes em sua rotina: “Aí ela disse: você vai mudar isso, isso. Não quero que você faça nada radical, você vai mudar aos poucos. Aí ela me deu uma lista, uma tabela” (Salete). Luiza mencionou uma experiência semelhante a esta, pois, informou ao profissional sua dinâmica alimentar. Disse que as orientações foram voltadas ao fracionamento das refeições durante o seu dia, bem como, à escolha de alimentos saudáveis: “foi mais a questão de vigiar o intervalo de comida e a questão das escolhas mesmo. Foi bem interessante porque eles me mostraram, tanto no grupo quanto no individual, a necessidade de estar inserindo fruta” (Luiza).

Cecília e Maria entenderam que as orientações se assemelhavam a uma “dieta” e que, após, serem “receitadas” começaram a segui-la. Catarina acrescentou que, para ela, as “palestras” realizadas no Grupo de Alimentação Saudável foram imprescindíveis para que ela “aprendesse a comer” (Catarina). Deste modo, as participantes relataram que a inserção de frutas, verduras, carnes magras e alimentos integrais foram orientações prestadas durante o acompanhamento pré-cirúrgico. Além do mais, a moderação do consumo de alimentos industrializados e refinados também foi “alertado” durante o tratamento. Somente Laura informou que sua família, anteriormente já prezava por uma alimentação com inserção variada de frutas e verduras e que a mesma voltou sua alimentação a indicada pelo Serviço.

Ademais, os principais sentidos atribuídos por elas, em relação às mudanças alimentares necessárias a adesão do tratamento cirúrgico,

foram: renda, praticidade, prazer e costumes familiares como um desafio à reeducação alimentar. Nessas narrativas, destaca-se que os aspectos sociais e de gênero estiveram implícitos ao abordarem as mudanças empreendidas. Em relação a renda, praticidade e prazer, o acesso a alimentação recomendada, com maior variedade de frutas, verduras, legumes, carnes magras, azeites e açúcares específicos e grãos integrais, exigia - muitas vezes - maior gasto financeiro e organização na preparação de tais alimentos. A substituição de produtos, em geral, industrializados por alimentos considerados mais saudáveis, demandou que elas mudassem seu “paladar”, como mencionou Salete e Maria. Tais participantes referiram-se a mesma expressão para exemplificar o que significava mudar a alimentação para elas: “o paladar estava destruído” (Salete; Maria). Assim, contextualizaram que os sabores dos produtos industrializados eram tão intensos e realçados que ficava difícil sentir o açúcar de uma maçã, a saber. Essa percepção foi alterando durante o tratamento e exigiu investimento e esforço por parte delas. Maria narrou com muitos gestos o que significou esse processo para ela. Sua fala demonstra, inclusive, as dificuldades de realizar a “dieta” sem que os demais familiares participem:

Eu vou te contar uma história, na primeira semana, que eu comecei a fazer a dieta o meu marido fez feijoada a noite. Eu sou doente por feijoada! E eu disse, não, mas eu não vou comer, parecia assim que o meu corpo ia sozinho assim... não eu não vou, eu não vou... eu não vou comer nenhuma colher porque se eu comer uma colher eu vou comer um prato. O cheiro assim, pela casa, minha casa é pequena, eu digo – Meu Deus – o que vai ser de mim? É agora, agora é a prova, eu vou me botar a prova. Eu não dormi a noite todinha variando com o cheiro da feijoada. E eu não comi. Aí eu acordei de manhã e disse, ah eu sou foda! Eu vou fazer e eu vou conseguir. E foi difícil viu? Eu sentia água na boca assim, a minha saliva ficou salgada. Aí eu ia no banheiro assim, eu passava pela cozinha e aquele cheiro! O cheiro ia lá no sofá assim, o cheiro ia lá na sala. Eu variava de noite assim, eu acordava, aquele cheiro, aquela fome mas eu disse, não, eu não vou comer (Maria, 2018).

Expressou que certas preparações alimentares, no caso a “feijoada”, instigavam seu paladar e olfato. Sua recusa em provar a

“feijoadá” demonstrou que a compulsão alimentar impedia que se alimentasse em pequenas porções. Maria disse que era possível adquirir os alimentos recomendados, que as restrições se pautavam mais em uma dificuldade de reeducação alimentar do que comprar os alimentos. O acesso facilitado, não estava atrelado a condições financeiras. Maria exemplificou essa realidade ao dizer que dispõe de produtos integrais em sua casa, visto que seu esposo trabalha na função de representante comercial de produtos integrais.

Se Maria se deparava com o fato de seu esposo preparar refeições consideradas por ela “calóricas”, Cecília se deparava com o fato de ela própria, ser solicitada por seu esposo a preparar refeições que “sustentassem”. Apesar de informar a *dieta* que deveria seguir, revelou que nem sempre foi possível segui-la corretamente. Cecília expressou sentimento de “culpa”, inclusive, por ter desvirtuado as orientações nutricionais:

Eu me senti bastante fraca com a dieta... de manhã... e tinha dia que eu não fazia. Tinha dia que eu tava... não tava me sentindo muito bem. Tinha que fazer pra mim, pro marido, pros filhos... aí eu acabava fazendo tudo junto. Aí eu fazia fritura né. Eu errei, eu sei que eu errei muitas vezes do que eu fiz né. Agora eu to correndo atrás né. Só que agora eu falei pra eles. Eu vou fazer a cirurgia porque eles estão me chamando. Eu vou mudar totalmente, queira ou não. Depois eu vou me concentrar mais. Eu vou me concentrar bem, já conversei com muita gente que dizia que antes não conseguia. Imagina, a gente acostumada com aquilo... quando eu não tiver disposta, eu vou aumentar a minha comida e eles vão comer a minha... e o meu marido concordou. Quando eu não estiver bem, ele disse que pode ser até uma salada, umas frutas... mas só a noite (Cecília, 2018).

Tal relato evidenciou que outras circunstâncias incidem nas mudanças alimentares. Evidenciamos, nesse caso, as atribuições sociais de gênero em relação à preparação dos alimentos e do trabalho exercido dentro de casa. Como foi apresentado por Maria, essa condição não é fixa, visto que seu marido cozinha, porém, historicamente as atividades domésticas foram centralizadas nas mulheres (BIROLI, 2014). Para Aguirre (2006) o trabalho das mulheres pobres se refere a atividades

domésticas não especializadas, sem definição de carga horária e mais prolongado. A autora chamou atenção a uma situação recorrente entre as mulheres da classe trabalhadora: elas preterem suas necessidades nutricionais para atender as necessidades dos familiares.

Os desafios da reeducação alimentar em uma realidade social em meio a condições de pobreza também sobressaíram em suas narrativas, conforme as citações abaixo:

Eu fui empolgada, só que quando eu me deparei no supermercado, entendeu, tipo assim, foi muito, eu não segui nada do que ela passou, nada, não adianta tem coisas que não dá para você trazer pro teu dia a dia porque o teu dinheiro não dá. Se eu fosse querer trazer castanha, ameixa seca, não dá. O prático você vai lá, compra os pacotes de bolacha, compra isso e aquilo outro, você enfia lá no teu armário, entendeu? Porque o prático eles vendem tudo a preço de banana, tudo três reais, quatro reais... e tipo assim, você vai comer um pacote de bolacha, você supunha, você tem um pacote de bolacha recheada, se você compra você vai comer ele em duas vezes. Então você sempre vai ter ali de forma barata (Salette, 2018).

Eu fui relatando a minha alimentação diária, aí ele [o nutricionista] disse: ‘tô sentindo falta dos integrais’. Eu disse: ‘ah, você vai sentir mesmo, deixa eu te contar a minha história!’. Eu tava desempregada, tinha algum tempo que a minha mãe tinha ido embora tudo. Aí ele disse: ‘ah então eu vou te encaminhar pra assistente social, assim que eu consegui a cesta aqui’. Aí até a questão, tanto do financeiro, que o normal é mais barato, quanto de fazer também. É mais fácil você fazer uma macarronada, por exemplo, do que você fazer um arroz, um feijão, verdura, carne e chupar uma laranja logo depois do almoço. É mais fácil (Luiza, 2018).

Ambas situações são emblemáticas e sugerem uma apreensão articulada entre renda, praticidade e prazer. Essa articulação fazia com que as entrevistadas optassem por uma alimentação não considerada saudável, porém, compatível com suas realidades sociais. Salette, em outro momento, refletiu sobre o gasto financeiro que era se alimentar com

industrializados e *fasts-foods*: “se você coloca na balança o tanto que você gasta com *fast-food*... só que eu vim ter entendimento com tudo isso depois de um ano, porque? O prático sai caro também, só que o prático te sustenta, ele te satisfaz” (Salete). Mesmo que a relação praticidade e valor sejam questionáveis no seu argumento, o prazer advindo da ingestão de *fasts-foods* (FISCHLER, 2007; POULAIN, 2013; MACIEL; CASTRO, 2013) foi reafirmada por ela.

Estela e Catarina criaram estratégias para driblar as dificuldades de acessar certos produtos recomendados:

Nem sempre eu conseguia comprar as comidas indicadas mas depois que eu comecei bem o acompanhamento com a nutricionista não tem mais doce dentro de casa. (Estela, 2018)

O manter tudo que a gente precisa é complicado, tipo, um adoçante mesmo... aquela *stevia* é caro... então o que eu fiz? Optei por não usar açúcar mais... não vou... ah, o açúcar vai fazer mal? Ah, o que eu faço? Não tenho condições de manter a *stevia*, vou eliminar. Ai eu não tomo mais açúcar (Catarina, 2018).

Elas demonstram que é possível driblar os limites impostos pela realidade socioeconômica, no entanto, essa iniciativa não representa a experiência de todas as mulheres entrevistadas. Deste modo, enquanto serviço ofertado pelo SUS, as orientações e recomendações devem condizer com os princípios da política de saúde no que diz respeito, principalmente, a gratuidade e integralidade (SANTOS; DE BARROS; MARQUES, 2015). Elena e Antônia também retrataram esse contexto:

É caro mas a gente dá um jeito. O que eu esqueci de falar é que a minha alimentação eu faço em casa, fora essas coisas integrais que as vezes eu compro fora, mas eu compro farinha de aveia pra fazer mingau, eu comprava mas não compro mais porque tá muito caro... aquela castanha. (Elena, 2018)

Eu tava comprando arroz de grãos mas demora muito pra cozinhar... eu era acostumada a comprar, mas agora tá caro. Eu compre trigo integral e fiz. Meus pães, eu faço. Aí eu compro nata porque a manteiga é muito cara, aí eu que faço virar manteiga. Vou no supermercado, na Palhoça, nas

quartas e quintas que tem promoção de fruta (Antônia, 2018).

Elena observou que consumir alimentos provenientes do plantio em sua casa, contribuiu para que se alimentasse com maior variedade de nutrientes (VIEIRA *et. al*, 2013). Assim como ela, Ana informou uma realidade semelhante:

Eu planto, a gente gosta muito de alecrim, de coentro, de salsa, de couve. Tem laranja, tem banana...Tenho em casa, cada fruta na sua época. Agora tem banana, laranja, bergamota, tem bastante lá em casa...Eu vendo o pão e compro isso..pra não deixar faltar fruta. Vendo lá na redondeza e aqui no hospital (Ana, 2018).

Ana destacou ainda que cria estratégias para complementar sua renda com o preparo de refeições. Cabe destacar que, suas narrativas sugeriram que a Psicologia e o Serviço Social foram disciplinas envolvidas, tanto na conscientização da importância da mudança alimentar para o tratamento, quanto na garantia do acesso à alimentação recomendada às mulheres que não dispunham de condições financeiras. Luiza, Ana e Elena, acessaram a rede de alimentos integrais que o HU dispõe. Em consideração a limitação da renda e acesso a alimentos nutritivos por parte das famílias pobres, o Serviço de Cirurgia Bariátrica do HU/UFSC em parceria com a Associação Amigos do HU/UFSC²² implementou um projeto de fornecimento de cestas nutricionais a usuários em situação de vulnerabilidade de acordo com critérios estabelecidos pelo Serviço Social. A proposta visou ofertar produtos que diferem da cesta básica tradicional fornecida em serviços públicos, que não se adequa às necessidades nutricionais e de reeducação alimentar proposta aos usuários. De acordo com orientações nutricionais, compõem a cesta: azeite de oliva, aveia em flocos, granola, leite em pó, trigo e arroz integrais, feijão elentilha. (GELSLEICHTER; ALVES, 2015).

Eu queria mais era no pós-cirúrgico porque eu não sabia o que vai vir pra mim comer e aí eu não sei se eu tenho tanto acesso pra comprar. Porque eu só ganho um salário mínimo e da roça não sobra muito não (Elena, 2018).

²² O projeto é financiado pela Associação Amigos do HU/UFSC.

Ana, foi a única que informou que utilizava a cesta de produtos integrais para outra finalidade que não a sua alimentação. Com os produtos da cesta confecciona pães integrais que vende no próprio HU/UFSC para obter um acréscimo a sua renda mensal.

Porque eu não tinha condições, no momento, de ter uma alimentação melhor. No caso, era o que tinha, tinha vezes que eu comia, tinha vezes que eu não comia... tanto faz... e com a cesta não. Tem bastante coisa e eu não preciso comprar agora o que eles dão... e eu faço pão integral pra vender... a Psicóloga comprava, as meninas do grupo compram. Então é uma forma de ter o dinheiro (Ana, 2018).

De modo geral, as narrativas retratam as desigualdades sociais materializadas na dificuldade de acesso aos alimentos. A população pobre escolhe alimentos ricos em carboidratos, gorduras e açúcares pelo fato de satisfazer o apetite e ser facilmente incorporado nos padrões de consumo. Nesse contexto, os hábitos alimentares correspondem a um conjunto de (im)possibilidades de acesso da população, sendo o componente nutricional dos alimentos preterido às condições socioeconômicas (AGUIRRE, 2006; CLARO *et. al*, 2007; MORAIS *et. al*, 2014).

As narrativas das participantes, demonstraram que a adesão ao tratamento cirúrgico da obesidade está associada, em grande parte, a reeducação alimentar. Deste modo, para alcançar tal mudança, foi preciso que criassem estratégias de acesso aos alimentos recomendados e de preparo das refeições. Elencaram que houve dificuldades associadas a renda, no acesso dos alimentos (exceto para Maria e Laura). Nessas situações, apresentaram arranjos combinados, conforme narrados anteriormente: Cecília não realizou corretamente as orientações da equipe, sendo o cumprimento das indicações almejado no pós-cirúrgico, segundo sua fala; Salete, Estela, Catarina e Elena restringiram os alimentos considerados maléficis para a saúde (açúcar/doce, refrigerantes) mas não incluíram parte dos alimentos orientados devido ao custo de certos produtos (castanha, frutas secas); Ana, Elena e Antônia, contemplaram as recomendações nutricionais plantando e preparando alimentos em suas casas (confeção de pães, manteiga); Luiza, Ana, Elena acessaram a cesta de produtos integrais do Projeto financiado pela Associação Amigos do HU/UFSC.

O relato de Cecília destacou-se ao evidenciar relações de gênero implícitas na adesão do tratamento, pois era responsável pelo preparo de todas as refeições da casa sob a normativa de “satisfazer” as necessidades alimentares dos membros masculinos da família em contraposição, segundo a sua fala, às orientações recomendadas pela equipe. No fundo, sua situação se assemelha às dificuldades relatadas por Maria que vivia o conflito de “renunciar” às refeições preparadas pelo marido porque tais “pratos” eram desfavoráveis ao prosseguimento de sua “dieta”. Assim, as narrativas se diferenciam, devido ao fato de, na primeira situação, Cecília ser a responsável por todas as atividades domésticas e, na segunda situação, era o marido de Maria que cozinhava. No entanto, em ambas relações familiares elas encontravam desafios em modificarem suas alimentações, visto que, a dinâmica familiar propiciava a ingestão de alimentos, por vezes, considerados maléficos - em grandes quantidades - para a saúde (AGUIRRE, 2006; VIEIRA *et. al.*, 2013).

Considera-se que os desafios inerentes a reeducação alimentar, proposta pela equipe no momento pré-cirúrgico do tratamento da obesidade, estão interligadas às opressões interseccionais (CRENSHAW, 2002). Nesse sentido, classe e gênero se articulam e determinam as possibilidades e desafios voltados ao acesso e preparação dos alimentos, manifestando particularidades e retratando aspectos sociais comuns a todas as entrevistadas. Pode-se constatar que, assim como a literatura sobre obesidade e feminismo aponta, a feminização da pobreza e as hierarquias de gênero, incidem na qualidade de vida das mulheres (FERREIRA *et. al.*, 2010; ARRAES; 2014; ALVES *et. al.*, 2016; GELSLEICHTER; ZUCCO, 2017). Interferem no processo de saúde-doença, propiciando o adoecimento e dificultando o tratamento das comorbidades associadas à obesidade, no caso, a terapêutica cirúrgica a que estão submetidas (SCHERER; SANTOS; BELLINI, 2010, ALVES *et. al.*, 2016).

Por fim, a segurança alimentar e nutricional proposta pelo Estado (BRASIL, 2006) não alcançou a realidade social das entrevistadas. O Art. 3º da Lei 11.346 considera que a segurança alimentar e nutricional deve ser um direito de todos em três dimensões: acesso regular e permanente, qualidade dos alimentos e quantidade suficiente. A Lei problematiza ainda que tal “segurança” não deve comprometer o acesso a outras necessidades primordiais da população (por exemplo, a moradia), pelo contrário, o Estado deve ampliar as condições de acesso aos alimentos e a água, inclusive, por meio de geração de emprego e distribuição de renda (BRASIL, 2006).

6.6AS EXPECTATIVAS DAS MULHERES EM RELAÇÃO À CIRURGIA BARIÁTRICA

As expectativas das participantes em relação ao tratamento cirúrgico da obesidade, corresponderam, em certa medida, as possibilidades de exercerem atividades da vida diária que foram narradas, no presente, como desafios relacionados à obesidade. Deste modo, observa-se a intersecção de uma dupla expectativa em relação ao tratamento cirúrgico da obesidade: qualidade de vida e estética.

A melhora da qualidade de vida foi reconhecida pela maioria delas (Salete, Luiza, Maria, Laura, Catarina, Ana, Elena) antes mesmo da cirurgia, ainda no pré-cirúrgico, e, esperada por todas as participantes no momento pós-cirúrgico. Pode-se ilustrar, segundo Maria que o emagrecimento durante o pré-operatório foi avaliado positivamente por ela e proporcionou novas experiências: “depois que eu perdi esses 20 quilos, eu estou mais segura de mim. Eu estou mais consciente. Por causa da obesidade, a gente se sente muito inferior, né? (Maria). Demarcou que os preconceitos vinculados a obesidade foram amenizados com a diminuição do peso corporal, conferindo destaque às intervenções da equipe multiprofissional durante todo o tratamento. Além do mais, sua fala revelou que a percepção de inadequação (ARRAES, 2018; WOLF, 2018) promovida pelo preconceito gordofóbico foi minimizada com o emagrecimento. Demonstrou assim, que romper com a gordofobia era uma de suas expectativas com o tratamento (CARDOSO; COUTO, 2017).

Ademais, o emagrecimento almejado com a cirurgia, não apenas significou uma possibilidade de reduzir as comorbidades reconhecidamente associadas à obesidade (PEÑA; BACALLAO, 2006; HIMES, 2006) mas de aumentar a autoestima, à medida que suas narrativas contemplaram a importância da estética corporal. A combinação entre qualidade de vida e estética como uma finalidade esperada no tratamento cirúrgico da obesidade também foi observada por Castro *et. al* (2010). Esse estudo (CASTRO *et. al*, 2010) entrevistou 20 mulheres em tratamento cirúrgico da obesidade em um hospital do SUS em Juiz de Fora, Minas Gerais. Segundo as autoras, inicialmente as mulheres afirmaram que suas principais motivações em relação à terapêutica são relacionadas a saúde, porém, conforme as entrevistadas descreveram insatisfações em suas imagens corporais, foi possível associar que saúde e estética são motivações proeminentes das mulheres na realização do procedimento cirúrgico. Os tratamentos para perda de peso, efetuados anteriormente sem sucesso influenciaram decisivamente

a recorrência ao método cirúrgico. Ou seja, tal estudo (CASTRO *et. al.*, 2010) demonstra a importância de ações pautadas na promoção e prevenção da obesidade, como uma estratégia de minimizar a ocorrência de cirurgias bariátrica.

Em relação à estética houve diferentes sentidos expressos nas narrativas. Em geral, a modificação do corpo é um resultado inerente ao emagrecimento esperado pela intervenção cirúrgica e por elas. Essas apreensões foram apresentadas de modo inter-relacionado, como se o tratamento alcançasse uma melhora integral em seus quadros de saúde expandindo-se para outras dimensões da vida: afetiva, profissional/financeira e de lazer. As mulheres apresentaram dados relacionados à possibilidade de romperem com as violências de gênero e as opressões interseccionais (CRENSHAW, 2002) potencializadas pela gordofobia (ARRAES, 2014; CARDOSO; COUTO, 2017). Essa interpretação pode expressar o âmago das suas narrativas, pautada na dupla qualidade de vida e estética.

Todas as mulheres foram unânimes em narrar expectativas em relação a diminuição das comorbidades reconhecidamente associadas à obesidade (PEÑA; BACALLAO, 2006; HIMES, 2006). Salete, Cecília, Maria, Catarina ansiavam por ampliarem a mobilidade física, por vezes, prejudicada pela obesidade. Salete mencionou que o emagrecimento propiciado pelo tratamento cirúrgico, possibilitará que realize atividades da vida diária sem que o “peso” seja um empecilho: “passar na catraca e não criar estratégias para brincar com os meus sobrinhos - poder brincar mesmo -, ir pra praia, correr com eles! Eu vou poder ir pra uma academia, sem ter pressão de um peso, isso é maravilhoso!” (Salete). Notamos que a participante situou que correr e brincar com os seus sobrinhos era uma dificuldade associada ao “peso”. Embora possa haver restrições físicas para a prática de tais atividades em academias de musculação ao conjunto da população, as mulheres gordas sentem-se comumente às margens desses ambientes devido a gordofobia prevalente nesses espaços (GOLDENBERG, 2014; RANGEL, 2017).

Assim como Salete, Laura também discorreu sobre a possibilidade de “entrar em uma academia após a bariátrica” (Laura), com vistas, a participar de atividades de *muay thai* com o seu filho. Laura estava protelando sua inscrição na academia de musculação, pois, se considerava com baixa autoestima para frequentar esse ambiente. O culto ao corpo na contemporaneidade, ou seja, a exaltação do corpo magro em contraposição ao corpo gordo promove noções gordofóbicas sobre o acesso aos serviços de utilidade pública (SANT'ANNA, 2014; GOLDENBERG, 2014).

O fato de Salete desejar emagrecer para passar na catraca de ônibus sem dificuldades, nos remete a discussão da gordofobia prevalente nas arquiteturas e mobiliários públicos (RANGEL, 2017). Nota-se que a percepção de inadequação (ARRAES, 2014), somada à redução de possibilidades de inserção social, foram fatores que incidiram na tomada de decisão pela cirurgia bariátrica, para além das comorbidades associadas à obesidade (CASTRO *et. al*; 2013).

Maria também descreveu expectativas de sentir-se “leve”, no pós-cirúrgico, e, com isso poder utilizar o transporte público sem constrangimentos, com facilidade de passar na catraca. A PL 4328/16 problematiza essa realidade ao sugerir a ampliação do número de assentos preferenciais para pessoas consideradas do grupo prioritário, contudo, o que Maria pretende é utilizar os serviços públicos enquanto uma mulher considerada normal (CANGUILHEM, 2011). Seus planos estão vinculados ao emagrecimento, porque, vislumbra realizar seus projetos de vida, tal qual relatou: “eu tenho vontade de viajar, de construir mais uma casa, de dançar, a minha cabeça não envelheceu. Eu tenho muitos sonhos não realizados que eu quero fazer e a bariátrica vai me ajudar” (Maria). Ou seja, a participante situa questões de gênero voltadas à noção de juventude e vitalidade, exigências contemporâneas à Supermulher (SANDENBERG, 2002; ZUCCO, 2007; GOLDENBERG; 2011; SANT'ANNA, 2014; WOLF, 2018). Por outro lado, Maria acreditava que a cirurgia bariátrica e o emagrecimento resultante do procedimento reduzissem o peso ponderal a ponto de “não precisar mais fazer a cirurgia da bexiga” (Maria). Nesse sentido, evidenciou um importante benefício do emagrecimento relacionado à redução das comorbidades associada à obesidade.

Situação semelhante relatou Antônia que atentou para uma melhora geral no quadro de saúde, pois considera que “com a cirurgia tudo vai melhorar” (Antônia). Para Cecília após a cirurgia sua saúde melhorará consideravelmente. Relativizou que o endocrinologista a informou que terá um alívio das dores que sente, sendo esta uma grande alegria para ela. O mesmo foi exposto por Estela que disse: “a cirurgia vai mudar a minha saúde, em primeiro lugar. Essas dores que eu sinto muito, aqui é tudo profundo” (Estela). Catarina também sugeriu que sua principal motivação em realizar o tratamento cirúrgico é cessar com a “quantidade de medicamentos que toma” (Catarina). Para Catarina a cirurgia é mais “uma questão de saúde do que de estética” (Catarina). Essa afirmação permite destacar que a estética é um aspecto secundário, assumindo relevância junto com a saúde.

Nos trechos acima observamos que Estela e Catarina sugerem que a melhora no quadro de saúde é a principal motivação para a gastroplastia embora as questões estéticas se projetam em suas narrativas, seja para afirmar, secundarizar ou negar sua importância. Luiza, Cecília, Maria, Laura e Antônia explicitaram a relevância da questão estética como um resultado esperado do tratamento cirúrgico da obesidade. Para que a cirurgia bariátrica alcançasse tal finalidade estética, a cirurgia plástica reparadora foi enunciada como determinante do tratamento, por Luiza, Cecília e Antônia:

Eu vou emagrecer eu sei que vai ter o fator flacidez, um ano mais ou menos, eu vo ta bem flácida mesmo. Eu pensar na plástica, hoje? Eu não tenho condições financeiras. Eu não sei daqui há um ano... mas então o que eu puder fazer eu vou fazer (Luiza, 2018).

A estética também vai ser bom! (risos). Ai imagina, eu ficar com 55 quilos, 60 quilos, depois fazer uma cirurgia plástica. Tirar aquele excesso de barriga, o braço, a perna, porque eu tenho umas *morcilhas* embaixo da perna. Eu espero que eu consiga fazer a cirurgia plástica também. O endocrinologista disse que depois de dois anos vai pro processo de cirurgia plástica se precisar né. Eu acho que eu vou precisar porque eu tenho muita banha caída na barriga, eu tenho uma bola aqui no meu braço. Aí eu conversei com o endocrinologista e depois da redução eu vou emagrecer. Aí eu to esperando. Depois disso eu quero a minha cirurgia plástica (Cecília, 2018).

Eu acho que melhora tudo, porque eu vejo que o pessoal que faz a cirurgia é outra pessoa, é né? Outra pessoa... Eu penso: 'será que eu vou viver até fazer as plásticas, pra barriga?' (Antônia, 2018).

O excesso de pele na forma de flacidez é reconhecido como um dos resultados da perda ponderal acelerada, de acordo com Marcelino e Patrício (2011). A necessidade de realizar a cirurgia plástica reparadora, segundo as autoras, tem a ver com a baixa autoestima que esse quadro representa para as mulheres no pós-cirúrgico. No SUS, tal procedimento

cirúrgico está previsto na Portaria nº 424 (BRASIL, 2013a) que considera que:

O paciente com aderência ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetido à cirurgia plástica reparadora do abdômen, das mamas e de membros, conforme orientações para indicação de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, definidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a).

Ao mesmo tempo que o emagrecimento proveniente da terapêutica cirúrgica pode propiciar uma imagem positiva de seus corpos, pode gerar novos conflitos relacionados ao corpo feminino. A perda de peso se vinculou a questões estéticas relativas aos efeitos da obesidade nas participantes em virtude dos efeitos da gordofobia (CARDOSO; COUTO, 2017). Luiza, situou a importância de realizar a cirurgia plástica no pós-cirúrgico, porém, sua principal motivação em escolher a intervenção cirúrgica para tratar a obesidade foi o preconceito gordofóbico, a partir do seu relato:

Existe esse preconceito, não falado mas existe. Se eu não me amar quem é que vai me amar? Tem alguma coisa que me incomoda? Tem, então vamos resolver isso, talvez a procura da cirurgia, veio, quando eu pensei nisso: o fato de ser gorda, o fato de viver o preconceito me incomodava (Luiza, 2018).

Salette foi a única mulher que declarou que o emagrecimento - no que tange a estética e não em relação a minimização das comorbidades associadas à obesidade - pode significar um “desgosto”. Sua fala parece informar que o “desgosto” estaria relacionado mais ao “excesso de pele” que ao emagrecimento (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011). Assim, a cirurgia plástica reparadora, também suscitou uma expectativa nela após a cirurgia bariátrica:

Eu não penso na questão de estar magra, entendeu? Então, eu gosto, eu gosto do meu corpo, eu vou ser bem sincera contigo, eu posso não gostar tanto dele depois da cirurgia, eu posso não gostar tanto dele..em questão de emagrecer, em excesso de pele

essas coisas tal tudo mas eu acho que isso vai ser a última coisa que eu vou ligar (Salette, 2018).

Laura e Elena sinalizaram, sobretudo, o interesse em “voltarem/recuperarem” suas imagens corporais anteriores. Deste modo, vislumbravam conquistar corpos magros, muitas vezes, associados a noção de “juventude” (SANDENBERG, 2002). Esse resgate, também remeteu a vinculação das transformações no corpo feminino que condizem a maternidade e com as novas atribuições demandas no casamento:

Voltar a ter a minha autoestima. Apesar que agora ela já tá melhorzinha em vista de antes, porque ela já esteve mais baixa... agora ela já está um pouquinho melhor. Só em pensar em voltar a usar as minhas roupas, que hoje em dia eu não posso mais usar... como é que eu vou te dizer... me olhar no espelho e me gostar, né? Voltar a usar as roupas? Olhar no espelho? Me sentir bem de um modo geral. Eu não quero ficar muito magra não, tá? Não é que eu não me gosto assim gordinha, tá? Mas tem horas que tu páras... e tu queres voltar pro que tu eras! Eu quero voltar ao que eu era antes. Como eu não vou ter mais filho, daqui pra frente eu só quero ter mudanças, mudanças boas. Então eu só quero voltar a ser o que eu era antes (Laura, 2018).

Emagrecer uns 30 quilos tá bom. Não pra ficar como uma caveira. Aí vou vir pro meu corpo de solteira, menos um pouco ainda, quando eu era nova (Elena, 2018).

O fato de Laura pontuar a dificuldade existente em se visualizar no espelho demonstra que a mulher gorda percebe seu corpo como indesejável pelos outros e por ela própria, muitas vezes (RIBEIRO, 2016). Emagrecer significou retornar à juventude, a condição de solteira e de mulher independente sem a responsabilidade da provisão do bem-estar ao núcleo familiar (FRANZONI, 2008).

Evidenciou novamente o quanto a maternidade significou preferir-se em relação aos cuidados com as/os filhas/os. Segundo Scavone (2001), além das questões de gênero, a maternidade é marcada pelas desigualdades sociais. Para a autora, as mulheres mantiveram a responsabilidade pela criação das/os filhas/os mesmo após ocuparem os

espaços públicos. As lutas feministas pautaram, historicamente, a equidade na responsabilidade parental como meio de superar modelos tradicionais de família. Para “voltar a ser o que era antes” (Laura) Laura recorreu a cirurgia da obesidade para pleitear junto com os seus familiares, demandas de cuidados para si. Desse modo, postergou o ingresso na academia de musculação para o período pós-cirúrgico, visto que, informou que sua “autoestima não está ajudando” (Laura) a realizar a atividade física sistemática. Diferente de Salete, Cecília, Maria, Laura não relatou possuir limitações físicas para a realização dos exercícios. Assim como, não informou que possuía dificuldades financeiras para o acesso, tal qual Luiza.

Na medida em que as “academias de musculação” tornam-se espaços de culto ao corpo e de busca por certos padrões de beleza, Laura percebe o espaço como inapropriado para ela. Essa relação demonstra que o investimento em qualidade de vida pode ser preterido ao estético” (SANT’ANNA, 2014).

Laura e Elena situaram que o corpo magro é valorizado socialmente, inclusive por elas, visto que a magreza é projetada pela mídia como meio de ser “feliz” (MELO; OLIVEIRA, 2010). Mulheres ativistas pela causa anti-gordofobia (RANGEL, 2017) vem modificando a lógica desse pensamento ao publicarem fotos em frente ao espelho como meio de contestar os padrões de beleza vigentes e reconhecerem seus corpos. Por mais que Laura e Elena acessem a cirurgia conforme as indicações do SUS, nota-se que ambas buscam resultados “estéticos” para além da recuperação da saúde. Essa discussão tem sido evidenciada pelas ativistas que lutam contra a gordofobia. Para elas (RIBEIRO, 2016; CARDOSO; COUTO, 2017) é fundamental fortalecer a discussão ampliada sobre saúde, concomitante, é preciso que as mulheres gordas tenham seus corpos reconhecidos socioculturalmente e esteticamente (RIBEIRO, 2016; RANGEL, 2017).

Para Ribeiro (2016) saúde e estética corporal são distintas, no entanto, é possível notar que as participantes atrelaram a melhora dos seus quadros de saúde a adequação estética ao corpo magro. Esse dado demonstra que a pressão estética permeia o campo da saúde e atinge a maior parte das mulheres, ou seja, a pressão por ser magra, firme e jovem foi narrada por Luiza, Cecília, Maria, Laura, Elena e Antônia (GOLDENBERG, 2011; SANT’ANNA, 2014). Nesse sentido, relativiza-se a discussão realizada por Ribeiro (2016) ao observar-se que saúde e estética corporal estão interligadas na narrativa das mulheres entrevistadas. Ao apresentarem este dado, complexificam os sentidos e expectativas geradas pela cirurgia bariátrica.

Conforme Goldenberg e Ramos (2007) a gordura é tomada como símbolo de desleixo, sendo as mulheres gordas as principais vítimas da discriminação gordofóbica (RIBEIRO, 2016), isto é, as que mais sofrem com os imperativos dos padrões de beleza hegemônicos. Logo, suas narrativas retratam a importância de minimizar os efeitos desse panorama a partir da cirurgia bariátrica e da cirurgia plástica reparadora. O marcador “geração” se apresentou - Luiza, Cecília, Maria, Laura, Elena e Antônia - enquanto reforço da cultura da “eterna juventude” (GOLDENBERG, 2007; RODRIGUES, 2013). A juventude, nesses relatos, possibilitaria realizar projetos de vida e aumentar a autoestima, por meio do emagrecimento e da cirurgia plástica.

A Pesquisa Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado, realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010) apresenta elementos de insatisfação corporal de mulheres. Tal insatisfação tem crescido durante os anos de 2001 a 2010, sendo principalmente associadas ao fato de se julgarem acima do peso e à barriga. Esse descontentamento foi crescendo de acordo com a renda. As mulheres que obtinham mais de cinco salários mínimos de renda notaram com mais intensidade a insatisfação com o corpo, bem como, as que estavam na faixa dos 45 a 59 anos. A quantidade de filhos também foi representativa, pois, a insatisfação corporal foi mais declarada entre as mulheres que tinham 2, 4 ou 5 filhos.

Para Bordo (1997) o corpo feminino passa a ser foco central do tempo e do espaço de grande parte das mulheres que investem suas forças na sua transformação e aperfeiçoamento. Segundo a autora, o controle social do corpo feminino é estratégico e corrobora com o alienamento político das mulheres. Ou seja, são menos formadas para a atuação na esfera social e mais estimuladas à automodificação individual, bem como ao espaço privado.

O disciplinamento e a normatização do corpo feminino — talvez as únicas opressões de gênero que se exercem por si mesmas, embora em graus e formas diferentes dependendo da idade, da raça, da classe e da orientação sexual — têm de ser reconhecidos como uma estratégia espantosamente durável e flexível de controle social (BORDO, 1997, p. 20)

Pode-se pensar que as participantes entrevistadas expressaram essa condição feminina que oprime as mulheres, considerando que as demandas apresentadas pela indústria da beleza (SANT'ANNA, 2014;

WOLF, 2018) são infinitas. Em nenhum período histórico anterior as mulheres despenderam tanto tempo com tratamentos estéticos corporais segundo Bordo (1997). Esse arranjo bem articulado, congrega os setores da alimentação, cosmética, saúde e atividades físicas a fim de informar as mulheres sobre técnicas e normativas (BORDO, 1997; GOLDENBERG, 2011; SANT'ANNA, 2014).

Evidentemente, as mulheres em tratamento cirúrgico da obesidade estavam no tratamento cirúrgico porque se avaliou a necessidade dessa intervenção, respaldada em portarias e protocolos da área da saúde (BRASIL, 2013a; 2013b). Embora essa questão seja proeminente, elas revelaram que - independente de classe, raça/etnia, idade - também são formadas para, no mínimo, pretenderem um corpo magro e sem flacidez. Assim, o “espelho” operava como um cúmplice da indústria da beleza ao fornecer às mulheres, em geral, o reflexo da sua inadequação estética perante as projeções do mercado. Situação narrada com sofrimento por Laura e compreendida enquanto uma repulsa pelo próprio corpo, logo um aspecto da gordofobia de importante significação para as mulheres, principalmente as gordas (RIBEIRO, 2016).

Em contraposição a todas as narrativas até então apresentadas sobre as expectativas das mulheres em tratamento cirúrgico da obesidade, se destacou o relato de Ana. Para ela, o pós-cirúrgico seria uma oportunidade de recuperar a qualidade de vida, como um meio de ampliar sua capacidade de trabalho para obter melhores condições socioeconômicas:

O meu desejo é comprar uma casa. Só o que eu peço a Deus é que me dê condições... por isso essa cirurgia tá tão esperada, para que eu dê uma virada na minha vida, né? (Ana, 2018).

O tratamento cirúrgico da obesidade redundou na possibilidade de acessar as políticas públicas intersetoriais e de seguridade social, a partir do acompanhamento multiprofissional realizado pela equipe. A expectativa narrada por Ana, de desejar “comprar uma casa”, condiz com a desproteção social vivida por ela durante grande parte de sua vida, visto que a condição de pessoa em situação de rua (ROSA; BRÊTAS, 2015; SOUZA, 2017) expressou a face da violência estatal às mulheres/meninas, negras, pobres (AKOTIRENE, 2018). As políticas públicas do Estado se apresentaram em sua narrativa, de um lado, na negação do direito social à moradia, alimentação, saúde, integridade

física; e, de outro, proporcionando o acesso a cirurgia bariátrica no SUS para a “recuperação do peso saudável” (BRASIL, 2013a; 2013b). Consideramos que as mulheres evidenciaram expectativas em relação ao tratamento cirúrgico da obesidade, no que tange aspectos sociais e de gênero. As experiências de vida pautadas na opressão de classe, raça/etnia e gênero, contribuíram para suas histórias de obesidade, articulando a gordofobia às opressões interseccionais (CRENSHAW, 2002). Assim, a superação de preconceitos e violências de gênero corresponderam a uma expectativa implícita em suas narrativas: a valorização da juventude e do emagrecimento. Acreditam que a redução de peso e das comorbidades associadas à obesidade, proporcionarão acessos aos serviços sociais e políticas públicas, inclusive o acesso ao mercado de trabalho, à renda e aos bens de consumo. As expectativas em relação à cirurgia podem ser interpretadas enquanto um enfrentamento individual da gordofobia e das manifestações de violência que repercutiram em suas vidas enquanto mulheres de cor, gordas e pobres (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005; LUGONES, 2014; RANGEL, 2017; AKOTIRENE, 2018).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reafirma-se que este estudo partiu de uma escuta político-feminista das experiências das mulheres entrevistadas. Tal posição assegurou projetar as particularidades de cada sujeita, assim como aquilo que as unia: vulnerabilidades e destituições comuns da obesidade. Se seus corpos podem ser individualmente marginalizados, podem coletivamente mostrar a dimensão política, social e pública da obesidade. Esta se manifestou em meio à pobreza extrema, insegurança alimentar, violências de gênero, com destaque aos abusos sexuais, racismo, bem como, ao trabalho infantil e precarizado. Ou seja, ao mesmo tempo que a obesidade se desencadeou em uma dinâmica de opressões, aprofundou tal dinâmica, ao agregar mais uma discriminação - a gordofóbica, e se apresentar como uma doença. Logo, as opressões de gênero, classe, raça/etnia foram explicitadas em seu conjunto ou individualmente nas histórias de obesidade das entrevistadas.

A falta de acesso à seguridade e proteção social, educação, cultura, arte e lazer restringiram as experiências políticas das entrevistadas à esfera da reprodução da vida e das atribuições tradicionais de gênero. As políticas públicas de Estado foram retratadas com seus impasses e contradições em relação aos textos legais, que deveriam assegurar sua capacidade protetiva. Além de não promoverem o bem-estar social, intensificaram o sistema de opressões interseccionais via políticas familistas, de manutenção da pobreza e do acirramento das desigualdades sociais.

O acesso à cirurgia bariátrica, como um dos últimos recursos ao tratamento da obesidade, foi consequência de um conjunto de privações dos direitos humanos e das políticas públicas. De modo geral, os relatos não pautaram a primazia da promoção e prevenção da saúde como estratégia efetiva de enfrentamento da obesidade aliada às políticas intersetoriais do SUS. Pelo contrário, as intervenções em saúde reforçaram o caráter de recuperação e "cura" por meio da cirurgia bariátrica na alta complexidade, quando a obesidade foi reconhecida em sua gravidade e o procedimento avaliado clinicamente como indispensável.

Na perspectiva das mulheres, o acompanhamento pré-cirúrgico figurou como um importante acesso aos cuidados de saúde. As narrativas de destituições, aprofundadas pela dinâmica de violências de gênero e prestação dos cuidados doméstico-familiares, foram partilhadas e se constituíram em experiências de promoção do autocuidado, acolhimento e reconhecimento do protagonismo das mulheres, estimuladas pela equipe

multiprofissional. Assim, as participantes passaram a ser o centro da atenção em saúde dos/as profissionais de Enfermagem, Medicina, Nutrição, Serviço Social, Psicologia e Farmácia.

Por mais que o Serviço tenha sua dinâmica pautada na medicalização da obesidade e da intervenção cirúrgica como meio de tratamento – bem como, a produção de conhecimento e os protocolos cirúrgicos pouco abordem as desigualdades de gênero no atendimento - o acompanhamento significou um meio de fortalecimento da autonomia das mulheres. Suas expectativas em relação à bariátrica visavam superar a gordofobia ao emagrecerem, e reduzir as comorbidades. Foram além, iniciaram um processo de (re)construção de seus projetos de vida, como se estivessem unicamente limitadas pelo peso corporal e pelas comorbidades associadas. O próprio corpo descortinou o peso das experiências de vida narradas por elas, demonstrando a presença dos aspectos sociais no processo de obesidade.

A contribuição deste estudo é relevante ao demonstrar que o contexto de manifestação da obesidade é político, pois afeta homens e mulheres, jovens e idosos/os, pobres e ricos/os, brancas/os e negras/os, mas se expressa com particularidades na população mais oprimida, sendo o processo de saúde-doença agravado pelas injustiças sociais. A desproteção social e violação dos direitos humanos, que determinaram a reprodução da vida das entrevistadas, contribuíram com a construção de vidas obesas. Estas foram culpabilizadas e sofreram o peso da moralidade ao serem julgadas como responsáveis por sua condição.

Os limites apresentados nesta pesquisa foram oriundos do escasso debate das teorias produzidas pelas teorias feministas de abordagem interseccional sobre a obesidade em mulheres e seu tratamento cirúrgico. Porém, tal perspectiva possibilitou problematizar a realidade social das mulheres no processo saúde-doença da obesidade e dos aspectos sociais e de gênero do período pré-operatório. Assim, o debate sobre obesidade, alimentação, atividade física e outros, também foram subsidiados pela produção de conhecimento do campo interdisciplinar dos estudos de gênero e da saúde pública.

A importância de novos estudos na área do tratamento cirúrgico da obesidade pela ótica do feminismo se impôs como um resultado. As intervenções pautadas na cura e recuperação da saúde explicitaram relações hierárquicas de poder frente às iniquidades sociais em saúde, sendo voltadas, principalmente, às mulheres pobres e racializadas. A pressão estética é uma questão importante para interpretar a disparidade do acesso à cirurgia bariátrica em homens e mulheres de modo geral, do mesmo modo que a subvalorização e imposição dos corpos femininos aos

padrões de beleza. Possibilita, ainda, problematizar compreensões de saúde e estética nos tratamentos e serviços fortemente midiaticizados pela “megaindústria” do emagrecimento.

Entretanto, é a partir da gordofobia vivida pelas mulheres entrevistadas que foi possível explicitar as violações de direitos relativas ao trabalho, vestuário, arquitetura urbana, mobiliários e transporte coletivo público. Ou seja, os acessos são dificultados para as mulheres gordas que convivem cotidianamente com os limites institucionais e estruturais que as marginalizam. No entanto, problematiza-se a noção da obesidade como doença e da cirurgia bariátrica como o tratamento para corpos gordos, doentes e discriminados. Logo, fica a indagação: se a principal luta anti gordofobia é despatologizar o corpo gordo da doença da obesidade, porque esta compreensão acarreta em equívocos, seria a cirurgia bariátrica uma intervenção violenta, de *violência bariátrica*?

Assim como o movimento feminista outrora denunciou a violência obstétrica, resultante dos altos índices de cesarianas pautadas na medicalização do nascimento, o que explica o crescente índice de cirurgia bariátrica pautado na medicalização da obesidade? Se a terapêutica cirúrgica intervém, massivamente, nos corpos femininos, seria esta uma *violência bariátrica* de gênero? Tais questionamento abrem horizontes para possibilidades de estudos que congreguem a determinação social da obesidade e o acesso à cirurgia bariátrica como política de atenção em saúde a partir da abordagem feministas. A possível categoria - *violência bariátrica* -, aqui (d)enunciado para nominar uma prática de incisiva intervenção nos corpos femininos, sugere a importância de um aprofundamento teórico pelos estudos interdisciplinares de gênero e da saúde.

Por fim, o pensamento feminista crítico nos possibilitou identificar e analisar a conjuntura social narrada por mulheres atendidas em um hospital escola de natureza pública, revelando aspectos sociais e de gênero secundarizados pela produção de conhecimento na área da saúde e do feminismo. O percurso de mestrado cumpriu, assim, com o intuito de ampliar as reflexões fomentadas na RIMS/HU/UFSC - no Serviço de Cirurgia Bariátrica - no que concerne a minha experiência de atuação profissional no atendimento de mulheres e no compromisso político suscitado pela minha trajetória de formação humana, acadêmica e profissional. Deste modo, espera-se que as “respostas” aqui construídas nutram as reflexões de mulheres, muitas vezes, feministas e/ou gordas, no âmbito acadêmico, na prática multiprofissional e nos movimentos sociais, por políticas públicas em favor da igualdade de gênero e da justiça social.

REFERÊNCIAS

AGRA, Glenda; HENRIQUES, Maria Emília Romero de Miranda. Vivência de mulheres que se submeteram à gastroplastia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 982-92, 2009.

AGUIRRE, Patrícia. Aspectos socioantropológicos da obesidade na pobreza. In: M. Peña, & J. Bacallao, **Obesidade e pobreza: um novo desafio de saúde pública** (pg. 12-26). São Paulo: Roca, 2006.

AKOTIRENE, Carla. O que é interseccionalidade? Belo Horizonte – MG: Letramento: Justificando, 2018.

ALARCAO, Ana Carolina Jacinto; CARVALHO, Maria Dalva de Barros; PELLOSO, Sandra Marisa. The death of a young son in violent circumstance: understanding the experience of the mother. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 341-347, June 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000300002>

ALBALA, Cecilia; VÍO, Fernando. Obesidade e pobreza: um desafio pendente no Chile. In: M. Peña, & J. Bacallao, **Obesidade e pobreza: um novo desafio de saúde pública** (pg. 12-26). São Paulo: Roca, 2006.

ALBERTO, Maria de Fatima Pereira; YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. Quando a Educação Não é Solução: Política de Enfrentamento ao Trabalho Infantil. **Trends Psychol.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 4, p. 1677-1691, Dec. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-18832017000401677&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2017.4-10pt>.

ALMEIDA, Sandra Regina Goulart. Intervenções feministas: pós-colonialismo, poder e subalternidade. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 689-700, nov. 2013. ISSN 1806-9584. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2013000200019/25792>>. Acesso em: 06 dez. 2018.

ALMEIDA, Eduardo Henrique Rodrigues. Aspectos bioéticos da perícia médica previdenciária. **Revista bioética**, v. 19, n. 1, p. 277-298, 2011.

ALVAREZ, Sônia.E. Em que ESTADO está o feminismo latino-americano? Uma leitura crítica das políticas públicas com perspectiva de gênero. In: FARIA, N (org.); SILVEIRA, M. L. (org.); NOBRE, M (org.). *Gênero nas Políticas Públicas*, São Paulo: Sof, 2000.

ALVES, Edgard Luiz Gutierrez; VIEIRA, Carlos Alberto dos Santos. Qualificação profissional: uma proposta de política pública. **Planejamento e políticas públicas**, n. 12, 2009.

ALVES, Francielle Lopes. **Trajetórias de acesso da população aos serviços do SUS: um estudo sobre a cirurgia bariátrica**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2010.

_____, Francielle Lopes; GELSLEICHTER, Mayara Zimmermann; DELLA, Letícia. Possamai; CABRAL, Sheylla Beatriz ; SANT'HELENA, Moara Monteiro. Saúde, determinação social e obesidade: reflexões sobre sua manifestação na contemporaneidade e contribuições ao Serviço Social. In: 80 anos de Serviço Social no Brasil: 'a certeza na frente e a história na mão' - 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 2016, Olinda. <http://cbas.silvaebrisch.com.br/>, 2016.

_____, Francielle Lopes; MIOTO, Regina Célia Tamaso. O Familismo nos Serviços de Saúde: expressões em trajetórias assistenciais. **Argumentum**, v. 7, n. 2, p. 208-220, 2015.

_____, Francielle Lopes; SANT'HELENA, Moara Monteiro; GELSLEICHTER, Mayara Zimmermann; DELLA, Letícia Possamai. Dimensões sociais da vida no processo de saúde/doença: uma análise sobre a cirurgia bariátrica. In: FARIAS, Joni Márcio de et al. (Org.). **Gestão do cuidado em saúde**. Criciúma: UNESC, 2016. p. 134-138. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/handle/1/4283>>. Acesso em: 13 out. 2017.

AMORIM, Tales C. et al. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. **Rev**

Bras Ativ Fis Saúde p. 63-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.12820/2317-1634.2013v18n1p63>, 2013.

ANTUNES, Ricardo et al. A crise, o desemprego e alguns desafios atuais. **Serviço Social & Sociedade**, 2010.

_____, Ricardo; DRUCK, Graça. A epidemia da tercerização. In:

ANTUNES, RicardoOrg.. Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III. 2014. Boitempo, São Paulo: 464p.

_____, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, v. 123, p. 407-427, 2015.

AQUINO, Estela. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev Saúde Pública**, 2006;40(N Esp):121-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30631.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.

ARRAES, Jarid. **Gordofobia como questão política e feminista**. 2014 Disponível em: <<https://www.revistaforum.com.br/digital/163/gordofobia-como-questao-politica-e-feminista/>>. Acesso em 18 out. 2017.

BAIÃO, Mirian Ribeiro; DESLANDES, Suely Ferreira. Alimentação na gestação e puerpério Feeding in pregnancy and postpartum. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 2, p. 245-253, 2006.

_____, Mirian Ribeiro; DESLANDES, Suely Ferreira. Gravidez e comportamento alimentar em gestantes de uma comunidade urbana de baixa renda no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 2633-2642, 2008.

_____, Mirian Ribeiro; DESLANDES, Suely Ferreira. Práticas alimentares na gravidez: um estudo com gestantes e puérperas de um complexo de favelas do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3199-3206, 2010.

BAIRROS, Luiza. Nossos feminismos revisitados. **Revista Estudos Feministas**. N. 02, 1995, p. 458-463.

BARROS, Ricardo Paes de; HENRIQUES, Ricardo; MENDONÇA, Rosane. A estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil. 2001.

BANDEIRA, Lourdes. Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres: avançar na transversalidade da perspectiva de gênero nas políticas públicas. **Brasília: CEPAL/SPM-PR**, 2005.

BARATA, Rita Barradas. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?. In: **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 73-94. ISBN 978-85-7541-391-3. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/48z26/pdf/barata-9788575413913-06.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2017.

BARCELOS, Mariana Silveira. **A incorporação da família nos serviços de saúde: um debate a partir das concepções dos profissionais num hospital de alta complexidade**. 2011. 169 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Traduzido por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, Sandhi Maria et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 14, n. 1, p. 41-68, 2005.

BARROS, Ricardo Paes de; HENRIQUES, Ricardo; MENDONÇA, Rosane. A estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil. In: R. Henriques (org.). *Desigualdade e pobreza no Brasil*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea, Rio de Janeiro, 2000, p. 21-47.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. **O território e o processo saúde-doença**, p. 51-86, 2007a.

_____, Carlos. Saúde, doença e cuidados: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca, Angélica Ferreira; Corbo, Ana Maria D'Andrea. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro, EPSJV; FIOCRUZ, 2007b. p.25-49. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/his-37616>. Acesso em: 15 jun. 2017.

BATTISTELLI, Ceres. Número de cirurgias bariátricas no Brasil aumenta 46,7%. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. 11 jul. 2018. Disponível em: <https://www.scbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467/>. Acesso em: 07/01/2019.

BERBERIAN, Thais Peinado. Social Work and evaluations of negligence: discussions in the field of professional ethics. **Serviço Social & Sociedade**, n. 121, p. 48-65, 2015.

BERNARDO, Fabíula Renilda; ZUCCO, Luciana Patrícia. A centralidade do feminino no método canguru. **Sex., Salud Soc.** (Rio J.) no.21 Rio de Janeiro Sept./Dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-64872015000300154&script=sci_abstract>. Acesso em: 20 out. 2016.

BERTH, Joice. O que é: empoderamento?. Belo Horizonte –MG: Letramento: justificando, 2018.

BETONI, Fernanda; ZANARDO, Polachini; CENI, Giovana Cristina. Avaliação de utilização de dietas da moda por pacientes de um ambulatório de especialidades em nutrição e suas implicações no metabolismo. **ConScientiae Saúde**, v. 9, n. 3, 2010.

BIRKMEYER, Nancy JO; GU, Niya. Race, socioeconomic status, and the use of bariatric surgery in Michigan. **Obesity surgery**, v. 22, n. 2, p. 259-265, 2012.

BIROLI; Flávia. Gênero e desigualdades: os limites da democracia no Brasil / Flávia Biroli. – 1ª ed. – São Paulo: Boitempo, 2018.

_____. Flávia. O público e o privado. In: MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. *Feminismo e Política*. São Paulo: Boitempo, 2014. Cap. 2. p. 31-46.

_____. Autonomia, dominação e opressão. In: MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. *Feminismo e Política*. São Paulo: Boitempo, 2014. Cap. 7. p. 109-122.

_____. Justiça e Família. In: MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. *Feminismo e Política*. São Paulo: Boitempo, 2014. Cap. 3. p. 47-62.

BLOFIELD, Merike; FRANZONI, Juliana. Maternalism, co-responsibility, and social equity: a typology of work–family policies. **Social Politics: International Studies in Gender, State & Society**, v. 22, n. 1, p. 38-59, 2014.

BORDO, Susan R. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. **Gênero, corpo, conhecimento. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos**, p. 19-41, 1997.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social, 2014b. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Inter setorial de Acompanhamento e Monitoramento. Diário Oficial da União, 24 de dezembro de 2009, Seção 1, Página 16.

_____. (24 de fevereiro de 1999) **Portaria Nº 55**, de 24 de fevereiro de 1999. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html. Acesso em 10/11/17.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 35. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

_____. Estatuto da Criança e do Adolescente, Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de

_____. Lei 12.010, de 03 de agosto de 2009. **Lei da Adoção**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112010.htm>. Acesso em: 06 jun. 2016.

_____. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União 2006b; 18 set.

_____. Lei nº 13.467/2017. Reforma Trabalhista. Brasília, DF, Novembro 2017.

_____. Ministério da Saúde. Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. **Manual Instrutivo**. Brasília - DF - 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_linha_cuidado_obesidade.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2017**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas/politica-e-nobs>>. Acesso em 12/05/2018.

_____. Projeto de Lei 4328 de 2016. Estatuto da Pessoa com Obesidade. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1431850. Acesso em 17 out. 2018.

_____. **Vigitel Brasil 2014**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Vigitel Brasil 2016**. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Estimativas Sobre Frequência e Distribuição Sócio-demográfica de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas nas Capitais dos 26 Estados Brasileiros e no Distrito Federal Em 2016. Brasília, DF • 2017. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf. Acesso em 13 jun. 2017.

_____. Lei Maria da Penha: Lei nº 11.340. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulher, 2006a.

_____. a. (15 de Março de 2013). **Portaria Nº 425**, de 19 de Março de 2013. Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 10 dez 2018.

_____. b. (19 de Março de 2013). **Portaria Nº 424**, de 19 de março de 2013. Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 08 jun. 2017.

julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF.

BRUMER, Anita. Gênero e agricultura: a situação da mulher na agricultura do Rio Grande do Sul. **Estudos feministas**, v. 12, n. 1, p. 205, 2004.

CAMPOS, Maria Teresa Fialho de Sousa. A influência do luto no comportamento alimentar e suas implicações nas condutas nutricionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2769-2779, 2013.

CANGUILHEM, George. **O normal e o patológico**. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CARDOSO, António Joaquim Magalhães; COSTA, Tato. O “peso da moda”: a relação e o envolvimento das mulheres obesas com o vestuário e a moda. **Rev. Fac. Cienc. Hum. Soc**, v. 1, n. 4, p. 54-67, 2007.

CARDOSO, Bruna Clara Floriano; COUTO, Nádia Regina Almeida. **Gordofobia: o peso do preconceito**. Curso de Jornalismo da Faculdade Satc – Criciúma – SC – Junho de 2017. Disponível em: http://www.site.satc.edu.br/admin/arquivos/30070/Gordofobia_-_O_Peso_do_Preconceito.pdf. Acesso em: 16 out. 2017.

CARDOSO, Cláudia Pons. Amefricanizando o feminismo: o pensamento de Lélia González. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 22(3): 320, setembro-dezembro/2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/36757/28579>. Acesso em: 10 set. 2017.

CARDOSO, Junia Espinha; BARBOSA, Regina Helena Simões. O desencontro entre desejo e realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [1]: 35-52, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/4008/400838236003/>>. Acesso em: 07 set. de 2017.

CARLOTO, Cássia Maria. Adoecimento no trabalho, as mulheres na categoria de asseio e limpeza. **Serviço Social em Revista** 2003; 6(1). Disponível em: http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v6n1_cassia.htm . Acesso em 15 jun 2017.

CARNEIRO, Mônica de Fátima Gontijo; GUERRA JÚNIOR, Augusto Afonso; ACURCIO, Francisco de Assis. Prescrição, dispensação e regulação do consumo de psicotrópicos anorexígenos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 1763-1772, 2008.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. **Estud. av.** vol.17 no.49 São Paulo Sept./Dec. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300008. Acesso em: 10 out. 2017.

_____, Sueli. *Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América latina a partir de uma perspectiva de gênero*. 2011. [<http://www.unifem.org.br/sites/700/710/00000690.pdf>] – acesso em: 18 jan. 2016]. [Links]

CASTRO, Marcela Rodrigue et. al. Imagem corporal, em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica: Interações socioculturais. **Motricidade** © FTCD/FIP-MOC 2013, vol. 9, n. 3, pp. 82-95. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mot/v9n3/v9n3a10.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2017.

_____, Marcela Rodrigues et al. Cirurgia Bariátrica: a trajetória de mulheres obesas em busca do emagrecimento. **HU Revista**, v. 36, n. 1, 2010.

CLARO, Rafael Moreira et al. Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 557-564, Aug. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400009&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000400009>.

COELHO, Edina Matilde Linassi; FONTELA, Paula Caitano; WINKELMANN, Eliane Roseli; SCHWENGBER, Maria Simone Vione. Perda de peso, estado de saúde e qualidade de vida durante 2 anos após cirurgia bariátrica. **Ciência & Saúde**, 01 January 2016, Vol.9(3), pp.174-181.

COELHO, Gabriela Cunha et al. As consequências físicas, psíquicas e sociais em indivíduos com ortorexia nervosa. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 10, n. 57, p. 160-168, 2016.

COLLINS, Patricia Hill. Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro. *Soc. estado.*, Brasília, v. 31, n. 1, p. 99-127, Apr. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922016000100099&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922016000100006>.

CONDE, Wolney Lisboa.; MONTEIRO, Carlos Augusto. Valores críticos do índice de massa corporal para classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes brasileiros. **J. Pediatr.** (Rio J.) [online]. 2006, vol.82, n.4, pp.266-272. ISSN 0021-7557. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1502>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

COSTA, Cláudia de Lima. O tráfico do gênero. **Cadernos pagu** (11) 1998: pp.127-140. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634468>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

COSTA, Tonia; STOTZ, Eduardo Navarro; GRYNSZPAN, Danielle; SOUZA, Maria do Carmo Borges. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface** (Botucatu) vol.10 no.20 Botucatu July/Dec. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200007. Acesso em: 04 out. 2017.

COUNIHAN, Carole. The anthropology of food and body: gender, meaning and power. New York, 1999.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, jan. 2002.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. S.Paulo: Boitempo, 2016 [1981]

DELGADO, Guilherme Costa. O setor de subsistência na economia e na sociedade brasileira: gênese histórica, reprodução e configuração contemporânea. 2004.

DESLANDES, Suely. F. A análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Cienc. Saude Colet.**, v.9, n.1, p.7-14, 2004.

DIAS, Patricia Camacho et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. Saúde Pública (Online)**, v. 33, n. 7, p. e00006016-e00006016, 2017.

FARIA, Bernadete Valente; LEITE, Ligia Silva. Qualidade de Vida: um processo avaliativo pós-cirúrgico. **Meta: Avaliação**, Rio de Janeiro. 01 May 2012, Vol.4(10), pp.78-90.

FEITOSA, Izabel Christina do N. et al. O trabalho precoce e as políticas de saúde do trabalhador em Natal. **Estudos de Psicologia**, v. 6, n. 2, 2001.

FELIPPE, Flávia Maria. O peso social da obesidade. In: **Revista Virtual Textos & Contextos**, nº2, dez, 2003. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/963>>. Acesso em: 06 jan. 2017.

FERREIRA, Vanessa Alves.; SILVA, Aline Elizabeth.; RODRIGUES Cristiele Ayana Aparecida; NUNES, Nádia Lúcia Almeida.; VIGATO Tássia Cassimiro; MAGALHÃES, Rosana; Desigualdade, pobreza e obesidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1423-1432, 2010.

_____, Vanessa Alves; MAGALHÃES, Rosana. O corpo cúmplice da vida. Considerações a partir dos depoimentos de mulheres obesas de uma favela carioca. **Ciênc. Saúde coletiva** vol.11 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2006.

_____, Vanessa Alves; MAGALHÃES, Rosana. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2005.

FERRETTI, Sérgio F. Notas sobre o sincretismo religioso no Brasil-modelos, limitações e possibilidades. **Tempo**, v. 6, n. 11, 2001.

FIGUEIROA, Natália Lima. Pornografia com mulheres gordas: o regime erótico dos corpos dissonantes. **alessandra guerra| clayton guerreiro| fernando camargo| Luciana Pereira Marcela Vasco| marta militão| ramon brandão| rodrigo domenech**, p. 112.

FISCHLER, Claude. A “McDonaldização” dos Costumes. In: Flandrin, J. L.; Montanari, M. **História da alimentação**. Estação Liberdade, São Paulo, 2007. 841-863.

FONSECA, Claudia. Mães “abandonantes”: fragmentos de uma história silenciada. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 13-32, maio 2012. ISSN 1806-9584. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2012000100002/21848>>. Acesso em: 18 out. 2018.

_____, Claudia. Apresentação-de família, reprodução e parentesco: algumas considerações. **Cadernos Pagu**, n. 29, p. 9-35, 2007.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro,

24(1):17-27, jan, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2017.

FRANZONI, Juliana Martínez. **¿ Arañando bienestar?: trabajo remunerado, protección social y familias en América Central**. Buenos Aires: Clacso, 2008.

FREITAS, Maria do Carmo Soares de; MINAYO, Maria Cecília de Souza; FONTES, Gardênia Abreu Vieira. Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 31-38, Jan. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100008>.

FUCHS, Hans F.; BRODERICK, Ryan C., HARNSBERGER, Cristina R.; CHANG, David C.; SANDLER Bryan J.; JACOBSEN Garth R.; HORGAN, Santiago. **Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques**. March 2015, 25(3): 196-201. <https://doi.org/10.1089/lap.2014.0639>. Disponível em: <<http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/lap.2014.0639>>. Acesso em: 20 set. 2016.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Núcleo de Opinião Pública. Corpo e representação na mídia. In: Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: pesquisa de opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010.

GEBARA, Telma Souza e Silva. Obesidade, magreza, alimentação e cirurgia bariátrica: representações sociais de pessoas com obesidade. 2017. 137f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2017.

GELSLEICHTER, Mayara Zimmermann; ALVES, Francielle Lopes. Famílias, obesidade e políticas de atenção em saúde no Brasil: trabalho e cuidado no processo saúde-doença. In: **Coloquio? Familias Contemporáneas – Intervenciones Contemporáneas? Familias e Nueva Matriz de Protección Social**. Montevideu, 2015, p. 328-340. Disponível em: <http://cienciassociales.edu.uy/departamentodetrabajosocial/wp->

content/uploads/sites/5/2016/11/Miradas_Iberoamericanas.pdf. Acesso em 19 set. 2017.

_____, Mayara Zimmermann; ZUCCO, Luciana Patrícia. Quanto pesa a mulher com obesidade? **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 16, n. 1, p. 100 - 114, jan./jul. 2017. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/23259>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

GILROY, Paul. O Atlântico negro. Rio de Janeiro: 34, 2012.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Rev. adm. empres.** vol.35 no.3 São Paulo May/June 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901995000300004. Acesso em: 21 out. 2016.

GOLDENBERG, Miriam; RAMOS, Marcelo Silva. A civilização das formas: o corpo como valor. In M. Goldenberg, (Ed.), **Nu e vestido - dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca** (2ª ed., pp. 19-40) Rio de Janeiro, RJ: Record, 2007. Disponível em: <https://ayrtonbecalle.files.wordpress.com/2015/07/goldemberg-miriam-nu-vestido-org.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

_____, Mirian. Gênero, "o Corpo" e "Imitação Prestigiosa" na Cultura Brasileira. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 543-553, Sept. 2011. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000300002>.

GOLDMAN, Sara Nigri. As dimensões culturais, sociais e políticas do envelhecimento. **Envelhecimento e vida saudável. Rio de Janeiro: Apicuri**, p. 27-41, 2009.

GOMES, Fernanda Marcela Torrentes A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA MULHER NA POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio-Econômico. Departamento de Serviço Social. Curso de Graduação em Serviço Social. 2014/1.

GONÇALVES, Clarissa Azevedo. O “peso” de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero. **Mneme. Revista de Humanidades**. V. 05. N. 11, jul./set. de 2004. – Semestral. ISSN -1518-3394. Disponível em: <www.cerescaico.ufrn.br/mneme>. Acesso em: 02 mar. 2017.

GONZÁLEZ, Lélia. O papel da mulher negra na sociedade brasileira (**mimeo, Spring Symposium the Political Economy of the Black World**. Los Angeles, 10- 12 maio de 1979).

GRAH, Bruno. O programa Melhor em Casa enquanto arquétipo do familismo na Política de Saúde e suas nuances no estado de Santa Catarina. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Socioeconômico. Programa de Pós Graduação em Serviço Social. Florianópolis, 2018.

GROSSI, Patrícia Krieger; COUTINHO, Ana Rita Costa; BITENCOURT, João Vitor. Desafios do Atendimento à Mulher em Situação de Violência no âmbito dos CREAS. 2017.

HANISCH, Carol. The personal is political. 1969.

HENNING, Carlos Eduardo.; Interseccionalidade e pensamento feminista: As contribuições históricas e os debates contemporâneos acerca do entrelaçamento de marcadores sociais da diferença. **Mediações**, Londrina, v. 20 n. 2, p. 97-128, jul./dez. 2015

HIMES, John. Indicadores antropométricos de obesidade: aspectos epidemiológicos e de saúde pública sobre seu desenvolvimento e uso. In: M. Peña, & J. Bacallao, **Obesidade e pobreza: um novo desafio de saúde pública** (pg. 12-26). São Paulo: Roca, 2006.

HIRATA, Helena. Mundialização, divisão sexual do trabalho e movimentos feministas transnacionais. **Conferencia Regional sobre la Mujer de America Latina y el Caribe**. Brasilia, 13 a 16 de julio de 2010. Naciones Unidas. CEPAL. Disponível em: https://www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/2/38882/PonenciaCompleta_HelenaHirata.pdf. Acesso em: 14 ago. 2017.

HOGA, Luiza Akiko Komura. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 1, p. 13-20, 2004.

HOOKS, Bell. O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras/bell hooks; tradução Ana Luiza Libânio. – 1ª ed. – Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

HUIJG, Dieuwertje Dyi. Eu não preciso falar que eu sou branca, cara, eu sou Latina!. **Ou a complexidade da identificação racial na ideologia de ativistas jovens (não) brancas. Cadernos Pagu**, v. 36, p. 77-116, 2011.

INFORMAL, Dicionário de Português gratuito para internet. 2016. Disponível em: <<https://www.dicionarioinformal.com.br/significado/gordofobia/7336/>>. Acesso em: 10 out. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde : 2013 : ciclos de vida : Brasil e grandes regiões** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 92 p.

IPEA. Nota técnica Expansão dos direitos das trabalhadoras domésticas no Brasil. Brasília, agosto de 2012. http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/nota_tecnica/120830_notatecnicaadisoc010.pdf

KAC, Gilberto. Fatores determinantes da retenção de peso no pós-parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 455-466, 2001.

KLITZKE, Carla; ZUCCO, Luciana Patrícia. **Violência de gênero: como os/as profissionais a identificam**. Trabalho de Conclusão de Residência. Hospital Universitário Professor Ernani Polydoro de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

KRAEMER, Fabiana Bom et al. O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1337-1360, 2014.

LACERDA, Elisa Maria de Aquino; LEAL, Maria do Carmo. Fatores associados com a retenção e o ganho de peso pós-parto: uma revisão sistemática. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 7, p. 187-200, 2004.

LAVINAS, Lena; AMARAL, Marcelo Rubens do; BARROS, Flávio. Evolução do desemprego feminino nas áreas metropolitanas. Texto para Discussão (TD) 756: Evolução do desemprego feminino nas áreas metropolitanas. 2000-09. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2297>. Acesso em 03 dez. 2018.

LIMA, Márcia; RIOS, Flavia; FRANÇA, Danilo. Articulando gênero e raça: a participação das mulheres negras no mercado de trabalho (1995-2009). **Dossiê Mulheres Negras**, p. 53, 2013.

LIMA, Telma Cristina Sasso; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, v.10, n. especial, p. 37-45, 2007.

LIMA, Rita de Lourdes de et al. Trabalho doméstico e desproteção previdenciária no Brasil: questões em análise. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 40-48, jan. 2010. ISSN 1982-0259. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/13859>. Acesso em: 05 fev. 2019. doi:<https://doi.org/10.1590/S1414-49802010000100005>

LISBOA, Teresa Kleba. Gênero, classe e etnia–trajetórias de vida de mulheres migrantes. **Revista Katálysis**, v. 6, n. 2, p. 251-252, 2003.

_____, Teresa Kleba. Gênero, feminismo e Serviço Social – encontros e desencontros ao longo da profissão. **Rev. Katál.** Florianópolis v. 13 n. 1 p. 66-75 jan./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v13n1/08>. Acesso em: 12 ago. 2017.

LYRA, Jorge; MEDRADO, Benedito. Gênero e paternidade nas pesquisas demográficas: o viés científico. **Estudos feministas**, v. 8, n. 1, p. 145, 2000.

LOPES, Marta Júlia Marques. Pensando mulher, saúde e trabalho no hospital. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, 13(1): 34-36, Jan. 1992.

LORDE, Audre. *Age, Race, Class, and Sex: women redefining difference*. California: Sister Outsider Crossing Press, 1984. p.116.

LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 935-952, set. 2014. ISSN 1806-9584. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/36755/28577>>. Acesso em: 01 dez. 2018.

MACIEL, Maria Eunice de Souza; CASTRO, Helisa Canfield de. A comida boa para pensar: sobre práticas, gostos e sistemas alimentares a partir de um olhar socioantropológico. **Demetra. Rio de Janeiro, RJ. Vol. 8, supl 1 (2013), f. 321-328**, 2013.

MAFFACCIOLLI, Rosana; LOPES, Marta Julia Marques. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. **Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo. Vol. 18, n. 4 (out./dez. 2005), p. 439-445**, 2005.

MAIA, Cauane. #SerNgrxEmFloripa: uma hashtag para debater o racismo. Publicado em 08 jun. 2017.

MARCELINO, Liete Francisco; PATRÍCIO, Zuleica Maria. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4767-4776, 2011.

MARIANO, Maria Luiza Lobato; MONTEIRO, Claudia Santos; DE PAULA, Maria Angela Boccara. Cirurgia bariátrica: repercussões na vida laboral do obeso. **Rev. GaúchaEnferm.** vol.34 no.3 Porto Alegre Sept. 2013.

MARIN, Joel Orlando Bevilaqua et al . O problema do trabalho infantil na agricultura familiar: o caso da produção de tabaco em Agudo-RS. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 50, n. 4, p. 763-786, Dec. 2012.

MARTINELLI, Maria Lúcia (org). **Pesquisa Qualitativa: Um Instigante Desafio**. Veras Editora (1 de janeiro de 2012).

MARTINS, Maria Cezira Fantini Nogueira. Relação profissional-paciente: subsídios para profissionais de saúde. **Psychiatry On-line Brazil: current issues.**[Internet], v. 2, n. 3, 1997.

MATTAR, Rosiane et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 459-464, 2007.

MEDEIROS, Patrícia Flores de. GUARESCHI Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 17(1): 296, janeiro-abril/2009. Pp 31 – 48.

MELO, Cristiane Magalhães de; OLIVEIRA, Djenane Ramalho de. O uso de inibidores de apetite por mulheres: um olhar a partir da perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2523-2532, 2011.

MENDONÇA, Cristina Pinheiro; ANJOS, Luiz Antonio dos. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 698-709, 2004.

MIGUEL, Luis Felipe, BIROLI, Flávia. *Feminismo e política: uma introdução*. 1.ed. São Paulo: Boitempo, 2014.

_____, Luis Felipe. O feminismo e a política. In: MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. *Feminismo e Política*. São Paulo: Boitempo, 2014. Cap. 1. p. 17-30.

_____. Luis Felipe. A igualdade e a diferença. In: MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. *Feminismo e Política*. São Paulo: Boitempo, 2014. Cap. 4. p. 63-78.

MINAYO, Marsia Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes Limitada, 2011.

MIRIJELLO, Antonio; D'ANGELO, Cristina; IACONELLI, Amerigo; CAPRISTO, Esmeralda; FERRULLI, Anna; LECCESI, Laura; COSSARI, Anthony; LANDOLFI, Raffaele; ADDOLORATO, Giovanni. Social phobia and quality of life in morbidly obese patients

before and after bariatric surgery. **J Affect Disord**; 179: 95-100, 2015 Jul 01.

MIRIJELLO, Antonio et al. Social phobia and quality of life in morbidly obese patients before and after bariatric surgery. **Journal of affective disorders**, v. 179, p. 95-100, 2015.

MISKOLCI, Richard. Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 8, p. 1762-1764, Aug. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800027&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800027>.

MIZIARA, Ivan Dieb; MIZIARA, Carmen Silvia Molleis Galego; ROCHA, Lys Esther. Acidentes de Motocicletas e sua relação com o trabalho: revisão da literatura. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 19, n. 2, p. 52-59, 2014.

MONTEIRO, Carlos Augusto. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. **Estudos avançados**, v. 17, n. 48, p. 7-20, 2003.

_____, Carlos Augusto; CASTRO, Inês Rugani Ribeiro de. Por que é necessário regulamentar a publicidade de alimentos. **Cienc. Cult.**, São Paulo , v. 61, n. 4, p. 56-59, 2009 . Available from <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252009000400020&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Dec. 2018.

MONTEIRO, Rosa; FREITAS, Vivalda; DANIEL, Fernanda. Condições de trabalho num universo profissional feminizado. **Estudos Feministas**, v. 26, n. 2, p. 1-19, 2018.

MORAIS, Dayane de Castro et al. Insegurança alimentar e indicadores antropométricos, dietéticos e sociais em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1475-1488, 2014.

NARVAZ, Martha; OLIVEIRA, Letícia L. A relação entre abuso sexual e transtornos alimentares: uma revisão. **Interamerican Journal of Psychology**, v. 43, n. 1, p. 22-29, 2009.

NASCIMENTO, Angelina de Aragão Bulcão Soares. **Comida: prazeres, gozos e transgressões**. EDUFBA, 2007.

NASCIMENTO, Maria Livia. Abrigo, pobreza e negligência: percursos de judicialização. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. spe, 2013.

NASCIMENTO, Carlos Alberto Domingues; BEZERRA, Simone Maria; ANGELIM, Ednalva Maria. Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 2, 2013.

NERY, Joseanne de Oliveira. GORDOFOBIA. **Encontros de Iniciação Científica UNI7**, v. 7, n. 1, 2017.

NETO, Otávio Cruz. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília (Org.) **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 22^a. Ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1994.

NEVES, Delma Pessanha. A pobreza como legado. O trabalho infantil no meio rural da sociedade brasileira. **Revista de História Regional**, v. 6, n. 2, 2007.

NUNES, André et al. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, 2001.

NUNES, Michelly Cristiny Marcondes. **Entre o idealizado e o possível: limites da assistência ao parto no Centro de Parto Normal de uma maternidade pública**. USP. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-17082011-100316/en.php>>. Acesso em: 20 out. 2017.

OGLE, Jennifer Paff et al. Social support for women who have undergone bariatric surgery. **Qualitative health research**, v. 26, n. 2, p. 176-193, 2016.

OLIVEIRA, Deíse Moura de. **O processo de tomada de decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica: uma abordagem compreensiva**. 2013. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

OLIVEIRA, Deíse Moura; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; DE JESUS, Maria Cristina Pinto. A decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica à luz da fenomenologia social. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 970-976, 2014.

OLIVEIRA, Jenifer Andréia Nascimento de; BARRETO, Jaciara Dias; MELLO, Amanda Ornelas; FREITAS, Maria do Carmos Soares; FONTES, Gardênica Abreu Vieira. Percepção dos obesos sobre o discurso do nutricionista. In: **Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura** [online]. Salvador: EDUFBA, 2008. 422 p. ISBN 978-85-232-0543-0.

OLIVEIRA, Cecília L. de; FISBERG, Mauro. Obesidade na infância e adolescência: uma verdadeira epidemia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 47, n. 2, p. 107-108, 2003.

OLIVEIRA, Catarina Nascimento. Epistemologia feminista sob a ótica do Sul Global. In: **Gênero e violências: diálogos interdisciplinares** / Ana Maria Veiga, Teresa Kleba Lisboa e Cristina Scheibe Wolff (Organizadores) – Florianópolis: Edições do Bosque/CFH/UFSC, 2016 – (Série Diversidades). 283p.

OLIZ, Manoela Maciel, DUMITH, SC, Knuth, Alan Goularte. Utilização de serviços de educação física por adultos e idosos no extremo sul do Brasil: Estudo de base populacional.. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2018/Jul). [Citado em 01/11/2018]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/utlizacao-de-servicos-de-educacao-fisica-por-adultos-e-idosos-no-extremo-do-sul-do-brasil-estudo-de-base-populacional/16898?id=16898>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesity and Overweight**. Fact sheet Updated October, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Acesso em: 02 nov. 2017.

ORBACH, Susan. Gordura é uma questão feminista. Trad. Cinthia Barki. Rio de Janeiro: Record, 1978.

PANTOJA, Ana Lúcia Nauar. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. S335-S343, 2003.

PEDRO, Joana Maria. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. **História**, São Paulo, v.24, n.1, p.77-98, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-90742005000100004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 20 jun. 2017.

PEDROSA, Cláudia Mara; SPINK, Mare Jane Paris. A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.1, p.124-135, 2011.

PEÑA, Manuel; BACALLAO, Jorge. Obesidade entre os pobres: um problema emergente na América Latina e no Caribe. In: M. Peña, & J. Bacallao, **Obesidade e pobreza: um novo desafio de saúde pública** (pg. 02-11). São Paulo: Roca, 2006.

PINHEIRO, Anelise Rízzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de; CORSO, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-52732004000400012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 03 nov. 2017.

PISCITELLI, Adriana. Recriando a (categoria) mulher? In: ALGRANTI, L. (Org.). A prática feminista e o conceito de gênero. **Textos Didáticos**, n. 48. Campinas: IFCH/Unicamp, 2002, p. 7-42.

_____, Adriana. Reflexões em torno do gênero e feminismo. In: Costa C de L, Schmidt, SP, organizadoras. **Poéticas e políticas feministas**. Florianópolis: Ed. Mulheres; 2004, p. 43-66.

PORRATA, Carmem; RODRÍGUEZ-OJEA, Arturo; JIMÉNEZ, Santa. Transição epidemiológica em Cuba. In: M. Peña, & J. Bacallao, **Obesidade e pobreza: um novo desafio de saúde pública** (pg. 60-69). São Paulo: Roca, 2006.

POULAIN, Jean Pierre. **Sociologia da obesidade**. Editora Senac, São Paulo, 2013.

RAGO, Margareth. Epistemologia feminista, gênero e história. In: Pedro, Joana; Grossi, Miriam (orgs.)- **MASCULINO, FEMININO, PLURAL**. Florianópolis: Ed.Mulheres,1998.

RANGEL, Natália Fonseca de Abreu. **Redes da internet como meio educativo sobre gordofobia**. TCC (graduação). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Curso de Ciências Sociais, 2017.

RIBEIRO, Djamila. O que é lugar de fala. Belo Horizonte: *Letramento: Justificando*, 2017. 112 p.

_____, Djamila. Quem tem medo do feminismo negro? / Djamila Ribeiro – 1ª ed. – São Paulo Companhia das Letras, 2018.

RIBEIRO, Luiza Santos Junqueira. **Gorda: o processo de criação e realização de curta-metragem documentário**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Comunicação. Rio de Janeiro, 2016.

RIBEIRO, Vera Lúcia Pinto. Obesidade e função sexual. **Psicologia. com. pt**, 2008.

ROCHA, Denise Brito; ANDRADE, Angela Cardoso; SILVA, Carlos Antônio Bruno. Investigação Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa en Salud//Volume 2 727 Vidas atravessadas pelo abuso sexual e pelo transtorno alimentar. Atas CIAIQ2018.v. 2 (2018): Atas - Investigação Qualitativa em Saúde. ISBN: 978-972-8914-83-7. 2018-06-19. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/issue/view/25>

RODOVALHO, Amara Moira. Cis By Trans. **Revista Estudos Feministas**, v. 25, n. 1, p. 365-373, 2017.

RODRIGUES, Ana Paula dos Santos; SILVEIRA, Erika Aparecida. Correlação e associação de renda e escolaridade com condições de saúde e nutrição em obesos graves. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(1):165-174, 2015.

RODRIGUES, Cristiano. Atualidade do conceito de interseccionalidade para a pesquisa e prática feminista no Brasil. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 10** (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. ISSN

2179-510X Disponível em
http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1384446117_A_RQUIVO_CristianoRodrigues.pdf. Acesso em 20/10/2017.

ROHDEN, Fabíola. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. **Antropologia & Saúde collection**. 224 p. ISBN 978-85-7541-399-9. Available from SciELO Books. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/8m665/pdf/rohden-9788575413999.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2017.

ROSA, Anderson da Silva; BRETAS, Ana Cristina Passarella. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 275-285, June 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200275&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0221>.

_____, Anderson da Silva; BRETAS, Ana Cristina Passarella. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 275-285, June 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200275&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0221>.

ROSEMBERG, Fúlvia. Educação formal, mulher e gênero no Brasil contemporâneo. **Estudos feministas**, v. 9, n. 2, p. 515, 2001.

SAFFIOTI, Heleieth I. B.; ALMEIDA, Suely Souza. Violência de gênero: poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SALGADO, Martha Patricia Castañeda. **Metodología de la Investigación Feminista**. Fundación Guatemala. Universidad Nacional Autónoma de México, 2008.

SANCHES, Solange. Trabalho doméstico: desafios para o trabalho decente. **Estudos feministas**, v. 17, n. 3, p. 879, 2009.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi. **Gordos, magros e obesos**. Uma história de peso no Brasil. 1.ed. São Paulo: Estação Liberdade, 2016.v.1. 178p.

_____, Denise Bernuzzi. **História da beleza no Brasil**. 1.ed. São Paulo: Contexto, 2014.v.1.205p.

SANT'HELENA, Moara Monteiro. **O processo de referência e contra-referência na cirurgia bariátrica**. Trabalho de Conclusão da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014. SCHADECK, et al. Cultura organizacional e os sete pecados capitais: uma proposta para compreender os sistemas simbólicos. Cad. EBAPE.BR, v. 14, nº 1, Artigo 8, Rio de Janeiro, Jan./Mar. 2016.

SANTOS, Alethele de Oliveira; DE BARROS, Fernando Passos Cupertino; MARQUES, Silvia Badim. O Debate sobre a diferença de classe no SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 4, n. 1, p. 103-119, 2015.

SANTOS, Amanda; SANCHOTENE, Nicole. “Gorda, Sim! Maravilhosa, Também!”: Do Ressentimento à Autoestima em Testemunhos de Vítimas de Gordofobia no YouTube.

SARDENBERG, Cecília Maria Bacellar. A mulher frente à cultura da eterna juventude: reflexões teóricas e pessoais de uma feminista cinquentona. 2002.

SARTI, Cynthia A. Feminismo e contexto: lições do caso brasileiro. **cadernos pagu**, n. 16, p. 31-48, 2001.

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 16, p. 137-150, 2001. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332001000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332001000100008>.

_____, Lucila. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface _ Comunic, Saúde, Educ*, v.5, n.8, p.47-60, 2001.

_____, Lucila. Religiões, Gênero e feminismo. **Rever**, p. 1-8, 2008.

SCHERER, Patrícia Teresinha; SANTOS, Andrea Mendes; BELLINI, Maria Isabel Barros. A cirurgia bariátrica no âmbito do sistema único de saúde (SUS) brasileiro: a importância da intersectorialidade das políticas públicas para o sucesso do tratamento da obesidade. 2010 Acesso em: 11-08-17: http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2014/sesion5/04-09_sesion5_2_pt.pdf.

SCHIEBINGER, Londa. Expandindo o kit de ferramentas agnotológicas: métodos de análise de sexo e gênero. **Revista Feminismos**, v. 2, n. 3, 2014.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Texto original: Joan–Gender: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history. Nota das tradutoras: A divulgação desta produção foi devidamente autorizada pela autora. 1989.

SEYFERTH, Giralda. Colonização, imigração e a questão racial no Brasil. **Revista usp**, n. 53, p. 117-149, 2002.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005. 2006.

SILVA, Midiã Costa; NASCIMENTO, Mikaele Silva; CARVALHO, Luiza Marly Freitas. Ingestão de alimentos industrializados por crianças e adolescentes e sua relação com patologias crônicas: uma análise crítica de inquéritos epidemiológicos e alimentares. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 12, n. 75, p. 960-967, 2019.

SILVA, Tainan et al. O COLORISMO E SUAS BASES HISTÓRICAS DISCRIMINATÓRIAS. **Direito UNIFACS–Debate Virtual**, n. 201, 2017.

SIMÕES, Pedro; ZUCCO, Luciana. Homens no Serviço Social: primeiras impressões. **Libertas**, v. 10, n. 1, 2012.

SOARES, Cássia Medino et al. Transtornos alimentares em homens abstinentes de substâncias psicoativas em tratamento ambulatorial. **Clinical & Biomedical Research**, [S.l.], v. 36, n. 4, jan. 2017. ISSN

2357-9730. Available at: <<https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/64198>>. Date accessed: 22 nov. 2018.

_____, Bila. Igualdade de Gênero e Políticas Macroeconômicas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 617-620, jun. 2016. ISSN 1806-9584. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/44608>>. Acesso em: 30 out. 2018.

SORJ, Bila. Trabalho, gênero e família: quais políticas sociais? In: São Paulo. Prefeitura Municipal. Coordenadoria Especial da Mulher; Secretaria do Governo Municipal. **Políticas públicas e igualdade de gênero** / Tatau Godinho (org.). Maria Lúcia da Silveira (org.). – São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2004 188 p. (Cadernos da Coordenadoria Especial da Mulher, 8). Disponível em: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/05630.pdf#page=143>. Acesso em: 13 set. 2017.

SOUSA, Renata Floriano de. Cultura do Estupro – A prática implícita de incitação à violência sexual contra mulheres. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 09-29, fev. 2017. ISSN 1806-9584. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/48512>>. Acesso em: 23 nov. 2018.

SOUZA, Ivanilza Martins, intitulado “CRIANÇA E ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RUA”, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social da Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2017.

SQUIRE, Corinne. O que é narrativa?. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 14, n. 2, 2014.

STUNKARD, Albert J. Fatores na obesidade: visões atuais. In: M. Peña, & J. Bacallao, **Obesidade e pobreza: um novo desafio de saúde pública** (pg. 27-34). São Paulo: Roca, 2006.

SWAIN, Tania Navarro. Feminismo e recortes do tempo presente: mulheres em revistas" femininas". **São Paulo em Perspectiva**, v. 15, n. 3, p. 67-81, 2001.

TEIXEIRA, Solange Maria. A família na política de assistência social: concepções e as tendências do trabalho social com famílias nos CRAS de Teresina. **Teresina: Edufpi**, p. 218, 2013.

TELLES, Norma. Autora. In.: JOBIN, José Luis (Org.). **Palavras da crítica: tendências e conceitos no estudo da Literatura**. Rio de Janeiro: Imago, 1992, p. 45-63.

TESSER, Charles Dalcanale, KNOBEL, Roxana. ANDREZZO Halana Faria de Aguiar, DINIZ, Simone Grilo. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro 1-12. 2014 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/his/v24n1/a04v24n1.pdf>. Acesso em: 18 set. 2017.

THURLER, Ana Liési. Paternidade e deserção: crianças sem reconhecimento, maternidades penalizadas pelo sexismo. **Soc. estado.**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 501-502, Dec. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922004000200022&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922004000200022>.

TORRES, Andreia Araujo Lima. Ponto de equilíbrio entre a Ciência da Nutrição e “Fat Studies”. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 11, n. Supl., p. 1201-1212, 2016.

TORÚN, Benjamín. Padrões de atividade física na América central. In: M. Peña, & J. Bacallao, **Obesidade e pobreza: um novo desafio de saúde pública** (pg. 12-26). São Paulo: Roca, 2006.

UFSC/HU. **Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde 2011/2013**. Florianópolis, 2010.

VASCONCELOS, Karina Simone de Souza; et. al. Relação entre intensidade de dor e capacidade funcional em indivíduos obesos com osteoartrite de joelho. **Revista brasileira de fisioterapia**, v. 10, n. 2, 2006.

VIANNA, Claudia Pereira; UNBEHAUM, Sandra. O gênero nas políticas públicas de educação no Brasil: 1988-2002. **Cadernos de Pesquisa**, v. 34, n. 121, p. 77-104, 2004.

VIEIRA, Viviane Laudelino; GREGORIO, Maria João; CERVATO-MANCUSO, Ana Maria; GRACA, António Pedro Soares Ricardo. Ações de alimentação e nutrição e sua interface com segurança alimentar e nutricional: uma comparação entre Brasil e Portugal. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.2, p.603-617, 2013.

VIGARELLO, G. As metamorfoses do gordo no ocidente: da Idade Média ao século XX. Petrópolis: Vozes, 2012.

VILLELA, Wilza V.; LAGO, Tânia. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 471-475, 2007.

WALLACE, Amy E.; YOUNG-XY, Yinong; HARTLEY, David; WEEKS, Willian B. Racial, socioeconomic, and rural-urban disparities in obesity-related bariatric surgery. **Obes Surg.** 2010 Oct;20(10):1354-60. doi: 10.1007/s11695-009-0054-x. Epub 2010 Jan 6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20052561>. Acesso em 18 set. 2017.

WANDERLEY, Emanuela Nogueira; FERREIRA, Vanessa Alves. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciencia & saude coletiva**, v. 15, p. 185-194, 2010.

WERLE, Flávia Obino Corrêa. Práticas de gestão e feminização do magistério. **Cadernos de Pesquisa**, v. 35, n. 126, p. 609-634, 2005.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saude soc.**, São Paulo , v. 25, n. 3, p. 535-549, Sept. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162610>.

WOLF, Naomi. O Mito da Beleza. Como as Imagens de Beleza são usadas contra as Mulheres. Tradução de Waldéa Barcellos. Rio de Janeiro. Ed. Rocco, 1992.

WOORTMANN, Ellen Fensterseifer. Seminário no CPDA/UFRRj Saberes e Sabores Tradicionais. Saberes e Práticas Alimentares Tradicionais. 2004. (Seminário).

ZANOTI-JERONYMO, Daniela Viganó; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. Alcoolismo parental e suas repercussões sobre crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, ago. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762005000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 nov. 2018.

ZUCCO, Luciana Patrícia. Mulher maravilha sexualidade feminina em discursos nas revistas Claudia e Mulher Dia-a-dia. 2007. ix, 225 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher)-Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

1 IDENTIFICAÇÃO

- 1.1. Nome
- 1.2. Idade
- 1.3. Orientação sexual
- 1.4. Grau de escolaridade
- 1.5. Naturalidade
- 1.6. Endereço
- 1.7. Raça/Etnia
- 1.8. Religião
- 1.9. Composição Familiar
- 1.10. Renda familiar aproximada
- 1.11. Situação afetiva
- 1.12. Filhos

2 ASPECTOS SOCIAIS

- 2.1. Trabalhou e/ou trabalha
- 2.2. Condições de habitação
- 2.3. Transporte
- 2.4. Acesso à saúde
- 2.5. Realiza contribuição à Previdência
- 2.6. Acessou ou acessa algum benefício das políticas sociais públicas
- 2.7. Transporte de locomoção para o HU
- 2.8. Acessibilidade no HU
- 2.9. Acesso a alimentos recomendados pelo HU
- 2.10. Acesso a medicações prescritas pelo HU
- 2.11. Compatibilidade do tratamento com o trabalho/família
- 2.12. Rede de apoio para a realização do tratamento
- 2.13. Posição da família sobre o tratamento
- 2.14. Vivências relacionadas à obesidade e suas expectativas/receios em relação à cirurgia bariátrica

3 ASPECTOS DE GÊNERO

- 3.1. Sentidos atribuídos à obesidade
- 3.2. Momento em que se percebeu com obesidade
- 3.3. Relaciona a obesidade a que contextos/situação/momento da sua vida
- 3.4. Dificuldades em relação à obesidade e preconceitos sofridos
- 3.5. História de obesidade na família

- 3.6. Sentidos atribuídos à obesidade pela família
- 3.7. Tentativas anteriores de tratamento para a obesidade
- 3.8. Principais dificuldades que os tratamentos anteriores impuseram
- 3.9. Origem do encaminhamento para a cirurgia bariátrica
- 3.10. Autonomia da escolha pelo tratamento cirúrgico da obesidade.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
CAMPUS UNIVERSITÁRIO JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE
CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora,

Gostaríamos de convidá-la a participar do estudo intitulado **“Aspectos sociais e de gênero da obesidade em mulheres”**, o qual tem por objetivo de pesquisa analisar os aspectos sociais do tratamento cirúrgico da obesidade em mulheres de um hospital universitário. Este trabalho faz parte de um projeto de dissertação de mestrado sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Luciana Patrícia Zucco, vinculada ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Serviço Social e Relações de Gênero (NUSSERGE) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e da assistente social Mayara Zimmermann Gelsleichter, que é mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFSC. Essa investigação visa contribuir para a produção de conhecimento científica sobre o tratamento cirúrgico da obesidade, assim como, levantar informações que possam subsidiar possíveis ações no campo das políticas sociais públicas brasileiras.

Por favor, realize a leitura das informações com atenção e, se for do seu interesse, converse com a pesquisadora responsável, Mayara Zimmermann Gelsleichter, sobre suas dúvidas e observações para que sua participação na pesquisa seja bem orientada. Caso aceite fazer parte do estudo, você deve assinar as duas vias ao final deste documento que também está assinada pelas pesquisadoras responsáveis. De qualquer modo, uma das vias do documento permanecerá com você e outra com a pesquisadora responsável; conforme a Resolução n^o466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. É importante que você mantenha sua guia guardada, visto que, neste documento encontrará informações relacionadas aos seus direitos enquanto participante, assim como os dados/contatos das pesquisadoras.

Em qualquer momento que sentir necessidade, você será esclarecida sobre esta pesquisa. Sua participação será **voluntária e não**

remunerada, ou seja, não haverá benefícios diretos, tampouco financeiros. No entanto, a pesquisa poderá promover benefícios relacionados à produção de conhecimento sobre o tema e políticas públicas vinculadas ao tratamento cirúrgico da obesidade. Todo e qualquer custo decorrente da sua participação na pesquisa será ressarcido em espécie pelas pesquisadoras com verba de recurso próprio, conforme item II.21 da Resolução nº 466/2012. Se você tiver qualquer prejuízo material, em decorrência da pesquisa, trataremos as situações de indenização, respeitando o item II.7 da Resolução nº 466/2012. Informamos que você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento e interromper a participação, em qualquer momento. Você deve apenas comunicar sua decisão para qualquer uma das pesquisadoras, sem precisar justificar sua posição. Não haverá qualquer implicação de penalidade ou prejuízo a você.

Salientamos que sua participação ocorrerá a partir de seu consentimento em entrevistá-la. A entrevista acontecerá por meio de um roteiro de questões relacionadas ao tema da pesquisa. Utilizaremos, para fins de registro das entrevistas, um gravador de voz se você permitir. Caso não aceite a gravação, utilizaremos um caderno de anotações. As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para os fins da pesquisa. Toda e qualquer informação que possa lhe identificar será mantida em **sigilo** durante todo processo de pesquisa e elaboração da dissertação. Suas respostas e narrativas serão mantidas em pleno **anonimato**. Nesse sentido, os nomes das participantes serão substituídos por codinomes, preservando sua identidade.

Os dados das entrevistas serão transcritos e ficarão armazenados em arquivos digitais - restritos em local de segurança na sala das pesquisadoras, durante o período mínimo de cinco anos (conforme Resolução nº 466/2012). Caso ocorra a quebra de sigilo involuntário e não intencional, por solicitação de ordem judicial/legislativa ou por risco de furto/invasão dos materiais guardados pelas pesquisadoras, as consequências serão tratadas conforme legislação legal vigente. Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos à pesquisa com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº 466/2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Essa pesquisa não oferece riscos à sua integridade física. Entretanto, é possível que durante a entrevista, você sinta-se emocionalmente envolvida com o conteúdo abordado, o que pode causar desconforto e/ou mal-estar. Esse sentimento poderá ocorrer, mesmo que não intencional e involuntário, devido às reflexões geradas pelas suas

vivências em relação ao tratamento cirúrgico da obesidade. A entrevista ocorrerá no próprio Hospital Universitário da UFSC, na sala do ambulatório do Serviço Social, para garantir que você esteja em um local seguro e sigiloso, afim de minimizar os eventuais riscos. Você terá o tempo que considerar necessário para responder ao roteiro de entrevista.

Se você se sentir emocionalmente mobilizada ou constrangida por qualquer situação, esperamos o tempo que você considerar preciso para prosseguir a entrevista, caso seja sua vontade. Se houver necessidade, a pesquisadora irá lhe encaminhar aos serviços de apoio psicológico, dentre os quais, estão o Serviço de Atenção Psicológica da Universidade Federal de Santa Catarina (SAPSI/UFSC) e o Serviço de Psicologia da Cirurgia Bariátrica do HU/UFSC. Ambos serviços são gratuitos e não implicarão em qualquer custo para você.

Ademais, sua participação poderá trazer benefícios aos/às usuários/as do Serviço de Cirurgia Bariátrica do HU/UFSC, pois os resultados da pesquisa serão apresentados à equipe e à Instituição. Após a defesa da dissertação, os resultados da pesquisa serão divulgados na UFSC e às participantes que tiverem interesse. Os resultados obtidos também poderão ser apresentados em eventos acadêmicos e revistas científicas, mantendo o sigilo e qualquer informação relacionada à sua privacidade. Assim, os nomes utilizados nas publicações serão fictícios, assegurando o sigilo, de acordo com o preconizado na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone ou e-mail abaixo. Este projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC) para aprovação. As pesquisadoras, Mayara Zimmermann Gelsleichter e Prof^a. Dr^a. Luciana P. Zucco, que assinam esse documento, comprometem-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução nº 466/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Dúvidas e informações: Quaisquer informações adicionais sobre a pesquisa e/ou dúvidas, em qualquer momento, poderão ser obtidas através dos seguintes contatos:

- Mayara Zimmermann Gelsleichter (pesquisadora responsável), através do telefone (oculto) e/ou pelo e-mail: <oculto>;
- Prof^a. Dr^a. Luciana Patrícia Zucco (orientadora da pesquisa) pelo e-mail: <oculto> ou no endereço físico: Departamento de

Serviço Social, Centro Socioeconômico, sala 016, Campus Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade, Florianópolis/SC, CEP: 88040-900.

- Para esclarecimentos e dúvidas, também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (oculto), pelo e-mail <cep.propesq@contato.ufsc.br> ou endereço físico: Rua Desembargador Vitor Lima, no 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC – 88.040-400.

Eu, Sr^a _____, considero-me informada sobre a pesquisa “**Aspectos sociais do tratamento cirúrgico da obesidade em mulheres**”, realizada pelas pesquisadoras: mestranda Mayara Zimmermann Gelsleichter e Prof^a. Dr^a. Luciana Patrícia Zucco. Eu autorizo o registro das informações fornecidas por mim, verbalmente, para utilização integral ou em partes, sem restrições de prazos ou citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo a leitura de tais informações por terceiros, ficando vinculado o controle e guarda das mesmas pelas pesquisadoras responsáveis.

Assinatura da Pesquisadora Responsável

RG: _____
Assinatura e RG da Participante da Pesquisa

Por favor, caso seja do seu interesse, informe seu contato para repassarmos os resultados da pesquisa: _____.

Florianópolis, _____ de _____ de 2018.

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASPECTOS SOCIAIS E DE GÊNERO DA OBESIDADE EM MULHERES

Pesquisador: Luciana Patrícia Zucco

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83723918.6.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.595.383

Apresentação do Projeto:

O trabalho intitulado ASPECTOS SOCIAIS E DE GÊNERO DA OBESIDADE EM MULHERES trata de um projeto de mestrado da aluna Mayara Zimmermann Gelsleichter, sob orientação da Profa Dr^a. Luciana Patrícia Zucco, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS). O estudo tem como principal objetivo Compreender os aspectos sociais e de gênero das mulheres com obesidade no processo pré-cirúrgico de um Serviço de Cirurgia Bariátrica. Para tanto, entrevistarão 12 mulheres que estão aguardando a cirurgia bariátrica no HU e que já tenham completado o acompanhamento pré-cirúrgico multidisciplinar

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário é compreender os aspectos sociais e de gênero das mulheres com obesidade no processo pré-cirúrgico de um Serviço de Cirurgia Bariátrica. Como objetivos secundários pretende-se: a) Situar os motivos pelos quais as mulheres buscam a cirurgia bariátrica; b) Mapear os desdobramentos da obesidade para as relações sociais das mulheres estudadas; c) Traçar o perfil das mulheres, considerando os marcadores interseccionais de raça/etnia, regionalidade, gênero, classe social, geração; d) Identificar os aspectos sociais de acesso e de adesão ao tratamento de cirurgia bariátrica e sua relação com as discussões de gênero e feministas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras referem que os riscos são de as mulheres entrevistadas sentirem-se constrangidas ou

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** ASPECTOS SOCIAIS E DE GÊNERO DA OBESIDADE EM MULHERES**Pesquisador:** Luciana Patrícia Zucco**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 83723918.6.0000.0121**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 2.595.383**Apresentação do Projeto:**

O trabalho intitulado ASPECTOS SOCIAIS E DE GÊNERO DA OBESIDADE EM MULHERES trata de um projeto de mestrado da aluna Mayara Zimmermann Gelseichter, sob orientação da Profa. Drª. Luciana Patrícia Zucco, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS). O estudo tem como principal objetivo Compreender os aspectos sociais e de gênero das mulheres com obesidade no processo pré-cirúrgico de um Serviço de Cirurgia Bariátrica. Para tanto, entrevistarão 12 mulheres que estão aguardando a cirurgia bariátrica no HU e que já tenham completado o acompanhamento pré-cirúrgico multidisciplinar

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário é compreender os aspectos sociais e de gênero das mulheres com obesidade no processo pré-cirúrgico de um Serviço de Cirurgia Bariátrica. Como objetivos secundários pretende-se: a) Situar os motivos pelos quais as mulheres buscam a cirurgia bariátrica; b) Mapear os desdobramentos da obesidade para as relações sociais das mulheres estudadas; c) Traçar o perfil das mulheres, considerando os marcadores interseccionais de raça/etnia, regionalidade, gênero, classe social, geração; d) Identificar os aspectos sociais de acesso e de adesão ao tratamento de cirurgia bariátrica e sua relação com as discussões de gênero e feministas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras referem que os riscos são de as mulheres entrevistadas sentirem-se constrangidas ou

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.595.383

Cronograma	CRONOGRAMA2.pdf	26/03/2018 21:21:29	Luciana Patricia Zucco	Aceito
Declaração de Pesquisadores	digitalizar0005.pdf	24/02/2018 17:54:48	Luciana Patricia Zucco	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	digitalizar0004.pdf	24/02/2018 17:54:28	Luciana Patricia Zucco	Aceito
Folha de Rosto	digitalizar0003.pdf	24/02/2018 17:48:26	Luciana Patricia Zucco	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 12 de Abril de 2018

Assinado por:
Luiz Eduardo Toledo
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br