

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE HISTÓRIA, DIREITO E SERVIÇO SOCIAL**

**TÂNIA AGUILA SILVEIRA**

**OBESIDADE MÓRBIDA:  
um estudo sobre as limitações, a auto-imagem e o tratamento cirúrgico**

**FRANCA  
2007**

**TÂNIA AGUILA SILVEIRA**

**OBESIDADE MÓRBIDA:  
um estudo sobre as limitações, a auto-imagem e o tratamento cirúrgico**

Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social, a Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de História, Direito e Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social - Trabalho e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Íris Fenner Bertani.

**FRANCA  
2007**

Silveira, Tânia Aguilá

Obesidade mórbida : um estudo sobre as limitações, a auto-  
-imagem e o tratamento cirúrgico / Tânia Aguilá Silveira.

–Franca: UNESP, 2007

Dissertação – Mestrado – Serviço Social – Faculdade de  
História, Direito e Serviço Social – UNESP.

1.Serviço Social – Saúde. 2.Obesidade – Aspectos sociais e  
psicológicos. 3. Obesidade – Tratamento cirúrgico.

CDD – 362.1

TÂNIA AGUILA SILVEIRA

OBESIDADE MÓRBIDA:  
um estudo sobre as limitações, a auto-imagem e o tratamento cirúrgico

Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social, a  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de História, Direito e  
Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social - Trabalho e Sociedade.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: \_\_\_\_\_  
Profa.Dra.Íris Fenner Bertani  
Universidade Estadual Paulista

1ª Examinadora: \_\_\_\_\_  
Profa.Dra.Ana Cristina Nassif Soares  
Universidade Estadual Paulista

2ª Examinadora: \_\_\_\_\_  
Profa.Dra.Graziela Ap.Nogueira de Almeida  
Universidade de São Paulo

Franca, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

*Dedico este trabalho aos meus eternos amores e incentivadores: Roni, Melissa e a nova vida que nos acompanha.*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço à minha família que sempre acreditou no meu potencial e me incentivou;*

*à minha orientadora Profa. Dra. Íris que me acolheu prontamente e se mostrou tão amiga e companheira;*

*ao Prof. Dr. Pe. Mário José Filho e toda a equipe do Programa de Pós-graduação da Unesp Franca que me auxiliaram em todos os momentos;*

*a todas as demais pessoas ou instituições que direta ou indiretamente colaboraram para que este trabalho se tornasse possível: Unimed Franca, Dra. Rita Fontes, amigos de trabalho, Adriana de Almeida, Danyela Gerolin, Andréia Liporoni, Célia Parzewski, Sira Napolitano;*

*e, em especial, às mulheres que ofereceram suas vidas para que pudéssemos compreender um pouco melhor a obesidade.*

*Vénus de Willendorf, WITCOMBE, 2006.*



*Eu acho assim, é de tudo da cirurgia, se você não tiver uma cabeça boa, se você não estiver a fim assim, eu acho que a cirurgia não é a salvação sua não, eu acho que é um estímulo, um apoio, vamos dizer assim, é alguém que está te estendendo a mão. Então, alguém te estendeu a mão, está te dando a metade da possibilidade, eu acho que o resto é com você. Você que tem que ter uma cabeça boa, você vai passar mal, você nunca mais vai ser a mesma pessoa. Vai ter dia que você vai vomitar, vai ter dia que você vai sentir mal estar. Então, se você não tiver paciência para poder ir batalhando, você perde a cirurgia. Eu já vi muito paciente perder a cirurgia por não ter uma cabeça, vamos dizer assim, instruída no processo que o organismo dela vai estar passando. Querendo ou não você não vai poder ir pondo no seu organismo, você vai tirar um pedaço do seu estômago, um pedaço do seu intestino.*

*Bárbara*



SILVEIRA, T. A. **Obesidade mórbida:** um estudo sobre as limitações, a auto-imagem e o tratamento cirúrgico. 2007. 117 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Direito, História e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca.

A obesidade é uma doença de etiologia multifatorial incluindo fatores psicológicos, fisiológicos, anatômicos e sociais. Essa patologia está presente em países desenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil o índice vem crescendo rapidamente em todas as faixas etárias e classes sócio-econômicas, demonstrando a transição nutricional da desnutrição para a obesidade. Objetivou-se investigar através de uma abordagem qualitativa de pesquisa em saúde, a influência da visão sócio-histórica no desenvolvimento e na manutenção da obesidade de quatro mulheres com idade entre 32 e 39 anos, que se preparavam para o tratamento cirúrgico de obesidade mórbida. Tencionou-se ainda caracterizar o tema “obesidade” na visão das entrevistadas; compreender a sua tomada de decisão pelo método cirúrgico; contribuir para o fortalecimento da visão interdisciplinar no tratamento do obeso mórbido; colaborar para o fortalecimento do programa de apoio ao paciente obeso mórbido no qual as pacientes fizeram acompanhamento pré-cirúrgico. A partir da análise de conteúdo das entrevistas e das contribuições do diário de campo foi possível encontrar eixos temáticos que orientaram as nossas discussões. Os resultados indicaram prejuízos emocionais, sociais, biológicos e físicos acarretando insatisfação com a condição de estarem obesas, ora porque as limitações são muito acentuadas, causando-lhes problemas de saúde e desconforto físico ou porque esteticamente não se sentem adequadas com o seu peso. A cobrança da sociedade pela aquisição de um corpo ajustado aos padrões vigentes (magreza) parece ser o fator de maior peso no sofrimento psíquico vivenciado pelas entrevistadas, levando-as à tentativa de enquadramento naquilo que é socialmente aceito como o “normal” ou o comum, marginalizando as suas capacidades e potencialidades. O trabalho da equipe interdisciplinar servirá como ferramenta eficaz para a obtenção de uma atuação voltada para a visão da saúde integral desses indivíduos.

*Palavras-chave:* obesidade mórbida, cirurgia bariátrica, limitações, auto-imagem, equipe interdisciplinar.

SILVEIRA, T. A. **Morbid obesity**: a study about the limitations, the auto-image and the surgical treatment. 2007. 117 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Direito, História e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca.

The obesity is a disease of multifactorial etiology including factors psychological, physiologic, anatomical and social. That pathology is present in developed countries and in development. In Brazil the index has been growing quickly in all of the age groups and socioeconomic classes, demonstrating the nutritional transition of the malnutrition for the obesity. It was aimed at to investigate, through a qualitative approach of research in health, the influence of the socio-historical vision in the development and in the maintenance of the four women's obesity with age among 32 and 39 years, which got ready for the surgical treatment of morbid obesity. It was still intended to characterize the theme “obesity” in the interviewees' vision; to understand her decision-making for the surgical method; to contribute for the invigoration of the interdisciplinary vision in the treatment of the obese morbid; to collaborate for the invigoration of the support program to the morbid obese patient in which the patients made pre-surgical attendance. Starting from the analysis of content of the interviews and of the contributions of the field diary it was possible to find thematic axes that guided our discussions. The results indicated damages emotional, social, biological and physicists resulting in dissatisfaction with the condition of they be obese, now because the limitations are very accentuated, causing them problems of health and physical discomfort, or because esthetically if they don't sit down appropriate with his weight. The collection of the society for the acquisition of an adjusted body to the effective patterns (thinness) it seems to be the factor of larger weight in the psychic suffering lived by the interviewees, taking them to the classification attempt wherein is accepted socially as the "normal" or the common, marginalizing their capacities and potentialities. The work of the interdisciplinary team will serve as effective tool for the obtaining of a performance facing the vision of those individuals' integral health.

*Key words:* morbid obesity, bariatric surgery, limitations, auto-image, interdisciplinary team.

<b>INTRODUÇÃO</b>	12
<b>1 REVISÃO DE LITERATURA</b>	21
<b>1.1 Panorama geral da obesidade</b>	21
<i>1.1.1 Obesidade mórbida e tratamento cirúrgico</i>	31
<i>1.1.2 Avaliação pré e pós-cirúrgica</i>	35
<b>1.2 Visão sócio-histórica da obesidade</b>	37
<b>2 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b>	50
<b>2.1 Percurso metodológico</b>	50
<b>2.2 Participantes do estudo</b>	51
<b>2.3 Local</b>	52
<b>2.4 Instrumentos de coleta de dados</b>	52
<i>2.4.1 A entrevista</i>	52
<i>2.4.2 Diário de campo</i>	54
<b>2.5 Procedimentos para a coleta de dados</b>	54
<b>2.6 Procedimentos para a análise dos dados</b>	55
<b>3 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS</b>	57
<b>3.1 Dados sócio-culturais</b>	59

.....	
<b>3.2 Breve histórico de vida</b>	
.....	60
<i>3.2.1 Elza</i>	
.....	60
<i>3.2.2 Débora</i>	
.....	60
<i>3.2.3 Marília</i>	
.....	61
<i>3.2.4 Bárbara</i>	
.....	62
<b>3.3 As falas</b>	
.....	62
<i>3.3.1 Limitações impostas pelo peso</i>	
.....	63
3.3.1.1 Limitações no trabalho	
.....	63
3.3.1.2 Limitações nos relacionamentos interpessoais	
.....	67
3.3.1.3 Limitações físicas	
.....	71
3.3.1.4 Limitações na prática sexual	
.....	78
<i>3.3.2 A auto-imagem na obesidade mórbida</i>	
.....	81
<i>3.3.3 A cirurgia bariátrica</i>	
.....	87
3.3.3.1 Como souberam da cirurgia	
.....	87
3.3.3.2 O que sabem sobre a cirurgia	
.....	89
3.3.3.3 O que significa a cirurgia	
.....	91
3.3.3.4 O que mudará com a cirurgia	
.....	94
3.3.3.5 Medo da cirurgia	
.....	97
3.3.3.6 Que tipo de pessoa será após a cirurgia	
.....	99
3.3.3.7 O desejo de alcançarem a “normalidade”	
.....	99

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	101
.....	
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	106
.....	
<b>ANEXOS</b>	111
.....	
<b>ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA</b>	112
.....	
<b>ANEXO B – QUESTIONÁRIO</b>	113
.....	

## INTRODUÇÃO

---

O interesse pelo tema obesidade mórbida surgiu a partir da minha prática profissional com pacientes obesos no Departamento de Medicina Preventiva da Unimed Franca (SP), operadora de planos de saúde em atuação há trinta e cinco anos na cidade. Desenvolver este trabalho me propiciou mergulhar num universo baseado em sofrimentos físicos e psíquicos. Foram relatos de pessoas com excesso de peso e me despertaram muitos questionamentos sobre os fatores envolvidos no desenvolvimento e na manutenção da obesidade.

Faço parte do quadro de funcionários como psicóloga há cinco anos. O programa do departamento visa atuar nos três níveis de prevenção: *primário* com palestras educativas em empresas, campanhas de vacinação, curso para gestantes, planejamento familiar; *secundário* com grupos de orientação para pacientes com doenças crônicas (obesos - adultos e crianças, diabéticos, hipertensos, problemas de coluna); *terciário* com o atendimento domiciliar<sup>1</sup>. A clientela baseia-se em clientes Unimed, com exceção do curso de gestantes que é aberto à comunidade e sua entrada no programa é condicionada ao encaminhamento médico.

Contamos com uma equipe composta por profissionais de diversas áreas: psicologia, nutrição, serviço social, enfermagem, fisioterapia, educação física e terapia ocupacional. Torna-se possível oferecer aos pacientes atendimentos em grupo e individuais, palestras e oficinas voltadas ao entendimento, à reflexão e à compreensão das doenças

---

<sup>1</sup> Para maior aprofundamento nas questões relativas à prevenção e promoção de saúde consultar Czeresnia (1999).

---

crônicas, dos fatores físicos e emocionais envolvidos no desenvolvimento e/ou manutenção da doença, da importância do equilíbrio emocional e da atividade física, entre outros assuntos correlacionados.

Enquanto membro da equipe interdisciplinar, sinto-me freqüentemente frustrada por não conseguir perceber eficácia no meu trabalho de auxílio ao paciente em sua meta de redução de peso. O desejo ou necessidade de redução do peso perpassa praticamente 95% dos pacientes que freqüentam a medicina preventiva da Unimed Franca. Diante das dificuldades dos clientes, a equipe procurou, ao longo dos cinco anos de existência do departamento, aproximar os conteúdos e as informações tratadas à realidade de cada pessoa inserida nas atividades em grupo ou individuais. Foram muitas alterações nos programas: mudanças de cronogramas, assuntos tratados, formas de abordagem nas palestras e recepção do cliente, entre outros. Não podemos dizer que não houve conquistas, mas pelo fluxo de clientes restamos a sensação que mais pessoas poderiam ter obtido êxito.

A experiência tornou-se insatisfatória para a equipe e para muitos daqueles que nos procuraram desejando a mudança de hábitos de vida. Motivada por este sentimento, decidi aprofundar-me no universo de pessoas que passaram muitos anos de suas vidas batalhando por um corpo magro, por meio de inúmeras dietas e medicamentos e que, agora, impulsionadas também por suas próprias frustrações, almejam a cirurgia bariátrica como o último recurso disponível e de fácil acesso (teoricamente).

Quando elaborei o projeto, em 2004, planejava realizar entrevistas com pacientes particulares obesos mórbidos indicados por médicos gastroenterologistas, que estavam em processo de preparação para a cirurgia bariátrica. Esperava encontrar pacientes que estavam seguindo as orientações do Ministério da Saúde: acompanhamento médico, psicológico e nutricional.

Em 2005 alguns planos regulamentados da Unimed passaram a ter cobertura contratual para a realização da cirurgia bariátrica e a operadora viu a necessidade de criação de um programa interdisciplinar que preparasse os candidatos baseando-se na portaria do Ministério da Saúde nº. 628, de abril de 2001, que regulamenta o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida no Brasil. O objetivo maior é reduzir as possíveis complicações físicas e psicológicas no pós-operatório a uma pequena margem, preservando a saúde da clientela e gerando menos custos para a Unimed.

Pela sua própria linha de atuação, o Departamento de Medicina Preventiva foi designado para desenvolver o programa interdisciplinar de apoio ao paciente obeso mórbido com indicação de cirurgia bariátrica. O período para a elaboração do programa e a preparação da equipe foi de um ano.

Em maio de 2006, iniciamos o primeiro grupo com essa finalidade. A partir de então, passei a ter a possibilidade de investigar os clientes obesos mórbidos que objetivam a cirurgia bariátrica desde a sua indicação para a cirurgia e encaminhamento do médico para o nosso serviço, até o momento da cirurgia e o pós-cirúrgico imediato. O meu papel na equipe é auxiliá-los a refletir sobre as alterações físicas e emocionais acarretadas pela cirurgia, facilitar a elucidação das motivações envolvidas na decisão por este tipo de tratamento e as mudanças que ocorrerão, além de propiciar o fortalecimento do vínculo do paciente com a cirurgia para melhor adesão no pré e pós-cirúrgico.

Busco conhecer o universo de referência dessas pessoas, as representações que possuem sobre o corpo e as motivações que as impulsionam para a cirurgia bariátrica sem, na maioria dos casos, levarem em conta os riscos de vida a que estarão submetidas, conforme a literatura nos aponta. Assim como verbalizam com a esperança que a equipe da medicina preventiva resolva sua obesidade, acreditam que a cirurgia bariátrica também dará fim ao seu problema. Nos dois exemplos, parece que é o estímulo externo que resolverá o excesso de



peso e trará mais qualidade de vida.

Nunca esteve tão fácil comprar a beleza e a juventude através de constantes cirurgias plásticas, aplicações de produtos rejuvenescedores, entre outros procedimentos. Por que esse tipo de aquisição não chegaria à obesidade? Muitas pessoas que possuem obesidade, se não a grande maioria, vêm a “cura” da obesidade por meio de uma solução mágica e ingerem medicamentos com sérios efeitos colaterais a curto e longo prazo, se submetem a tratamentos ineficazes e aos riscos das cirurgias de redução do estômago. Muitas vezes, as saídas encontradas só fazem aumentar a angústia e o sofrimento diante de um “mal” que não conseguem controlar, a gordura excessiva.

A mudança comportamental após a cirurgia parece não se basear num controle de impulsos espontâneos da pessoa. Os obesos até esperam que com a cirurgia seu apetite diminua e não tenham tanta fome ou vontade de comer, mas já nos primeiros dias do pós-cirúrgico percebem que a intervenção os auxiliará na perda de peso desde que se empenhem muito numa reeducação alimentar e numa nova proposta de estilo de vida. Essa postura parece reforçar a questão de que essas pessoas ainda esperam de um fator externo a resolução de seu problema crucial – a obesidade ou a compulsão alimentar. Ocorre-nos indagar: essa supervalorização do que é externo no processo de “cura” pode representar baixa auto-estima e falta de suporte social que lhes assegure maior confiança?

Diante de algumas complicações no pós-cirúrgico de pacientes obesos mórbidos, que não se prepararam para a cirurgia do ponto de vista físico e psicológico, como o desenvolvimento de um quadro de bulimia e a interrupção da perda de peso algum tempo depois, alguns médicos verbalizam que eles terão que se acostumar com as restrições da cirurgia e que, se fosse possível, eles fariam uma cirurgia na cabeça dos pacientes para o controle da fome. Algumas pessoas angustiam-se com essa realidade e afirmam que se soubessem que precisariam continuar se esforçando tanto para emagrecer como antes, não

teriam feito a cirurgia. Esse momento é muito doloroso e, como na etapa pré-cirúrgica, precisa de apoio de uma equipe interdisciplinar.

Na atualidade existem inúmeras técnicas e trabalhos disponíveis para o emagrecimento e a obtenção da qualidade de vida e as pessoas que os objetivam buscam o que for mais adequado às suas necessidades e ao seu padrão sócio-econômico. Entre as ofertas temos vários tipos de atividade física (caminhada, natação, musculação etc.), tratamentos de estética corporal e facial, cirurgias plásticas, medicamentos, produtos de beleza, reeducação alimentar, cirurgias bariátricas, entre outros. Observa-se que as pessoas optam pelas técnicas citadas, mas sem o comprometimento da mudança do estilo de vida. Sem esse comprometimento, as orientações e informações não são agregadas à sua rotina diária, não havendo mudanças significativas.

O desejado é que as pessoas passem por um programa que: 1) privilegie a reflexão e a conscientização sobre suas reais necessidades e potencialidades; 2) em grupo trabalhe a cooperação entre aqueles que possuem os mesmos objetivos e metas, deixando de lado o sentimento de não pertencimento ao meio social; 3) auxilie no equilíbrio entre os desejos e as reais possibilidades de cada indivíduo; 4) tenha uma visão interdisciplinar acerca da obesidade; 5) compreenda o indivíduo como um ser biopsicossocial.

A interdisciplinaridade contribui para que os pacientes se olhem não apenas como um organismo que está disfuncional, mas como alguém composto das partes subjetiva (as emoções), objetiva (os órgãos e seu funcionamento) e social (relações interpessoais, meio ambiente em que está inserido) e que muitas alternativas estão disponíveis para a melhora da sua qualidade de vida. Aliás, esse modelo mostra-se mais adequado para qualquer tentativa de emagrecimento. Se essa proposta mostra-se válida e pode trazer resultados, por que as pessoas que aderem a esse trabalho não conseguem, em sua maioria, alcançar a sua meta de redução de peso?

Um dos pressupostos que nos baseamos para falar de obesidade diz respeito à crescente supervalorização da estética no mundo ocidental moderno e contemporâneo, chegando a um verdadeiro “culto ao corpo” (SILVA, 1999; SERRA; SANTOS, 2003). Homens e mulheres conquistaram maior autonomia ao longo da história, mas lhes é cobrada a adequação do corpo às exigências sociais. Isso é reflexo da normalização<sup>2</sup> de padrões estéticos que negam a individualidade e a singularidade das pessoas. A centralização de fatores sócio-culturais em um contexto histórico específico não significa proceder à simplificação, nem à hierarquização da policausalidade desse fenômeno complexo. Não significa, por exemplo, descartar as dimensões biogenéticas como interferentes na obesidade mórbida.

As ciências têm ampliado os conhecimentos sobre o tema em questão, considerando-o, por exemplo, como um transtorno alimentar, assim como a anorexia e a bulimia, demandando uma leitura interdisciplinar.

Baseada na literatura sobre o assunto e na minha experiência profissional foi possível perceber que os pacientes obesos mórbidos, como já nos referimos, procuram uma solução imediata sem muitos esforços para sua obesidade, depois de tantos anos de insucessos com outros tratamentos. No caso da obesidade mórbida, essa solução torna-se mágica à medida que não demonstram se apropriar de todos os riscos de vida inerentes da cirurgia, não consideram as mudanças que ocorrerão e não se programam para adotar novos hábitos mesmo antes da cirurgia. Parece um conto de fadas, no qual a pessoa entra gorda no hospital e sai “magrinha”.

A mídia exerce influência nessa visão ao divulgar constantemente, em programas televisivos e revistas, transformações físicas de algumas pessoas alcançadas milagrosamente com cirurgias plásticas e tratamentos estéticos. Quando questionados sobre a visão mágica que possuem da cirurgia, a maioria diz não se preocupar com as passagens mais difíceis,

---

<sup>2</sup> O termo usado por Goldenberg (2005) refere-se à padronização.

---

querem apenas pensar que vão emagrecer muito e ficar com o corpo que desejam. Acredito que o processo de transformação corporal se efetivará com o auxílio do equilíbrio emocional a partir de uma decisão para a efetivação de uma *nova proposta de vida*.

Uma *nova proposta de vida* deve envolver necessariamente mudanças no *estilo de vida*, especialmente quando a temática refere-se às doenças crônicas. A pessoa deve ser convidada a construir uma outra perspectiva de vida e de mundo, a traçar metas para a sua vida e descobrir hábitos inadequados ou prejudiciais a sua saúde física, psíquica e social.

O crescente culto ao corpo, a nosso ver, só reforçou a pouca ou nenhuma relevância que a maioria das pessoas atribui aos aspectos emocionais no desenvolvimento e/ou manutenção da obesidade, de leve a mórbida.

Com isso, as pessoas com obesidade demonstram possuir maior dificuldade de entrar em contato com seus sentimentos positivos ou negativos, evidenciando dispersão de emoções e aversão à consciência da vivência emocional. A dificuldade na vivência das emoções pode levar o obeso a um forte impulso de comer (LOLI, 2000).

Associando essa questão à metáfora do iceberg, podemos dizer que a pessoa obesa sente que o que mais atrapalha sua vida e não permite que seja feliz é a obesidade. Isso que vê como o problema principal ou emergente (a ponta do iceberg) não lhe permite que se aprofunde nas questões maiores e mais profundas que lhe causam sofrimento psíquico. A tentativa de melhorar o que é aparente para ela e para o outro pode representar o desejo de organização interna. Aprofundar-se no autoconhecimento (a maior parte do iceberg que está submersa) possibilitará entrar em contato com seus afetos, desejos e angústias inconscientes, sua impossibilidade de exercer um papel socialmente mais aceito, suas fragilidades mal elaboradas, seu sentimento de negligência com a própria família, sua baixa auto-estima, entre tantos outros fatores.

As considerações feitas até agora se transmutam em trajetórias que nos encaminham às justificativas para o projeto de pesquisa. Nesse sentido, é preciso considerar que as pessoas, no plano individual e coletivo, têm representações socialmente compartilhadas sobre a obesidade. Tais imagens coíbem e/ou produzem todo o contexto atual da obesidade em nossa sociedade.

A proposta deste trabalho é penetrar no universo de pessoas obesas mórbidas que sofrem com sua patologia a ponto de decidirem realizar uma cirurgia bariátrica sem avaliarem profundamente, em muitos casos, os riscos de vida que estarão submetidas. A atitude pela cirurgia demonstra que perderam a confiança em si mesmas para atingirem o peso ideal através de seus próprios esforços. Parece que agora resta depositar a confiança no procedimento cirúrgico e nos médicos que as assistirão na cirurgia. Teremos a oportunidade de conhecer um pouco da história de vida dessas mulheres e o que pensam sobre o seu peso, as dificuldades sentidas e as expectativas quanto à sua cirurgia.

O objetivo da pesquisa é investigar como a visão sócio-histórica da obesidade influenciou o desenvolvimento e a manutenção do quadro de obesidade das pacientes obesas mórbidas pesquisadas. Ainda queremos caracterizar o tema “obesidade” na visão das pacientes; compreender a sua tomada de decisão pelo método cirúrgico; contribuir para o fortalecimento da visão interdisciplinar no tratamento do obeso mórbido; contribuir para o fortalecimento do programa de apoio ao paciente obeso mórbido do Departamento de Medicina Preventiva da Unimed Franca, através da verificação da importância do trabalho para a manutenção da saúde dos pacientes.

No decorrer desse trabalho várias das faces do tema serão desvelados. Nossa pesquisa tem por centralidade o esclarecimento dos pontos que permanecem obscuros tanto para as pessoas obesas quanto para os profissionais atuantes na saúde pública.

No primeiro capítulo abordamos o tema obesidade a partir de considerações gerais sobre a sua etiologia, os fatores desencadeadores e mantenedores do quadro, entre outras questões, e tecemos algumas considerações sobre a sua construção sócio-histórica. No segundo capítulo delineamos todo o percurso metodológico por nós percorrido ao longo dessa pesquisa. No terceiro capítulo apresentamos os resultados obtidos a partir das entrevistas e do tratamento do material baseado na análise de conteúdo e, para finalizar, nas considerações finais inferimos vários questionamentos e contribuições que surgiram com o desenvolvimento desse trabalho e sinalizamos algumas informações para os profissionais da área da saúde e para as próprias pessoas que são acometidas pela obesidade.

# **1 REVISÃO DE LITERATURA**

---

## **1.1 Panorama geral da obesidade**

Segundo Santos (2005), a palavra obesidade advém do latim *obesu* que significa gordura. É considerada doença pela Organização Mundial da Saúde desde 1997. Sua etiologia é multifatorial incluindo aspectos bioquímicos, fisiológicos, metabólicos e anatômicos, com repercussões emocionais e sociais.

Para Porto et al (2002), a obesidade é resultado de um longo processo de ganho energético, envolvendo, como fatores predisponentes, questões genéticas e ambientais: social, cultural, nutricional, tabagismo, etilismo e atividade física<sup>3</sup>.

“A obesidade é uma doença de difícil controle, com altos percentuais de insucessos terapêuticos e de recidivas, podendo apresentar sérias repercussões orgânicas e psico-sociais, especialmente nas formas mais graves” (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005).

Essa patologia está presente em todas as classes sociais de países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos países latino-americanos o problema se mostra mais freqüente que a desnutrição (COUTINHO, 1999).

No Brasil ainda há indícios relevantes de desnutrição entre as crianças de baixa renda, mas o índice de obesidade vem crescendo rapidamente em todas as faixas etárias e classes sócio-econômicas, demonstrando a transição nutricional, em nosso país, da

---

<sup>3</sup> Sobre esse assunto sugerimos os trabalhos de Pinheiro, Freitas, Corso (2004) e Marques-Lopes et al (2004).

desnutrição para a obesidade. Esses dados mostram a importância da implantação de medidas de promoção e prevenção de doenças crônicas com ênfase na educação nutricional da população (MONDINI, 1996; MONTEIRO, 2000; MENDONÇA; ANJOS, 2004).

A obesidade acarreta aumento dos riscos de ocorrência de doenças crônicas como dislipidemia, doenças articulares degenerativas, diabetes melito, doenças cardio e cerebrovascular, neoplasias estrogênio-dependentes, neoplasia da vesícula biliar, entre outras. Pacientes obesos mórbidos tem esses riscos mais acentuados e apresentam 250% no aumento do risco de mortalidade em relação aos pacientes não-obesos (MANCINI, 2003).

Os índices de prevalência de obesidade mundial cresceram assustadoramente nos últimos vinte anos tornando-se um problema de saúde pública. Atualmente, o Brasil comporta 20% de obesos, dentre eles crianças, adolescentes e adultos. Os Estados Unidos possui 40% de obesos em sua população, sendo que 10% do total são obesos mórbidos. Para Arthur Garrido, médico cirurgião do Hospital das Clínicas de São Paulo e do Instituto Garrido, no Brasil existem mais obesos do que desnutridos nas favelas (DOLORES; BOCCIA, 2005).

Para Giampietro (2003), em 95% dos casos de obesidade ocorre a obesidade exógena ou nutricional que resulta do desequilíbrio entre a quantidade de alimento ingerido e o gasto calórico, levando ao acúmulo de tecido adiposo excessivo. Em apenas 5% dos casos ocorre a obesidade endógena provocada por disfunções internas como as metabólicas e genéticas. A obesidade também pode ser provocada por questões psicológicas, classificada em obesidade reativa ou de desenvolvimento. Na reativa a pessoa ingere maior quantidade de alimento diante de determinadas reações psicológicas e na de desenvolvimento se superalimenta em determinadas fases da vida.

A obesidade é dividida em dois grupos: ginecóide (acúmulo de gordura nos quadris) e andróide (acúmulo de gordura na região do tronco). Ambos trazem prejuízos para a



saúde geral do indivíduo, sendo que o primeiro compromete mais diretamente os membros inferiores (varizes e artroses) e o segundo traz sérios riscos cardiovasculares (LOLI, 1999).

Mancini (2003), ao analisar a questão da obesidade ou o excesso de peso, apresenta, por sua vez, outra classificação também em dois tipos: obesidade anatômica e obesidade etiológica. A primeira tipologia está relacionada com as características anatômicas do tecido gorduroso de acordo com a verificação do número de células adiposas baseado na quantidade de gordura corporal e no tamanho médio do adipócito. Aqui encontramos a obesidade hipercelular (aumento da quantidade de células adiposas) e a obesidade hipertrófica (aumento do tamanho das células adiposas sem ocasionar o aumento da quantidade). Está relacionada também com a distribuição da gordura corporal, sendo que essa avaliação auxilia no acompanhamento dos riscos de doenças ligadas a esse fator. A obesidade etiológica pode estar ligada a outros tipos de obesidade como a neuroendócrina e a hipotalâmica, síndrome de Cushing, hipotireoidismo, ovários policísticos e falta de hormônio do crescimento<sup>4</sup>.

Ainda segundo Mancini (2003), a obesidade pode estar relacionada a outros fatores, como ganho de peso induzido por *medicamentos* (agentes psicoativos: antipsicóticos como fenotiazinas e butirofenonas e antidepressivos tricíclicos) e *hormônios* (insulina e sulfoniluréias), sendo que o autor ressalta que o uso de algumas dessas substâncias tóxicas não é determinante para o desenvolvimento da obesidade; *cessação de tabagismo* ocorrendo o ganho de peso em pacientes que param de fumar, tendo como causa a abstinência de nicotina; *vida sedentária* - com a tecnologia o homem tem gasto menos energia para executar várias tarefas da vida diária, ocasionando acúmulo de gordura corporal; *alimentação* – deve haver um equilíbrio entre a quantidade ingerida e o gasto energético, bem como uma composição alimentar variada; *fatores psicológicos e sociais*, não há um perfil psicológico traçado do obeso; *fatores étnicos e sociais*: na população brasileira a obesidade é mais incipiente nas

---

<sup>4</sup> Para maior aprofundamento nas questões relativas à classificação da obesidade indicamos o trabalho de Coutinho (1998).

classes mais favorecidas e entre os indígenas que abandonaram os hábitos próprios de sua cultura; *doenças congênitas e genéticas*: 1) os genes e as anormalidades cromossômicas podem se tornar o fator primário no desenvolvimento da obesidade; 2) fatores ambientais associados a doenças congênitas podem também levar à obesidade.

Malheiros e Freitas Júnior (2003) assinalam outros fatores relacionados à obesidade: *demográficos* (idade: a obesidade ocorre mais na faixa etária de 50-60 anos e entre crianças e adolescentes; sexo: mais casos de obesidade entre as mulheres em comparação aos homens, explicado pela sua maior porcentagem de gordura; raça: a obesidade está mais presente entre mulheres brancas em comparação a mulheres negras); *socioculturais* (renda familiar e escolaridade: a obesidade é mais freqüente em famílias com renda familiar e escolaridade inferiores, e a obesidade infantil se faz mais presente nas famílias com renda mais alta; estado civil: os casais engordam após o casamento, especialmente os homens); *biológicos* (paridade: a gravidez aumenta as chances de ocorrência de obesidade; genética: os fatores genéticos são responsáveis pelo desenvolvimento da obesidade e das comorbidades à ela associadas); e *comportamentais ou ambientais* (tabagismo: com o tabagismo há a diminuição do peso e com a sua supressão o ganho ponderal; etilismo: uso de bebida alcoólica pode elevar o peso; dieta: dietas pobres em vegetais e ricas em gordura aumentam a chance de obesidade; atividade física e sedentarismo: pessoas inativas tem maior peso que aqueles que praticam algum tipo de atividade física).

A obesidade não deve ser tratada apenas como um problema nutricional e antropométrico para que não ocorram erros de indicação de tratamentos preocupados apenas com a prescrição de dietas de baixo teor calórico e prática de exercícios (CARVALHO; MARTINS, 2004). Além disso, “as pesquisas médicas estão avançando cada vez mais, proporcionando aos profissionais de saúde melhores condições no manejo preventivo e terapêutico da obesidade” (SILVA; SILVA, [s.d.], p.5).

Na população brasileira, especificamente nas regiões nordeste e sudeste, mais de 50% das mulheres na faixa etária entre 40 e 79 anos apresentam sobrepeso (IMC>25), demonstrando maior índice de sobrepeso e obesidade em relação aos homens (ABRANTES; LAMOUNIER; COLOSIMO, 2003).

O aumento da obesidade entre as mulheres brasileiras tem sido observado até mesmo pela mídia internacional, sendo que em recente artigo publicado no jornal New York Times o jornalista americano Larry Rother ressaltou que “[...] pelas areias cariocas, famosas por concentrar a maior quantidade de corpos perfeitos por metro quadrado, agora desfilam gordinhas com graus variados de celulite” (DOLORES; BOCCIA, 2005).

Porto et al (2002) puderam acompanhar de perto essa discrepância da prevalência da obesidade entre mulheres ao realizar uma pesquisa durante oito anos num hospital universitário de Salvador, Bahia, especificamente num ambulatório de obesidade. Sua população foi constituída por 316 obesos, grau III (mórbidos), sendo que 91% eram mulheres. Ao investigar os possíveis motivos desencadeadores da obesidade, observou-se que 81,6% associaram como causas: ansiedade (21,1%), excesso alimentar (12,9%), uso de anticoncepcional (10%) e outras medicações (4%), hereditariedade (9,6%), gestações (11,5%), casamento (8,5%), cirurgia (8,5%) e motivos diversos (16,4%). O restante dos pacientes (14,8%) não consegue atribuir motivos para sua obesidade. Quanto ao início da obesidade, 36% eram obesos desde a infância, 14% desenvolveram na puberdade, 33% após várias gestações e 17% em várias etapas da vida. No histórico familiar observou-se a preponderância de mãe (55%) e/ou irmão obeso (56%) em contraste com pai obeso (22,6%).

Assim como vimos listado em 2º lugar pelos obesos da pesquisa realizada, há a idéia corrente de que a gênese da obesidade está centrada na ingestão de uma quantidade excessiva de alimentos cujo gasto energético do indivíduo não consegue metabolizar. Porém, recentes estudos têm apontado a questão de que o obeso ingere alimentos com maior teor de

gordura em comparação com indivíduos com peso ideal. Associada à gordura está a ingestão excessiva de açúcares e álcool. Outro fator importante no desenvolvimento da obesidade é o hábito alimentar do indivíduo. Pessoas que se alimentam de forma compulsiva têm mais chance de desenvolverem obesidade. O comer compulsivo está ligado a fatores psicológicos e/ou neuroendócrinos. A fisiopatologia da obesidade inclui como fatores predisponentes para o desenvolvimento do quadro: ingerir comida em maior quantidade (especialmente a gordura), queimar menos calorias, produzir gorduras mais facilmente, oxidar menos gorduras (HALPERN, 2003).

O Índice de Massa Corporal (IMC), calculado através da divisão entre o peso e o quadrado da altura (em m), é o critério mais utilizado para o diagnóstico e a classificação da obesidade, assim como os fatores de risco associados a essa patologia (diagnóstico quantitativo). Este índice é adotado pela Organização Mundial da Saúde para normatização do peso da população.

**Tabela 1** - Classificação de peso de acordo com o IMC e o risco de comorbidez em adultos

<b>Classificação</b>	<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Risco de comorbidez</b>
Baixo peso	<18,5	Baixo
Normal	18,5 – 24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0 – 29,9	Aumentado
Obesidade grau I	30,0 – 34,9	Moderado
Obesidade grau II	35,0 – 39,9	Grave
Obesidade grau III (mórbida)	>40,0	Muito grave

Fonte: COUTINHO; BENCHIMOL, 2003.

A utilização do IMC como indicador do estado nutricional de adultos tem sido amplamente debatida, principalmente quanto à sua utilização na avaliação de sobrepeso e de obesidade.

“As críticas estão baseadas no fato de esse índice não distinguir a massa magra do tecido adiposo. É importante que os valores de IMC se correlacionem com outras medidas, como percentual de gordura corporal, dobras cutâneas e perímetros” (GUGELMIN; SANTOS, 2006).

Mancini (2003, p. 2) contesta as críticas ao uso do IMC, argumentando que “o IMC tem cálculo simples e rápido, apresentando boa relação com a adiposidade corporal”. Diante do fato de o cálculo não considerar a distribuição de gordura corpórea, existem outros métodos que podem ser utilizados para mensurar essa gordura (diagnóstico qualitativo): relação cintura-quadril, medida do maior perímetro abdominal entre a última costela e a crista ilíaca, absorpciometria dual de raios X (DXA), ultra-sonografia, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética<sup>5</sup>.

Nessa mesma linha de raciocínio, Vieira et al (2006) afirmam que “[...] em face da dificuldade de se utilizarem métodos mais sofisticados para medir gordura corporal em estudos epidemiológicos, o IMC continua sendo uma alternativa viável”.

O IBGE aponta dados importantes sobre a obesidade em nosso país: 40% da população adulta apresentam problemas com a balança e o assunto “ganho de peso” vem se tornando problema de saúde pública. Num quadro ilustrativo da revista Saúde! é Vital (DOLORES; BOCCIA, 2005), obtido através da Organização Mundial da Saúde (OMS), observa-se que em 1995, 200 milhões de pessoas no mundo eram obesas, saltando para 300 milhões em 2000. Na década de 1980 a presença da obesidade nos Estados Unidos era de 15% da população, contra 8% na Inglaterra e 5% no Brasil. Em 2000 os números saltam para 25% nos Estados Unidos, 15% na Inglaterra e 10% no Brasil. A previsão é de que em 2030 os EUA apresentem 70% de obesos, a Inglaterra 50% e o Brasil 30%.

---

<sup>5</sup> Segundo o autor, os três últimos métodos são de uso experimental e limitado na prática clínica.

---

A evolução dos costumes dos povos, principalmente ocidentais, tem trazido graves conseqüências ao hábito alimentar, em contraposição aos hábitos dos povos orientais, que vêem na refeição, não apenas um ato alimentar, mas um verdadeiro ritual, com cunho místico e profundo (MEZOMO, 2006, p. 7).

Fica a dúvida: o que as populações estão ingerindo para que seu peso aumente consideravelmente década após década? Na pesquisa desenvolvida pelo Latin Panel, empresa especializada em painéis de mercado, os brasileiros mostram possuir hábitos alimentares inadequados, sendo este fato evidenciado a partir do momento em que efetuam as compras no supermercado. A pesquisa refere que, geralmente, os obesos adquirem mais produtos de alto valor calórico e gorduroso em comparação com as pessoas com peso ideal como: +32% de molhos, +14% de farinha de trigo, +19% de refrigerantes, +15% de óleos, +21% de creme de leite, +19% de leite condensado, +6% de margarina e 5% de ketchup. Quanto aos costumes, os brasileiros evidenciam hábitos que levam ao aumento de peso: 55% repetem a comida, 41% assistem à televisão enquanto almoçam, 55% assistem à televisão enquanto jantam, 22% fazem mais comida do que conseguem consumir, 86% não se preocupam em ler os rótulos dos produtos e 81% consomem líquido durante as refeições (DOLORES; BOCCIA, 2005).

Como vimos, a obesidade cresceu assustadoramente entre a população adulta, mas as pesquisas também apontam o seu crescimento entre as faixas etárias inferiores:

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a obesidade infanto-juvenil cresceu 240% em 20 anos. A projeção para o futuro é alarmante. Previsões de especialistas indicam que dentro de cinco anos as crianças com excesso de peso serão dois terços da população infantil no Brasil, se os problemas que levam à obesidade não forem enfrentados pelos pais e pelas autoridades sanitárias (CASSI, 2006, p. 10).

Dentre os fatores desencadeadores da obesidade infantil estão o sedentarismo e os hábitos alimentares inadequados com o aumento do consumo de produtos industrializados (CASSI, 2006).

Portanto, há necessidade de prevenção da obesidade desde a tenra idade, pois é comprovado que quanto mais tempo o indivíduo permanecer obeso, maiores serão as chances de complicações de saúde. Os pais exercem papel decisivo na construção dos hábitos alimentares de seus filhos e na forma como se relacionam com o alimento. Sabe-se que se os pais não modificarem seus padrões alimentares em conjunto com os filhos, é previsto o insucesso no tratamento da obesidade infantil (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

Vivenciamos uma realidade baseada, cada vez mais, na valorização do consumismo. Homens, mulheres e crianças têm buscado sentido existencial através da aquisição de produtos cobiçados pela maioria da população, seja o DVD, a TV de última geração, o videogame recentemente lançado e a crescente oferta de alimentos altamente calóricos e atrativos. Porém, percebemos que mesmo após conseguirem adquirir seus “sonhos” caem novamente na insatisfação por desejarem outra coisa. No senso comum ouvimos frequentemente as pessoas dizerem que, quando estão angustiadas, é só irem fazer compras que melhoram. É como se pudéssemos fazer uma barganha com nossos sentimentos, com nosso mundo interno. No lugar de um “buraco” (frustração, angústia ou medo) colocamos um tampão externo. O contato com o “eu” fica externalizado, ocasionando uma dificuldade enorme das pessoas entrarem em contato com elas mesmas ou ter o autoconhecimento. Parece que assistimos ao mundo da superficialidade. As pessoas já não mais se visitam, já não mais se olham como há algumas décadas. Isso não significa que privilegiamos o passado, mas vemos perdas consideráveis no campo dos relacionamentos ocorrendo certo distanciamento entre as pessoas.

Com a comida o processo não parece ser diferente. No caso das famílias, muitas vezes os pais, ao invés de trabalharem com seus filhos as várias fontes de prazer oferecidas pelo ambiente (casa, escola, amizades, família), acabam supervalorizando a comida. Se vão passear ou se reúnem com amigos, o alimento é o primeiro a ser lembrado e festejado. Assim,

não fortalecem e tampouco propiciam, por exemplo, momentos os quais todos possam conversar sem a interrupção da televisão criando um ambiente harmonioso e de intimidade. O pai ao demonstrar algum desagrado verbal com o filho tenta, muitas vezes, recompensá-lo com o alimento dando-lhe comida como o atenuante de sua culpa. A mãe por passar o dia todo fora pode compensar a sua culpa pela ausência em casa trazendo uma caixa de bombons. É mister analisar o quanto o alimento assume o lugar do afeto. Essa postura cultural da família pode facilitar o surgimento e a manutenção da obesidade pelo fato de o alimento assumir o papel de única fonte de prazer. A presença de hábitos inadequados, tais como comer na frente da TV e não conversar durante as refeições, também pode favorecer o ganho exagerado de peso.

Algumas características de famílias de obesos, segundo Fisberg (1995):

- possuem dificuldades em dizer não para os filhos quando o assunto é alimentação por temerem que passem fome, por desejarem dar-lhes o que não tiveram na infância, por acreditarem que filhos magros possam parecer doentes e por medo de punição por negarem comida aos filhos ou serem acusados disso. O fato de não dar a quantidade de comida que o filho pede pode despertar nos pais sentimentos de culpa, de que os filhos não gostam deles e que estão negando afeto;
- presença do desejo de suprir a ausência da mãe, em função do trabalho ou de outros compromissos, através do alimento que assume a função de gratificação;
- temor dos pais sentirem-se rejeitados pelos filhos, caso cobrem demais a mudança de hábitos;



- a alternância de o adolescente ao mesmo tempo desejar e não desejar a perda de peso, representando o temor de que emagrecendo perderá a força e o poder que a gordura traz simbolicamente.

### *1.1.1 Obesidade mórbida e tratamento cirúrgico*

O tratamento da obesidade, no processo de emagrecimento e no período de manutenção, exige das pessoas a modificação de vários aspectos comportamentais e de estilo de vida o que, muitas vezes, acaba não ocorrendo; é quando este processo resulta em fracassos e desistências. Especificamente no caso dos obesos mórbidos, os resultados com tratamentos convencionais são pequenos e a cirurgia mórbida tem sido um recurso utilizado de forma crescente (GIAMPIETRO, 2003).

Na década de 50 tem início o tratamento cirúrgico da obesidade com o avanço progressivo das técnicas. O termo cirurgia bariátrica distingue os procedimentos realizados no aparelho digestivo para tratamento da obesidade com a finalidade de redução de peso. Reduz o reservatório gástrico e/ou a absorção intestinal.

“A cirurgia visa provocar a menor ingestão e/ou absorção de alimentos, levando à conseqüente diminuição do peso. A cirurgia é apenas uma técnica para diminuição do peso e não a cura das causas primeiras da obesidade mórbida” (SANTOS, 2005, p. 29)<sup>6</sup>.

A procura pela cirurgia tem forte influência pelos relatos dos sucessos alcançados por muitos pacientes e também pelo fato de muitas pessoas encararem a cirurgia como a salvação para os seus problemas. Através de uma visão mágica depositam na cirurgia bariátrica algumas expectativas que extrapolam o que realmente alcançarão de resultados, a

---

<sup>6</sup> Consultar os trabalhos de Coutinho e Benchimol (2003), Cruz e Morimoto (2004).

começar pela frustração quando se deparam com o fato de que tem que se esforçar muito para conseguir emagrecer. Em função dessa segunda questão, inúmeras pessoas com sobrepeso ou graus moderados de obesidade que não possuem indicação para a cirurgia procuram os consultórios médicos em busca de tal procedimento. Cabe aos cirurgiões o bom senso na indicação da cirurgia para esses casos, pois seria desnecessário submetê-los a riscos e inconvenientes diante do fato de não haver razões médicas graves (NASSER; ELIAS, 2003).

Algo observado nos últimos tempos é que muitos pacientes, com IMC entre 20-30 kg/m<sup>2</sup>, que almejam a cirurgia bariátrica e não se encaixam nos critérios de seleção se submetem às dietas extremamente calóricas até atingirem o IMC exigido (SANTOS, 2005). Geralmente, esses indivíduos conseguem, num pequeno espaço de tempo, atingir o peso necessário para a realização da cirurgia. A proposta vendida à população sobre os vários tipos de cirurgias faz com que essas pessoas e várias outras construam uma imagem idealizada dos resultados que obterão com o procedimento cirúrgico e torna-se extremamente frustrante receber a notícia que não poderão realizar o que esperam. Mais uma vez lutarão para adquirir de forma mercantil um produto sem a observância dos malefícios ocasionados ao organismo. Podemos culpabilizar as pessoas por tal atitude ou deveríamos pensar melhor na forma como as cirurgias estão sendo “vendidas”?

A partir de 1999 o Ministério da Saúde<sup>7</sup> inclui a cirurgia bariátrica como mais um procedimentos do SUS oferecido à população e institui os seguintes critérios para a realização do procedimento cirúrgico:

- a) paciente portador de obesidade de grandes proporções, de duração superior a 02 (dois) anos, com IMC superior a 40 kg/m<sup>2</sup> e resistente aos tratamentos conservadores (dietoterapêuticos, psicoterapêuticos, medicamentosos, por exercícios físicos) realizados, continuamente, há pelo menos 02 (dois) anos;

---

<sup>7</sup> Portaria nº 628/GM de 26 de abril de 2001.

- b) pacientes obesos com IMC superior a 35 kg/m<sup>2</sup>, portadores de doença crônica associada (diabetes, hipertensão, artropatias, hérnias de disco, apnéia do sono) cuja situação clínica é agravada pelo quadro de obesidade;
- c) exclusão de pacientes que possuem algumas doenças: patologias endócrinas específicas; transtorno mental, adicção a drogas ou álcool, outros transtornos; condições físico-clínicas que contra-indiquem cirurgias de grande porte (cirrose hepática, cardiopatias, pneumopatias, insuficiência renal crônica e outras).

O Conselho Federal de Medicina, considerando os critérios do Ministério da Saúde no protocolo mencionado, também elaborou uma normatização para a indicação do tratamento cirúrgico da obesidade grave<sup>8</sup>, conforme descreve:

- pacientes com IMC acima de 40 kg/m<sup>2</sup>;
- pacientes com IMC maior que 35 kg/m<sup>2</sup> e co-morbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameaçam a vida, tais como diabetes, apnéia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteo-artrites e outras;
- idade: maiores de 18 anos; idosos e jovens entre 16 e 18 anos podem ser operados, mas exigem precauções especiais e o custo/benefício deve ser muito bem analisado;
- obesidade estável há pelo menos cinco anos;
- pelo menos dois anos de tratamento clínico prévio, não eficaz;
- ausência de drogas lícitas ou alcoolismo;
- ausência de quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados;

---

<sup>8</sup> Resolução nº 1.766/05 publicada no D.O.U., 11 jul. 2005, Seção I, p. 114.

- compreensão, por parte do paciente e de seus familiares, dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar por toda a vida do paciente.

A cirurgia bariátrica tornou-se uma opção viável para pacientes que não conseguem reduzir o peso através de técnicas convencionais como atividade física, nutrição e medicamentos. O procedimento mostra-se eficaz em alguns casos, necessitando da avaliação prévia do paciente (FANDIÑO et al, 2004).

Oliveira, Linardi e Azevedo (2004) definem a cirurgia bariátrica ou de restrição gástrica como o meio mais eficaz para o tratamento de pacientes obesos mórbidos em longo prazo. Os critérios para a realização da cirurgia são os recomendados pelo Ministério da Saúde, tais como IMC > 40 kg ou 35 kg com comorbidades associadas como hipertensão, diabetes, problemas osteoarticulares, apnéia do sono, ausência de doenças metabólicas ou endócrinas, pelo menos cinco anos de tratamentos convencionais.

As cirurgias bariátricas dividem-se em três tipos:

- 1) cirurgias restritivas: essa técnica restringe a quantidade de alimento mais sólido e pastoso ingerido pelo paciente e necessita da colaboração do paciente, caso contrário, ele poderá ingerir líquido calórico o que atrapalhará a redução de peso. Técnicas mais usadas: Balão Intragástrico, Cirurgia de Mason e Banda Gástrica Ajustável;
- 2) cirurgias disabsortivas: nessa técnica o paciente se alimenta, mas há a má absorção de nutrientes pela redução do estômago e desvio do intestino causando o emagrecimento de até 50% do peso inicial, sendo necessário o

acompanhamento da evolução de prováveis distúrbios metabólicos e elementos minerais e vitaminas. Técnica mais utilizada: Bypass Jejuno-Jejunal;

- 3) cirurgias mistas: essas técnicas misturam restrição e disabsorção em maior ou menor grau do intestino, dependendo da técnica e da extensão do intestino delgado eliminado do trânsito alimentar. Cirurgias mais empregadas: Fobi, Capella<sup>9</sup>, Wittgrove e Clark (com maior componente restritivo); Scopinaro, Duodenal-Switch (com maior componente disabsortivo).

### *1.1.2 Avaliação pré e pós-cirúrgica*

Há necessidade de avaliação pré e pós-cirúrgica de pacientes obesos mórbidos por mostrarem mais sintomas depressivos, ansiosos, alimentares e de personalidade. Tais sintomas podem ser desencadeados a partir da instalação de um quadro de obesidade e não o contrário, a psicopatologia desenvolver o excesso de peso (OLIVEIRA; LINARDI; AZEVEDO, 2004).

O objetivo da avaliação é o acompanhamento do seu funcionamento psicológico. Quanto aos pacientes obesos em geral, não se observa morbidade psiquiátrica. Porém, pacientes obesos grau III ou mórbidos tendem a apresentar transtorno de humor e transtorno de comportamento alimentar. Pacientes com histórico de depressão devem ser acompanhados mais de perto no pré e pós-cirúrgico para observação de nova ocorrência do transtorno. Outros transtornos psiquiátricos são freqüentemente observados em obesos grau III, como compulsão alimentar periódica - CAP (são episódios em que o paciente come, num intervalo de duas horas, uma quantidade de comida superior à sua capacidade de ingestão e possui a

---

<sup>9</sup> Sobre a cirurgia de Capella sugerimos o estudo de Moura Júnior et al (2004).

sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio); transtorno de compulsão alimentar periódica - TCAP (o paciente persiste com os episódios de compulsão alimentar de forma contínua, geralmente duas vezes na semana durante seis meses, com a presença de sentimentos de perda de controle alimentar, não conseguindo dirigir seu comportamento para a perda de peso); bulimia nervosa; anorexia nervosa. Geralmente, a cirurgia bariátrica melhora o funcionamento psicológico do paciente e possui um bom prognóstico quanto aos transtornos psiquiátricos (FANDIÑO et al, 2004)<sup>10</sup>.

Para Oliveira, Linardi e Azevedo (2004), como é uma cirurgia de grande porte e pode trazer complicações, o paciente deve estar ciente de todos os riscos e ser acompanhado pelo psicólogo em todas as etapas. No pós-operatório há a emergência de questões emocionais diante das mudanças alimentares e da imagem corporal e o apoio psicológico se faz imprescindível para que o paciente se sinta responsável pelo seu tratamento, criando uma nova identidade. A maioria das pessoas que se submetem a uma cirurgia bariátrica sofrem alterações emocionais que podem ter auxiliado no desenvolvimento e na manutenção da obesidade ou ela própria pode ocasionar o surgimento de questões emocionais sentidas de forma desconfortável. O papel do psicólogo é avaliar a preparação emocional do paciente, bem como auxiliá-lo na reflexão dos fatores presentes no pré e pós-cirúrgico. O acompanhamento psicológico favorecerá o planejamento de sua vida, de forma consciente, a partir das mudanças ocorridas no pós-cirúrgico.

Do ponto de vista clínico, a cirurgia deve ser contra-indicada em caso de pneumonias graves, insuficiência renal, lesão acentuada no miocárdio e cirrose hepática. Não há consenso quanto às contra-indicações psiquiátricas para a cirurgia bariátrica. Indica-se bom senso clínico na avaliação pré e pós-cirúrgica para que, caso seja detectado um transtorno

---

<sup>10</sup> Para análise da problematização do funcionamento psicológico e dos transtornos psiquiátricos apresentados pelo paciente obeso mórbido ler os trabalhos de Coutinho e Póvoa (1998); Matos (2002); Vasques, Martins e Azevedo (2004); Azevedo, Santos e Fonseca (2004); Segal e Fandiño (2005).

psiquiátrico, o paciente passe por tratamento especializado e tenha êxito na cirurgia (FANDIÑO et al, 2004; OLIVEIRA; LINARDI; AZEVEDO, 2004).

Nunes (1998 apud OLIVEIRA; LINARDI; AZEVEDO, 2004) aponta a necessidade de verificação da fase de desenvolvimento em que o obeso mórbido iniciou seu quadro de obesidade, pois estudos demonstram que pessoas magras que se tornaram obesas terão mais facilidade no pós-operatório de cirurgia bariátrica para recuperarem e se adaptarem a uma nova auto-imagem em comparação com pessoas que são obesas desde a infância.

Existem muitos estudos sobre a etiologia da obesidade e poucas pesquisas sobre a obesidade mórbida. Este quadro tem por agravante o fato de essas pesquisas ficarem restritas às cirurgias bariátricas (PORTO et al, 2002).

Em conclusão: nos obesos mórbidos, fatores hereditários, nutricionais e ambientais contribuem para o desencadeamento da obesidade. Alguns fatores parecem ter maior importância que outros, como a história familiar e o início da obesidade. Sabe-se que a obesidade classe III é uma doença de difícil tratamento clínico pela necessidade de continuidade das mudanças comportamentais e de hábitos de vida a longo prazo. A elevada frequência de fatores de risco cardiovascular, mesmo em indivíduos jovens, pode contribuir para uma morbi-mortalidade precoce deste grupo (PORTO et al, 2002).

## **1.2 Visão sócio-histórica da obesidade**

É possível constatar a presença da obesidade desde o período Paleolítico (20.000 até 30.000 a.C.) através de esculturas como a da Vênus de Wilendorf representada por uma mulher gorda com cintura larga e fartos seios. Os historiadores falam sobre o simbolismo da imagem. Para alguns desses estudiosos paira a incerteza em relação à correspondência entre o imaginário e o desempenho real da mulher da época. Essa imagem de mulher poderia estar simbolizando o contexto histórico da necessidade de abundância e de fertilidade de uma época

marcada pela fome e pela escassez de alimentos. Avançando na história, há indícios, por outro lado, da busca pelo emagrecimento datada de 400 a 300 a.C., quando o filósofo Hipócrates já indicava exercícios e dietas para a aquisição de um corpo saudável (LOLI, 1999).

Um grupo de historiadores britânicos descobriu que monges beneditinos da Idade Média criaram uma poção sagrada contra a obesidade há 845 anos. Essa descoberta aconteceu em um monastério do século XII em Edimburgo, na Escócia. Trata-se de uma erva amarga (*Lathyrus linifolius*) que quando ingerida pelos obesos lhes causava mal estar e não permitia que se alimentassem por vários dias. Conseqüentemente, havia perda de peso. Atualmente, cientistas ingleses manifestam interesse em industrializar a erva sob a forma de pastilhas com o objetivo de supressão da sensação de apetite (ANSA, 2005).

Mesmo com a constatação da presença da obesidade ao longo da história, salientamos que há indícios de que o homem se relacionava com o próprio corpo de forma diferente da que presenciamos no século XXI.

Constatamos que as sociedades e as culturas agem sobre o corpo determinando-o. A partir daí, surgem modelos: padrões de beleza, de sensualidade, de saúde que oferecem aos indivíduos moldes para se constituírem como homens e mulheres.

Para Rodrigues (1999), na Idade Média o homem possuía uma relação com o corpo baseada na unicidade matéria-espírito. Neste sentido, a morte era vivenciada como motivo de festa por todos, por possibilitar a continuidade da vida dos indivíduos que seriam levados para um “lugar” sem sofrimentos. Os corpos sem vida, às vezes já em estado de decomposição, continuavam participando com os “corpos vivos” de momentos cotidianos nas aldeias até que achassem necessário enterrá-los nas valas comuns situadas nos fundos nas igrejas. A idéia da vala comum mostra que o homem ainda não tinha a noção de propriedade



de seu corpo como é evidenciado no capitalismo. O corpo medieval era social, cósmico e universal, não havendo a noção de corpo individual.

Assim como os homens comuns dessa época, que se ocupavam de festejar todos os fatos vivenciados na coletividade com orgias, rituais de dança e risos, a igreja também se prestou a compartilhar desses momentos; exemplo disso era a iniciação do clero nos prostíbulos. Rodrigues (1999) cita que a igreja assim fazia para trazer para perto de si os fiéis.

Chega o momento em que a igreja institui o contraditório numa sociedade em que as noções de vida e morte, por exemplo, possuíam um caráter lúdico e carnavalesco e várias questões cotidianas passam a ser sentidas e percebidas pela população em geral como antagônicas, sendo gerada gradualmente a noção de dicotomia mente e corpo, subjetivo e objetivo, natural e sobrenatural. Com a criação das noções de céu e inferno e da balança pela igreja, começam a surgir angústias quanto ao fim da vida e a necessidade de burlarem a morte para alcançarem a vida eterna. Esta última questão foi uma das responsáveis para que os homens do Renascimento acreditassem que deveriam se preparar para o incerto (a morte). Nos séculos XVII e XVIII surge a preocupação com o saneamento básico expressando a idéia de erradicação de riscos para o prolongamento da vida.

Ao longo do tempo, foram se concretizando questionamentos sobre o fim da vida e a vida eterna, reforçando a valorização da vida terrena, fato observado inicialmente nas camadas mais abastadas e, posteriormente, conquistando a população em geral (PARZEWSKI; SILVEIRA; BERTANI, 2005, p. 86).

Diante do panorama evidenciado na Idade Média, não houve incremento na alimentação pela prática de apanha de plantas silvestres em épocas de penúria vivenciadas nos séculos IX ao XII e outras práticas comuns da época como consumo precário de verduras, a criação de animais fora dos padrões de consumo, a caça bem menos abundante que em épocas anteriores. Os pobres alimentavam-se essencialmente de cereais, leite, queijo e ovos em

quantidades pequenas. A partir do século XVI há o aperfeiçoamento da agricultura com o conseqüente abandono da apanha de plantas silvestres e melhora na alimentação com a inserção de novos produtos alimentares.

Na modernidade culmina o processo de separação entre a natureza e o ser humano, observando-se o surgimento de um novo interesse pelo corpo, especialmente o corpo que se mostra em público. Este pode ser dominado e sujeitado, assim como a natureza. Ocorre a transformação do ser humano em objeto do conhecimento, através do interesse pelo corpo físico e social<sup>11</sup>.

A preocupação com o corpo fez surgir, além de toda a preocupação com o prolongamento da vida pela erradicação de doenças e melhora da qualidade de vida da população, todo um interesse nos alimentos que poderiam trazer mais saúde. Com isso, o século XIX experimenta grandes avanços tecnológicos na agricultura e na indústria acarretando a entrada de diversos produtos alimentícios. Com as pesquisas científicas, especialmente na segunda metade do século, houve o incremento da ciência ao se descobrir, por exemplo, que através do estudo dos micróbios por Pasteur (1850) era possível efetuar a fermentação de vários alimentos na fabricação de vinho, cerveja, manteiga, queijo e leite. Ainda na segunda metade do século, foi possível o avanço nas áreas de criação de plantas e de gado através das descobertas da química por agrônomos alemães, ingleses e franceses. No final do século (1878), torna-se possível conservar e armazenar industrialmente os alimentos com a descoberta de Cailletait sobre a liquefação dos gases. A produção agrícola não é mais produzida pelo próprio agricultor como antigamente, há a presença maciça de maquinários, o emprego de adubos químicos, de irrigação e drenagem e a alimentação racional do grupo com produtos industrializados (MEZOMO, 2006).

---

<sup>11</sup> Sugerimos a leitura do trabalho de Vaz (1999).

O filósofo Descartes (CARVALHO; MARTINS, 2004), cujo pensamento constitui o alicerce conceitual da moderna medicina científica, inaugura o determinismo clássico-formal que influenciará a ciência na construção de regras universais de cálculos e medidas em que a essência das coisas ou dos homens está fora dele e pode ser controlada.

A partir do século XVIII, a perda com a vinculação à alma é compensada pela dinamicidade proveniente da força mecânica que é atribuída ao próprio corpo. A imagem corporal forjada é coerente com a profunda transformação social que se operava: o individualismo, como expressão ideológica do capitalismo industrial. Reforçar a individualidade humana, percebendo de forma mecânica o funcionamento corporal e cortando os vínculos com a percepção da alma como fonte energética, leva por fim a enfatizar o individualismo das partes do corpo e das partes constituintes da sociedade (PARZEWSKI; SILVEIRA; BERTANI, 2005, p. 89).

Sob influência do paradigma cartesiano o corpo humano é visto como uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças. A doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular, sendo o papel do médico intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado (CAPRA, 2004).

Através de uma abordagem cada vez mais reducionista, despreza-se a interdependência corpo-mente e aprofunda-se no estudo dos órgãos corporais e suas funções. Nessa perspectiva, a saúde é considerada a ausência de doença no organismo. Ter saúde significaria não possuir qualquer doença ou enfermidade e estar em harmonia com o meio e consigo mesmo. Com a inclusão do “estado de bem-estar” no século XX, pela Organização Mundial da Saúde, há o resgate da possibilidade de promoção da saúde com o incremento de ações sanitárias e da tecnologia. O modelo de saúde deve ser biopsicossocial incluindo a inter-relação entre fatores fisiológicos, psíquicos e sociais na determinação da saúde do indivíduo e da sociedade, baseado numa concepção holística.

A visão dicotômica de corpo tira do indivíduo a idéia da interdependência do físico e dos demais componentes constituintes de sua individualidade (psicológico, social e ambiental). A sua “alma”, diferente do que vimos na Idade Média, já não é mais uma fonte energética, perdurando a visão inaugurada por Descartes de que se algo está errado no corpo é necessário restabelecer a ordem, corrigindo a disfunção, sem levar em conta os vários fatores envolvidos nessa disfunção ou no seu restabelecimento. Na melhora da saúde geral desse

indivíduo muitas coisas entram em jogo, tais como a ajuda do padre, do psicólogo, do médico, da família, mas ele não consegue integrar essa unicidade. Exemplos típicos são os pacientes que ao apresentarem queixas emocionais buscam os consultórios médicos para obter diagnósticos voltados para o físico. Fazem uma “via crucis” atrás de vários especialistas que lhes apontem que o problema é do corpo e não da “alma”. Felizmente constatamos a presença de vários profissionais médicos que possuem *feeling* para acolher e encaminhar esses pacientes para um tratamento adequado. Porém, quando lhes é apontado que no corpo não há problema ou que o problema está sendo agravado por questões emocionais que estão ligadas a fatores sociais, muitos pacientes ressentem-se e crêem que o médico é incompetente para diagnosticar sua doença. Na minha prática profissional como psicóloga já tive a oportunidade de ouvir alguns comentários de pacientes encaminhados por médicos: “Eu fui resolver a minha dor (no estômago), não preciso de psicólogo ou psiquiatra. Eu estou sentindo dor, não é psicológico”. Impressiona como muitas pessoas não conseguem acreditar que possuem recursos internos para organizar esse corpo que não é só matéria.

A instauração da propriedade privada no capitalismo é responsável pela noção de que o indivíduo é autônomo e independente em relação ao seu próprio funcionamento orgânico (RODRIGUES, 1999).

Seguindo essa mesma linha de raciocínio, na visão cartesiana a obesidade é vista como um desequilíbrio entre o quanto se come e a gordura que não é queimada e, conseqüentemente, acumulada. A solução seria que a pessoa reduzisse sua alimentação para equilibrar essa balança. Aqui a dicotomia mente e corpo se faz evidente: a pessoa adota uma dieta e tudo parece estar resolvido. Nesse paradigma não é considerado o indivíduo em sua integralidade: as dificuldades em adotar novos hábitos, as representações que tem da obesidade, os conflitos de fatores simbólicos, as influências sociais etc. No caso dos tratamentos persistirem nessa fragmentação do indivíduo, tem-se cada vez mais insucessos e

frustrações. Com o rompimento da dicotomia mente e corpo há a possibilidade da transformação do ser humano e do social.

A obesidade é uma problemática contemporânea que traduz a aquisição mercantil de corpos perfeitos através de cirurgias bariátricas ou cirurgias plásticas. O corpo passa a ser uma forma estática de beleza que pode ser adquirida (CARVALHO; MARTINS, 2004).

Questiona-se a busca desenfreada pelas cirurgias plásticas e cirurgias bariátricas no Brasil e no mundo, enfatizando os riscos individuais que elas podem trazer (COLAVITTI, 2004).

O Brasil é o segundo país com o maior número de cirurgias plásticas realizadas, perdendo apenas para os Estados Unidos. Em 2003, foram mais de 621 mil cirurgias. [...] A cirurgia plástica no Brasil cresce em progressão geométrica. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, a média é de 500 mil cirurgias por ano (GOMIDE, 2005).

A cobrança estética da sociedade, a exigência de um “corpo sarado”<sup>12</sup> e a crescente preocupação com as doenças crônicas como a hipertensão e o diabetes, tem levado muitas pessoas a procurarem tratamento ou soluções mágicas para seus excessos de gordura. As saídas mais comuns são a redução da ingesta calórica, a atividade física regular e as alterações comportamentais (LOLI, 1999).

Segundo Carvalho e Martins (2004) o corpo faz parte do ambiente em que está inserido e com ele realiza trocas e modificações.

A conceituação de obesidade se coloca justamente nessa inter-relação e, desse modo, é preciso debruçar o olhar sobre o próprio conhecimento, sobre nossa forma de construir conceitos, para melhor entendermos o que está em jogo na construção do conceito de obesidade no que ela traz dessas dicotomias hegemônicas (CARVALHO; MARTINS, 2004).

---

<sup>12</sup> Trata-se de expressão popular que se refere a um corpo bem delineado através da prática de atividade física e dietas.

Os autores, acima referidos, discorrem sobre o pensamento de Espinosa que se refere à presença de uma única substância nas coisas que assume várias formas de acordo com seus modos de existência. Os seres humanos são iguais na origem (substância) e ao mesmo tempo diferentes porque cada um é um único modo de ser a substância. Para a aproximação com a realidade complexa o homem necessita de uma ética que ultrapasse as questões morais e permita que utilize seu conhecimento para ser agente de suas ações. O conhecimento das causas internas proporcionará maior liberdade se a pessoa conseguir discriminar suas necessidades singulares perante a vida e a corporeidade.

O homem contemporâneo necessita romper a dualidade da visão de corpo imposta pela tirania da natureza: a materialidade que lhe atribui o reconhecimento como humano e a obscuridade de sua natureza que é de difícil apreensão (RODRIGUES, 1999).

Uma dieta de emagrecimento poderá ter eficácia se o indivíduo conhecer a si mesmo e suas próprias necessidades, adaptando-as flexivelmente em sua vida. Esse emagrecimento tem que ter um sentido ativo baseado nas vivências e permitindo a comunhão do racional (“tenho que emagrecer”) com sua realidade.

Torna-se um tanto difícil realizar essa tarefa se considerarmos que em nossa sociedade o alimento traz o sentido de confiança e fraternidade, justificando a sua utilização na celebração dos mais variados momentos da vida do homem. Os programas de emagrecimento devem incluir essa questão, trabalhando as vivências das dificuldades entre o prazer da alimentação e sua restrição.

As diversas estratégias das pessoas devem ser direcionadas e planejadas de acordo com suas especificidades, vivências e aspectos biopsicossociais. À medida que a pessoa sente-se responsável e comprometida com aquilo que deseja, é capaz de transformações decidindo

---

entre comer ou não comer, entre conciliar prazer e qualidade de vida (CARVALHO; MARTINS, 2004).

A medicina tem uma participação fundamental na normatização do ideal de corpo para a sociedade, reforçando o positivismo que estabelece que o não enquadramento nas normas (magreza) é responsabilidade da pessoa, independente do seu meio ambiente, da cultura e do imaginário vigente<sup>13</sup>.

A pessoa que se sente anormal e doente perante a sociedade como um todo e/ou em relação ao seu grupo de pertença e/ou consigo mesma, não consegue estabelecer uma interação que lhe permitiria maior autonomia e liberdade na busca da preservação de seu ser. A anormalidade, no entendimento da maioria das pessoas que constituem a nossa sociedade, é evidenciada pelo não enquadramento aos padrões (no caso, estéticos) estabelecidos pela ordem vigente. A doença é vista, nesse sentido, como barreira às trocas valorizadas com ecossistemas natural/cultural, podendo gerar sentimentos de impotência (CANGUILHEM, 1995).

A pesquisa de Almeida, Loureiro e Santos (2002), observando a imagem corporal de mulheres morbidamente obesas, mostra que este grupo, em comparação com mulheres com peso ideal, apresenta rebaixamento da auto-estima e insatisfação com o corpo. Isso leva a dificuldades de relacionamento, a perda da autoconfiança e a construção mental de uma imagem corporal distorcida. Diante da exigência de um corpo magro pela sociedade, essas mulheres estabelecem uma relação distanciada com o ambiente, atribuindo suas dificuldades na vida tão somente à obesidade. Tendencialmente mostram-se passivas diante de seu quadro e se espelham no externo como referencial mais adequado e correto. É preciso considerar, ainda, o peso da subjetividade e da aparência na determinação da satisfação ou insatisfação com o corpo.

---

<sup>13</sup> Para aprofundamento na função social da medicina verificar a obra de Boltanski (1979).



As pessoas buscam um corpo mais fluido, flexível, de acordo com o gosto do mercado; estão de modo geral à procura de bem-estar e arriscando cada vez mais a legitimação de experiências novas que visam o prazer. Essa busca de prazer está ligada à fascinação ao que as técnicas novas prometem, como um computador, o que torna necessário conhecer o corpo (SANTOS, 2005, p. 51).

No geral, fica secundarizado o fato de o obeso, em interação com seu meio, ter impressões negativas sobre si e sobre o mundo. Sentimentos e percepções dolorosas, amargas, na grande maioria dos casos, perpassam o viver dessas pessoas.

“A saúde de um corpo se dá em sua relação com seu meio [...]; o corpo humano busca aproximações e afetos no espaço social que aumentem sua potência de agir” (CARVALHO; MARTINS, 2004).

O ser gordo ou magro na sociedade atual é veiculado pela mídia, na maior parte das vezes, sem relação com a saúde. O ideal é o corpo magro, sem que levem em conta diferenças genéticas. O ser gordo pode também significar falta de controle de impulsos, preguiça, ser relaxado. Com a transmissão desses conceitos é evidente que o sobrepeso pode ser um fator de sofrimento para aqueles que não alcançaram um corpo perfeito (ADES; KERBAUY, 2002).

Sofrendo um processo de estranhamento de si e por si, do e pelo outro, e vivenciando sentimentos de impotência, baixa auto-estima, desconforto social e pessoal, os obesos tenderão a criar dificuldades para as transformações das representações que constroem sobre sua auto-imagem e acabam por reforçar o padrão estético produzido e veiculado pela sociedade de um tempo.

As sensações e as emoções são sinais de que o indivíduo aceita a vida, tendo um corpo magro ou gordo, ao mesmo tempo em que o receio das aparências, ao contrário, institui uma repulsa do mundo (MAFFESOLI, 1996).

É freqüente pensar também que, ocorrendo as transformações físicas pela recorrência a esses recursos, haverá alteração da configuração da relação dos corpos com o ambiente, tornando-os mais ativos para expressarem suas necessidades e exigências. Nos processos cirúrgicos de obesidade é importante não minimizar os afetos para que não ocorra outro tipo de enfermidade muito freqüente: a possibilidade de a pessoa continuar se sentindo estrangeira no seu meio ambiente mesmo estando dentro dos padrões de estética estabelecidos.

Assim, a construção de um conceito de obesidade demanda uma concepção ética da vida. Uma ética não se separa da corporeidade, não implica nem uma justiça nos corpos nem numa justiça nas dietas, mas um conhecimento das causas que aumentam nossa potência de agir. Conhecê-las representa aumentar as possibilidades de estarmos ativos na vida (CARVALHO; MARTINS, 2004).

As dietas de redução de peso devem ser elaboradas junto ao interessado, respeitando-se as singularidades culturais próprias do espaço/tempo em que vive o obeso. As dimensões psíquicas, o corpo de símbolos e de imagens presentes no universo da pessoa que cumpre essa dieta, ocupam um lugar altamente significativo.

Devemos ressaltar que a multiplicidade de alimentos se presta a satisfazer o homem nos mais variados momentos vivenciados. Geralmente, a refeição é apresentada em todas as ocasiões de cunho social ou religioso, independente da cultura, e demonstra fortalecer os laços de lealdade e mútua dependência entre os integrantes de uma família ou de um grupo. É necessário também observar a alimentação das pessoas, considerando-se a forma como obtêm e consomem os produtos e os valores atribuídos a eles, que fazem parte de um contexto cultural associado a fatores como economia, estrutura social, religião e fator psicológico. Um alimento deve saciar e cumprir a função de satisfazer o indivíduo em seus hábitos adquiridos há décadas. A formação dos hábitos alimentares tem estreita relação com o meio ambiente

físico (sol, chuva, altitude, solo, vegetação, vetores de enfermidades decorrentes da adaptação do indivíduo ao ambiente), com a aparência, o odor e o gosto (MEZOMO, 2006).

Quando investigamos os hábitos e costumes alimentares do homem, observamos que existem vários motivos para a procura pelo alimento (MEZOMO, 2006):

- 1) *sobrevivência*: necessidade de saciar a fome;
- 2) *saúde*: crença antiga de que ao se alimentar o homem diminui os riscos das limitações impostas pelas doenças;
- 3) *dietas*: as dietas sempre estiveram presentes na vida dos povos. Exemplos disso são: na Grécia Pitágoras normatizou o vegetarianismo; os hebreus (1.200 a.C.) estabeleceram critérios sobre os alimentos permitidos ou proibidos;
- 4) *religião*: o alimento serve para sustentar crenças religiosas à medida que se relacionam com mitos, mandamentos e leis que possuem uma estreita relação com aspectos espirituais e psicológicos;
- 5) *aspecto político-social*: desde as mais remotas sociedades, os líderes estabeleciam regras e direitos para as sociedades que preservavam a distribuição correta de alimentos para a população;
- 6) *longevidade*: a alimentação sempre foi associada à busca de longevidade;
- 7) *cultura*: os hábitos alimentares exprimem a necessidade de o homem ter reconhecimento ou prestígio;
- 8) *ciências*: Lavoisier (1743) iniciou os estudos sobre nutrição atendendo as necessidades do ser humano;
- 9) *tecnologia*: os avanços da ciência abrem espaço para que a tecnologia se desenvolva rapidamente. Surgem produtos benéficos para a população

(vitaminas, minerais e concentrados protéicos), bem como os que são maléficis à sua saúde (aditivos, inseticidas, pesticidas, açúcares e farinhas refinadas).

Os programas de reeducação alimentar devem ser cautelosos ao tentarem realizar mudanças radicais na alimentação de qualquer indivíduo, pois estudos mostram que o hábito alimentar é um dos aspectos responsáveis pela integração do indivíduo ao seu grupo ou à sua cultura e, caso não haja um trabalho de educação em saúde para a população em geral, ocorrerão problemas sérios do ponto de vista orgânico e/ou psicológico.

## **2 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

---

### **2.1 Percurso metodológico**

Optou-se em desenvolver uma pesquisa qualitativa por acreditarmos que nosso objeto de estudo exigia uma abordagem metodológica que privilegiasse o aprofundamento na realidade social de nossos sujeitos. Isso foi possível a partir do equacionamento das contradições presentes na atualidade que de um lado coloca como prioridade os valores externos e os bens de consumo e simultaneamente busca o seu oposto, conforme Minayo (2004), a introspecção e o autoconhecimento. O resgate da importância da subjetividade possibilita o investimento em uma investigação dos significados apresentados nas falas dos entrevistados.

“A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado” (MINAYO, 1994, p. 21). O universo que se propõe investigar centra-se na subjetividade, abarcando questões muito particulares e íntimas de cada indivíduo envolvido que não podem ser avaliadas de forma matemática. Aprofunda-se nos fenômenos a partir dos significados das ações e relações humanas.

A autora, acima referida, ainda argumenta que a pesquisa qualitativa exige abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de investigação do pesquisador com os sujeitos. Vai além do que observamos através dos sentidos valorizando e incluindo os

aspectos objetivos, subjetivos, os atores sociais, os valores do pesquisador, os fatos e os significados, a ordem e os conflitos. Os seus instrumentos devem se adaptar às necessidades do trabalho de campo e à visão de mundo de cada teoria. (MINAYO, 2004).

## **2.2 Participantes do estudo**

A população do estudo foi constituída por um grupo de quatro mulheres com faixa etária entre 32 a 39 anos, que participaram do *Programa de Apoio ao Paciente Obeso Mórbido* do Departamento de Medicina Preventiva da Unimed Franca. Para a preservação de suas identidades, optou-se em utilizar pseudônimos escolhidos pelas próprias entrevistadas.

O universo restringiu-se a mulheres em função dos encaminhamentos realizados por médicos gastroenterologistas para a constituição da primeira turma de pacientes que adquiriram cobertura contratual para a realização da cirurgia bariátrica no referido plano de saúde. Foi solicitada a autorização para a realização da pesquisa ao Comitê de Ética da instituição de saúde em questão<sup>14</sup> e das pacientes entrevistadas, pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Este plano de saúde privado da cidade de Franca já realiza cirurgias bariátricas desde 2002, mas até 2005 os custos com a intervenção cirúrgica eram arcados pelo próprio paciente, sendo que apenas as consultas e a internação eram previstas no plano.

O grupo de abordagem interdisciplinar tem como finalidade a conscientização dos pacientes quanto aos riscos, complicações e alterações na rotina diária acarretadas pelas cirurgias bariátricas. Ainda realiza a verificação da saúde mental dos clientes, adaptação às alterações no padrão alimentar e nível de condicionamento físico, objetivando analisar

---

<sup>14</sup> Anexo A.

previamente se existem riscos de agravos físicos e emocionais que comprometeriam o sucesso da cirurgia e que poderiam acarretar risco de vida ao paciente.

O trabalho com obesos mórbidos foi estruturado conforme as exigências da portaria do Ministério da Saúde – Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia – SIH/SUS, Portaria nº. 628, de abril de 2001, que regulamenta a cirurgia bariátrica no Brasil.

### **2.3 Local**

O local de realização das entrevistas foram as dependências do Departamento de Medicina Preventiva da Unimed Franca que obedeceu a todos os requisitos necessários para a realização de pesquisa como: ambiente isento de barulhos, iluminação adequada, móveis apropriados para obesos mórbidos e fácil acesso. Essa instituição oferece serviços privados de saúde à população há 35 anos contabilizando o total de 72 mil vidas/clientes. Além do serviço de medicina preventiva, oferece atendimento domiciliar, hospital próprio, clínica de fisioterapia, UTI móvel, entre outros serviços.

### **2.4 Instrumentos de coleta de dados**

#### *2.4.1 A entrevista<sup>15</sup>*

A entrevista é a técnica mais usada em trabalho de campo. Além do caráter

---

<sup>15</sup> Anexo B. O roteiro serviu para guiar as conversas. Autora: Graziela Aparecida Nogueira de Almeida, Ambulatório de Distúrbios de Conduta Alimentar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo HCFMUSP – USP.

objetivo de coleta de dados, visa obter informações subjetivas referentes diretamente ao indivíduo quanto a atitudes, valores e opiniões. As informações colhidas devem ser contextualizadas e integradas a outros dados apresentados pela realidade cotidiana averiguada como as relações, a fala informal, as práticas, os gestos e as cumplicidades (MINAYO, 2004).

O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 2004, p. 109-110).

Trata-se de uma conversa entre o pesquisador e o ator social com objetivos traçados, onde a linguagem assume o propósito de elucidar os significados trazidos nas falas, além de oferecer a possibilidade de obtenção de conhecimento sobre um assunto específico (MINAYO, 1994).

As entrevistas foram semi-estruturadas baseadas num questionário cedido à pesquisadora pelo serviço de psicologia do Ambulatório de Distúrbios de Conduta Alimentar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo HCFMUSP - USP com questões referentes à (I) identificação, (II) profissão, (III) história pessoal, (IV) relacionamento interpessoal, (V) lazer, (VI) história do peso e da alimentação, (VII) situação de saúde atual e (VIII) cirurgia.

Realizamos algumas alterações no documento original para melhor adequação aos objetivos da pesquisa: 1) no item I alteramos *estado civil* para *estado conjugal* por acreditarmos que permitiria uma abordagem mais ampla do conceito de união conjugal, não restringindo as respostas apenas em termos de união reconhecida civilmente; 2) no item VI alteramos a questão 5: *Se você pudesse escolher um peso diferente do que você tem hoje, quanto gostaria de pesar? Por quê?* para: *Se você pudesse escolher um peso diferente, qual é*



*a imagem do seu corpo que você gostaria de ter?*, objetivando analisar a imagem corporal almejada por essas mulheres.

#### *2.4.2 Diário de campo*

O diário de campo se constituiu num importante instrumento de coleta de dados, visto que houve o registro minucioso de toda a trajetória desse grupo com apontamentos sobre a sua constituição e muitas passagens vivenciadas pelos profissionais da equipe e pelas pacientes.

### **2.5 Procedimentos para a coleta de dados**

Inicialmente, conversou-se com a coordenadora do Departamento de Medicina Preventiva da Unimed Franca para a verificação da viabilidade da realização da pesquisa com as pacientes acompanhadas pelo serviço. Com o seu consentimento enviamos um ofício para o Comitê de Ética da referida empresa, que foi favorável.

Seguimos a seqüência do protocolo do grupo de apoio para pacientes obesos mórbidos (duração de seis semanas) para a execução das entrevistas que ocorreram no período de julho de 2006. Logo após o término da primeira etapa a qual nos referimos, foi agendada uma entrevista individual na qual apresentamos os objetivos da pesquisa e foi solicitada a sua colaboração. Com o aceite para a participação na pesquisa, houve o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido.

As entrevistas tiveram, em média, uma duração de dois encontros de uma hora

cada e aconteceram na sala de psicologia do Departamento de Medicina Preventiva, um ambiente que ofereceu privacidade às entrevistadas.

Todo o material foi gravado com a autorização das entrevistadas e transcrito posteriormente.

## **2.6 Procedimentos para a análise de dados**

A técnica utilizada na apuração dos dados foi a análise de conteúdo. Ela surgiu nos Estados Unidos no início do século XX e até a década de 50 estava mais voltada para uma abordagem que privilegiava a análise quantitativa da comunicação em massa. Atualmente, a análise de conteúdo oferece condições para que o pesquisador confirme as hipóteses iniciais de sua pesquisa levantadas antes da investigação e possa analisar o conteúdo latente ao material manifesto (MINAYO, 1994).

O resumo das tendências históricas da Análise de Conteúdo conduz-nos a uma certeza. Todo o esforço teórico para desenvolvimento das técnicas, visa – ainda que de formas diversas e até contraditórias - ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação. Do ponto de vista operacional a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos (MINAYO, 2004, p. 203).

Assim como todo desenvolvimento de técnicas se preocupa em superar o subjetivismo e o senso comum para assumir um caráter crítico diante do material investigado (entrevistas, observações, entre outros), a análise de conteúdo aprofunda-se no conteúdo apresentado associado aos fatores que o caracterizam como “variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem” (MINAYO, 2004, p. 203).

Entre as várias técnicas disponíveis para a realização da análise de conteúdo optamos pela análise temática que se desdobra em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

[...] tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou, ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (MINAYO, 2004, p. 209).

Seguindo as orientações de Minayo (2004; 1994), na etapa pré-analítica realizamos a organização do material colhido e estabelecemos as categorias de análise, conjuntamente com uma leitura exaustiva de todo o material associando-o às hipóteses levantadas e às teorias pertinentes ao tema da minha pesquisa para que pudéssemos nos impregnar pelo conteúdo. Na segunda fase de exploração do material operacionalizamos todas as tarefas estabelecidas na primeira etapa. Foi uma fase extenuante que exigiu muita leitura do material tratado. Na última fase, de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, fizemos várias interpretações baseadas no referencial teórico utilizado e abrimos vários questionamentos sobre o fenômeno estudado.

### **3 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS**

Ao nos depararmos com o material colhido nas entrevistas tivemos a grata constatação de que havíamos conseguido penetrar no universo da obesidade mórbida, que somente se tornou possível a partir do envolvimento de quatro mulheres que abriram generosamente suas histórias de vida e com muita emoção contribuíram para a elucidação das delicadas nuances que envolvem as pessoas as quais não se enquadram, atualmente, nos padrões de estética estabelecidos e vivenciados pela sociedade.

Em muitos momentos das entrevistas percebemos que as falas vinham carregadas de muitas emoções dolorosas e sofrimentos que estavam sendo reeditados. Era quando se silenciavam por alguns instantes para, a seguir, retomarem suas falas. Acreditamos que a motivação para continuarem se expondo nesses momentos se deu não somente pelo compromisso de auxiliarem na pesquisa, mas também pelo vínculo positivo estabelecido com a pesquisadora. Sentiram-se acolhidas diante de alguém que estava podendo “escutar” todo o seu sofrimento quanto à obesidade sem, como acontece muito em seus contatos sociais, apontar-lhes o dedo e acusá-las como as únicas culpadas pelo seu excesso de peso. Outra questão envolvida foi o de estarem tentando desvendar e desmistificar a maior dificuldade que enfrentam no momento – a sua obesidade. Ao falarem de suas vidas, os acontecimentos mais marcantes, as expectativas com relação à redução do peso, entre tantos outros aspectos, puderam fazer associações jamais refletidas anteriormente. Algo comum que ocorreu em quase todas as segundas entrevistas foi o fato delas nos abordarem relatando que a partir de

nossa primeira conversa (entrevista) tinham chegado a algumas conclusões que anteriormente não acreditavam que conseguiriam. Poderíamos dizer que as entrevistas tiveram uma dupla função, de um lado, informar nossa pesquisa e, de outro, terapêutica à medida que propiciou alguns *insights* importantes que trouxeram benefícios psicológicos/ psíquicos.

Ao iniciar as entrevistas ficamos apreensivas com a possibilidade das pacientes omitirem dados relativos à sua vida e, principalmente, sobre a sua obesidade. Isto por este momento coincidir com outro, o do processo de avaliação psicológica para a realização da cirurgia bariátrica. Mas com a mesma delicadeza que tiveram em se sujeitar à pesquisa também se revelaram sinceras e verdadeiras. Em alguns momentos percebi contradições na relação que estabeleciam com a comida, por exemplo, como uma mulher que pesa 200 kg e continua engordando pode afirmar que mudou radicalmente os seus hábitos alimentares? Essa postura expressou dificuldade em perceberem suas próprias atitudes e hábitos pessoais. Esse fato pode ter acontecido como um mecanismo de defesa (negação) frente à necessidade de se sentirem protegidas quanto à constatação de que não conseguem conter seus impulsos na alimentação e quiçá em outras situações.

Visando maior clareza na apresentação do nosso estudo, optamos primeiramente por apresentar alguns dados sócio-culturais das entrevistadas de forma a localizá-las no aqui e agora, para logo após descrevermos um breve histórico da vida de cada uma delas conhecendo-as nas condições cotidianas particulares de suas vidas, para só então fazer uma análise do conteúdo das falas, na busca de sua racionalidade e verdades.

Todo esse conjunto de informações, o perfil tanto quanto o histórico de vida e as falas, possibilitam o conhecimento pormenorizado do que essas pessoas enfrentam no seu cotidiano com a obesidade do ponto de vista objetivo e subjetivo longe de tentar fazer da “compreensão um conjunto de regras disciplinadoras do discurso.” (MINAYO, 2004, p. 223). Trazem à tona a necessidade de as encarmos como cidadãs de direitos possuidoras de

caráter e dignidade, oferecendo-lhes o resgate de sua identidade, ao invés de simplesmente culpabilizá-las. “A obesidade mórbida é um estado em que a pessoa, na maioria das vezes, sente-se humilhada por ela mesma, pelos amigos, pelo grupo, enfim pela sociedade, pois é na maioria das vezes culpada pelo seu estado” (SANTOS, 2005, p. 119).

### 3.1 Dados sócio-culturais

**Tabela 2** – Caracterização das entrevistadas.

<b>FATORES</b>	<b>DÉBORA</b>	<b>ELZA</b>	<b>BÁRBARA</b>	<b>MARÍLIA</b>
<b>Idade</b>	37	39	33	32
<b>Peso/altura</b>	200 kg/ 1,69m	118 kg/ 1,60m	134 kg/ 1,64m	126 kg/ 1,62m
<b>IMC</b>	69,93 kg/m <sup>2</sup>	46 kg/m <sup>2</sup>	49,81 kg/m <sup>2</sup>	48 kg/m <sup>2</sup>
<b>Cor</b>	branca	branca	branca	branca
<b>Nº filhos</b>	01	01	01	0
<b>Escolaridade</b>	2º grau	3º grau	2º grau	2º grau
<b>Religião</b>	católica	espírita	espírita	espírita
<b>Co-habitação</b>	02 pessoas	03 pessoas	03 pessoas	05 pessoas
<b>Abortos</b>	não	não	sim (01)	não
<b>Estado conjugal</b>	sem companheiro	com companheiro	com companheiro	com companheiro
<b>Trabalha</b>	sim	não	sim	não

A Tabela 2 oferece um quadro de referência para a caracterização das entrevistadas, obtida através do item I do questionário utilizado nas entrevistas. Gostaríamos de destacar, conforme critérios do protocolo de cirurgia bariátrica do Ministério da Saúde expostos neste trabalho, o enquadramento do IMC das entrevistadas que variou de 46 kg/m<sup>2</sup>, o mais baixo, a 69,93 kg/m<sup>2</sup>. Os demais dados levantados, somados aos históricos de vida, são importantes para a melhor compreensão do universo de cada mulher estudada.

### 3.2 Breve histórico de vida

### *3.2.1 Elza*

Elza é a mulher mais madura (39 anos) do grupo. Vive com o seu companheiro há quatro anos e possuem um filho de dois anos. É formada em processamento de dados, mas atualmente não exerce a profissão para se dedicar mais ao filho. Objetiva voltar ao mercado de trabalho assim que ele ficar um pouco maior. É a filha caçula de uma família composta por mais três filhos, dois homens e uma mulher. A morte dos pais foram eventos marcantes para Elza. Perdeu a mãe com câncer no cérebro em 1993 e, num pequeno intervalo de tempo, o pai faleceu após dez anos, com o agravamento de seu quadro de depressão que culminou na doença de Alzheimer. Foi ela quem os auxiliou até o momento da morte. Não possui uma relação muito próxima com a irmã devido a algumas incompatibilidades de gênio, mas mantém contatos frequentes com os seus dois irmãos. Quando o assunto é obesidade, admite ter sido magra na infância e começou a engordar na puberdade, por volta dos treze anos. Refere que a cobrança da mãe para que fizesse regime só fez aumentar o seu desejo pela alimentação, mesmo porque ressalta que não era tão obesa assim. Seu sonho com a cirurgia bariátrica é resgatar sua auto-estima com um peso mais próximo do que teve há alguns anos.

### *3.2.2 Débora*

Débora é uma mulher de 37 anos. Separou-se do marido há dois anos e com ele teve um filho, hoje com dez anos. Possui habilitação para dar aulas para o ensino fundamental, mas trabalha na área de contabilidade. Iniciou o curso de graduação em ciências contábeis e por uma série de empecilhos teve que trancar a matrícula. É a filha mais velha,

possuindo um casal de irmãos. Demonstra ser o ponto de apoio para a família que vê nela alguém capaz de auxiliar a todos em qualquer momento, se sentindo sobrecarregada quando o nível de responsabilidade excede o seu limite. Esse fator é importante para que sinta valorizada pelas pessoas, mas, à vezes, percebe que precisa de mais liberdade para tocar a sua vida. Teve uma infância feliz, definindo-se como uma criança arteira que precisava de corretivos. Correlaciona a maioria de suas “artes” com momentos em que se alimentava com frutas, legumes ou guloseimas escondido de sua mãe, por haver o mito de que lhe causariam mal estar digestivo. Conta-nos que é uma pessoa popular e com facilidade para fazer amizades. Seu maior desejo é poder ter mais qualidade de vida para poder acompanhar o desenvolvimento do seu filho.

### *3.2.3 Marília*

Marília é a mais jovem do grupo de entrevistadas. Porta-se de maneira jovial e descontraída. Possui 2º grau e atualmente auxilia na parte burocrática da empresa da família. Casou-se aos dezoito anos e vive, a cerca de cinco anos, sob o mesmo teto com a sogra, a tia do marido e o enteado. Declara ter assumido o cuidado da casa com muito gosto e dedicação. É a filha mais nova de uma família numerosa composta por mais cinco filhos, sendo o mais velho falecido. Alguns acontecimentos marcaram a sua vida, como a morte prematura do irmão e o fato de sentir que os pais a pouparam de uma série de limites na infância e na adolescência, o que permitiu que ela apresentasse comportamentos que, atualmente, considera inadequados. Sente que a falta de limites claramente definidos lhe trouxe muita insegurança, confundindo o que poderia ser confiança com desamor, ao achar que os seus pais não se preocupavam com ela, mesmo que saísse na sexta-feira e voltasse na segunda sem dar



explicações. Experimenta uma enorme necessidade de ser importante na vida das pessoas que a cercam. Os seus maiores são o desejo de poder resgatar um corpo que lhe traga mais satisfação pessoal e se melhorar emocionalmente.

#### *3.2.4 Bárbara*

Bárbara é casada e tem um filho de oito anos. É técnica de enfermagem e trabalha numa clínica de médicos gastroenterologistas que, dentre outros procedimentos, realiza tratamento cirúrgico de obesidade. Apresenta-se como uma mulher batalhadora que desde cedo assumiu uma vida de muita responsabilidade e compromissos. Conta que a família tinha uma vida financeira difícil, o que acredita ser resultante do elevado número de filhos, seis mulheres e dois homens, e pelo fato do pai não poder trabalhar pelos seus problemas de saúde. Foi a mãe quem assumiu a liderança da casa. Por essa razão começou a trabalhar meio período como doméstica aos sete anos de idade. Aos onze anos perdeu o pai com quem teve uma relação distante e impessoal. Em relação a fatos marcantes, recorda-se que a família não passava fome, mas tinham uma alimentação restrita, sendo que muitas vezes ao invés do leite tomavam água do arroz lavado. Atualmente, planeja pensar e investir mais em si mesma para obter mais prazer na vida.

### **3.3 As falas**

Os discursos sofreram análise hermenêutica dialética, buscando no seu conteúdo o sentido intrínseco recorrente apresentado de diferentes formas e expressões centralizando-se, nas categorias que agrupamos neste estudo, em três unidades temáticas:

1. **as limitações impostas pelo peso** observadas no trabalho, nos relacionamentos interpessoais, no corpo e na sexualidade;
2. **a auto-imagem na obesidade mórbida** prejudicada pela cobrança cultural de corpos perfeitos e esculturais, ocasionando distorção das reais capacidades e potencialidades dessas mulheres;
3. **a cirurgia bariátrica** englobando a forma como ficaram sabendo desse tipo de tratamento, as informações que possuem, os significados presentes, as mudanças que acreditam que ocorrerão, os medos associados e as expectativas quanto ao encontro da “normalidade” com o emagrecimento.

Toda a análise de conteúdo realizada neste trabalho foi exaustivamente associada ao referencial teórico utilizado que não se separa da práxis, segundo orientação de Minayo (2004, p. 219), “por se tratar de compreensão que não escapa do tempo e do espaço em que se realiza historicamente”.

### *3.3.1 Limitações impostas pelo peso*

Um dos aspectos mais expressivos nas entrevistas foi o fato de todas as mulheres relacionarem a obesidade com a imposição de limitações externas relacionadas a quase todas as áreas de suas vidas como trabalho, vida social, lazer, sexualidade, entre outras.

#### *3.3.1.1 Limitações no trabalho*

No relato de Elza observamos que quando ainda exercia atividade profissional

apresentava apenas sobrepeso não havendo dificuldades relacionadas ao trabalho. Não trouxe muitas contribuições por não estar trabalhando atualmente.

[...] quando eu trabalhava, eu estava bem mais magra, não era gordinha assim, era violão, mas não era do jeito que eu estou hoje, pesava uns 70 kg por aí, 69 kg por aí. (Elza)

Já Débora mostra que o seu peso a impede de executar atividades corriqueiras no trabalho como ir ao banco. O fato de morar em outra cidade e ter que se locomover diariamente à Franca também aumenta o seu desgaste físico refletindo-se em sintomas físicos expressivos.

[...] o meu serviço eu tenho que ir na Caixa ou, às vezes, eu tenho que ir no INPS, então, às vezes, é corrido você tem que estacionar longe, você tem que voltar [...] você fica o dia inteiro fora, você querendo mais conforto, porque incha pé, você tem que subir umas rampas enormes [...] O que mais fica é sentada, muito sentada o dia inteiro. Eu fico sentada, então chega a tarde o meu pé está enorme. (Débora)

Em contraponto, Bárbara fala da dificuldade de trabalhar em pé o dia todo.

Eu tenho, eu tenho muita dor nas pernas, eu acho que deve ser do peso, por eu trabalhar o dia inteiro em pé. (Bárbara)

Marília exemplifica com mais clareza os sintomas físicos que interferem em suas atividades laborativas ocasionadas pelo seu excesso de peso.

[...] eu não pude trabalhar mais na produção por causa do peso, eu não consigo ficar em pé, lá é tudo em pé. Então, aí a produção era maior quando eu podia trabalhar, mas meu peso foi me impossibilitando, a coluna dói, o seio é muito grande né. (Marília)

Ao ser indagada sobre a existência de outra função que pudesse executar sentada, sem maiores danos à saúde, argumenta:

Até teria sim, na produção essa função, mas por conta dos problemas na minha casa acaba ficando mais oscilante porque se eu sento para trabalhar eu não vou sair dali. Então, eu sou muito de pegar e ver o negócio chegar no fim, eu não consigo fazer um pouquinho. Então eu quase não estou conseguindo produzir, mas eu faço a outra parte que eu não preciso ficar cativa. O trabalho na produção é mais cativo (Marília).

Essa fala nos induz pensar que não foram os problemas físicos que ocasionaram o afastamento de Marília do trabalho, como poderíamos imaginar na sua primeira fala. Ela se sentiu dividida entre o trabalho na produção e as exigências domésticas, optando em assumir apenas a parte burocrática da empresa e se dedicar mais à família. Pelas circunstâncias vivenciadas em casa com a presença de duas pessoas idosas, a sogra e a tia do marido, e por suas características de personalidade, ela assumiu o controle total da casa. É ela quem decide cotidianamente a alimentação, leva todos ao médico, incluindo o marido e o enteado, faz o orçamento doméstico e administra as contas bancárias de todos. Enfim, é uma série de atividades que a sobrecarregam lhe impedindo, muitas vezes, de se preocupar consigo mesmo. Ela vem se colocando em segundo plano nos últimos anos.

Em matérias televisivas ouvimos constantemente pessoas obesas relatarem que se sentem discriminadas no local de trabalho ou quando participam de uma seleção para algum cargo por estarem acima do peso. Reclamam que muitas vezes as pessoas magras são escolhidas por se encaixarem melhor no perfil desejado pela empresa. Infelizmente sabemos que isso é a realidade. As empresas não deixam isso claro, mas todas as etapas de um processo seletivo evidenciam esse propósito.

Bárbara reforça esta questão ao elucidar dificuldades emocionais no cotidiano de seu trabalho por ser funcionária de uma clínica que realiza tratamento cirúrgico de obesidade.

De físico não, mas eu tive um problema com um paciente. Uma vez uma paciente, que inclusive ia fazer cirurgia de obesidade, ela chegou lá um dia para fazer um exame e me olhou dos pés à cabeça e disse: ‘como que eu ia trabalhar em uma clínica de cirurgia de obesidade, sendo que a primeira que deveria ser operada deveria ser eu, para poder dar o exemplo para os pacientes que vão lá?’. Ela foi preconceituosa né, de trabalhar uma gorda numa clínica onde se faz cirurgia para emagrecer [...]. (Bárbara)

Realmente há uma contradição aparente no caso de Bárbara. Como uma clínica que vende a beleza através do tratamento cirúrgico da obesidade pode ter em seu quadro de funcionários alguém que não se enquadra no perfil prometido? Pode ter ficado certa dúvida para a paciente quanto à eficácia da técnica a qual estava se propondo realizar: será que iria fazer a cirurgia e continuar obesa (como Bárbara)? Acreditamos que a paciente depositou em Bárbara um misto de desconfiança, raiva e angústia, rejeitando a sua própria condição de obesa.

Bárbara sente com intensidade essa questão ao se referir às dificuldades com seu peso: “Não o meu peso, é o peso dos pacientes que cai sobre mim”. Observamos o quanto ela deve se cobrar e se culpar por não acompanhar o estereótipo que a maioria das pessoas busca no seu trabalho, levando-nos a conjecturar se não seria esse um dos motivos que a impulsionou a tomar a atitude de submeter-se à técnica cirúrgica.

Além das limitações psicológicas no trabalho, Bárbara percebe que sua função exige mais do que suporta fisicamente.

[...] de tanto carregar muito peso eu tive um problema muito sério na coluna, de carregar paciente sedado de uma sala para outra. O peso que eu, eu estou tendo dificuldades com o meu peso, porque além de carregar peso, tem o peso do meu corpo que atrapalha muito. [...] Eu apóio o paciente, ele vai andando, chega na maca e ele sobe na escadinha, mas eu tenho que ajudar. (Bárbara)

Apesar de Bárbara não ser a mais obesa da pesquisa é a que mais refere desconforto físico relacionado à atividade laborativa. Acreditamos que sua função é a que

mais exige fisicamente: passar o dia todo em pé realizando exames, transportando pacientes da sala de endoscopia para a de recuperação, entre outras atribuições. Com isso, mostra muitos prejuízos na sua vida pessoal. No momento em que deveria se sentir apta para realizar as atividades de sua casa sente que o cansaço se faz presente.

Eu, se pudesse, eu não faço nada. Eu chego, tomo um banho, deito e durmo de tão cansada, mas é por causa do meu peso, eu canso duas, três vezes mais que uma pessoa normal que seja magra, que trabalha a mesma carga horária que eu. (Bárbara)

### 3.3.1.2 Limitações nos relacionamentos interpessoais

Nesta categoria as pacientes falam abertamente sobre a influência do peso nos seus relacionamentos. Como vimos anteriormente, o cansaço físico devido ao desgaste no trabalho é uma característica marcante de Bárbara e percebemos que este continua interferindo também em seus relacionamentos em casa.

Eu acho que o meu peso atrapalha [...] o peso me atrapalha em casa, eu chego em casa eu estou muito cansada, eu não quero fazer as coisas, mas que tenho que fazer, eu preciso dar atenção para o meu marido, eu dou aquela atenção. Mas tem dia que eu tenho relação com ele contra a minha vontade, porque ele sabe que eu estou cansada. Eu tento, eu deixo ele me namorar, eu não namoro ele. Eu sei que esse cansaço vem do meu peso. (Bárbara)

A questão do prejuízo na vida sexual de Bárbara será mais abordada no item “limitações na prática sexual”. Enquanto ela se vê limitada nos relacionamentos pelo cansaço, Marília sente na pele a cobrança e as críticas da família quanto à sua obesidade.

No seu histórico de vida, Marília acredita que por se tratar da filha caçula com uma grande diferença de idade com as irmãs mais velhas, os cunhados e até mesmo as

próprias irmãs (todos bem mais magros que ela) continuam considerando-a como uma criança e se sentem no direito de cobrar-lhe coisas que, muitas vezes, não estão a seu alcance.

Às vezes, eu me irrito com relação a eles fazerem piada, mas eu devolvo. [...] ‘eu não sou magra e posso emagrecer. E você que é chato? Você vai morrer chato’. Mas, assim, não que eu deixe de gostar mais ou menos deles ou que eles façam eu sou... Irrita-me, porque passa do limite quando os meus cunhados bebem num aniversário, às vezes, eles fazem piada do meu peso. (Marília)

Demonstra que encontrou uma forma de se defender das críticas: ela mesma faz piadas de sua obesidade. Desde o início do grupo em que se inscreveu na Unimed para preparação para a cirurgia, ela fazia comentários preconceituosos e maldosos com relação ao gordo ou à sua própria condição de gorda. O seu objetivo aparente era ser engraçada e provocar risadas em todos, o que era alcançado. Porém, à medida que conseguíamos conversar em grupo sobre essa postura, ela e as outras pacientes falavam da dor de serem apontadas com sarcasmo pelos outros e, por isso, antecipavam as gozações. Elas riam do que consideram sua própria “desgraça” para se protegerem e mostrarem a falsa idéia de que não sofriam por serem obesas. Sendo assim, elas reforçam o estereótipo da pessoa que apesar de ser gordinha, é agradável. É a mesma coisa que ouvimos constantemente: “ele(a) é gordo(a), mas tem o rosto tão bonito!”.

Acho que eu faço muita piada a respeito da minha obesidade e é dentro da minha família. [...] Eu acho que mesmo sem ter alguém falando da minha obesidade eu faço piada dela, eu acho que é mais fácil viver dessa forma, não sei se é saudável mais eu acho mais fácil viver assim. Eu falando ‘eu sou gorda’ e me aceito entre aspas como gorda, do que esperar que alguém venha e fale ‘nossa, mas você está gorda, por que você não emagrece?’ Eu acho que é uma forma de proteção. Se alguém falar que eu estou gorda, para não doer, talvez seja isso. (Marília)

Ao perceber que se incomoda com tudo isso nega, na tentativa de se preservar de entrar em contato com o sentimento ruim, e busca solidificar as relações que lhes são muito importantes.

Eu dou risada, todos cobram, mas ninguém me faz sofrer com isso, aquele respeito mútuo. Então, eu vou te responder: não me atrapalha no relacionamento. No meu modo de ver não. (Marília)

Débora não tem a postura de enfrentamento adotada por Marília. Demonstra que vêm restringindo cada dia mais seus contatos sociais, evitando freqüentar determinados lugares por temer o “olhar” de adultos e crianças. A família parece não lhe causar sofrimento no que diz respeito a gozações e críticas. Todos querem que ela tenha mais saúde fazendo a cirurgia.

[...] antes eu não tinha vergonha de sair e hoje eu tenho, porque às vezes, assim, você vai num lugar, vai geralmente num lugar que tem criança, criança é muito sincera, não sabe esconder, às vezes um adulto vê, te acha muito gorda, mas parece que disfarça, e criança tem hora que não. Então, tem muitos lugares que eu não vou mais. (Débora)

Ela se incomoda com o fato de se sentir intimidada pelas pessoas, mas refere não conseguir fazer diferente.

Às vezes não tinha, até não tinha nada de mais porque ninguém tem nada a ver com isso, só que tem hora que a gente se sente incomodada, às vezes a pessoa passa, fica olhando meio, tem hora que eu passo e não dou bola, mas às vezes... (Débora)

O fato de estar muito acima do peso lhe parece chamar a atenção das pessoas e ela se sente marginalizada, optando por fugir das situações em que terá que enfrentar o olhar



curioso ou que terá que se sentar em cadeiras que não suportam seu peso. Quando sabe que vai a algum lugar que não possui cadeiras de madeira ou metal, não vai. Prefere se ausentar a passar a vergonha de quebrar uma cadeira, como já aconteceu. Tem se afastado de várias festas e do shopping. Uma pizzaria de Franca ainda lhe oferece um pouco de conforto pelo tipo de cadeira de que dispõe.

Débora e as outras mulheres da pesquisa percebem-se diferentes, assim como não existe nenhuma pessoa igual à outra. Porém, ser diferente no que consideram desvantagem não tem sido algo prazeroso para nenhuma delas. Querem a todo instante se enquadrar no normal, naquilo que acreditam ser o mais comum, o mais bonito, o socialmente aceito e valorizado.

Sentir-se negativamente diferente dos demais discrimina o indivíduo em suas características, especificidades, qualidades, defeitos e mostra a real condição em que se situa no mundo. O obeso acaba acreditando que toda a dificuldade que vivencia dá-se em função da sua obesidade, deixando de observar outras variáveis que o influenciam. A fala de Bárbara traz uma importante contribuição que talvez ilustre melhor nossa explicação.

Sabe, eu não gosto de nada, eu estou muito limitada eu acho. Eu não sei se é por causa da vida, dos problemas que eu estou tendo ou se é por causa do meu peso que está me cansando mais do que deveria cansar, mas eu vejo que eu levo uma vida muito limitada, a minha vida nunca sai daqui. (Bárbara)

Como se observa, expõe-se carregada de muitos questionamentos sobre o andamento e o destino de sua vida. Ela começa a perceber que provavelmente o seu excesso de peso seja apenas um dos aspectos que a estão limitando, além da sua vida e de seus problemas.

Retomando a questão da influência da obesidade nos relacionamentos, Elza guia nosso olhar para outra direção.

[...] eu acho que atrapalha no meu relacionamento comigo mesmo, o fato, assim, de eu não querer me arrumar, eu não tenho vontade de me arrumar; e sair sem se olhar no espelho e passear, não compensa, mas com os outros não, eu acho que o problema é comigo mesmo. (Elza)

A tendência das pessoas (ou do ser humano) é projetar para o outro suas insatisfações, sua raiva, seus medos e tudo aquilo de negativo que traz muito sofrimento constatar que temos dentro de nós mesmos. O que Elza nos mostra é justamente o convite para primeiro observarmos o que nos incomoda e nos aflige sem perder de vista o contexto em que estamos inseridos. Ela faz uma tentativa de não culpabilizar o outro pelas suas insatisfações ou pelo seu excesso de peso. Esse dado é importante, pois fica mais tênue a tarefa de se apropriar da responsabilização pela sua própria condição de vida. A introspecção é uma característica marcante de Elza que lhe possibilita, possivelmente, a auto-avaliação com mais clareza. Por vezes, percebi dificuldades dela se aprofundar em “nossas conversas” (entrevistas) por estar mais habituada a ouvir e não se expor tanto. Mas como dissemos no início, ela também tentou vencer sua dificuldade trazendo importantes contribuições.

### 3.3.1.3 Limitações físicas

Todas as entrevistadas referiram sérios prejuízos físicos com o ganho excessivo de peso. O seu acúmulo gradativo gerou algumas perdas de funções corporais essenciais para qualquer indivíduo, a começar pela questão do simples ato de andar:

[...] eu não consigo andar mais, às vezes, assim, de primeiro eu andava, eu fazia caminhada, eu passeava com o meu menino, andava de bicicleta. Não faço mais nada disso, eu quero voltar a fazer isso, eu quero poder vir em Franca, estacionar o carro em um lugar longe ou num estacionamento qualquer e poder andar no centro. Eu não faço mais isso. Agora, se eu vou, eu dependo do meu irmão parar nos lugares e ele vai dirigindo, ele pára em um lugar e eu entro ou eu não entro mais, se não conseguir uma vaga perto do lugar que eu vou, eu não ando, eu circulo até parar num lugar na porta da loja, do contrário, eu não ando mais. Não é porque eu não queira, é porque eu não agüento mesmo, vai me dando uma dor no rim que eu falava 'agora eu vou morrer', aí eu tenho que ficar parada, esperar um pouco melhorar para depois continuar andando, isso não é vida. (Débora)

Percebe-se que o peso de Débora a impede de participar de atividades rotineiras comuns para a maioria das pessoas. Possivelmente, está aí um dos aspectos que liga o obeso ao estigma da preguiça. Como ele mostra mais dificuldade e menos disposição para se locomover e se exercitar, culturalmente é interpretado como preguiça e falta de vontade. Como foi dito por Débora, ela até quer andar, mas não consegue.

Outras limitações físicas são percebidas por ela:

a) dificuldade em calçar sapatos:

Eu estou assim, é do jeito que eu estou tem certas coisas que me atrapalham, eu não consigo calçar sapatos mais. (Débora)

b) má circulação nos membros inferiores acarretando inchaço:

[...] no meio da semana eu entro no carro na porta de casa e meu menino abre o portão para eu levá-lo para a escola. Aí [...] ele fecha o portão, eu o levo na escola, volto e paro na porta da prefeitura. Aí, da porta da prefeitura eu entro, fico até na hora do almoço, volto até dentro do carro, busco o meu filho na escola, volto, paro na porta da minha casa. Aí eu entro andando da rua, do portão dentro da minha casa só uma vez. Aí é o único exercício que eu faço. Então sê, querendo ou não, não circula o sangue. [...] Se o seu sangue não circula automaticamente, você fica sentada muito tempo, você incha [...]. (Débora)

c) dores no rim e no joelho:

[...] se você dorme de um lado só, aí no outro dia eu nem consigo levantar direito, porque o peso fica tudo de um lado só do corpo, o rim e o joelho quase me matam... (Débora)

[...] Aí, se eu levanto e durmo de um lado, na hora que eu volto eu deito do outro lado, então é coisa assim, querendo ou não você não desliga da coisa, do problema do peso. (Débora)

d) sono prejudicado:

[...] até no dormir eu tenho que ficar sentada de um lado só, atrapalha. [...] Eu durmo mal, tem vez, tem época que eu durmo mal, tem época do mês que eu estou dormindo normal. (Débora)

Marília e Bárbara também assumem alguns transtornos físicos com o excesso de peso.

[...] eu estou roncando, coisa que eu não fazia mais, porque eu tive adenóide, fiz cirurgia, não roncava. [...] Ah, eu tenho dor no joelho, no direito. Aí, conforme começa a poupar o joelho direito, sê começa a usar demais o esquerdo. Então, às vezes dois, os dois, por conta disso. (Marília)

[...] esse último mês porque eu acho que está, eu estou bem mais gorda, eu como, depois eu tenho dificuldade até em respirar depois que eu como. Eu não sei se tá comprimindo demais ou se eu estou exagerando, só que nem sempre é porque eu comi muito, eu como e estou tendo dificuldade mesmo. Pode ser também que a sinusite atacou aí, com a sinusite fica complicado comer por causa da respiração, é uma das coisas que mais tá assim, me chateando, é isso. (Marília)

[...] tirando a minha canseira e depois do exercício físico que eu faço, a falta de ar que eu tenho, tirando isso, a soneira minha. (Bárbara)

Até o momento falamos das limitações físicas mais relacionadas ao adequado funcionamento dos órgãos e articulações que tem trazido sensações de desconforto e piora da

qualidade de vida dessas mulheres. Um ponto que também nos chamou a atenção foi o fato de duas delas mostrarem que não estão conseguindo executar a limpeza íntima diária da forma como executavam antes da obesidade se tornar severa.

A minha higiene pessoal é muito complicada porque é a gente, mulher tem a tendência de enquanto não tiver brilhando não pára de se limpar, de se lavar. Então, ir ao banheiro me limpar e tomar banho é uma coisa que não alcanço, dá câibra, então limita, claro que limita. Esse problema da higiene da mulher é muito de querer lavar cada reentrância. (Marília)

Eu estou tendo problema, eu tenho problema com a higiene pessoal, eu estou tendo problema para poder fazer as coisas, porque o que as pessoas cansam normalmente, eu estou cansando o dobro ou o triplo no final da tarde. Então, fora isso, tem a minha higiene pessoal. Tem dia que eu lavo o banheiro, depois com a dor que eu estou na coluna, eu nem consigo limpar, eu preciso tomar banho... (Bárbara)

Desde os primeiros encontros do grupo de preparação para a cirurgia, todas trouxeram que a necessidade de resolução desse problema de limpeza íntima era um dos grandes incentivos que as impulsionaram a optar pelo método cirúrgico. Até uma função tão íntima, como se limpar ao ir ao banheiro, tornou-se extremamente penosa para elas. Percebemos a ameaça da autonomia e independência. No caso de Débora o agravamento é maior. Ela depende do filho para trocar de roupa, calçar os sapatos, levantar da cama, entre outras atividades.

Outro assunto que merece atenção é que nos últimos anos houve a mobilização de muitos estabelecimentos comerciais, como restaurantes e cinemas, diante da preocupação com o bem-estar físico do obeso ao frequentar suas dependências. Determinado número de móveis são confeccionados em dimensões maiores e destinados a essa população. O que se debateu muito na época foram duas questões: o obeso não vai se acomodar mais à sua situação, já que agora tem até móveis destinados a ele?; essa iniciativa não segregaria mais o obeso, causando-lhe constrangimento ao entrar num local público e ter uma cadeira à sua espera? Porém,

Marília traz algumas considerações que podem desmistificar esse assunto e ajudar-nos a refletir sobre o direito do obeso de ter qualidade de vida, até mesmo enquanto assiste a um filme no cinema.

[...] eu fui ao cinema assistir Da Vinci. Eu sofri, eu prestei menos atenção no filme e mais atenção na dor que eu estava sentindo, porque a cadeira me machucou o tempo inteiro. Então, o prazer de ir ao cinema também já está mudando, porque o meu traseiro não cabe lá, pega aqui e machuca o tempo inteiro. (Marília)

Outro aspecto que está intimamente ligado à fabricação de móveis para gordos refere-se à indústria que vive da obesidade. Além de todos os produtos ofertados pelo mercado como alimentos *light* e *diet*, aparelhos de ginástica, medicamentos, roupas e trajes especiais que prometem emagrecimento e/ou redução de medidas em curto espaço de tempo, ainda nos deparamos com um contexto que explora quem não tem outras opções de consumo. A fala de Marília nos mostra como o obeso fica sem saída em algumas situações.

Claro que eu gostaria de ir numa loja comum e comprar uma roupa comum, eu não posso. Que loja que eu compro roupa? A loja do gordo, é muito triste. Então, o cara acha, porque a minha roupa tem a partir do GG, a minha roupa tem oito dedos a mais, eu tenho que pagar oito vezes mais. (Marília)

Outro ponto que merece destaque é a prática de atividade física. O obeso tem dificuldades em se exercitar e em alguns casos prefere não executar esportes que lhe causem fadiga como caminhar, nadar ou outro.

Hoje em dia eu não sinto necessidade, eu não sei se é por causa do meu peso ou não sei, eu estou mais tranqüila nesse ponto. Então, não sei se a minha obesidade me tolheu de alguma coisa, eu nunca gostei de caminhar, então eu não sinto falta disso. Porque eu tô limitada, eu preciso fazer qualquer tipo de exercício que me exija mais, eu não consigo. (Marília)

Elza ressentia-se por não conseguir mais andar de bicicleta que era uma atividade que tinha prazer em realizar. Observamos mais uma vez a restrição de alguma atividade prazerosa pelo sentimento do estigma social. Ela preferiu abrir mão, por uma questão de autoproteção, a ouvir comentários que reforçavam a sua condição de “estranha” ao padrão cultural. Outra atividade que deixou de fazer foi a caminhada, pelo peso sobrecarregar-lhe os joelhos causando desconforto e dores.

Sabe uma coisa que eu gosto de fazer que eu não estou fazendo, é andar de bicicleta. [...] E com esse peso que eu estou fica mais difícil e até dá uma vergonha também de andar, assim, é por isso que... quando eu estava muito mais magra já enchiam o meu saco falando que o pneu ia estourar, essas besteiras, só que machuca. Eles falavam na rua. [...] aí pra me poupar eu prefiro não andar. Eu sempre fui de fazer ginástica, essas coisas. Eu não andei nem 1km eu já fiquei bufando e antes não, fazia um 1km rindo. (Elza)

À medida que discorremos sobre as limitações físicas dessas mulheres, percebemos nitidamente o cerco que se fecha em torno delas e deixa aparecer o temor da morte. Elas sabem que possuem mais riscos de morte em comparação com pessoas com o peso ideal.

Não, eu quero, eu quero, assim, poder viver, eu não quero morrer logo, eu acho que eu estou muito cedo para morrer né, fazer igual o Bussunda? (Débora)

[...] eu não quero ser magra também, eu quero estar dentro de um padrão mais natural e o que eu estou, o próprio nome diz: é mórbido. Isso pode me matar, eu não quero morrer, eu gosto muito de viver. Então, eu acho que esse é o ponto chave, a minha saúde é uma das principais coisas. O resto, tudo são coisas que vão acontecer ao longo da minha vida, mas eu não vou mais correr o risco maior que os outros de ter um ataque cardíaco com 35 anos. [...] eu posso ter um infarto daqui cinco minutos, minha saúde tá precária por conta disso. (Marília)

O próprio termo “obesidade mórbida” enquadra as pessoas numa categoria que os define como aqueles que irão, na certa, morrer mais cedo, caso não decidam fazer alguma mudança radical em suas vidas (no caso, a cirurgia bariátrica) e emagrecer. Essa é uma carga que o obeso nessas condições tem que carregar, além do peso corporal que suporta. Isso causa um temor imenso exemplificado nas duas últimas falas.

Aqui, diante do “medo da morte” que apresentam, vale abrir um parêntese para delinear em que contexto as entrevistas da pesquisa ocorreram. No grupo de preparação para cirurgia bariátrica começamos com mulheres, como delineamos na introdução do trabalho, todas encaminhadas ao serviço por um único médico gastroenterologista. Como também é de conhecimento público, a maioria das cirurgias de redução de estômago do referido plano de saúde são particulares e não temos conhecimento se há uma fiscalização dos médicos quanto à realização da recomendação interdisciplinar na etapa pré-cirúrgica. O fato foi que no período que iniciamos as entrevistas dois pacientes particulares desse mesmo médico vieram a óbito no intervalo de um mês e ele decidiu definitivamente não realizar mais cirurgias de obesidade. O que sabemos, por intermédio de pessoas conhecidas dos referidos pacientes, foi que houve descuido dos pacientes em sua alimentação que deveria obedecer ao protocolo das cirurgias bariátricas, conforme são orientados no hospital em sua alta.

Não nos interessa culpabilizar as pessoas. O que importa frisar é que de uma hora para outra as pacientes da pesquisa se sentiram extremamente angustiadas por terem seus temores intensificados quanto à ocorrência de morte com a cirurgia e por não terem mais o auxílio do médico que as acompanhava. Foi uma fase muito difícil que enfrentaram para conseguir estabelecer uma relação de confiança com o outro profissional que assumiu os seus casos, para enfrentarem com mais severidade a desaprovação da família que agora tinha dados concretos e atuais sobre os riscos de vida que estavam se submetendo e tiveram que se defrontar, talvez com uma das tarefas mais árduas de suas vidas, com seus próprios medos e



angústias diante da dúvida de continuarem sustentando a opção pela cirurgia. A única que desistiu foi Bárbara que refere não querer correr o risco de morrer e deixar o filho e o marido que lhe cobram muito que não faça a cirurgia. Em conversa informal afirmou que diante de todas as dificuldades que observa no pós-cirúrgico dos pacientes que freqüentam a clínica onde trabalha, ela considera que muitos têm sua qualidade de vida comprometida ou invés de alcançarem o contrário, como esperam ansiosamente. Como diz não se incomodar por estar acima do peso, a não ser pelos riscos de saúde, colocou o prazo de dois anos para diminuir seu peso com tratamentos convencionais: acompanhamento médico, nutricional, psicológico e atividade física.

#### 3.3.1.4 Limitações na prática sexual

Constatamos que o assunto sexualidade, que ainda parece ser um tabu para uma parcela significativa da sociedade, também o é para algumas mulheres da pesquisa. Fato interessante observado foi que tanto Marília quanto Bárbara sofrem com a obesidade relacionada ao sexo. Marília não tem vida sexual ativa com o marido há sete anos por ele apresentar impotência. Segundo ela, os fatores predisponentes foram a sua própria obesidade, a pressão arterial elevada e o fator genético, já que o pai de seu marido também era impotente desde os 48 anos. É uma pessoa muito jovem que abriu mão da vivência de sua sexualidade em nome de um relacionamento estável e duradouro.

Nós deixamos de ser um casal já há alguns anos, no momento em que ele passou a ter problemas... Da última vez em que a coisa, que nós começamos e ele não conseguiu terminar, daquele momento em diante até o nosso relacionamento mudou muito. (Marília)

Elza não quis aprofundar o assunto afirmando que “[...] essa parte está boa” e Débora não tem vida sexual ativa. Para Bárbara a situação é inversa, ela própria tem dificuldades em praticar o sexo em função de sua obesidade.

[...] eu acho que a questão do peso com a atividade sexual eu acho que atrapalha, eu acho que atrapalha muito... e essa parte dele me cobrar eu sinto. (Bárbara)

Trazer essa questão à tona não foi uma tarefa fácil. Quando a abordamos na primeira entrevista, Bárbara apenas nos informou que tinha uma vida sexual ativa, sem dar maiores detalhes. No final da segunda entrevista teve coragem para falar das suas dificuldades, inclusive do quanto se sente culpada.

E com relação a ter relação sexual, para o obeso é uma coisa muito restrita, porque não é qualquer, não é todas as coisas que você pode estar fazendo, que o teu corpo não ajuda. Por exemplo, você não agüenta, um gordo não agüenta ficar mais de cinco minutos com a perna para cima, você não consegue, teu corpo não suporta, você já começa a dar câimbra, começa a dar dor. Então, tem sempre assim, você tem que estar fazendo as coisas conforme o seu corpo suporta o peso. (Bárbara)

De novo estamos falando das limitações que o obeso enfrenta com seu corpo, mas agora nos referimos à impossibilidade de expressão da sua sexualidade. Acreditamos que esse aspecto não está dissociado do restante das limitações que apontamos até aqui. Vemos que o autoconceito e a auto-estima dessas mulheres estão prejudicados e cabe-nos indagar: é possível uma mulher que não está satisfeita com seu corpo (a forma como se apresenta para o mundo) se sinta plena para o ato sexual e tenha prazer? Acreditamos que sim, mas no caso de Bárbara percebemos prejuízos importantes que afetam sua relação o marido. Além de falar que o peso atrapalha a desenvoltura corporal no ato sexual, como vimos na sua fala anterior, ela percebe que também traz menos disposição física, compreendida pelo cansaço.

[...] eu acho, eu dou a vida para deitar e dormir. Se puder não ter relação, eu nem tenho, porque eu quero é descansar, entendeu? Eu acho que é por causa do peso, do cansaço do corpo com relação ao peso, então, e o meu marido cobra muito isso assim. Não, não cobra isso, porque ele trabalha muito, ele também cansa, ele cansa bem menos que eu, entendeu? É, não sei, os homens, não sei, os outros homens, mas o meu marido se depender de mim, ele procura todo dia, todo dia eu tenho relação com ele. (Bárbara)

Ao falar da cobrança do marido quanto ao sexo, em manter relações todos os dias, carrega muita culpa por não se sentir apta para o sexo, demonstrando temor de que seu marido procure outra pessoa e eles percam tudo que construíram em comum.

É, nessa parte é, nessa parte eu não, nada que eu posso, assim, estar reclamando. Às vezes, você tem que, às vezes eu paro e penso assim 'ô gente, mas eu vou ficar falando não, falando não até quando?' e eu acho, às vezes, eu me esforço assim. Ou se algum dia que eu não estou a fim, eu me faço querer ficar a fim, eu faço contra a minha vontade para poder manter o meu casamento, porque se eu ficar falando 'não, não' para o meu marido, vai chegar uma hora que ele vai sair para a rua e não é isso que eu quero para o meu casamento entendeu. [...] Eu sei que não, é que eu sei que ele não tem outras mulheres na rua, que ele tem só eu. Então, é isso que às vezes eu me sinto culpada. (Bárbara)

A ameaça da possibilidade de traição do marido, caso não mantenham relações sexuais frequentes, impede que Bárbara invista libido na sua sexualidade, conhecendo melhor seu corpo, suas necessidades, seus desejos e inclusive os seus limites, desmistificando estigmas, como o fato de acreditar que mais magra obterá o êxito sexual que imagina.

Então, eu acho que ser mais magrinha às vezes eu vou conseguir fazer outras posições. Eu não estou falando de posições não, mas ter mais disposição entendeu, ter mais disposição, porque olha, tem semana bem que, se eu pude correr do meu marido, eu corro e isso não é uma coisa boa. (Bárbara)

### 3.3.2 A auto-imagem na obesidade mórbida<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Para aprofundamento nas questões relativas a auto-imagem na obesidade mórbida consultar Almeida (2000; 2003).

Quando as entrevistadas foram questionadas sobre “como se sentiam com o seu peso atual” encontramos diferentes relatos que nos apontam vários aspectos a serem abordados. O primeiro deles diz respeito ao fato de Marília não conseguir se perceber obesa através de sua auto-imagem. Demonstra que as limitações que se processam pelo peso é que sinalizam a sua real condição de obesa, como no caso do trecho a seguir é o estado “bufante” e a compra de roupas.

[...] se eu não olho no espelho, eu não lembro que eu sou gorda, eu lembro, por exemplo, eu estou falando e eu estou ficando bufante, porque eu falo muito, eu começo a ficar..., mas se eu não olho para o espelho, se eu não vou comprar roupa, eu não lembro que eu sou gorda. [...] Ai, quando eu vou para frente do espelho, quando eu pego uma roupa para comprar, aquilo não é para mim, por mais que ela nem entre, não é possível que eu estou daquele tamanho. (Bárbara)

O espelho aparece na fala dela, de Bárbara e de Elza como o norteador para que percebam a sua condição de obesas. Apontamos a grande dificuldade de elas terem contato com seu próprio corpo demonstrado pela necessidade de precisarem de algo externo, o espelho e às vezes o outro, para lhes apontar que estão acima do peso.

Vamos acompanhar um trecho extenso da fala de Marília que aprofunda, dentre outros aspectos, a dicotomia corpo e mente que se faz presente:

A minha cabeça não é de gordo. Então, eu estou vivendo um conflito comigo mesma, entre o meu peso e a minha cabeça. Eu acho que a minha cabeça está muito errada, porque ela não está certa em ficar pensando isso, ela tinha que saber que ela está gorda e lutar contra isso. E eu acho que até hoje eu não tive uma força, vamos usar um termo assim, para emagrecer.

Eu acho que se eu sofresse, se eu sofresse, [...] mas se eu sofresse, tem pessoa que chora porque é gorda, eu não choro porque eu sou gorda. Eu estou vivendo bem com a minha obesidade. É eu não acho que eu sou horrível. É igual tem muita gente que não tem coragem de ir para o espelho, eu não gosto de tirar a roupa na minha própria frente, eu tenho muita vergonha.

Pode ser, com certeza, e que eu devo estar escondendo muito bem escondido de mim mesma né ou eu me escondi também essa obesidade de mim, a ponto de eu, não sei te explicar, eu estou... (chorando muito). Eu estou assim, com esse conflito na cabeça, a minha cabeça não é de gorda, mas as minhas atitudes são.

A minha cabeça não me enxerga, a minha cabeça não me enxerga gorda, o meu olho sim, será que deu pra agora pra falar melhor? Na minha cabeça, eu fecho o olho como Marília, eu não vejo. Hoje em dia que eu tenho falado mais sobre a minha obesidade tudo, eu já penso, já tá começando a mudar isso na minha cabeça, mas até um tempo atrás não, seu eu fechasse o olho pensava em mim, eu pensava em mim um pouco mais gorda que você, mas eu pensava em mim com 18 anos, era uma época legal, então isso ficou na minha cabeça daquele tamanho. (Marília)

Marília mostra muita angústia e sofrimento ao nos apontar como a obesidade se processa no nível mental. Em muitos momentos das entrevistas declara não se incomodar com o seu peso (“Eu estou vivendo bem com a minha obesidade”), mas neste trecho ela demonstra viver um “conflito” ([sic] Marília), uma confusão entre o que a mente pensa e o que o corpo apresenta. A mente que parece ser autônoma em relação ao corpo e ter o poder de comandá-lo se nega a aceitar que ele está obeso. Tanto o corpo quanto a mente parecem ser independentes de Marília, ela vários momentos não os integra a ela. Consegue ter a consciência de que guarda a imagem de magra e esconde a de obesa para se proteger do sofrimento, armazenando mentalmente o seu corpo de dezoito anos de idade. Traz outro dado importante: o fato de estar falando mais sobre a sua obesidade ou pensando sobre ela, possivelmente se referindo às atividades do grupo de preparação para a cirurgia, que está possibilitando observar-se melhor. Ela poderá conseguir perceber que suas “atitudes de gordo” podem estar intimamente ligadas a uma “cabeça de gordo” e não o contrário. Esse ponto é importantíssimo, o paciente quando se propõe fazer o tratamento cirúrgico precisa ter noção das suas condições corporais para conseguir se responsabilizar por uma nova postura diante do peso ou da vida no pós-cirúrgico. De que forma uma pessoa que não se vê obesa pode operacionalizar uma reeducação alimentar em sua vida ou mudar hábitos inadequados?

Bárbara reforça a dificuldade enfrentada por Marília ao declarar que nunca se viu gorda.

Eu nunca me olhei no espelho e me vi como gorda, eu sempre gostei de mim, nunca. Até enquanto não estava me fazendo, me dando algum tipo de problema, eu sempre convivi muito bem, eu só fui me sentir gorda, depois que eu comecei a ter os problemas que eu estou tendo agora. (Bárbara)

[...] eu não tenho nenhum problema, assim, emocional na minha cabeça de ser gordo, tem gente que é, tem depressão por ser gorda, tem gente que não sai de casa porque é gorda, tem gente que tem vergonha de ser gorda. Eu não tenho isso, eu nunca tive, é mais físico. (Bárbara)

Inicialmente, quando pensamos nessa questão levantamos duas hipóteses: ou ela não conseguia mesmo perceber que estava gorda ou então não se enxergava obesa da forma pejorativa como é utilizada culturalmente. Porém, o que ela afirma é que realmente só se deu conta que estava obesa quando surgiram os problemas de saúde com todas as limitações que discutimos até aqui.

Então, eu acho que isso para mim foi um problema muito grande, só que até acontecer alguma coisa, para me atrapalhar em alguma coisa, para mim pode acordar e pensar assim “eu tô muito gorda, porque tá acontecendo isso, isso e isso”, eu acho que demorou muito. [...] Está me atrapalhando agora, por isso hoje eu estou virando uma pessoa obesa, porque eu nunca me vi, quando eu olhava para o espelho, eu nunca me achava gorda, porque eu vivia bem, nunca me atrapalhou em nada, eu sempre fiz o que dava pra fazer. (Bárbara)

Atribui a elevação do peso ao longo dos anos que não se viu gorda. Afirma que se sentia feliz assim e não achava que era necessário se cuidar. Nem o contato diário com obesos mórbidos na clínica onde trabalha não a auxiliou na tomada da consciência corporal. Pode ser que não só as limitações foram decisivas, mas também outros fatores como a especificidade de seu trabalho, a cobrança do marido para que se cuide mais e pratique uma atividade física, entre outros.

Elza nos aponta prejuízos na sua vaidade pelo excesso de peso. Entendemos a queda da vaidade também como a perda da motivação e interesse em se cuidar e diminuição da auto-estima.

É horrível, estou me sentindo muito ruim, estou muito ruim mesmo (silêncio). Está ruim de tudo, olhar no espelho, de vestir, está ruim e está incomodando né. [...] de não ter roupa para vestir, tudo que veste fica feio, eu estava assim acostumada a usar blusinha, calça justa e agora tem que usar essas roupas largas, isso é ruim, minha vaidade está lá no chão. (Elza)

A idéia que nos ocorre é que o excesso de peso é considerado por todas como alguma coisa de muito negativa que habita seus organismos. O peso fica mais desconfortável à medida que se recordam da forma como se apresentavam ao mundo quando ainda tinha um peso mais baixo. Também como Bárbara e Marília, Elza mostra que as limitações físicas intensificam mais os seus sentimentos de inadequação (“Agora eu fico bufando, não tenho mais aquele pique, aquele fôlego que eu tinha antes”- [sic] Elza).

Parece-nos que Elza fala de uma obesidade que não é física e sim psicológica. Ela separa o peso do físico e o associa mais ao aspecto emocional falando da dificuldade de se vestir e se sentir bem com o seu corpo.

O peso que incomoda mais, fisicamente está tudo bem. Eu não estou sentido mal em nada. É que é ruim você olhar para o espelho e não gostar do que vê. É muito ruim você experimentar uma roupa e não ficar bom, toda roupa que você põe apertada, isso é ruim, mas fisicamente está tudo bem. (Elza)

Inclusive o início do ganho excessivo de peso ocorreu entre a época em que sua mãe faleceu de câncer (1993) e o início do agravamento da saúde do pai (1996) até culminar na morte dele em 2003. Relata que as perdas foram extremamente dolorosas e influenciam seu peso atual.

Nos grupos de educação em saúde em geral, que realizamos na Unimed, ouvimos constantemente as pessoas afirmarem que não comem o bastante para engordarem tanto e atribuem tal falta de sorte ao fator psicológico. Acreditamos que o aspecto emocional é decisivo para o desenvolvimento da obesidade, acrescido do comer compulsivo ou desordenado, acarretado pela influência de vários fatores da vida dos indivíduos, como uma ansiedade diante do desemprego ou afastamento do trabalho por doença ocupacional, uma angústia pela perda de um ente querido, sem falar nos conteúdos mentais inconscientes. Elza faz a ponte entre emocional e o ato de comer:

As pessoas falam que eu não como, mas eu acho que eu como. É que eu não como de uma vez, só que eu belisco muito né, o dia inteiro. (Elza)

Eu tava emagrecendo aí, entrou a dieta e eu engordei de novo, bem psicológico, eu acho né. Porque você não fala 'não come isso', parece que eu tenho um pouco de trauma com esse negócio de dieta, minha mãe pegava muito no meu pé nesse negócio de dieta, aí ela ficava me controlando a minha alimentação. Estava certo que eu não queria fazer, eu não dava bola, eu me sentia bem. (Elza)

Nesta última fala de Elza observamos a ansiedade despertada pelo fato dela receber um plano alimentar no grupo de preparação para a cirurgia. A sinalização da necessidade de limitação na alimentação pela nutricionista desencadeou o inverso, ao invés de conseguir reduzir, comeu mais e engordou. Parece que perceber a limitação não é uma tarefa fácil para alguém que já enfrenta tantas limitações pela obesidade. Ela associa o presente a um momento remoto, a infância, quando se sentia pressionada pela mãe para fazer dieta. Ela necessita ressignificar e redimensionar sua atitude reativa da infância com o seu papel e o dos profissionais que a acompanham como candidata à cirurgia bariátrica. Enquanto não fizer isso, continuará achando que querem lhe impor um regime que ela não está a fim, como quando ainda era menina, muito embora esteja procurando por ele.



Para finalizarmos a questão da auto-imagem na obesidade mórbida trazemos as contribuições de Débora que se sente muito mal por sua conformação corporal a colocar numa posição infantilizada, por depender do filho em várias situações rotineiras, como auxílio na finalização do banho, abotoar o sutiã, se virar na cama e calçar sapatos.

Aí eu brinquei com ele (o filho), foi preciso: ‘de primeiro era eu que te trocava, agora você me troca’, mas me incomoda muito. (Débora)

Ao falarmos sobre uma nova imagem que todas gostariam de ter observamos a nostalgia do corpo outrora possuído:

O corpo quando eu tinha 19 anos, quem não queria né? Eu tinha cintura fina, meio tipo violão, as pernas não era grossas, mas umas pernonas. [...] eu era do tipo gadão, como dizia o meu amigo, ‘lá vem o gadão’. [...] não queria fazer dieta nada não. Não fazia nessa época, eu não fazia, mas eu era satisfeita, [...] eu já fui miss é, como chama aquele negócio de quermesse, aquelas bobearas, rainha da quermesse. (Débora)

A que, que eu tinha em 99. Magra não era, mas era assim tipo violão, cintura fina, sem barriga, bunda grande eu sempre tive, não tem jeito, mas era assim tipo gostosa, né. Essa é a imagem que eu guardo. (Elza)

70 kg. Um corpo magro, vamos dizer assim, um corpo normal, uma pessoa de 70 kg é uma pessoa pra minha altura, uma pessoa normal, não é nem magra, nem gorda, ela tem um ótimo corpo. (Bárbara)

Essa dos 18 anos, 80 e poucos quilos, não menos que isso, porque eu não me gostaria de ser magra, eu gostaria de ter as formas arredondadas porque eu gosto, não é assim, ter seio, quadril, não ter barriga, claro né, mas eu acho que 80 kg seria assim o auge pra mim, eu acho que tava de bom tamanho. Apesar de que eu acho que 80 kg pro meu tamanho ainda é muito, eu acredito que seria menos que isso, pra fazer lá na tabelinha de vocês. Eu acho que eu, essa, é que eu pensaria assim, eu acho que não precisava ser muito menos que isso, acho que já ia ficar de bom tamanho. (Marília)

Todas recorrem a uma imagem que consideram ideal para a obtenção de satisfação pessoal, ora imaginando voltar ao peso de uma época prazerosa de suas vidas (Elza e Débora) ou tentando ficar o mais próximo possível daquilo que poderão conseguir (Bárbara e Marília).

### *3.3.3 A cirurgia bariátrica*

#### *3.3.3.1 Como souberam da cirurgia*

A forma como souberam da cirurgia bariátrica está ligada em todos os casos a relatos ou reportagens de pessoas próximas ou distantes que a realizaram e que obtiveram resultados satisfatórios. Curioso observar que Elza fez um outro plano de saúde, pois o que possuía não oferecia a cobertura contratual da cirurgia e não se preocupou com a carência que teria para os outros procedimentos ambulatoriais ou hospitalares.

Eu acho que foi em revista que eu vi uma reportagem falando, mas faz muito tempo né. Depois de que a gente escuta falar de pessoas que fizeram aí que eu fui me interessando, só que eu já vim ver como é que era, aí o meu convênio não cobria, aí que depois eu mudei de tipo né de convênio. Aí, agora ele cobriu, aí eu fui atrás disso [...] por volta de 2000, 2001. (Elza)

Bárbara tem à sua frente um cenário que lhe oferece todas as informações necessárias para a sua tomada de decisão pelo tratamento cirúrgico com médicos capacitados e os pacientes cirurgiados o que lhe confere mais conhecimento clínico do assunto.

Então, foi através do lugar de trabalho né com o doutor Armindo José que faz a cirurgia, eu acompanho desde os primeiros pacientes que foram operados. Vamos por uns 4 anos, eu acho que não é mais que isso não, talvez até menos. Acompanhei todos os pacientes que operaram, todos eles eu tive contato. (Bárbara)

Marília, mesmo acompanhando o enteadado no pré e pós-cirúrgico (que se submeteu à cirurgia bariátrica) em todas as consultas médicas e na internação hospitalar, não tinha conhecimento sobre a adequação de seu peso para alcançar tal objetivo e da possibilidade da cobertura contratual do seu plano de saúde. Foi necessário que o médico lhe desse as informações pertinentes. Acreditamos que antes dela desejar a cirurgia não ficou atenta aos dados que passaram despercebidas.

Eu sempre, quando eu comecei a engordar, uma das coisas que eu comecei a ver: pessoas fazendo tudo. Só que eu não achei que eu fosse ter condição financeira pra fazer, porque é uma cirurgia muito cara... que eu acho que vai ser um estímulo muito grande na minha vida. E aí ele fez os cálculos ‘você está muito além do que você poderia estar de obesidade. A sua obesidade é mórbida, num grau já bem avançado’. Então, ótimo, porque eu preciso assim, como viver para mim, eu preciso de estímulo para ficar feliz. (Marília)

Débora vem de um insucesso no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto pelo qual passou, há quatro anos, realizando todas as avaliações com a equipe interprofissional e não quis esperar a sua vez na extensa lista de espera. Recorreu ao seu plano de saúde, Amil, que fechou acordo com a Unimed para a aprovação e liberação de sua cirurgia há um ano. Possivelmente, se tivesse aguardado a lista do HC, já estaria operada.

Foi uma amiga minha que trabalha no posto de saúde, uma moça, ela tipo trouxe um panfleto, uma revista de um pessoal que tinha feito, uma moça que tinha feito, para me mostrar. Aí depois disso eu tentei, eu conversei com a médica [...] que me encaminhou para o hospital das clínicas a primeira vez... Aí a moça falou que eu ia demorar de dois a três anos para poder conseguir. [...] Aí, eu procurei saber da Unimed, que eu era conveniada da Unimed... [...] Eu fui fazer pelo convênio, mas acontece que é aquela história, tem época, tem coisa que não acontece na vida da gente na época certa. (Débora)

### 3.3.3.2 O que sabem sobre a sua cirurgia

Neste item não temos a intenção de avaliar o nível de conhecimento das entrevistadas quanto ao detalhamento do procedimento cirúrgico que se submeterão. É nosso objetivo observar o significado da cirurgia e a relação dos vários aspectos de suas vidas com esse tipo de tratamento. Elza, como na maioria de suas colocações, é bem objetiva e resume em poucas palavras o que sabe sobre a sua cirurgia.

Só sei que grampeia uma parte do estômago, inutiliza né, vamos dizer inutiliza uma parte do intestino, o intestino vai ficar menor e aí eu vou ter umas restrições alimentares, carne, feijão, leite, vou ter que ir mais vezes no banheiro né e só. (Elza)

Débora acrescenta alguns dados sobre a capacidade do estômago após a cirurgia, mas demonstra alguns equívocos em suas considerações como crer que após a cirurgia não comerá bem e que não poderá ingerir folhas por estas não conterem as “vitaminas” ([sic] Débora) necessárias para o seu organismo. Essa idéia vem de encontro ao fato de que Débora não freqüentou assiduamente as reuniões com a equipe do grupo de preparação para cirurgia bariátrica. Esse fator foi avaliado por todos os profissionais envolvidos e ao final do prazo de seis meses de acompanhamento foi encaminhado um formulário para o médico que a acompanha informando que não éramos favoráveis à realização da sua cirurgia pelos motivos apontados anteriormente. A preocupação da equipe centra-se muito nas conseqüências que poderão ocorrer, caso não se prepare adequadamente. Questionamos muito se ela realmente iria conseguir aderir a todas as mudanças que a cirurgia acarreta, pois seu empenho durante os seis meses no grupo na Unimed nos pareceu um tanto evasivo e sem conexão com a realidade vivenciada.

Ele vai a princípio, provavelmente, vai ser por vídeo né, vai cortar, vai grampear o intestino, o estômago. A capacidade do meu estômago vai ser de 150 ml. No final, na hora que eu já tiver bem já, eu vou começar a tomar o líquido. Eu sei que daqui pra frente, depois que eu fizer, nunca mais eu como mais né. Beber líquido com a refeição, minha refeição vai mudar totalmente. Agora, quando a gente vai comer come alface, enche o prato de salada primeiro, pois vai ser totalmente o inverso. [...] porque seu ganho de vitaminas vai ser menor, então eu vou procurar saber o que o organismo vai absorver mais e que tipo de alimento comer. Vai caber pouca quantidade, vai ter que melhorar a qualidade, né. (Débora)

Marília expressa maiores detalhes sobre a sua cirurgia até mesmo porque, como dissemos anteriormente, foi ela quem cuidou do enteadado que fez a mesma cirurgia que irá realizar, inclusive preparava sua alimentação desde os primeiros dias de alta hospitalar.

Eu sei que ela reduz o intestino, que ela reduz parte do estômago, que o meu estômago não vai ficar tão pequenininho, que quando eu ficar velha eu vou ter mais problema, porque velho já deixa de comer né. É, eu sei que [...] é uma das cirurgias menos agressivas, assim para a minha saúde como um todo e apesar de reduzir o estômago e o intestino, meu intestino vai passar a funcionar melhor, coisa que hoje ele é bem problemático eu vou passar por um período... [...] minha alimentação vai ser rígida e intensa e eu estou achando ótimo a despeito da maioria das pessoas. (Marília)

Pela experiência de Bárbara no manejo de pacientes cirurgiados, não se ateuve em falar do procedimento cirúrgico e sim elencou algumas questões importantes a serem consideradas por quem opta por tal decisão.

Eu acho assim, é de tudo da cirurgia, se você não tiver uma cabeça boa, se você não estiver a fim assim, eu acho que a cirurgia não é a salvação sua não, eu acho que é um estímulo, um apoio, vamos dizer assim, é alguém que está te estendendo a mão. Então, alguém te estendeu a mão, está te dando a metade da possibilidade, eu acho que o resto é com você. Você que tem que ter uma cabeça boa, você vai passar mal, você nunca mais vai ser a mesma pessoa. Vai ter dia que você vai vomitar, vai ter dia que você vai sentir mal estar. Então, se você não tiver paciência para poder ir batalhando, você perde a cirurgia. Eu já vi muito paciente perder a cirurgia por não ter uma cabeça, vamos dizer assim, instruída no processo que o organismo dela vai estar passando. Querendo ou não você não vai poder ir pondo no seu organismo, você vai tirar um pedaço do seu estômago, um pedaço do seu intestino. (Bárbara)

Sintetizaríamos dizendo que, segundo ela, a pessoa necessita encarar a cirurgia como uma alternativa e não como a resolução de todos os seus problemas. Assumindo essa postura, inevitavelmente se sentirá responsável por tudo o que aconteça no pós-cirúrgico com o compromisso de observar o que o seu organismo tem condições de consumir. Para conseguir tudo isso a pessoa precisa ter uma “cabeça boa” ([sic] Bárbara), isto é, ser uma pessoa que equacione de forma sensata suas necessidades, seus limites e suas possibilidades.

### 3.3.3.3 O que significa a cirurgia

Quanto ao significado da cirurgia, todas trazem várias expectativas que expressam o desejo de mudança dos aspectos que mais as incomodam quando o assunto é obesidade. Essas pessoas se encaixam no perfil de pacientes obesos mórbidos que não conseguiram reduzir o peso através das técnicas convencionais disponíveis no mercado. A opção que atualmente vem trazendo resultados mais satisfatórios, mesmo ocorrendo vários casos de pessoas que não conseguem emagrecer, é o tratamento cirúrgico.

Marília traz uma questão que merece consideração:

Eu acredito, em se tratando da cirurgia, ela vai ser um bom estímulo, porque no momento que você perde uma boa quantidade, por exemplo, nos primeiros meses que vai ser uma dieta líquida, eu vou emagrecer tanto, eu vou me animar tanto com a perda de peso. [...] eu vou fazer aquela coisa de pregar a maior calça que eu tenho na parede e falar ‘isso eu não quero pra mim’. (Marília)

Ela fala da cirurgia e da perda ponderal como “estímulos” eficientes que a auxiliarão a alcançar motivação para se cuidar. Acredita que se sentirá mais capacitada e segura para reduzir seu peso.

---

Então, eu espero que eu olhe pra mim e consiga, com os meus olhos, *ver o corpo que eu tenho na minha cabeça*, isso eu quero muito. (Marília) (grifo nosso).

Chama-nos a atenção o pensamento de Marília. Ela continua mostrando que quer alcançar uma imagem corporal que possui mentalmente. Será que essa imagem foi construída a partir de suas reais possibilidades, respeitando suas características corporais, ou se baseia num estereótipo de corpo que é vendido socialmente pela mídia como a expressão do belo?

Elza também sente que a cirurgia a auxiliará num aspecto que ficou prejudicado com a obesidade: sua auto-estima. Pelo seu histórico de vida percebemos que foi uma pessoa que prezou o autocuidado e se angustia muito com o fato de não estar atenta a esta questão atualmente.

Eu acho que vai melhorar bastante, sobretudo na auto-estima. Acho que vai voltar a dar mais gosto, assim, de cuidar de mim. Vai dar mais gosto de cuidar de mim, vai dar mais ânimo que nem no espelho ultimamente eu estou olhando, só olho aqui do pescoço para cima, eu olho e não gosto do que vejo. [...] engordando, a auto-estima vai lá para o pé né. (Elza)

Com a cirurgia e o conseqüente emagrecimento, Débora percebe que terá que adotar um novo padrão de vida que a impulsionará a assumir uma postura pró-ativa, permitindo não usar a obesidade para esquivar-se de determinadas situações as quais lhe são apresentadas.

[...] tem certos tipos de coisas que agora eu uso de desculpa que eu sou gorda, que eu não faço. Aí que desculpa que eu vou arrumar para não estar fazendo depois? (Débora)

O desejo de Bárbara com a cirurgia resume o que os obesos buscam: a magreza. Ela se questiona se a resolução de um de seus maiores incômodos, dormir muito, ocorrerá

mesmo com o emagrecimento. Parece ser uma tentativa de incluir todas as variáveis possíveis no grande momento da cirurgia e entrar e evitar maiores frustrações futuras.

Ser magra. Será que eu sendo magra, eu vou parar de dormir tanto? (Bárbara)

Podemos levantar a hipótese de que almeja ser feliz com a magreza pelo peso representar um fardo que lhe acarreta sérias alterações corporais. Vemos outro sentido simbólico de “carregar tanto peso em cima de mim”: o que em sua vida, além do peso, também tem significado um peso para ela?

Será que eu sendo magra, eu vou ser, eu não vou te dizer que eu não sou um pessoa feliz, eu sou, mas eu estou cansada de ser gorda, de carregar tanto peso em cima de mim. (Bárbara)

Pela sua própria experiência profissional, demonstra angustiar-se com os riscos que a obesidade traz para saúde geral do indivíduo e quer eliminá-los.

Eu sei que tem pacientes obesos que morrem, dá uma embolia pulmonar, eu sei que obeso pode ter uma pressão alta, desencadear um diabete e a pessoa pegar e morrer entendeu. Eu sei de todos os riscos que o obeso tem, eu sei que todo obeso pode desencadear várias doenças que eu ainda não tenho. [...] Então, eu acho que eu podia procurar, por isso que eu estou procurando é acabar com isso tudo. (Bárbara)

Possivelmente, ocorrerão frustrações, caso não consigam atingir o corpo almejado ou se deparem com as dificuldades em adotar um estilo de vida mais adequado à proposta da cirurgia. Percebemos que a melhora da auto-estima pode estar condicionada não somente à cirurgia, mas também aos outros aspectos de suas vidas. Possivelmente, à medida que o peso sair de cena, questões existenciais emergirão e será necessário da parte delas um olhar cuidadoso que delimite o espaço adequado de cada esfera. Cabe aqui o trabalho de uma



equipe interdisciplinar no pós-cirúrgico como suporte para este processo, auxiliando-as a buscar aprendizado com as inevitáveis decepções.

#### 3.3.3.4 O que mudará com a cirurgia

A realização da cirurgia traz muitas esperanças para essas mulheres que se sentem no direito de fazerem muitos planos para suas vidas. Esperamos que esse estímulo possa auxiliá-las a atingir suas metas a curto, médio ou longo prazo. Percebemos ainda que a resolução da maioria das queixas apontadas em relação ao excesso de peso está ligada à realização da cirurgia. Acreditamos que isso seja possível, desde que haja uma interiorização do sentido da cirurgia para cada uma e um suporte social que auxilie nesse processo. Marília traz algumas considerações que ilustram as suas expectativas quanto ao auxílio que espera obter das pessoas que a cercam.

[...] eu vou ter um monte de cuidado de um monte de gente diferente do que eu estou vivendo hoje. [...] Ah, então, eu acho assim, que eu vou achar uma delícia. Eu vou tá operada e vou me fazer de vítima o tanto que eu puder. (Marília)

É, eu espero que de início, na primeira, nos primeiros dias, eu fico falando isso, mas eu não sei, vai depender dos outros, então eu estou falando que eu vou fazer bastante carinha de bico, mas que não vai durar muito tempo, porque eu não sei ser assim. (Marília)

Esse desejo de “ser cuidada” expressa uma tentativa de Marília se permitir depender um pouco mais das pessoas, já que se mostra rotineiramente como alguém auto-suficiente que está pronta a qualquer instante para ajudar o outro. Representa também seu desejo de “ser amada” através da percepção de que se preocupam com ela.

Quanto às expectativas de mudanças em suas vidas, ainda observamos que desejam ter o peso anterior à obesidade.

Ai, o meu peso de antigamente, se Deus quiser. (Elza)

Almejam voltar a executar várias atividades da vida diária.

[...] eu quero voltar a viver igual eu vivia antes, de primeiro. Não ter necessidade de ficar andando só de carro... [...] Eu quero voltar a ter, quero poder ir no supermercado como eu fazia, eu quero poder ir a pé na casa das minhas amigas, a pé igual eu ia de primeiro. Eu não vou mais. Ou ela vai na minha casa ou eu não vou na casa delas nem morta. (Débora)

Não vai virar um mar de rosas é claro, mas vai facilitar muito o dia-a-dia, o trabalho em casa, eu vou ter mais ânimo, vou ficar mais leve. Eu acho que não vai mudar nada, é claro que os meus problemas vão continuar os mesmos, o dia-a-dia vai ficar mais fácil. (Elza)

Esperam ter qualidade de vida.

É a principal coisa que eu espero depois que eu emagrecer, que eu perder peso é ter qualidade de vida, é ter a qualidade de vida que eu não estou tendo hoje, é ter mais disposição para as coisas, ter mais, assim, vontade de pode fazer as coisas e hoje a minha qualidade de vida eu acho hoje que é péssima e um pouco é por causa do meu peso. Qualidade de vida pra mim é não ter dor, porque eu acho um absurdo uma pessoa com 33 anos ter as dores que eu tenho hoje e eu sei que é por causa do peso. (Bárbara)

Vêem a possibilidade da retomada da prática de esportes.

Eu espero poder, é, começar a gostar de coisas que hoje eu não tenho... [...] Eu quero poder gostar de, é, de nadar, eu acho que é um dos esportes que eu gostava, eu adorava jogar vôlei quando eu era jovem, mas que hoje eu não tenho um pingão de vontade, eu acredito que por conta disso. (Marília)

A possibilidade de comprar roupas em lojas comuns as motiva.

Eu quero poder entrar numa loja comum, ai que sonho, e falar assim 'gostei dessa blusinha, eu vou levar', sem ter que procurar na loja do gordo e comprar saquinho de batata né, porque é tudo igual roupa de gordo. [...] Eu quero poder entrar em uma loja gostar de uma roupa e poder falar 'essa eu posso comprar', sem entrar na loja do gordo, caramba. (Marília)

Objetivam a melhora de alguns aspectos da sua saúde.

[...] principalmente parar de roncar que é uma coisa que eu estou roncando... (Marília)

Eu quero ter mais disposição para estar fazendo as coisas e, acima de tudo, ter saúde. [...] Então, eu acho assim, tudo que eu sinto, tudo que eu tenho a respeito da minha obesidade, se eu emagrecer e resolver todos os meus problemas de saúde, vamos dizer assim, eu acho que para mim é o mais importante. (Bárbara)

Não querem mais ter medo dos riscos de saúde acarretados pela obesidade.

Eu espero que eu vá emagrecer, parar de ter, principalmente, medo dos porvires. Aí de problema de saúde, principalmente. (Marília)

Querem experimentar maior facilidade com o autocuidado.

[...] uma das coisas que eu tenho vontade é poder alcançar todos os lugares, sem ter que me torcer inteira, é muito chato... Você não tem noção do que é isso, você quer se lavar com esmero e ter dificuldade, porque te dá uma câimbra, cada vez que você tenta se abaixar demais ou coisa assim. (Marília)

Desejam freqüentar locais públicos sem os incômodos ocasionados pela obesidade.

Então, eu quero poder ‘vou ao cinema, vou sentar e prestar atenção no filme e não na dor que eu tô sentindo’, porque eu tô gorda, isso é que eu chamo de vida normal. (Marília)

Estabeleceram o propósito de ter mais atitude para mudar.

Então, eu já falei, eu já pus isso na minha cabeça, eu não quero mais arrumar desculpa na hora que tiver que fazer, eu vou fazer. Se tiver que fazer uma caminhada, eu quero fazer. Se tiver, eu vou entrar na academia depois. Eu quero viver depois disso e, por enquanto, eu não estou vivendo. (Débora)

Débora demonstrou não conseguir seguir os seus propósitos de mudança, mesmo antes da cirurgia, pois, como já mencionamos, não participou assiduamente do acompanhamento da equipe interdisciplinar, sendo desfavorável a sua indicação para a cirurgia. Foram feitos vários contatos telefônicos com ela sinalizando a importância de sua freqüência nas atividades, mas parece que algumas questões pessoais a impediram de se apropriar da necessidade de preparação para a cirurgia. Demonstrou não conseguir investir nela mesma neste momento.

#### 3.3.3.5 Medo da cirurgia

O medo da cirurgia apareceu apenas na fala de Bárbara. Novamente acreditamos que se deve ao fato de conhecer a fundo os riscos desse tipo de tratamento. Seus temores são intensificados pelo fato de seu marido ser contra.

No primeiro trecho expõe a sua experiência no trabalho com pessoas que se submeteram à cirurgia denotando o seu grau de conhecimento sobre o assunto.

Eu já vi paciente que operou e morreu, eu já vi paciente que perdeu a cirurgia, porque a cirurgia é, acho que assim, 50% é cirurgia e 50% é a parte da tua cabeça para poder estar conduzindo a cirurgia e depois, principalmente, depois. Eu já tive paciente lá no consultório que perdeu a cirurgia, porque a cabeça da pessoa não estava preparada. Continuou com o corpo de magro e a cabeça de gordo. Então, se isso não for bem trabalhado, a pessoa não suporta. Igual a banda, você opera da banda, você aperta a banda. Os primeiros três dias que você opera você aperta a banda, você vomita até a água que você bebe. Se você não tiver paciência pra ela se acomoda, você vai lá e manda esvaziá-la. Eu conheço paciente que perdeu a banda, perdeu a cirurgia. Eu já vi paciente que operou e emagreceu 40kg, depois foi lá e pediu para dilatar o estômago para voltar a comer. Até teve um paciente que foi lá esses dias e engordou tudo de novo e já vi muita pessoa, eu acho que teve mais sucesso. (Bárbara)

Mesmo com o conhecimento que possui teme pela sua morte.

Não que eu não tenha medo, assim, eu tenho medo de morrer, mas de ver o paciente ir lá (no seu local de trabalho) magrinho, isso supera o meu medo. É, de ver eles bem, magrinhos, o medo eu tenho, de morrer e deixar o meu filho pequeno para os outros criarem, de ver as pessoas indo lá magrinha, assim felizes, saudáveis, vamos dizer assim, que eu passo por cima desse medo. (Bárbara)

Parece que o posicionamento do seu marido diante da cirurgia intensifica seus temores:

E meu marido, ele não quer que eu opere, ele tem medo, tem mais medo agora depois que eu contei que a paciente morreu, entendeu, e outra coisa que ele fala muito assim pra mim... [...] não cobrança estética, não, ele acha assim, ele fala para mim 'vai fazer uma caminhada, vai fazer algum exercício físico. [...] Você precisa cuidar da sua saúde, tem gente morrendo aí enfartado, não sei o quê, não sei o quê'. Eu tenho essa cobrança da parte dele... (Bárbara)

### 3.3.3.6 Que tipo de pessoa será após a cirurgia

Acho que mais feliz e que minha auto-estima também vai melhorar com certeza...  
(Elza)

Tirando a estética corporal, eu acho que eu não vou mudar nada, eu acho que eu não tenho nada pra mudar. (Bárbara)

Que tipo de pessoa, eu acho que uma pessoa mais disposta para a vida né, principalmente isso. (Débora)

Nas falas observamos senso de realidade ao afirmarem que percebem que além da mudança estética e da melhora da auto-estima e da disposição física, não haverá transformação quanto à pessoa que são. Acreditamos que o que pode mudar é a forma como se relacionam com o mundo e vice-versa. Marília faz o convite para que vivenciem primeiramente esse momento para, a partir daí, avaliarem as alterações ocorridas.

Eu acho que vou ser a mesma pessoa, não acredito que isso vá mudar muito. [...] É o que eu te falei, só vivendo uma nova era de vida pra saber. (Marília)

### 3.3.3.7 O desejo de alcançarem a “normalidade”

Chamou-nos a atenção a forma como Bárbara e Marília se referem à busca da “normalidade” com o emagrecimento.

Então, eu acho que ser mais magrinha às vezes eu vou conseguir fazer outras posições. (Bárbara se referindo à sua vida sexual)

Então, depois que eu emagrecer, se eu conseguir não ter dor mais, eu conseguir ter disposição igual uma *pessoa normal* tem... Eu quero dormir menos, eu acho que eu durmo muito. (Bárbara)

É o que eu te falei: entrar numa loja e olhar pra roupinha e falar ‘eu vou levar essa’. Eu nunca fiz isso. Eu entro na loja do gordo e pergunto se tem a numeração. Então, *isso é uma pessoa normal para mim*. É uma pessoa normal que vai sentar no cinema, escolher só a melhor localização, poder assistir o filme, sem tá pensando que o quadril tá doendo, isso é normal. Você ter que chegar no hotel e a primeira coisa olhar a ripa da cama, eu fiz isso o tempo inteiro. Quantas vezes eu cheguei na casa de pessoas, fecho a porta boa ‘noite’, eu ergui a cama e dormi com o colchão no chão. Eu não vou quebrar a cama, isso já aconteceu. *Então, isso é ter uma vida normal*. É você tirar essas preocupações da cabeça, são coisas assim, miudinhas, mas que para a sua vida você não tem que pensar nisso, no estrado da cama que você vai dormir. Você vai pensar no colchão, no travesseiro. Eu não, colchão e travesseiro para mim está ótimo, eu preciso ver se a cama vai me agüentar. Então, isso é normal pra mim. Eu sei que eles vão tirar sarro, mas eu tô, não é comigo, isso para mim é ter uma vida normal, está meio normal. Então, isso que eu falo ‘*ter uma vida normal, ter preocupações de pessoa comum*’ talvez eu não use o termo correto para as coisas, mas os sentimentos que eu tenho são esses. (Marília) (grifo nosso)

Elas crêem que a “pessoa normal” dispõe de todos os atributos ideais para a sobrevivência que o obeso não tem ao seu alcance. Esse normal fica muito longe da própria normalidade que objetivam nos contar, porque da forma como a idealizam, ela sai do patamar do comum e se instala no plano do subjetivo. Em que nos baseamos para mensurar o que é normal? Se pensarmos assim, então a obesidade é anormal? Possivelmente, usam o parâmetro daquilo que está arraigado em todos nós membros de uma sociedade consumista: o que a mídia vende como o natural – a magreza (o homem também vem sendo cobrado cada vez mais nesse sentido), o cabelo liso (apesar de que existem movimentos para voltar com o cabelo cacheado), a roupa de modinha, o tênis de marca, entre outros. O que vemos é que toda tentativa de se adequar à normalidade vem de um desejo enorme de pertencimento. Essas mulheres precisam se sentir parte da sociedade, independente do peso que possuem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa intenção, ao desenvolver esta pesquisa, foi a investigação do universo de quatro mulheres que apresentam um quadro de obesidade grave ou mórbida. Sentimo-nos satisfeitas e realizadas em perceber que desenvolvemos um trabalho que permitiu observarmos o quanto a obesidade influencia a vida dessas pessoas em nível emocional, social, biológico e físico.

Uma das preocupações sentidas durante a elaboração do trabalho foi a de não enfatizarmos demasiadamente os aspectos individuais em detrimento dos sociais. Isto porque não nos atentamos para o fato de nós também estávamos depositando nas entrevistadas uma cobrança pela busca do corpo que se encaixasse dentro dos padrões aceitos socialmente, como que as culpabilizando única e exclusivamente pelo desenvolvimento e/ou manutenção de sua obesidade. Acreditamos que reproduzimos o discurso e a postura que a maioria das pessoas tem em relação ao obeso, de profissionais a leigos, pelo fato de não estarmos descoladas do social. Essa reflexão foi importantíssima para que tomássemos consciência da nossa posição quanto ao assunto e déssemos um *upgrade* na pesquisa.

Ao tratarmos o assunto nos misturamos às nossas entrevistadas e às suas vidas e a partir da relação estabelecida tornou-se possível quebrar vários paradigmas. Um deles se relaciona ao fato de mostrarem que não estão satisfeitas com sua condição de obesas, ou porque as limitações são muito acentuadas ou porque esteticamente não se sentem bem. Pode ser que haja obesos satisfeitos com seu corpo, mas os relatos apresentados mostram os



sofrimentos de pessoas que não se adequaram a uma sociedade feita para magros: roupas e móveis desproporcionais ao seu peso, modelos magros, entre outras questões. Idealiza-se o normal por representar socialmente o que é bom e ideal sem a percepção das capacidades e potencialidades presentes nos indivíduos e o que é diferente tende a ficar marginalizado.

Em vários momentos em que estivemos com elas e que faziam algumas colocações que intensificavam nossas diferenças, me senti como “estranha”, “errada” e “inadequada” por ser magra. É pertinente observarmos que, mesmo almejando a magreza, possuem certo preconceito em relação a ela. Fazem colocações e até piadas que denotam o quão distante se sentem da magreza, ao mesmo tempo a desejando. Parecia que solicitavam uma validação positiva ou negativa a respeito do que falavam e tive a vontade em alguns momentos de pontuar que, às vezes, a pessoa magra também sofre angústia, dor na coluna e não tem excitação para namorar... Não cheguei a fazer essas observações por não se tratar de uma devolutiva ou uma sessão psicoterápica. Tivemos a oportunidade de realizar o acompanhamento psicológico breve (individual) de Elza, Marília e Bárbara e juntas refletimos sobre várias questões que as envolviam, inclusive tratando o ponto levantado anteriormente. Elas tentaram ressignificar e desmistificar sua própria condição de ser humano e houve a oportunidade de que pudéssemos viver as nossas diferenças e construir algo a partir dela.

Falamos tanto de limitações... Limitações físicas, no trabalho, na sexualidade, nos relacionamentos. No dicionário Aurélio (2002, p. 427) limite significa “linha de demarcação, raia; local onde se separam dois terrenos ou territórios contíguos, fronteira; parte ou ponto extremo; fim, termo”. Essas pessoas dizem não conseguir o limite na comida, por isso estão indo para cirurgia de obesidade, como um estímulo para que consigam se olhar mais e parem de comer e engordar tanto. Elas demonstram não conseguir se impor um limite fora da cirurgia bariátrica, adotando hábitos que lhes tragam mais qualidade de vida e,

conseqüentemente, não engordem tanto que é o que mais desejam. Precisam do externo (a cirurgia) para fazer isso por elas.

Necessitamos interromper o ciclo vicioso do discurso do emagrecimento, auxiliando as pessoas a mudarem seu foco de atenção para a reflexão de suas vidas no que concerne a metas, objetivos, desejos, dentre outras demandas. Essas pessoas podem se encontrar, ou melhor, carecem buscar aquilo que traz desequilíbrio ao organismo e que está causando sofrimento expresso através do peso excessivo e das aflições associados. Não pretendemos pensar de forma cartesiana, mesmo porque não acreditamos que seja tão simples atribuir o fracasso do indivíduo a uma disfunção/desequilíbrio entre a mente e o corpo. O que queremos frisar é a importância dessas pessoas perceberem a dialética de seu próprio corpo, que ao apresentar o excesso de peso, pode estar sinalizando um desconforto interno por influência de aspectos emocionais, sociais e fisiológicos. Porém, muitos (ou a maioria) não percebem esses sinais e os interpretam como uma punição, sem o sentido divino, pelos seus atos alimentares inadequados projetando suas insatisfações e não tomando para si a responsabilidade pela mudança. O interessante seria que pessoas conseguissem se olhar e perceber que o que podem estar pedindo para si mesmas é mais limite em suas vidas. Para Atlan (2004), a partir desta atitude assumirão o compromisso ético consigo e com o meio em que estão inseridas, responsabilizando-se por seu livre arbítrio e pelos determinismos existentes.

A partir desse trabalho passamos a considerar a cirurgia de obesidade como mais uma alternativa disponível no mercado para aquelas pessoas que não conseguem obter êxito com os tratamentos convencionais. Porém, acreditamos ser imprescindível que haja mudanças na forma como a cirurgia está sendo oferecida aos pacientes. A propaganda veiculada não é baseada, na maioria das vezes, em evidências. Os tipos de cirurgias são expostos com algumas especificidades que conseguem seduzir os pacientes através da promessa da cura

(emagrecimento) sem muitos esforços e riscos. As pessoas se centram naquilo que parece ser, e não entram em contato com o que realmente é, a cirurgia bariátrica, como os riscos aos quais estarão expostas, a necessidade de uma reeducação alimentar severa que lhe assegure o emagrecimento desejado, as mudanças que deverão ocorrer em seu estilo de vida, entre tantas outras facetas da cirurgia. Não queremos discutir questões éticas nem tampouco generalizar essa postura, mas observamos um descaso nesse sentido. Sabemos que a tarefa de desconstrução da imagem que temos da cirurgia de obesidade demanda muito esforço de todos e também muito interesse em reverter a situação que enfrentamos. Os profissionais precisam ser abertos e diretos com seus pacientes orientando-os a fazerem a opção que considerarem mais conveniente, desistindo até do tratamento cirúrgico, caso saibam dos seus riscos ou malefícios.

Ao longo do trabalho não abordamos os motivos que levaram as entrevistadas a engordarem excessivamente, mas merece observarmos que a comida não foi o único determinante. Nas quatro histórias encontramos um ponto de intersecção: em algum momento de suas vidas elas se esqueceram delas mesmas. Perguntamos-nos em que momento elas perderam o contato com seu corpo. Nas histórias de vida dessas mulheres observamos que em algum instante elas abriram mão de si mesmas, de sua individualidade, para viverem outras situações e não resgataram o contato com elas mesmas. Todas eram obesas ou tinham sobrepeso desde muito tempo, mas para chegar nesse peso houve mais determinantes. Marília experimenta a obesidade desde a infância, mas se colocou em segundo plano à medida que assumiu a casa com três idosos e um rapaz que se habituou à posição de ser cuidado, inclusive por ela; Bárbara não se incomodou com a sua obesidade e em função do trabalho estafante esqueceu-se de si; Elza conta-nos que a comida foi uma forma de tapar a dor que sentia pela doença do pai e a proximidade de sua morte, pois ela sentiu muito a perda por ter uma relação muito próxima com ele, abrindo mão da sua vida para se dedicar à ele integralmente; Débora

vem de um casamento fracassado em função das inúmeras traições do marido e relatou-nos que adquiriu muito peso após o casamento juntando duas questões: a gravidez do filho e o fato de comer muito à noite pela ansiedade de ficar sozinha. Demonstram que conseguiram organizar e controlar muito bem o externo (o social) e não restou muita energia para o investimento interno.

Esperamos com este trabalho despertar nos profissionais da área da saúde maior interesse e cuidado com a pessoa obesa, reforçando a necessidade do trabalho interdisciplinar como ferramenta eficaz para a obtenção de uma atuação voltada para a visão da saúde integral do indivíduo. “Encontramo-nos hoje confrontados com problemas éticos, sociais e políticos que não encontram solução apenas nos meios fornecidos pelas técnicas” (ATLAN, 2004, p. 82). Torna-se necessária a difusão dos saberes para que os debates não fiquem direcionados apenas para os especialistas.

Com o desenvolvimento dessa pesquisa ficamos mais convictas quanto ao valor do trabalho da Unimed desenvolvido com o grupo de apoio para a cirurgia bariátrica por oferecer subsídios que o instrumentaliza para enfrentar todas as alterações que ocorrerão com a cirurgia, inclusive desmistificando esse tipo de tratamento.

ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO, E. A. Prevalência e sobrepeso e obesidade nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 2, abr./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 26 jun. 2005.

ADES, L.; KERBAUY, R. R. Obesidade: realidades e indagações. **Psicologia USP**, v. 13, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 26 jun. 2004.

ALMEIDA, G. A. N.; LOUREIRO, S. R.; SANTOS, J. E. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. **Psicologia e Reflexão**, v. 15, n. 2, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 26 jun. 2005.

ALMEIDA, G. A. N. **Obesidade mórbida em mulheres**: a imagem de si, os estilos alimentares e a qualidade de vida. 2000. 142 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

\_\_\_\_\_. **A imagem corporal em mulheres**: aspectos psicossociais e a cirurgia de restrição gástrica. 2003. 183 p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ANSA. Monges beneditinos criaram poção para emagrecer na Idade Média. **Uol Tablóide**, 25 ago. 2005. Disponível em: <[www.noticias.uol.com.br/tabloide/tabloideanas](http://www.noticias.uol.com.br/tabloide/tabloideanas)>. Acesso em: 15 out. 2005.

ATLAN, H. **A ciência é inumana?** Ensaio sobre a livre necessidade. São Paulo: Cortez, 2004.

AZEVEDO, A. P.; SANTOS, C.C.; FONSECA, D. C. Transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 26 jun. 2005.

BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 1, jan./fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 26 jun. 2005.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 628, de 26 de Abril de 2001. Estabelece o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia. **DOU**, n. 82-E, 27 abr. 2001. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/>>. Acesso em: 26 jun. 2005.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CAPRA, F. Holismo e saúde. In: \_\_\_\_\_. **O ponto de mutação**. 25. ed. São Paulo: Cultrix, 2004.

CARVALHO, M. C.; MARTINS, A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. **Ciência e saúde coletiva**, v. 9, n. 4, out./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 26 jun. 2005.

CASSI. A obesidade avança no Brasil. **Jornal da CASSI**, v. 9, n. 49, p. 10-11, jul./ago. 2006.

COLAVITTI, F. Beleza reveladora. A evolução dos padrões estéticos nas diferentes culturas, da Idade Média até hoje. **GALILEU: o prazer de conhecer**, v. 12, p. 32-39, jul. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº. 1.766/05. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe. **DOU**, 11 jul. 2005, Seção I, p. 114. Disponível em: <<http://www.scb.org.br/materias.php>>. Acesso em: 31 mar. 2006.

COUTINHO, W. F. Obesidade: conceitos e classificação. In: NUNES, M. A. A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 197-202.

\_\_\_\_\_. Consenso Latino-Americano de Obesidade: até onde já chegamos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 43, n. 1, p. 21-67, fev. 1999.

COUTINHO, W. F.; BENCHIMOL, A. K. Obesidade mórbida e afecções associadas. In: GARRIDO JÚNIOR, A. B. (Org.). **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

COUTINHO, W.; PÓVOA, L. C. Comer compulsivo e obesidade. In: NUNES, M. A. A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 203-206.

CRUZ, M. R. R.; MORIMOTO, I. M. I. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 2, abr./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 26 jun. 2005.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion e prevention. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-710, 1999.

DOLORES, M.; BOCCIA, P. Obesidade. *Saúde! é Vital 21 anos*, n. 257, p. 35, fev. 2005.

FANDIÑO, J.; BENCHIMOL, A. K.; COUTINHO, W. F.; APPOLINÁRIO, J. C. Cirurgia bariátrica: aspectos clínicos-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, jan./abr. 2004, v. 26, n. 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 26 jun. 2005.

FERREIRA, A.B.H. **Mini dicionário Aurélio século XXI**. O mini dicionário da língua portuguesa. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

FISBERG, M. (Ed.). **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundação BYK, 1995.

GIAMPIETRO, H. B. **Em busca da compreensão dos fenômenos revelados na relação família-obesidade**. 2003. 132 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de

História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca.

GOLDENBERG, M. Dominação masculina e saúde: usos do corpo em jovens das camadas médias urbanas. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 91-96, jan./mar. 2005.

GOMIDE, V. A popularização da cirurgia plástica. **Jornal do Barão Online**, abr. 2005. Disponível em: <<http://www.baraodemaua.br/jornal/2005/abril/plasticas/htm>>. Acesso em: 9 set. 2006.

GUGELMIN, S. A.; SANTOS, R. V. Uso do índice de massa corporal na avaliação do estado nutricional de adultos indígenas Xavante, Terra Indígena Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 9, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 16 jul. 2005.

HALPERN, A. Fisiopatologia da obesidade. In: GARRIDO JÚNIOR, A. B. (Org.). **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 9-12.

LOLI, M. S. A. **A obesidade como sintoma psíquico**: uma pesquisa com a técnica psicoterápica psicanalítica em pacientes ambulatoriais. 1999. 196 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis.

\_\_\_\_\_. **Obesidade como sintoma**: uma leitura psicanalítica. São Paulo: Vetor, 2000.

MAFFESOLI, M. **No fundo das aparências**. Petrópolis: Vozes, 1996.

MALHEIROS, C. A.; FREITAS JÚNIOR, W. R. Obesidade no Brasil e no Mundo. In: GARRIDO JÚNIOR, A. B. (Org.). **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 19-23.

MANCINI, M. C. Noções fundamentais – diagnóstico e classificação da obesidade. In: GARRIDO JÚNIOR, A. B. (Org.). **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 1-07.

MARQUES-LOPES, I.; MARTI, A.; MORENO-ALIAGA, M. J.; MARTINEZ, A. Aspectos genéticos da obesidade. **Revista de nutrição**, v. 17, n. 3, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 26 jun. 2005.

MATOS, M. I. R.; ARANHA, L. S.; FARIA, A. N.; FERREIRA, S. R. G.; BACALTCHUCK, J.; ZANELLA, M. T. Compulsão alimentar periódica, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade grau III. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 4, out. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 26 jun. 2005.

MELLO, E.D.; LUFT, V.C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 3, maio/jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 27 ago. 2004.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cadernos de Saúde**

**Pública**, v. 20, n. 3, maio/jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 27 ago. 2004.

MEZOMO, I. B. **Os serviços de alimentação: planejamento e administração**. 5. ed. São Paulo: Manole, 2006.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004.

MONDINI, L. **Desnutrição e obesidade no Brasil: relevância epidemiológica e padrões de distribuição intra-familiar em diferentes estratos econômicos e regionais**. 1996. 98 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo.

MONTEIRO, C. A. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec-NUPENS/USP, 2000. p. 247-255.

MOURA JÚNIOR, L. G.; VASCONCELOS, P. R. L.; FILHO, H.F.C.; GUIMARÃES, S.B.; MACHADO, F. H. F. Capella's gastropasty: metabolites and early phase proteins changes in midline and bilateral arciform approaches. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 41, n. 4, out./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 26 jun. 2006.

NASSER, D.; ELIAS, A. A. Indicação de tratamento cirúrgico da obesidade grave. In: GARRIDO JÚNIOR, A. B. (Org.). **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 45-46.

OLIVEIRA, V. M.; LINARDI, R. C.; AZEVEDO, A. P. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 26 jun. 2005.

PARZEWSKI, C.C.F.; SILVEIRA, T.A.; BERTANI, I. F. O corpo e sua significação ao longo da história. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 14, n.2, p.83-99, 2005.

PINHEIRO, A.R.O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 4, out./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 26 jun. 2005.

PORTO, M. C. V.; BRITO, I. C.; CALFA, A. D. F.; AMORAS, M.; VILLELA, N. B.; ARAÚJO, L. M. B. Perfil do obeso classe III do ambulatório de obesidade de um hospital universitário de Salvador, Bahia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 46, n. 6, dez.2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 26 jun. 2005.

RODRIGUES, J. C. **O corpo na história**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Afrontamento, 1999.

SANTOS, F. C. G. **Magro e agora?** Histórias de obesos mórbidos que se submeteram a cirurgia bariátrica. São Paulo: Vetor, 2005.



SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, supl. 3, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 26 jun. 2005.

SERRA, G. M. A.; SANTOS, E. M. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 19 set. 2005.

SILVA, A. M. Elementos para compreender a modernidade do corpo numa sociedade racional. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 19, n. 48, p. 7-29, ago. 1999.

SILVA, F. M. L.; SILVA, M. M. M. L. A obesidade e a modernidade. **Medicina Ocupacional**, v. 6, n. 2, p. 4-5, [s.d.].

VASQUES, F.; MARTINS, F. C.; AZEVEDO, A. P. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 26 jun. 2005.

VAZ, A. F. Treinar o corpo, dominar a natureza: notas para uma análise do esporte com base no treinamento corporal. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 19, n.48, p. 89-108, ago. 1999.

VIEIRA, A. C. R.; ALVAREZ, M. M.; MARINS, V. M. R.; SICHIERI, R.; VEIGA, G. V. Desempenho de pontos de corte do índice de massa corporal de diferentes referências na predição de gordura corporal em adolescentes. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 16 jul. 2005.

WITCOMBE, C. L. C. E. **Venus of Willendorf**. dez. 2006. Disponível em: <<http://witcombe.sbc.edu/willendorf>>. Acesso em: 28 jan. 2007.



## ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

**COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA DO HOSPITAL UNIMED -FRANCA**  
Órgão do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo  
Registro nº 907175 conforme Resolução CREMESP  
Rua Abílio Coutinho ,331

*Ofício CEM nº 006/06*

*Franca , 20 de Julho de 2006.*

*Prezada Dra. Rita de Cássia Fuga Berteli Fontes*  
*Coordenadora do Dep. De Méd. Preventiva*

*Prezado(a) Dra.*

*O Conselho de Ética do Hospital Unimed, atende o seu pedido para pesquisa de apoio aos*  
*PACIENTES DO GRUPO DE APOIO E OBESSIDADE MÓRBIDA, com o auxílio da*  
*psicóloga Tania Áquila Silveira; desde que se mantenham enquadrada nas normas do*  
*código de ética e não inflijam o Estatuto do Hospital Unimed.*

*Atenciosamente, saudações cooperativistas, desejando total sucesso.*

  
*Dr. Horácio José Calado Filho*  
*P/ Comissão de Ética Médica.*

---

**ANEXO B - QUESTIONÁRIO****I – Identificação**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Data nascimento: \_\_/\_\_/\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Cor: ( ) Branca ( ) Não Branca

Estado conjugal: ( ) Com companheiro ( ) Sem companheiro

Filhos: ( ) Sim Quantos: \_\_\_\_\_

( ) Não

Abortos: ( ) Sim Por que? \_\_\_\_\_

( ) Não

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Co-habitação (número de pessoas e quem são – grau de parentesco): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**II – Profissão**

1. Você está:

( ) Empregada

( ) Desempregada

( ) Aposentada

( ) Afastada. Por que? \_\_\_\_\_

- ( ) Não trabalha. Por que? \_\_\_\_\_
2. Ocupação atual: \_\_\_\_\_
3. Há quanto tempo está neste trabalho? \_\_\_\_\_
4. Encontra ou já encontrou dificuldades no trabalho por causa do peso? Se sim, quais?

### **III – História pessoal**

1. Você tem pai e mãe? (no caso de falecimento, investigar o que aconteceu) Como é o relacionamento com eles? Você tem algum problema marcante com algum deles em sua vida?
2. Você tem irmãos? Se sim, quantos? Você está em que posição? Você tem algum problema marcante com algum deles em sua vida?
3. Fale um pouco sobre sua infância e adolescência. Viveu algum evento marcante?

### **IV – Relacionamento interpessoal**

1. De forma geral, como é o seu relacionamento com as pessoas?
2. Caso tenha um companheiro (a), há quanto tempo está com ele? De uma forma geral, como é o relacionamento entre vocês? Vocês mantêm vida sexual ativa? Se não, há quanto tempo? Por que?
3. Você acha que o seu peso interfere no seu relacionamento com as pessoas? Se sim, de que forma?

### **V- Lazer**

1. Quais as atividades de recreação e de lazer que você gosta de fazer e tem feito?
2. Quais as atividades de recreação e de lazer que você gosta de fazer e não tem feito? Por que não faz?
3. O que você costuma fazer nas horas que tem livre?

**VI – História do peso e da alimentação**

1. Início da obesidade:

- ( ) Infância
- ( ) Puberdade
- ( ) Após casamento
- ( ) Após gestação
- ( ) Menopausa
- ( ) Cessação de atividade física
- ( ) Cessação de tabagismo
- ( ) Após tratamento medicamentoso. Qual?
- ( ) Após cirurgia. Qual?
- ( ) Após doenç a. Qual?
- ( ) Após evento traumático. Qual?
- ( ) Associado a outras situações. Quais?

2. Na idade adulta (a partir de 18 anos) qual foi seu menor peso? E o seu maior peso?

3. Existem pessoas obesas na sua família? Quem?

4. Como se sente com seu peso atual?

5. Se você pudesse escolher um peso diferente, qual é a imagem do seu corpo que você gostaria de ter?

6. Você percebe situações específicas em que você come mais ou tem vontade de comer mais? Se sim, quais? Que tipo de comida você prefere comer nessas situações?

7. Você já fez dietas anteriormente? Quais? Chegou a perder peso? Por que acha que voltou a ganhar peso?

8. O que você acha ou espera que v  mudar na sua vida quando perder peso?

**VI – Situação de Saúde Atual**

1. Considerando este último mês, do ponto de vista da sua saúde física, como você está se sentindo?
2. Você está sob tratamento de alguma doença. Se sim, quais? Que medicamentos têm usado?
3. Você sofre de alguma dessas doenças citadas a seguir?  
 Hipertensão arterial       Diabetes       Problema cardíaco? Qual?  
 Problema ortopédico? Qual?  
 Problema com relação ao sono? Qual?  
 Tireoideopatia       Outras. Especificar:
4. Você tem o hábito de beber? Com que frequência?
5. Você tem algum hábito ou vício? Quais? (incluir cigarro)
6. Considerando este último mês, do ponto de vista da sua saúde mental, como você está se sentindo? Por que?
7. Você já fez algum tipo de tratamento psicológico? Se sim, qual? Como foi? Quanto tempo durou? Por que fez?
8. Você já fez algum tipo de tratamento psiquiátrico? Se sim, qual? Como foi? Usou algum medicamento? Qual? Ainda está usando algum medicamento? Há quanto tempo?
9. Alguma vez você já pensou em pôr fim à sua vida? Se sim, por quê? Como lidou com essa vontade?

**VII – Cirurgia**

1. Como você ficou sabendo da cirurgia bariátrica?
2. Desde quando você pensa em fazer a cirurgia?
3. O que você sabe sobre a cirurgia?

4. O que você espera alcançar?
5. O que você acha que vai mudar na sua vida depois da cirurgia?
6. Que tipo de pessoa você será após a cirurgia?