



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

**GORDOS E “GORDISSES”:
ESTUDO ETNOGRÁFICO DE PACIENTES OBESOS NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

Angélica Alarcón Torres

Brasília

2013

Angélica Alarcón Torres

**GORDOS E “GORDISSES”:
ESTUDO ETNOGRÁFICO DE PACIENTES OBESOS NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Antropologia Social da Universidade
de Brasília como um dos requisitos
para obtenção do título de Mestre em
Antropologia Social

Orientadora: Dra. Soraya Resende Fleischer

Brasília

2013

BANCA EXAMINADORA

Dra. Soraya Resende Fleischer (Orientadora–DAN/Departamento de Antropologia/UnB)

Dra. Ellen Woortmann, (DAN/ Departamento de Antropologia/UnB)

Dra. Silvia Guimarães.(Faculdade da Ceilândia/UnB)

Dra. Christine Alencar (Suplente – DAN/Departamento de Antropologia/UnB)

Resumo

A presente dissertação tem como objetivo a análise da obesidade por meio de narrativas e histórias de vida e das experiências de pacientes que fazem tratamento no Programa de Pesquisa e Assistência no Tratamento a Obesidade (PASSO) do Hospital Universitário de Brasília. Esta pesquisa teve como foco as narrações dos próprios interlocutores sobre a origem, as causas e os eventos em que se desenvolveu o excesso de peso.

A pesquisa foi desenvolvida durante o ano de 2012 tendo como base as observações efetuadas no grupo PASSO desde o momento em que os pacientes ingressaram na instituição até conseguirem fazer a cirurgia bariátrica como recurso definitivo para emagrecer. E as expectativas, mudanças e sonhos que os pacientes depositam na cirurgia.

Neste trabalho foram realizadas, também, entrevistas e conversas com vinte três pacientes no hospital e visitas regulares à casa de três interlocutoras. Desse modo, no trabalho demonstra-se que a obesidade não é a causa, mas a consequência de fatos críticos vividos ao longo da vida.

Palavras-Chave: obesidade, narrativas, cirurgia bariátrica.

Abstract

The present dissertation has the aim of analyzing the obesity through narrative of life stories, and patient experiences in treatment in Programs of Assistance to Treatment of Obesity (PASSO) at University Hospital in Brazilia taking into account the stories from speakers on origin, cause and events in which overweight is developed.

The Work was developed in 2012 from observations into the PASSO group and movement of patients into the institution until the achievement of a bariatric surgery as a resource to reduce weight, and the expectations, changes and dreams of patients about surgery.

Besides, in the work interviews to twenty-three patients were done at the hospital, as well as regular visits to three people. In this way the work attempts to show obesity is not the cause but the consequence of critical facts lived through the life.

Key words: Obesity, narrative, bariatric surgery.

Deus criou todos os alimentos como fonte de vida,
não como meio de escravidão.

Senhor meu Deus, obrigado pela minha vida e
pelo corpo que o Senhor me deu.

Obrigado pela saúde e pelas coisas boas da vida.

Com a tua ajuda, quero ter sabedoria e domínio
próprio para com minha alimentação.

Deus tire de mim toda ansiedade, insatisfação,
medos ou fobias que muitas vezes me levam a
refugiar-me no comer exagerado.

Ajuda-me a ter o peso ideal para com minha
altura.

Arranque de mim todo o descontrole emocional e
alimentar.

Pai, eu quero ter um corpo sadio e uma mente
equilibrada para que o Senhor habite em mim e
que eu possa refletir o Teu Santo Espírito através
da minha vida.

Liberte-me de toda obesidade, de todo descontrole
hormonal, equilibre o meu metabolismo e abençoe
todo meu ser.

Em nome de Jesus,

Amém.

(Oração de uma paciente do PASSO)

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos os que possibilitaram a realização da presente dissertação, em especial a Professora Soraya Fleischer pela orientação e por contagiar-me o gosto pela etnografia, agradeço sua paciência, acompanhamento e atenção durante o processo de pesquisa.

Ao programa de Pós-graduação em Antropologia Social e ao corpo docente por dar-me as ferramentas teóricas e práticas por meio das disciplinas ministradas durante o tempo em que cursei o mestrado.

Agradeço ao professor José Jorge de Carvalho pelas conversas dentro e fora da sala de aula as quais estimularam meu interesse de pesquisa pela classe popular. E à professora Ellen Woortmann, pelas motivantes aulas e sugestões sobre minha pesquisa.

À professora Dais Gonçalves, da Saúde Coletiva da UNB, pelo carinho, motivação e introdução ao campo da saúde.

À CAPES por ter-me concedido a bolsa e possibilitado a permanência em Brasília. Aos funcionários do PPGAS pela cordialidade e diligência especialmente a Rosa Cordeiro, Adriana Sacramento e Cristiane Romão.

A meus colegas e amigos com quem comparti, no tempo de estudo em Brasília, especialmente a Gretel Echazú, Chirley Mendes, Elizabeth Ruano e Jhanda Siqueira, obrigado pelo carinho e boas conversas.

À Universidade de Brasília por dar-me a possibilidade de estudar nessa atmosfera acadêmica de bem-estar e felicidade.

Agradeço ao Hospital Universitário de Brasília, especialmente a equipe do Grupo de Obesidade PASSO, pela possibilidade de realizar a pesquisa no grupo.

Ao coordenador Dr. Carlos Augusto T. da Cruz, às Dras. Jane Miranda e Érica Vicentina, às Psicólogas Marina Mensorio e Gabriella Ciardullo, à secretária Fátima Fortes e à enfermeira Neuza Chaves.

Aos pacientes do PASSO por compartilhar suas experiências. Agradeço de todo coração a Clara Regina e ao Jaime Valderrama, pela amizade, confiança e acolhimento em Brasília. Eles fizeram com que minha estada em Brasília estivesse cheia de bons e inesquecíveis momentos, muito obrigada.

Agradeço a Maria Helena Teixeira pelo tempo e dedicação à edição desta pesquisa.

À Professora Cornelia Eckert da UFRGS por me acolher no grupo de Antropologia Visual e despertar o interesse pela Antropologia.

Aos colegas da oficina de Navisual, Maria Cristina, Lili, Rumi, Fernanda, Jeniffer, Mabel, Debora, Roberto, com quem comparti meus primeiros experimentos etnográficos.

E, por fim, agradeço a meu tio Miguel Angel Alarcón por acreditar em meus sonhos e apoiá-los.

A meus pais Álvaro Alarcón e Teresa Torres e meus irmãos Sandra e Miguel Angel pelo carinho e a força.

A Alexander pelo apoio incondicional e por compartilhar comigo com amor, intensidade e paixão este importante momento de minha vida.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1.....	13
CAMINHOS PERCORRIDOS	13
1.1. Introdução.....	13
1.2. Construção do objeto	13
1.3. Inserção em campo	15
1.4. O registro das informações.....	27
1.5. Os interlocutores em campo	30
CAPÍTULO 2.....	32
PASSO: UM CAMINHO NA BUSCA DE EMAGRECIMENTO.....	32
2.1. Introdução.....	32
2.2. O hospital e seu programa institucional.....	32
2.3. Como funciona o PASSO?.....	35
2.4. Os passos dentro do PASSO	38
2.5. Notas sobre os interlocutores	44
2.6. Reconceituando a obesidade	44
CAPÍTULO 3.....	46
HISTÓRIAS DE VIDA	46
3.1. Introdução.....	46
3.2. Cristina.....	47
3.3. Luzia.....	52
3.4. Ana.....	58
CAPÍTULO 4.....	61
HISTÓRIAS DO ESTOMAGRINHO	61
4.1. Introdução.....	61
4.2. A cirurgia bariátrica	62
4.3. As experiências em primeira pessoa	65
Márcia: “Meu corpo era minha própria prisão”	65
Fernanda: “Eu era feliz e não sabia”	69

Rita: “Achava que, ficando magra, tudo ia mudar”	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
Referências Bibliográficas	79
ANEXOS	83

INTRODUÇÃO

Esta dissertação é o resultado do trabalho etnográfico realizado durante os meses de março a agosto de 2012 no Hospital Universitário de Brasília, no Programa de Pesquisa e Assistência no Tratamento a Obesidade (PASSO), localizado no Plano Piloto da cidade de Brasília.

Escolhi desenvolver como tema de dissertação um estudo sobre pessoas com obesidade, destacando suas narrativas e a maneira como eles mesmos relatam o surgimento e o processo de luta contra o excesso de peso.

Meu alvo foram pessoas das camadas populares que procuravam o Sistema Único de Saúde para fazer o tratamento de emagrecimento desenvolvido no HUB.

Para que esta dissertação pudesse ser realizada, contei com o apoio e a aprovação da equipe médica do PASSO que acreditou que pesquisas antropológicas podem ajudar no futuro do tratamento dos pacientes do PASSO.

O objetivo inicial desta pesquisa consistiu em entrar na instituição para entrevistar os pacientes sobre sua experiência de vida com a obesidade. Mas, após a entrada na instituição verificou-se que não se poderia isolar os pacientes do âmbito hospitalar onde eles passavam vários anos de tratamento. Assim este ambiente deveria ser considerado com o intuito de abrir o leque de possibilidades de análise e descrição na pesquisa, aplicando o pressuposto de Malinowski (1984) no qual sugere que se deve estar atento a todos os acontecimentos do lugar da pesquisa de maneira geral.

Dessa forma, o hospital se transformou num ambiente de pesquisa e cotidiano de observação do espaço e também de socialização onde conversei e aprofundei no resgate das narrativas autobiográficas. Submergi-me no ambiente hospitalar, mas tendo como ponto de partida o proposto por Good (1994) que pondera sobre a importância de analisar os relatos dos pacientes, seu padecimento, a experiência de sofrimento e a maneira como as narrativas expressam sentimentos

e percepções físicas. Utilizei também o conceito de “evento crítico” de Giddens (1991: 113) esse conceito demonstra que fatos críticos vividos ao longo da vida alteram funcionamento o normal da vida das pessoas e, além disso, tem implicações para o futuro e para a própria identidade do indivíduo.

Nesse sentido, o trabalho se desenvolveu em quatro capítulos. No primeiro, apresentei a experiência de campo onde compartilhei algumas reflexões, dilemas e encruzilhadas pelas quais nós, antropólogos, passamos na prática do ofício. Assim como também descrevi a construção do objeto de estudo, o contato com o tema e a aplicação do método etnográfico.

O segundo capítulo foi dedicado ao espaço institucional do Hospital Universitário de Brasília e especificamente ao Programa de Pesquisa e Assistência no Tratamento a Obesidade (PASSO). Descrevi o funcionamento e os passos do tratamento e o caminho percorrido pelos pacientes dentro do HUB.

No Capítulo três resgatei as histórias de vida de três interlocutoras, Cristina, Luzia e Ana, em que elas mesmas ordenam dados relevantes do surgimento, do diagnóstico e da busca por tratamento que envolve outros personagens da família, círculo de amigos, da vizinhança, da equipe médica, sempre no contexto por onde o paciente circula.

E, no Capítulo quatro apresentei as vivências de três pessoas que fizeram a cirurgia bariátrica nos relatos de Márcia, Fernanda e Rita, nos quais tecem considerações a respeito das transformações, das mudanças e dos resultados da cirurgia.

CAPÍTULO 1

CAMINHOS PERCORRIDOS

1.1. Introdução

O objetivo deste capítulo foi apresentar a vivência e defrontar-me pela primeira vez com a experiência de pesquisa de campo, no caso, realizado no Hospital Universitário de Brasília (UnB) com pacientes obesos.

Nesse sentido, compartilho algumas reflexões, dilemas e encruzilhadas pelas quais nós, antropólogos, passamos na prática do ofício que implica a agudeza dos sentidos e a interação *in situ* com as pessoas, como base empírica para a análise científica. Assim, considero relevante detalhar os caminhos percorridos que me levaram à construção do objeto de estudo e à aplicação do método etnográfico. Descrevo a maneira pela qual me apropriei do método etnográfico na produção de dados. Assim, algumas técnicas foram utilizadas de forma crítica no decorrer da pesquisa: observação direta, entrevistas formais e informais e o apoio de outros instrumentos, como o gravador e a câmera fotográfica.

Por tanto, neste capítulo demonstro a maneira como foi feita a construção do objeto de pesquisa onde relato como entrei em contato com o tema da obesidade. Também, descrevo a maneira como ocorreu a inserção em campo e como foi feito o registro das informações obtidas dos interlocutores.

1.2. Construção do objeto

Entre em contato com o tema de obesidade na disciplina de Direitos Humanos Cultura e Sociedade que cursei no Programa de Pós-graduação de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, durante o mestrado. Ali acompanhei um grupo de pessoas com diabetes que participava do Projeto de extensão intitulado “Doce Desafio” da UnB. As atividades desse projeto eram desenvolvidas no Centro Olímpico da UnB, duas horas, três vezes por semana. Observei que os participantes

tinham um espaço onde, ao começar a jornada, faziam as medidas antropométricas (registro do peso corporal, medida de glicose e de pressão arterial) orientadas por estudantes da graduação da Nutrição e Educação Física. Depois, eram orientados pelos estudantes para realizar exercícios físicos durante uma hora e voltavam a fazer as medidas antropométricas. No tempo em que começavam ou terminavam as atividades, eu dialogava com as pessoas que se interessavam em responder minhas questões.

Nas conversas e na observação da própria rotina deste projeto, comecei a perceber que uma das maiores preocupações dos participantes não era os sintomas próprios da doença, como a perda da visão ou a aplicação diária de insulina e sim, a relação que tinham com a comida e a perturbação de ter o corpo “feio”, “desproporcional” ou “gordo”.

Outro fato relevante aconteceu no dia de março de 2012 ocasião em que conheci casualmente uma senhora chamada Luzia, quando estávamos na fila de espera de Raios-X. A presença imponente de Luzia, sua estatura e seus cento e noventa quilos detinham o olhar dos transeuntes. Segundo me contou, uma hora era o tempo gasto para subir as escadas do hospital. Sua locomoção, para além das dimensões corporais, era motivo de atenção naquele espaço. Fatigada e um pouco desvanecida, trocamos as primeiras palavras de uma conversa que duraria três horas. Com rosto triste e a voz doce, Luzia contou-me o quanto sofria. Ela narrou sobre a maneira preconceituosa em que constantemente era tratada na rua. Contou-me que já lhe haviam dado sobrenome de vaca e baleia e até cobraram duas passagens no ônibus por ocupar duas cadeiras.

Seguindo o conselho da minha orientadora, comecei a escrever sobre alguns fatos marcantes da minha vida, buscando entender a relação do tema da obesidade com minha biografia. À medida que me debruçava nesse exercício de introspecção, lembrei-me de minha avó materna que morreu por causa da diabetes. Tinha o ideal de beleza do corpo arredondado, como era comum às pessoas de sua cidade e de sua época. Preocupada com minha magreza, ela insistia em dar-me toda classe de alimentos e remédios caseiros para abrir o apetite, com o argumento de que estar com “carnes” seria um sinal de boa saúde. “Es más bonita una mujer fuertecita, que flaca y debilucha”, falava minha avó. O ideal de corpo para minha avó, vinda do

interior, era o de uma mulher cheia, robusta, forte para o trabalho na roça o qual chocava com o de beleza da cidade onde eu crescia e onde o ideal de beleza era o do corpo magro.

Estes últimos fatos me interessaram e me levaram a escolher e recortar o tema da obesidade, em razão da experiência individual. Assim, essa dissertação tem por foco conhecer as narrativas das pessoas com excesso de peso que estão fazendo tratamento médico no HUB com o intuito de melhorar a qualidade de vida. Partindo da hipótese de que obesidade é a consequência de eventos marcantes acontecidos ao longo da vida das pessoas.

Assim, a intenção desta pesquisa é saber quais são esses fatores que levaram as pessoas ao aumento do tamanho do corpo a partir da construção biográfica dos interlocutores.

1.3. Inserção em campo

Resolvi também aproveitar o fato de viver no Plano Piloto de Brasília, onde a própria arquitetura torna indispensável o uso do automóvel, promovendo assim, pelo menos aparentemente, um estilo de vida sedentário. Ainda assim, eu continuava me perguntando se o sedentarismo seria ou não fato determinante para que uma pessoa aumentasse progressivamente o tamanho do corpo até se tornar obesa.

Nas cotidianas idas e vindas da universidade, eu passava pelo grande terreno do Hospital Universitário de Brasília, conhecido como HUB. Percebi que ali poderia encontrar futuros interlocutores, ao observar que constantemente entravam e saíam pessoas muito gordas e, em especial concentravam-se num dos prédios do hospital. Dessa forma, comecei uma aproximação exploratória naquele ambiente, deambulando pelos prédios que tinham livre acesso e perguntando a funcionários se havia no HUB algum tratamento para pessoas com obesidade.

Foi assim que um funcionário do hospital levou-me até o ambulatório da endocrinologia ocasião em que planejei algumas estratégias para conseguir informação das pessoas. Pensava numa maneira de entrar, de contatar-me com as

peessoas com o objetivo de ter uma aproximação direta com os pacientes. A primeira tática foi passar por uma “falsa acompanhante”, tentando não ser percebida. Fiquei observando, na sala de espera do ambulatório da endocrinologia do HUB, por uma hora, durante três dias. Nesta sala havia umas 50 cadeiras, um balcão atendido por duas enfermeiras, uma televisão sempre ligada fazia com que os pacientes comentassem entre eles o que estava acontecendo. Outros que já se conheciam comentavam os últimos avanços do tratamento ou compartilhavam receitas ou dietas para emagrecer (ver anexos.).

De tal modo, por varias ocasiões, aguardei, por algumas horas, na sala de espera, no intuito de compreender o funcionamento do lugar e reconhecer funcionários-chave, conforme mostrado na foto seguinte (Foto 1), tirada do alto da escada, na qual se pode ver esse espaço da sala de espera. Como havia muitas cadeiras, eu podia me sentar em uma delas e ficar observando o comportamento dos pacientes e funcionários.

Além disso, como pude verificar, as pessoas aguardavam, em média, 30 minutos assim, era possível aproximar-me de alguém e tentar uma conversa por algum tempo. Depois dessas visitas, apresentei-me às funcionárias que atendiam no balcão e falei do meu interesse de pesquisa. As duas se encarregavam do agendamento das consultas e de dar informação aos pacientes. Elas foram, nessa etapa inicial da pesquisa, as “funcionárias-chave”.



Foto 1. Sala de espera de endocrinologia e nutrição do HUB. Foto da autora.

“Funcionários-chave” seriam aqueles burocratas que, como Lipsky (1980) define, são servidores públicos “burocratas de nível de rua”, que interagem direta e cotidianamente com os “usuários” de um serviço (de saúde, de educação, segurança etc.). Os burocratas de nível de rua, de balcão, são os primeiros a receber as demandas do público, mas também podem circular e controlar a informação. No caso das funcionárias-chave do HUB, elas não só ajudam os pacientes a resolver dúvidas, como também conhecem o funcionamento do programa de obesidade, quem são os médicos e têm informação dos procedimentos para obter benefícios do governo. Esses funcionários-chave foram importantes durante a pesquisa porque ocupam uma posição de destaque, cumprem a primeira função de mediadores entre o usuário e o serviço e porque têm o poder de decisão de favorecer ou afetar o acesso aos benefícios oferecidos pelo serviço público Lipsky, (1980). No caso da Foto 1, são as pessoas sentadas à mesa que podem ser vistas do lado direito da imagem.

Assim, depois de ter observado essa antessala do ambiente institucional da Clínica de Endocrinologia e Nutrição do HUB, tentei abordar alguns pacientes em

meio às cadeiras da sala de espera, nos corredores e também fora dos espaços do hospital. Alguns deles ignoravam-me e outros me aceitaram, mas respondiam com cautela e suspeita. O resultado foi tão minguido que me acometeu uma “crise de método”, pois não encontrava interlocutores. A tática teve de ser reformulada, mas nem tudo foi em vão e aproveitei-me do fato de que, a distância, tinha conhecido um pouco da forma de funcionamento dos funcionários-chave. Foram justamente eles que me permitiram desenvolver a tática que descrevo a seguir. Hoje, percebo como os burocratas de nível de rua também serviram de mediadores para minha pesquisa.

Passei, então, pelo processo de “negociação institucional”. Os funcionários do balcão apresentaram-me a uma das coordenadoras do programa de obesidade do HUB. A ela apresentei as minhas intenções e uma proposta de pesquisa que, depois de um mês foi aceita.

A mesma coordenadora da endocrinologia em forma verbal concedeu-me a aceitação, com o seguinte comentário: “sua pesquisa não representa perigo”. Percebo como “avaliaram” minha proposta de pesquisa à luz da lógica biomédica de ética em pesquisa, segundo preconiza a CONEP¹.

A equipe aceitou minha proposta de entrevistar os pacientes dentro do hospital, mas, sem ser apresentada a ninguém, tive que ir atrás das enfermeiras perguntando e tirando dúvidas do funcionamento e do atendimento do grupo de obesidade, dos médicos e dos pacientes.

Para minha surpresa, me foi dado um espaço pequeno dentro de um dos consultórios da Clínica. Eu tinha uma mesa e uma cadeira à minha disposição. Esse espaço era compartilhado com um médico residente que, por muitas vezes, parecia

¹http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) está diretamente ligada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ela foi criada pela Resolução do CNS 196/96 como uma instância colegiada, de natureza consultiva, educativa e formuladora de diretrizes e estratégias no âmbito do Conselho. Além disso, é independente de influências corporativas e institucionais. Uma das suas características é a composição multi e transdisciplinar, contando com um representante dos usuários.

A CONEP tem como principal atribuição o exame dos aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos. Como missão, elabora e atualiza as diretrizes e normas para a proteção dos sujeitos de pesquisa e coordena a rede de Comitês de Ética em Pesquisa das instituições.

Cabe a CONEP avaliar e acompanhar os protocolos de pesquisa em áreas temáticas especiais com o: genética e reprodução humana; novos equipamentos; dispositivos para a saúde; novos procedimentos; população indígena; projetos ligados à biossegurança e como participação estrangeira.

A CONEP também se constitui em instância de recursos para qualquer das áreas envolvidas.

visivelmente incomodado com minha presença. Ele ficava de lado, atendendo os pacientes, e eu, do outro, conversando e entrevistando as pessoas que já haviam sido atendidas. Às vezes, as vozes se confundiam e ambos, ele e eu, perdíamos o fio da consulta ou da conversa.

Meus entrevistados não se sentiam muito à vontade, sobretudo, os que esperavam fazer a cirurgia bariátrica, por exemplo, falavam baixo quando eu pedia para lembrar os alimentos consumidos nos últimos dias, desde o café da manhã até o jantar. Eu perguntava sobre os alimentos porque escutava os médicos recomendarem insistentemente para os pacientes terem uma alimentação saudável que incluía frutas e legumes. Assim, era comum ouvir nas entrevistas no consultório respostas como “eu faço tudo o que o médico fala”, “agora eu como só comida saudável”.

Na Foto 2, é possível vislumbrar a exiguidade do espaço. Ao fundo, há uma cadeira de plástico branco e uma cadeira de madeira. Era ali que eu permanecia com minhas entrevistadas. O médico ficava do lado de cá da divisória, onde é possível observar a paciente mexendo em uma mochila.



Foto 2. Ao Fundo o consultório onde fazia as entrevistas no HUB na Clínica de Endocrinologia e Nutrição do HUB. Foto da autora.

Nesse espaço, realizei entrevistas em profundidade. Um dia na semana, durante a jornada da manhã, os pacientes com consulta marcada passavam pela endocrinologista e nutricionista, ao final da consulta eu lhes pedia uma entrevista e os levava ao espaço que me fora indicado. Alguns aceitavam, outros tinham dúvidas, e outros se negavam, ao final, nessa primeira entrada em campo, consegui fazer cerca de quatro a cinco entrevistas. Foi nesse espaço que encontrei meus primeiros interlocutores, consegui fazer minhas primeiras conexões, os primeiros vínculos que se foram estreitando no decorrer dos dias, no contato frequente no hospital e, posteriormente, nas visitas a suas casas.

O fato de ter um espaço dentro do hospital, ao lado dos médicos, e de ter uma escrivaninha e duas cadeiras, me convertia em parte da equipe de funcionários

do hospital. Embora não usasse o jaleco branco, próprio de toda a equipe daquela Clínica, sempre fui identificada como uma “doutora”, ou “funcionária”, mesmo que continuasse me apresentando sempre como antropóloga.

Por isso mesmo, optei por deambular por outros espaços dentro do hospital, tentando conversas informais sem a pressão do consultório, desvinculando-me da imagem de “doutora” que impedia os interlocutores de falar da vida pessoal, dos afetos, dos gostos, das tristezas, pois achavam que eu poderia passar informação à equipe médica, o que afetaria o processo do tratamento e a luta por conseguir serem “liberados” pelos especialistas para fazer a bariátrica. Essa imagem impedia que as pessoas falassem abertamente, embora minha presença se tornasse comum, ainda era difícil ser aceita entre os pacientes. Nesse momento, me sentia uma espiã. De um lado, estavam os médicos residentes que desconheciam o que eu fazia ali e de outro, os pacientes que me olhavam com suspeita. Além disso, eu era uma estrangeira, com sotaque diferente apresentando-me com uma profissão desconhecida para eles, querendo saber da vida pessoal, por isso, em diversos momentos, foi questionada pelos pacientes com a pergunta: o que você faz aqui?

Numa ocasião no hospital, uma pessoa do grupo de obesidade me procurou e falou abertamente, deixando claro como minha presença, física até, provocava uma instabilidade de entendimento:

“Mas você já não precisa vir. Eu vi você entrar e pensei”, “Ela é doida”. Há quanto tempo você fez à bariátrica? “Respondi: ” Não, eu não fiz nada, só queria assistir e escutar vocês”. Estou aqui fazendo uma pesquisa”. Outra pessoa explicou, “Não, doida é você [se dirigindo à primeira mulher], ela é psicóloga”. Ela entrevista a gente. “Eu a vi lá na sala da endócrina”. Falou uma terceira pessoa a quem me tinha questionado (Diário de campo, 11/06/2012).

Depois pedi à coordenação do grupo de obesidade para participar como ouvinte das consultas coletivas da psicologia. Um dia na semana, a equipe reunia dois grupos de usuários que estavam preparando para a cirurgia bariátrica (etapa que será devidamente discutida no capítulo seguinte) e outro dia ocorria a reunião de grupo daquelas pessoas que já tinham sido operadas.

As reuniões aconteciam no prédio do Ambulatório do HUB, o mais movimentado do hospital. No final do corredor, localiza-se a Sala de Psicologia que, em outros horários do dia, funcionava como sala de preparação da Clínica de Maternidade. Esse espaço consistia em uma sala pequena, pouco arejada que, em pouco tempo, foi trocada por uma mais ampla e iluminada. Mas o barulho do choro das crianças e as conversas das mães impediam ao grupo de pacientes da Psicologia de se concentrar e escutar uns aos outros, já que tinha do lado uma sala de pediatria. Ainda assim, a nova sala continuava compartilhada com a maternidade. Nas paredes de um lado havia informação sobre obesidade e, de outro, sobre maternidade com cartazes relativos aos cuidados da mãe e do filho e exercícios físicos.

Na parede da obesidade era possível ver fotografias dos pacientes mostrando o antes e o depois da cirurgia. E ao lado um cartaz decorado com flores de papel, destacando uma frase que dizia:

A obesidade é uma inimiga enorme, bem mais forte do que você. Apesar da dificuldade, ela pode ser vencida. A gastroplastia é como uma arma, uma metralhadora, que quando empunhada, torna a briga mais justa, ajuda muito na derrota da obesidade. Ajuda não garante nada. A metralhadora sozinha não atira. Quem tem que lutar é você.

Essa metáfora bélica associa a obesidade a um inimigo muito forte, mas que a bariátrica faz com que a luta contra a obesidade seja mais justa. E é desse o jeito que os pacientes olham seu próprio processo no HUB. A cirurgia bariátrica é vista como um prêmio ao empenho de muitos anos em que pacientes conseguiram fazer esforços muito grandes, consumir alimentos sem gosto, que nunca tinham comido ou que não gostavam, ou o próprio esforço por emagrecer um pouco, fazendo exercício físico e tomando os medicamentos indicados como requisito exigido pela equipe médica do PASSO para conseguir a cirurgia bariátrica e desse jeito conseguir vencer a batalha.

Essa belicosidade das palavras também afeta outros pacientes que não podem ser operados ou que continuam na espera da cirurgia e se sentem vencidos pela obesidade como indica a própria metáfora. Observa-se que esses pacientes

estão animicamente abatidos e acham que sem a bariátrica é muito difícil continuar a luta por isso muitos desistem do tratamento ou perdem o interesse de assistir aos encontros psicológicos e não acreditam nas dietas das nutricionistas.

A autora Susan Sontag (1980) em sua obra *A doença como metáfora*, relata experiências, como no caso do câncer, que algumas doenças têm um significado mediante o uso de metáforas e pode ser entendida não só como uma figura retórica, mas também como uma maneira de compreender o mundo. A autora descreve metáforas associadas às doenças como câncer, tuberculose e sinaliza uma em particular, a metáfora da guerra. Esse tipo de metáfora concebe o corpo como um campo de batalha; o corpo lutando contra uma doença que frequentemente é vencido. Segundo essa metáfora bélica, pode-se entender que obesidade representa o horror de uma invasão generalizada do corpo, com obstáculos fortes, camuflados, como, por exemplo, no próprio desejo de se alimentar que debilita a força de vontade como uma espécie de contraofensiva.

As reuniões da psicologia duravam de uma hora a duas horas. Ali as pessoas sentavam ao redor da sala em quatro bancos de madeira. A psicóloga fazia uma rodada de perguntas que se baseava nos ganhos e nas perdas de peso durante a semana, na insistência da alimentação saudável, na atividade física, na mastigação e no consumo dos medicamentos. Cada partícipe respondia as perguntas e contava sua experiência para os colegas ou tirava suas dúvidas. Para terminar, cada um subia na balança, e o peso do dia era registrado em seu histórico, o que permitia saber se, durante a semana, havia ganhado ou perdido peso. Dependendo do resultado dessa pesagem, cada um saía dali animado ou desanimado.

No início, eu me sentava e apenas observava essa dinâmica na Sala de Psicologia. Aos poucos, eu já identificava pessoas que havia entrevistado e conhecido nos corredores da Clínica. Assim, eu já conseguia relacionar o que me haviam dito, no espaço mais restrito, com o que diziam e vivenciavam ali, num espaço mais coletivo. Era possível, portanto, observar as pessoas em diferentes situações e contextos, interagindo individualmente comigo, mas também com outros pacientes, com os membros das equipes profissionais, em espaços distintos dentro do HUB. Neste ponto, eu já havia feito algumas amizades, produto das entrevistas e das conversas em outros espaços do hospital. Já sabia o nome das pessoas e se

participavam do grupo pré-cirúrgico que assistia às terças-feiras ou do grupo pós-cirúrgico das quintas-feiras. Quando não lembrava o nome dos pacientes tentava trazer alguma lembrança dos encontros. Fui construindo uma senha para cada um, o que me ajudava a me lembrar dos nomes. Tinha, por exemplo, a Eduarda que eu a relacionava com a história de sua irmã roubada, ou de Aline que se via muito aflita com a perda de cabelo, Sofia que sempre levava comida na bolsa e não a descolava do corpo.

No Ambulatório, percebi, havia três espaços de socialização desses usuários. Nas Fotos 3, 4, e 5, é possível vê-los. Na foto 3, observa-se o espaço estreito composto de duas longas filas de cadeiras que finalizavam numa janela, neste local, os pacientes marcavam as consultas de psicologia.

A Foto 4 mostra o corredor que é considerado outro espaço de socialização, embora seja um lugar estreito, é comum encontrar ali funcionários e pacientes conversando.

E a Foto 5 é um espaço aberto fora do ambulatório, mas dentro do hospital. Era o espaço onde os pacientes se reuniam para conversas descontraídas antes e depois da consulta de psicologia. Foi principalmente nesses espaços que eu, como pesquisadora, aproveitei para tentar alguns acercamentos, participando ora das conversas, da escuta das focas dos pacientes nos corredores, ou nas áreas de livre acesso do hospital.



Foto 3. Sala de espera do Ambulatório. Foto da autora.



Foto 4. Corredor interno do Ambulatório. Foto da autora.



Foto 5. Espaço externo do Ambulatório. Foto da autora.

Em todas essas interações, tive a oportunidade de conversar com as pessoas, perceber como elas viam o HUB e a Clínica em questão e, mais importante, como elas estavam entendendo todo o processo de “tratamento” da obesidade que era oferecido ali no HUB. Esse papel camaleônico permitiu-me ser aceita e entrar no campo, embora sempre me identificasse como antropóloga. Fui chamada de “doutora”, “psicóloga”, “assistente social” não só entre os pacientes, mas entre os médicos e funcionárias ou pelo fato de ser aceita principalmente pelas psicólogas que não se importaram com minha presença na sala. Um dia, uma funcionária, aproximou-se da sala de espera e em voz alta falou aos pacientes: “Gente, é o seguinte, a moça aqui, ela é psicóloga e quer falar com alguns de vocês sobre obesidade, quem quiser ela está no consultório 13, lá no fundo”. Outro dia, junto aos pacientes, uma pessoa da equipe me apresentou da seguinte forma: “Ela é a nossa Doc.”. Insisti mais uma vez e falei que era antropóloga. Ela respondeu: “Isso aí é muito comprido, nós aqui a conhecemos como a Doc.”. Como eu escutava as histórias de cada um dos pacientes, eles foram me abrindo um espaço nas conversas informais, conseguindo estabelecer diálogos mais amistosos. Por exemplo, alguns se despediam como “nossa gordinha” ou falavam “ela é gordinha de coração, pois ela escuta a gente”.

Depois das consultas, alguns se reuniam e outros em tom de brincadeira ficavam contando histórias que eles mesmos chamavam “gordisses”. Os que tinham feito a bariátrica contavam histórias que falavam que, embora ficassem magros, ainda tinham a cabeça de gordos e contavam que continuavam usando e comprando roupas grandes. Os que ainda não haviam operado relatavam seus excessos alimentares do final de semana ou da última festa junina. Riam explicando-me o que significava gordisse e cada um dava um exemplo: “Gordisse é o que gordo fala, pensa ou deseja”, “É comer na frente da TV e depois não lembrar que já comeu”, “É deixar falar ao estômago, *Tô com fome*” e fazer suas vontades”, “É querer chegar a casa o mais rápido para preparar uma panela de brigadeiro só para você”.

Pouco a pouco, fui sendo aceita nas conversas informais conseguindo observar o *ethos* dos pacientes do PASSO. (Geertz, 1989). Os pacientes neste momento da pesquisa já me identificavam como: “a psicóloga”, “a outra psicóloga”, “a psicóloga estrangeira” e “a santa milagreira”. Assim me batizou Clemente, um dos meus interlocutores, quando escutou a Ana convidando-me para um churrasco em sua casa no final de semana. “Que santa milagreira é você, hein? Eu estou aqui há mais de oito anos e nunca nenhum colega me convidou para comer. Ah, agora, vocês só se falaram uma vez e você já vai ganhar churrasco? Só você mesmo, Angélica”. Assim a relação com os pacientes e com a equipe ganhou por causa dessas possibilidades de “liminaridade”, já que me permitiu criar empatia e laços de aproximação com uns e com outros, de amizade. Foi assim que consegui ir além do HUB, visitando algumas interlocutoras na sua casa.

1.4. O registro das informações

Ao longo do trabalho de campo, experimentei formas de recopilar as informações encontradas e discutidas em campo. Na primeira fase da pesquisa, considerei importante fazer umas perguntas específicas aos entrevistados, cuidando sempre de gravar cada entrevista. A entrevista era feita na sala que me fora destinada e eu conversava com uma pessoa por vez. À medida que eu ficava mais à vontade com o tema da pesquisa e também com o exercício de entrevistar as

peessoas, perguntas menos diretivas foram igualmente incorporadas. Assim, tive a chance de saber de detalhes e histórias mais específicos de cada pessoa. Havia planejado ao final de cada jornada escutar e transcrever as entrevistas. Mas o trabalho de transcrição precisava de tempo e paciência extras. Eu não tinha nenhum dos dois, pois ainda cursava disciplinas no mestrado. Além disso, o barulho do hospital que não tinha percebido a “ouvido nu” alterou a qualidade do som captado no gravador e algumas falas dos entrevistados se perderam. Ao escutar o material novamente, em casa, pude perceber como o som ambiente comprometia a qualidade da informação. Além disso, a maioria dos entrevistados cuidava para que não fossem escutados pelos médicos, sobretudo, meu “colega” de consultório. Outros não se sentiam à vontade nem todos aceitavam ser gravados.

Por algum tempo, achando que com a gravação tinha toda a informação que precisava, deixei passar detalhes, do tempo, do lugar, do próprio entrevistando, como sua forma de falar, de sentar ou de se vestir. Assim, as gravações foram perdendo terreno dentre minhas escolhas por registrar as conversas que eu empreendia em campo. Optei, num segundo momento, pela caderneta de apontamentos. Eu tomava notas de palavras-chave e outras rápidas anotações, antes, durante e depois das entrevistas. Aqui tinha a constante preocupação de não perder informações que poderiam ser valiosas. A caderneta, ainda assim, me trouxe outras dificuldades. Eu já não tinha a segurança e a tranquilidade aparentes ou ilusórias que me dava o gravador. Além disso, confrontava-me com o fato de que possivelmente não voltaria a encontrar com a pessoa entrevistada. Por isso, esforçava-me por escrever a maior quantidade de informação possível.

Durante a conversa, por vezes, eu queria voltar a uma questão e a pessoa queria falar de outra coisa. Eu seguia a linha do entrevistado e corria o risco de perder minha própria agenda de pesquisa. Foi então que desisti definitivamente do gravador e da caderneta durante as entrevistas e as visitas que fiz às casas dos interlocutores. A caderneta só passou a ser usada depois das entrevistas, quando escrevia detalhes-chaves em lugares inesperados, fora do hospital, no parquinho ali perto, em casa, no ônibus, rumo à universidade etc. Assim, mesmo com um uso posterior da caderneta, eu tinha de chegar a casa e transcrever essas conversas o mais rápido possível, para conseguir completar as lacunas que as anotações

criavam e também conseguir recriar o contexto da conversa. Essas anotações mais extensas foram feitas em castelhano, já que saíam com mais rapidez e eficiência nessa língua. Meu método mais importante foi aguçar o ouvido, o olhar e a memória, alternando a presença da caderneta e levando sempre a câmera fotográfica. (Eckert & Carvalho, 2008)

Oliveira (2006, p. 31) fala que “os atos de olhar e de ouvir são, a rigor, funções de um gênero de observação muito peculiar, por meio dos quais o pesquisador busca interpretar ou compreender a sociedade e a cultura do outro “ ‘de dentro’ ”, em sua verdadeira interioridade”. Foi assim que, em campo, descobri que tudo era uma questão de desenvolver meus métodos de trabalho. Não usar a caderneta em momentos-chave me devolveu a confiança e a serenidade na pesquisa. Consegui dialogar com familiaridade, entrar na vida das pessoas, comunicar-me melhor, fazendo uma escuta atenta. As entrevistas passaram de diálogos a confissões, a outros encontros, a amizades. Acho que o fato de ser estrangeira não atrapalhou o trabalho de campo, pelo contrário, ajudou. Em nossos diálogos, os interlocutores perguntavam-me sobre minha família e meu país. Esses foram temas sempre colocados por eles. E eu aproveitava essa curiosidade para transformar em agenda da pesquisa. Devolvia perguntas semelhantes sobre a vida deles. Assim, era um conhecimento que se passava de forma mútua.

Ao final de cada jornada, eu me recolhia para escrever o diário de campo, trabalho exaustivo e às vezes cansativo, detalhado, cheio de ideias e de sensações, mas também de impressões, observações e inquietações. Na escrita do diário, consegui refletir sobre meus interlocutores, os detalhes de sua personalidade, os dramas, gostos e preocupações. Consegui perceber as nuances de portar e conviver com um corpo dito “gordo” e dos caminhos percorridos para lidar com ele, cada vez mais, de forma terapêutica.

1.5. Os interlocutores em campo

Na primeira fase da pesquisa, foram feitas vinte e três entrevistas formais, dentro do “consultório”. Essa etapa de aproximação serviu-me de trampolim para fazer entrevistas informais, diálogos inesperados dentro e fora do hospital. Foi o momento em eles me conhecerem e reconhecerem. Depois de alguns meses, acredito que foram sendo criados vínculos que chegaram a ser considerados de amizades. Foi um processo de interação em que eu fazia perguntas, mas também fui sendo questionada. Como numa ocasião, em que me falaram assim: “Você quer saber a vida da gente. Quer saber como moramos. Você agora já sabe até do meu mau relacionamento com meu marido. Agora eu quero saber de você. Seu marido é estrangeiro ou brasileiro? O que você mais gosta de Brasil? Como é seu país?”.

Tive a possibilidade de ter proximidade com a maioria das mulheres, com os homens foi diferente, eles eram mais fechados ao falar da família, do relacionamento, mas também eram eles que faziam as brincadeiras e contavam contos engraçados ou as gordisses.

Cristina, Luzia e Ana foram as três pessoas com quem pude ir além do hospital. Com elas tomei café, fiz almoço, compartilhei de um churrasco e dei a uma e a outra presentes de recordação. A elas, ao longo da dissertação, chamarei de “interlocutoras principais”². Com Luzia, minha primeira interlocutora, tive apenas uma entrevista informal no hospital e depois disso continuamos nos falando todas as semanas pelo telefone. Ela me contava como andava o processo da cirurgia, falava-me do filho e da neta. Considero esses telefonemas como parte integral da pesquisa. Eu tomava notas depois dessas conversas, como se tivéssemos nos encontrado pessoalmente. Conheci Ana nos dias em que entrei em campo e comecei a fazer as entrevistas no consultório. No começo, ela respondia minhas perguntas com timidez. Lembro que foi a entrevista mais emotiva que vivenciei em toda a pesquisa. Ela tinha sido operada por conta de um câncer de mama, tinha diabetes e ainda precisava emagrecer uns bons quilos, de acordo com seus médicos. Com Cristina, tive alguns encontros no consultório de Psicologia. Ela estava muito ansiosa esperando a cirurgia bariátrica, pois ela seria a próxima a ser

² Todos os nomes dos entrevistados e interlocutores foram modificados para preservar a identidade.

operada. Um dia depois de uma reunião, eu lhe perguntei o que havia acontecido com a cirurgia. Assim, falou-me que não tinha uma UTI disponível e começamos uma longa conversa. Sentamo-nos fora do consultório no corredor e foi ali que começou nossa amizade, bem como e as visitas em sua casa.

Finalmente é importante salientar que o trabalho de campo foi um processo de aprendizagem, de prática do método etnográfico, da alteridade que vivenciei produto da novidade de pesquisar num mundo alheio e distante como é o mundo hospitalar.

CAPÍTULO 2

PASSO: UM CAMINHO NA BUSCA DE EMAGRECIMENTO

2.1. Introdução

O presente capítulo trata da apresentação e funcionamento do lugar onde foi realizada a pesquisa e onde tive a oportunidade de conseguir ser aceita para boas conversas e entrevistas. Em primeiro lugar, descrevo o espaço institucional que contemplou dados históricos sobre o Hospital Universitário de Brasília (HUB) e do Programa de Pesquisa e Assistência no Tratamento a Obesidade (PASSO), programa específico onde centrei minha presença. Os dados históricos do Hospital Universitário de Brasília foram coletados da página web do HUB, e os dados do programa de obesidade foram coletados do arquivo do PASSO e supervisionados pelo Dr. Carlos Augusto Teixeira, coordenador do programa e em entrevistas com a secretária, Fátima Fortes.

Além disso, aproximei-me da experiência de atenção, tratamento e cuidados do Programa PASSO, mais especificamente o processo pelo qual as pessoas com excesso de peso escolheram a biomedicina como um dos caminhos para resolver seu padecimento. Nesse sentido, o interesse deste capítulo consistiu na aproximação do funcionamento do PASSO e no caminho percorrido pelos pacientes dentro do HUB.

2.2. O hospital e seu programa institucional

O Hospital Universitário de Brasília (doravante, HUB), situado no bairro da Asa Norte do Plano Piloto do Distrito Federal, num lugar estratégico porque integra o conjunto universitário do primeiro e maior campus da UnB.

Ele foi construído em 1972 como unidade do Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Serviços do Estado (IPASE)³, com o objetivo de atender os servidores públicos federais da cidade. A unidade foi reconhecida com o nome de Hospital dos Servidores da União (HSU). Em 1979, passou a ser administrado pela Universidade de Brasília, por meio de um convênio assinado com o INAMPS⁴. Em 1987, foi integrado à rede de serviços do Distrito Federal por meio de um novo convênio assinado pela Universidade de Brasília e por quatro ministérios, passando a chamar-se Hospital Docente Assistencial (HDA). Em 1990, foi cedido pelo INAMPS à UnB, passando a denominar-se Hospital Universitário de Brasília (HUB). Com isso, ele passou a ampliar a atenção nos procedimentos de prevenção, tratamento e reabilitação nas diferentes especialidades da saúde.

A cirurgia bariátrica passou a ser uma política de saúde no Brasil desde 1999, ocasião em que começou a ser oferecida nos procedimentos cirúrgicos do SUS devido à incidência da doença com uma prevalência de obesidade grave estimada em um milhão de pessoas e por ser a principal causa de morte de 80 mil brasileiros por ano⁵. Assim, em 1990 criou-se a rede de atendimento ao paciente com obesidade mórbida composta de 22 Centros Nacionais. Atualmente, também está habilitado para fazer a cirurgia bariátrica em Brasília o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN).

Por meio da Portaria SAS⁶ n° 492, de 05 de setembro de 2007, definiram-se as unidades de assistência de alta complexidade ao paciente com obesidade grave. A Portaria do Gabinete Ministerial GM n°1570, de 25 de julho de 2007, determina que a Secretária de Atenção à Saúde, isoladamente ou com outras secretarias do Ministério da Saúde adote todas as providências necessárias à organização da assistência ao portador de obesidade grave. E a Portaria GM n° 1569, de julho de

³ Decreto N° 70.178 de 21 de fevereiro de 1972. “Dispõe sobre funcionamento, a título experimental, do Hospital dos Servidores da União, do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado, em Brasília, e dá outras providências”.

⁴www.sistemaunicodesaude.br. O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuía com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. (consultado 09-12-2013).

⁵ Segundo Documentação subministrada pelo Dr. Carlos Augusto T da Cruz. (17-11-2012)

⁶ É um documento de ato administrativo da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde que contém instruções acerca da aplicação de leis ou regulamentos, recomendações de caráter geral, normas de execução de serviço, ou qualquer outra determinação da sua competência.

2007, que institui as diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas. Cumprindo com o estabelecido nessas Portarias, em 2002, o HUB passou a ser o único hospital habilitado para realizar cirurgia bariátrica em Brasília pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁷. Nessa época, o atendimento começou como um projeto de extensão chamado Pesquisa e Assistência no Tratamento da Obesidade, mais conhecido como “PASSO”, organizado pela Faculdade de Saúde da UnB, como uma iniciativa dos programas de Medicina e Nutrição. Esse Projeto consolidou-se⁸ em 2008 com a chegada de outros profissionais da saúde que compuseram a equipe interdisciplinar. Até então, não havia uma equipe exclusiva para atender os pacientes com obesidade, sendo atendidos pelos especialistas do HUB que não tinham comunicação entre eles. Assim, o programa do PASSO agrupou diversos especialistas que discutiam os casos dos pacientes, suas necessidades e demandas e chegavam a resoluções conjuntas, além disso, passaram a ter um espaço físico adequado para a atenção de pacientes obesos.

⁷A nova portaria do Ministério da Saúde também reduz de 18 para 16 anos a idade mínima para realizar o procedimento, em casos em que há risco ao paciente. A iniciativa foi tomada com base em estudos que apontam o aumento crescente da obesidade entre os adolescentes, como a Pesquisa de Orçamento Familiar de 2009 (POF). A POF verificou que na faixa de 10 a 19 anos o percentual de 21,7% dos brasileiros apresenta excesso de peso – em 1970, esse índice estava em 3,7%. A avaliação clínica nos jovens entre 16 e 18 anos deverá constar no prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. A idade máxima, que até então era de 65 anos, também foi alterada. Com a portaria, o que determinará para o indivíduo se submeter à cirurgia não será a idade, e sim a avaliação clínica (risco - benefício), podendo ultrapassar o limite atualmente estabelecido.

O documento também prevê incremento no valor pago em cinco exames ambulatoriais pré-operatórios – os aumentos serão de 100% a 277%. A portaria prevê ainda reajuste médio em 20% das técnicas de cirurgia bariátrica na tabela do SUS. Além do incremento financeiro, o SUS passa a autorizar a realização da técnica Gastrectomia Vertical em Manga (Sleeve), totalizando a cobertura de quatro técnicas de cirurgia bariátrica. Também há novidade na cirurgia plástica reparadora pós-operatória. O SUS dará cobertura para mais uma cirurgia plástica reconstrutiva, a dermolipectomia abdominal circunferencial pós-gastroplastia, totalizando cinco tipos de cirurgias. (consultado: 17-04-2013)

⁸ Informação subministrada pelo Prof. Dr. Carlos Augusto Teixeira da Cruz e a Sra. Fátima Fortes

2.3. Como funciona o PASSO?

O PASSO oferece atendimento médico especializado em prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas com obesidade grave, bem como cirurgia bariátrica.

Essa cirurgia é um procedimento definitivo realizado com o objetivo de perder peso mediante redução do tamanho do estômago com diferentes técnicas que restringem e limitam a absorção alimentar. A aplicação da técnica é definida pela equipe médica do PASSO que estabelece a técnica adequada para cada paciente. As técnicas podem ser a **banda gástrica**, em que é colocado um dispositivo ao redor do fundo do estômago que faz com que a capacidade de ingestão de alimentos diminua. A **gastrectomia vertical** é a remoção de uma porção grande do estômago onde se produz uma hormona chamada Ghrelina, responsável do aumento do apetite. Assim, o estômago fica como um tubo vertical em forma de banana, limitando a quantidade de comida que pode ser ingerida e com sensação de saciedade. E o **by-pass gástrico** que consiste na divisão do estômago. Uma parte vai ficar inutilizada, sem ser extraída, e a outra vai restringir a quantidade de comida a ser digerida. O estômago modificado vai ser ligado diretamente ao intestino delgado, produzindo uma má absorção de alimentos e a perda de peso.

Mas, além da cirurgia bariátrica, o PASSO oferece outros serviços que geralmente antecedem e precedem a operação. Esses serviços contemplam aspectos clínicos, nutricionais, físicos e psicológicos com ênfase no treinamento e na avaliação do paciente antes da indicação para cirurgia, na eleição de procedimentos cirúrgicos mais adequados segundo as peculiaridades do paciente, no apoio à recuperação física e psicológica e na educação alimentar no pós-operatório.

O espaço físico do PASSO está adequado às necessidades e a segurança do paciente com obesidade. Conta com sete consultórios, sendo cinco de endocrinologia e dois de nutrição, todos sob controle das coordenadoras endocrinologistas. Os consultórios da endocrinologia ficam um do lado do outro, e os prontuários dos pacientes atendidos com consulta marcada ficam numa mesa para serem consultados pelos médicos residentes antes do atendimento ao paciente.

Num outro prédio do ambulatório, está o consultório da psicologia e num outro os laboratórios e o ginásio que eram de acesso aos pacientes cadastrados.

Segundo os dados registrados na estatística do PASSO⁹, até o período de 2012, o programa fez a cirurgia de redução de estômago em 144 pessoas das 1.116 inscritas, a maioria proveniente de Brasília, Goiás e Minas Gerais. Como se vê, o PASSO só consegue atender um pouco mais de 10% da demanda que recebe. Isso acontece porque o hospital não dispõe de suficiente capital humano (médicos, enfermeiras, psicólogas) para atender a demanda total do Distrito Federal e não tem a infraestrutura para acelerar o número de cirurgias por mês que depende da disponibilidade de salas (UTI, de recuperação, equipamentos) e da rapidez do processo e tratamento cirúrgico.

A equipe interdisciplinar do programa é composta de profissionais das seguintes especialidades: duas endocrinologistas, duas nutricionistas, duas psicólogas, três cirurgiões, um cardiologista, um psiquiatra, um neurologista, um intensivista, uma assistente social, dois auxiliares de enfermagem e médicos residentes.

O paciente que começa o tratamento no programa de obesidade, em primeiro lugar, tem de aguardar a lista de espera de um a dois anos no mínimo. Na chegada ao PASSO, o paciente começa seu itinerário médico pelo ambulatório da endocrinologia e da nutrição. São eles que encaminham o paciente aos outros especialistas segundo o histórico clínico de cada paciente. A nutricionista prescreve uma dieta variada e equilibrada e ensina a mastigação dos alimentos. A psicóloga explora, nos pacientes, atitudes como o medo, a compulsão, a depressão, tristeza, felicidade, com vistas a conhecer as fortalezas e debilidades dos pacientes a fim de superar as dificuldades e ajudar no tratamento. As psicólogas também trabalham com os pacientes aspectos como a mastigação, o exercício físico e a alimentação saudável. Os outros especialistas (cardiologista, neurologista, intensivista) vão tratar primeiramente de outras doenças, produto da obesidade, como diabetes e hipertensão arterial, doença cardiovascular, doenças do metabolismo, artroses, apneia do sono. Uma das auxiliares de enfermagem está encarregada de realizar as medidas antropométricas e de fornecer os medicamentos e dar indicações sobre o

⁹ Informação subministrada por Fátima Fortes.

uso da medicação. A outra auxiliar é quem ordena os prontuários de todos os pacientes e organiza-os na mesa que se situa no corredor que separa os consultórios da endocrinologia, além de levar a agenda de consultas da endocrinologia e da nutrição. No prontuário, registram-se todas as indicações médicas como a prescrição de medicamentos, dietas e recomendações. E a secretária-geral é quem ordena a informação dos pacientes e médicos de maneira geral, leva o cronograma e registra as reuniões quinzenais da equipe e recebe as reclamações e demandas dos pacientes.

O seguinte caso pode exemplificar o caminho percorrido por Amanda. Nele, é possível observar o processo de tratamento do pré-operatório no grupo PASSO. Amanda começou a tratar os problemas causados pela obesidade no Hospital de Base de Brasília, mas como nesse hospital não fazem a cirurgia bariátrica, ela foi encaminhada pelo médico endocrinologista para o HUB. Desta forma, Amanda levou os documentos produzidos no Hospital de Base e os entregou à Assistente Social que a registrou na lista de espera e pediu-lhe o telefone para entrar em contato com ela quando chegasse o momento de iniciar no tratamento no PASSO. Em 2005, entrou na fila de espera e foi chamada quatro anos depois, quando pesava 172 quilos. A primeira etapa foi passar pelo ambulatório de endocrinologia e da nutrição, ali, pediram-lhe para realizar exames de laboratório para saber seu estado e para ser encaminhada aos especialistas. Amanda mora em Unaí/MG e tem consulta no PASSO duas vezes por semana, o que significava um orçamento grande que ela não podia assumir e, além disso, estava desempregava. Amanda conta que teve o apoio dos colegas do grupo que lhe recomendaram pedir benefício de transporte porque mora numa outra cidade e não tem renda. Assim ela levou esses motivos para a secretária de PASSO e solicitou algum tipo de auxílio para pagar os gastos de transporte que chegavam a R\$ 200,00 mensais. A secretária do PASSO por sua vez encaminhou o pedido à equipe médica. Esse pedido foi discutido por eles, sendo elaborado um documento assinado pela equipe médica no qual narrava o estado de saúde e a renda baixa de Amanda. Esse documento logo foi encaminhado à prefeitura de Unaí e esta lhe concedeu o benefício do transporte. Ela teria direito de vir à Brasília duas vezes por semana. Amanda, nos dias de consulta no PASSO, saía de casa às 4 horas da manhã para chegar cedo à fila porque o ônibus saía

lotado, e o trajeto era de três horas. O ônibus saía de Unaí às 5 h da manhã e voltava às 16 horas.

Durante o tratamento, Amanda relata que passou pelo endocrinologista e esteve em reeducação alimentar com a nutricionista que lhe ensinou a alimentação balanceada e deu receitas para ela preparar em casa e conseguir emagrecer comendo. Também aprendeu a mastigar devagar e a controlar a compulsão pela comida quando ficava nervosa, irritada ou triste. Assim conseguiu perder 30 quilos, e os médicos concordaram em autorizar a cirurgia bariátrica. Amanda fez a operação bariátrica em 2009 e relata que a cirurgia saiu bem, mas que, na recuperação, entrou num coma diarreico que ocasionou desnutrição e anemia grave que a levaram à internação por três meses. Nesse tempo, era alimentada por sonda onde davam um composto altamente vitamínico que salvou sua vida e conta que cada pacote tinha um custo de R\$ 1000,00 consumiu sete pacotes durante a internação. Amanda ficou muito agradecida a Deus e ao Governo pelo medicamento que salvou sua vida. Agora Amanda e os colegas do PASSO solicitaram à Defensoria os medicamentos e as vitaminas que não estão no Programa da Farmácia-Popular. Pedido que saiu em benefício dos pacientes. Conta que os medicamentos dados pelo Estado ficam em torno de R\$ 250,00 por paciente, além dos suplementos vitamínicos que são outros R\$ 250,00.

2.4. Os passos dentro do PASSO

Para começar o itinerário terapêutico do programa PASSO, a pessoa precisa de um diagnóstico que a aponte como “doente” que deve ser entregue no momento do registro dos pacientes em lista de espera. Para ter um diagnóstico, é preciso preencher os quesitos sugeridos pela Organização Mundial da Saúde. Esses quesitos são definidos de forma matemática e estabelece as medidas de massa corporal para indicar quando um corpo é saudável e quando não é. No caso de não ser saudável, o documento vai dizer que a pessoa precisa, de fato, de uma cirurgia de redução estomacal. Para obter esse Índice de Massa Corporal (IMC), é preciso inserir dados pessoais em uma equação, em que se divide o peso pela altura ao quadrado. Exemplo: $IMC = 140 \text{ kg} / (1.70 \text{ m})^2 \rightarrow IMC=48.4$.

IMC	Categoria
Menor de 16 :	Baixo Peso III (Desnutrido)
16 -17:	Baixo Peso II (Moderado)
17 – 18,5:	Baixo Peso I (Leve)
18,5 – 24,9:	Peso normal
25 – 29,9:	Sobrepeso
30 – 34,9:	Obesidade Grau I (Moderada)
35 – 39,9:	Obesidade Grau II (Grave)
40 e acima:	Obesidade Grau III (Muito grave)

Nesse sentido, o paciente é incluído em uma lista de espera para tratamento oferecido pelo HUB, com a expectativa de em pouco tempo entrar na etapa de tratamento. Além do IMC, o paciente deve informar seus dados pessoais como endereço, telefone e histórico médico justificado, no qual estabelece porque o paciente precisa de tratamento para a obesidade ou da cirurgia bariátrica. A justificativa no histórico médico consiste no encaminhamento de algum especialista, neste caso, como é um tratamento de saúde pública, é preciso que o médico seja também da rede pública, de um posto de saúde ou hospital público. Assim esse será o principal documento para se inscrever e entrar na lista de espera. Depois disso, pelo que pude ouvir e observar, as pessoas têm esperado de dois a cinco anos para serem chamadas pelo programa. Há algumas exceções, em que os pacientes conseguiram entrar no PASSO no prazo de um ano, dado o estado de gravidade que atravessavam.

Para entrar no PASSO, as pessoas têm de seguir muitos passos, não todos eles terapêuticos. O primeiro, de caráter burocrático consiste em superar a barreira da longa espera que pode demorar ou agilizar dependendo da gravidade de cada caso. Outros fatores como greves, a falta de especialistas ou equipamentos que são os mais comuns também dificultam o andar da fila com rapidez e que os pacientes sejam chamados ou operados.

O passo da burocracia é constante em todas as etapas do tratamento. Pois, sempre estão exigindo exames médicos que, em alguns casos, precisam de autorizações administrativas ou pacientes que necessitam fazer exames médicos e são encaminhados a outro hospital. Em outros casos, os pacientes devem recorrer à justiça para obter benefícios que não podem ser cobertos por eles e, alguns ficam aguardando que o Estado se manifeste, o que torna mais longo o tratamento. Como o caso de Jussara que diz:

Tenho que fazer um exame de R\$ 400,00 por causa da apneia do sono e que sou asmática. E para fazer a cirurgia tenho que comprar uma espécie de marcapasso respiratório, que apita quando paro de respirar. Ele custa R\$ 500,00 e ganho desconto por ser paciente do HUB, ele é portátil, mas sem isso a pneumologista não permite que seja operada, estou tentando entrar na justiça, mas até agora estou me informando com os colegas que já fizeram isso.

O tratamento médico deve seguir um processo estabelecido por três passos: (1) Avaliação; (2). Preparação; (3). Operação.

No primeiro passo, os pacientes são avaliados em seu estado de saúde e doença. Assim todos começam o processo sendo consultados pela endocrinologista que indica os exames necessários e a medicação do paciente quando indicado. E encaminha-o para o tratamento compatível com o quadro apresentado segundo os exames e a agenda o retorno do paciente. Nesse sentido, são tratadas as doenças que afetam o paciente. Primeiro são tratadas as doenças cardiovasculares, hormonais, respiratórias, etc. Assim, na segunda etapa, o paciente inicia o tratamento com a endocrinologista e paralelamente controla as outras doenças com medicamentos. No atendimento semanal ou quinzenal ininterrupto, ao longo de um ano, e ao mesmo tempo faz o acompanhamento com a nutricionista que ensina a se alimentar, ajustando uma dieta com cardápio personalizado e ensina a mastigação e a como diminuir peso pela alimentação.

Num tempo estabelecido pelos médicos, o paciente volta a fazer exames de laboratório e controla o peso na balança. Se o médico observa que o paciente tem mostrado melhoras no controle das doenças, ele é “liberado” para iniciar o passo seguinte, isto é o tratamento psicológico. O termo “liberação” é uma categoria nativa

comumente usada tanto pelos médicos quanto pelos pacientes. “Liberar” quer dizer que o paciente está cumprindo com as indicações médicas. Essas indicações podem ser o consumo de todos os medicamentos e da dieta alimentar demonstrada na perda de peso.

No atendimento psicoterapêutico, o paciente é atendido individualmente e, depois da segunda consulta, passa a encontros coletivos semanais. Os pacientes são distribuídos em dois grupos: Os que estão no pré-operatório e os que estão no pós-operatório. Cada grupo dispõe de uma psicóloga. Já no consultório, nas terapias coletivas, os pacientes se situam em roda e em sessões de uma hora são comentadas as vivências de cada um. As psicólogas vão orientando a sessão com algum comentário para aproximar os pacientes. Por exemplo, a psicóloga no pré-operatório pergunta aos pacientes como foi a semana. Cada um responde e ao final a psicóloga faz comentários. As respostas mais recorrentes foram: o exagero na comida; a dificuldade para se autocontrolar; engolir a comida sem mastigar, comer muito rápido, que estiveram tristes ou felizes e isso deu vontade de comer. A sessão terapêutica não passa de duas ou três perguntas, pois os pacientes querem sempre contar uma história ou uma anedota relacionada com o tema. Seguem perguntas como: De que vocês sentem vontade? Quais são as dificuldades? Assim as vontades para esses pacientes estão relacionadas com a comida e as dificuldades com o corpo, de se movimentar, de se vestir, de fazer higiene pessoal.

Assim, o obeso não se acha doente pelo excesso de peso que dificulta as atividades cotidianas, mas sim pelos problemas de saúde que como eles falam estão sempre “os perturbando”, essas perturbações são os triglicerídeos e colesterol alto, a diabetes, hipertensão, a fadiga, as dificuldades para respirar e para dormir. A psicóloga do pré-operatório enfatiza a necessidade de os pacientes fazerem uma atividade física, terem uma alimentação saudável que contenha frutas e legumes, salada e proteína, comendo pouco a cada três horas e mastigando os alimentos em ritmo devagar. Conseguir emagrecer uns quilos faz parte das metas desse passo, é o requisito para ser liberado para a cirurgia bariátrica. Ao final da terapia do grupo pré-operatório, cada paciente sobe na balança, e o peso corporal é registrado em no prontuário da psicologia. Esse é um ritual muito esperado, pois publicamente vão saber quem está perdendo ou ganhando peso.

Perder peso significa que o indivíduo está sendo responsável na alimentação e no exercício físico e quem estiver ganhando peso significa que está desinteressado no tratamento ou não está fazendo a dieta e o exercício físico estabelecido. Essa é a interpretação das equipes, mas também, ao que parece, dos pacientes. O ritual da balança vem sempre carregado de emoção, pois a perda de 1 a 10 quilos significa que o paciente está cumprindo o objetivo, pois emagrecer faz parte da etapa preparatória. Cumprido esse objetivo, a pessoa pode ser candidato à “liberação” para a cirurgia bariátrica. Assim mesmo, a perda de peso gera entre alguns entusiasmo e ânimo de acreditar que é possível emagrecer, mais em outros gera desconforto e constrangimento de não ser capaz de emagrecer, o que demonstra incapacidade e rechaço neles mesmos. Nesses últimos, é frequente escutar “eu tive uma semana certinha de atividade física e de comida saudável, mas na hora da balança não acontece nada, fico até mais gorda”.

Os pacientes que participam do grupo de pós-operatório também seguem o mesmo padrão de terapia. A psicóloga começa a discussão fazendo uma pergunta aberta, por exemplo, “Quem melhorou depois da cirurgia?”. As respostas deles estavam ligadas à saúde: “Eu tinha diabetes, agora não tenho”, “Eu agora não tenho esses problemas de pressão alta e colesterol”. Alguns relataram em suas respostas que começaram um novo namoro, que a libido sexual aumentou ou diminuiu. Assim como também uns 90% falam que ficaram “viciados” em algum tipo de alimento como doces, pão ou banana. E só cerca de 10% dos pacientes com que tive contato falaram de uma completa tolerância a todos os alimentos.

Assim mesmo, nesse passo de preparação, os pacientes com a autorização do cardiologista, são encaminhados a fazer atividade física no ginásio do hospital ou em casa, mas, nos relatos dos pacientes, verifica-se que o exercício físico é pouco desenvolvido e de pouco interesse. No caso das mulheres, elas falam que não fazem exercício físico porque têm de fazer os serviços de casa, cuidar dos netos e acreditam que esse trabalho é muito cansativo e cumpre a mesma função do exercício físico. E, nos homens, que o serviço como porteiro é muito extenso e cansativo e precisam dormir para descansar e conseguem ficar de pé no serviço no dia seguinte. Depois de oito meses em que o paciente já perdeu os 10% do peso total como mínimo e de ter a liberação da endocrinologista, nutricionista e psicóloga,

o paciente é indicado para realizar a operação. Depois de oito meses, os pacientes “liberados” pelos especialistas do “PASSO”, já são candidatos a fazer a cirurgia bariátrica, mas, no entanto, aguardam para ser operados e devem continuar na terapia psicológica e em acompanhamento médico.

O terceiro passo é a operação que começa com a internação dois dias antes da cirurgia, mas depende da disponibilidade dos especialistas e de equipamento e espaço no hospital. A demora da bariátrica resulta quase sempre da disponibilidade da sala de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) que deve ser especial para pacientes com sobrepeso e que é muito requisitada no HUB. O paciente deve assinar um documento no qual reconhece os benefícios e riscos da cirurgia. Depois que o cirurgião especialista em cirurgia bariátrica do HUB, que também é coordenador geral do PASSO, realiza o procedimento cirúrgico, prescreve ao paciente as recomendações de cuidados físicos e alimentares.

No primeiro mês, a dieta deve ser líquida. No segundo, branda até chegar à sólida. A pessoa só poderá ingerir 100g por refeição, além dos medicamentos e complementos vitamínicos. Isso significa, na prática, poder ingerir no almoço, por exemplo, meio copo de caldo de legumes que primeiro deve ser líquida e coada. Chegar a essa etapa equivale a anos de espera, de preparação e constância que nem todos conseguem, pois pelo que pude perceber, a maior parte dos entrevistados mantém-se no segundo passo, isto é, na preparação ou porque perderam o interesse, ou porque não conseguiram emagrecer, ou, ainda, porque não puderam fazer a cirurgia devido a outros problemas de saúde, como por exemplo, ouvi falar de pacientes com problemas cardíacos.

Feita a cirurgia, o paciente entra na fase de pós-operatório, volta a ter acompanhamento contínuo com a endocrinologista que observa de perto as mudanças físicas do paciente como o metabolismo e o equilíbrio hormonal. A nutricionista faz a seleção dos alimentos que podem ser consumidos para ajudar na perda de peso sem desnutrição. Mas, em geral, o que entendi é que os pacientes do pós-operatório precisarão observar a ingestão dos alimentos para o resto da vida, assim como também serão pacientes pelo resto da vida, mesmo que não participem das atividades com a mesma assiduidade do começo, eles precisam sempre de atendimento médico. O paciente também continua com acompanhamento

psicológico no grupo de pós-operatório, acompanhando as mudanças depois da cirurgia bariátrica. A esse tema dedicarei o último capítulo.

2.5. Notas sobre os interlocutores

Além do excesso de peso, as pessoas que participam do PASSO compartilham algumas condições socioeconômicas semelhantes. Por exemplo, moram fora do Plano Piloto, em bairros populares das outras cidades do Distrito Federal ou em cidades de Minas Gerais e Goiás, que ficam próximos ao DF.

Durante minhas idas e vindas ao HUB, ao longo do trabalho de campo, consegui entrevistar vinte mulheres e três homens que se encontravam na faixa etária entre os 45 e 60 anos. A procedência dos entrevistados era da região Nordeste, sobretudo, de municípios da Bahia, Maranhão, Piauí e Pernambuco, e também dos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Goiás e Brasília. O principal motivo alegado para a mudança para Brasília foi a procura de trabalho e melhoria da qualidade de vida. A maior parte dos entrevistados não completou o ensino fundamental e não tinha renda ou tinha uma renda mensal familiar menor ou equivalente a um salário mínimo. Alguns recebiam auxílio do estado como bolsa-família e todos compram medicamentos na farmácia popular. As atividades desempenhadas pelas mulheres correspondiam às de dona de casa, diarista, cabeleireira e artesã; os homens se empregavam como porteiros em prédios do Plano Piloto, mas moram em outras cidades de Brasília.

2.6. Reconceituando a obesidade

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a obesidade como o grau de armazenamento de gordura no organismo, associado a riscos para a saúde, decorrente de vários fatores sejam esses genéticos ou ambientais, como padrões dietéticos e de atividade física ou ainda fatores individuais de susceptibilidade biológica, entre muitos outros, que interagem na etiologia da patologia (OMS, 1997).

Mas obesidade vai muito além do que a OMS estabelece. Essa definição está distante da realidade em que vivem as pessoas com quem conversei, pois ela

estabelece que toda responsabilidade é do indivíduo que se torna doente porque não consegue fazer uma dieta adequada e não faz atividade física, mas não leva em conta as razões de não conseguirem praticar essas recomendações. A construção do significado da obesidade do ponto de vista antropológico obedece a experiências vividas pelos próprios sujeitos em que fatos marcantes ou eventos críticos são interpretados e narrados por eles mesmos. As narrativas biográficas reconstruídas correspondem ao processo vivido ao longo da vida em que fatos, sensações físicas e emocionais têm uma ordem no tempo e no espaço, dando sentido à construção do padecimento.

Assim, ser gordo, estar gordo, tem a ver com sentimentos, vivências, crenças, valores e costumes que estão carregados de significados. Razão pela qual obesidade, na concepção dos interlocutores, não é entendida como doença, mas sim como o resultado de concepções e crenças que se materializam num corpo gordo e essas concepções têm a ver com a relação que se tem com a comida, a saúde, a família. Temas tratados nos seguintes capítulos.

Vimos, neste capítulo, que o HUB foi o ponto de partida da pesquisa e o ponto principal dos encontros com os pacientes que se tornaram aqui meus interlocutores. Foi nesse ambiente onde ouvi histórias, anedotas e fofocas que, em alguns casos, aprofundei em visitas ocasionais.

Vimos também o caminho percorrido por pessoas obesas que fazem o tratamento da obesidade pelos serviços públicos. Um longo caminho, mas garante aos brasileiros o acesso ao atendimento e ao tratamento da saúde.

CAPÍTULO 3

HISTÓRIAS DE VIDA

3.1. Introdução

Este capítulo busca resgatar os relatos de Cristina, Luzia e Ana, consideradas as interlocutoras principais pelo vínculo criado ao longo da pesquisa em que se consolidou uma amizade e uma boa interlocução. Foi possível, assim, que, de muitos encontros, conseguíssemos enlaçar fatos da história de vida e compor um quebra-cabeça relativo à trajetória biográfica delas. A importância de construir as histórias de vida define-se pelo fato de se poder registrar a variedade de narrativas ao redor do excesso de peso. Embora cada história tenha uma riqueza de dados, trazidos pelo relato oral, ao recontar a própria história, a pessoa recorre à memória e à experiência individual, mas também coletiva (Le Goff, 1990).

O testemunho oral deixa perceber não só fatos, sentimentos, vivências, mas também permite ao pesquisador observar atitudes, comportamento, gestos, emoções que podem ajudar na análise e na interpretação do significado do longo e complexo processo que desencadeia em excesso de peso. Dessa forma, as narrativas apontam para a importância da linguagem como um recurso imprescindível para a explicação e a ordenação de eventos críticos ou experiências de mal-estar e sofrimento. Narrar as próprias experiências, como pontuou Maluf (1999), traz essa dimensão de desvendamento à revelação da pessoa, dando um sentido à sua experiência.

Neste e no próximo capítulo, aproximo-me ao proposto por Good (1994), que pondera sobre a importância de analisar os relatos dos pacientes, seu padecimento, a experiência de sofrimento e a maneira como as narrativas expressam sentimentos e percepções físicas. Essas narrativas descrevem uma estrutura na qual os pacientes ordenam dados relevantes do surgimento, do diagnóstico e da busca por tratamento que envolve outros personagens da família, círculo de amigos, da vizinhança, da equipe médica, sempre no contexto por onde o paciente circula.

Assim, com base nos relatos de Cristina, Luzia e Ana, foi possível reconstruir a história de vida, cujas narrações estiveram relacionadas ao sofrimento de ter um corpo gordo, e às particularidades, os significados e as concepções de como o excesso de peso foi aparecendo no decorrer da vida. Os depoimentos mostram, também, a luta e a esperança de uma vida melhor.

A intenção inicial desta pesquisa consistia em entrevistar um número maior de pessoas, e ter uma diversidade de histórias ao redor da obesidade. Mas com estas três mulheres eu sentia que poderia aprofundar dando atenção ao significado, surgimento, no tratamento que foi reconhecendo na medida em que elas faziam os relatos de suas próprias histórias de vida de três mulheres, lutando por emagrecer, com procedências diferentes que fazem tratamento de obesidade e estão no processo de fazer a cirurgia bariátrica.

Com Cristina tivemos conversas extensas nos corredores do hospital, em sua casa e em minha casa. Com Luzia tivemos muito contato pelo telefone e também com minhas visitas à sua casa. Todas suas conversas sempre estavam relacionadas com a obesidade. Ana, a mais carinhosa e maternal, sempre se mostrou preocupada comigo, ela entendia o fato de eu ser estrangeira e morar longe da minha mãe, fato que ela considerava preocupante para meu bem-estar. Portanto, as histórias de vida destas três mulheres me ajudaram a entender e aprofundar nos porquês da obesidade, através da reconstrução das autobiografias e da concepção e o significado atribuído pelos próprios interlocutores.

3.2. Cristina

Cristina é uma mulher da raça negra, 56 anos de idade, nascida no interior de Minas Gerais, vinda de uma família muito pobre que perdeu tudo quando ela tinha dez anos de idade. Segundo Cristina, o perdeu tudo quando um parente enganou o pai e o convenceu a vender a fazenda, trouxe-os para Brasília, prometendo levar a mudança num caminhão que nunca chegou. Ficaram na rua, sem mudança, sem fazenda e sem dinheiro.

Assim, estando muito pobres, e sem dinheiro para pagar um aluguel, foram a morar numa “favela de invasão” onde hoje é a cidade do Guará e tiveram de trabalhar. As meninas foram empregadas em casas de famílias, como domésticas, e os homens vendiam jornal na rua.

Cristina reside em Brasília há mais de quarenta anos e trabalha com artesanato e como diarista numa casa no Lago Sul do Plano Piloto. Atualmente, mora na cidade de São Sebastião, embora seja perto do Plano Piloto o contraste e a desigualdade social são gritantes. No dia que fui à casa de Cristina, o ônibus passou por casas luxuosas do Lago Sul e, conforme me afastava desse ambiente de luxo, olhava de longe São Sebastião, uma cidade improvisada, pobre, barulhenta e colorida, cheia de subidas, descidas e labirintos. Em meio a isso, ficava a casa de Cristina, que estava aguardando minha visita depois de ter feito, há uma semana, a cirurgia bariátrica. A casa de Cristina tinha, na entrada, um boteco, onde se ouvia música sertaneja, duas mesas de sinuca, venda de licor, cervejas, cachaças. Torresmos e linguiças eram exibidos sob um balcão. A casa, ainda em construção, tinha uma ampla sala com dois sofás azuis e uma estante na qual estavam expostas as bandeiras do São Paulo e Flamengo, dois quartos, um banheiro, cozinha e, ao fundo, o quintal. Cristina mostrava-me a casa enquanto ia falando da luta pela conquista da casa própria que foi adquirida no Governo de Joaquim Roriz¹¹ que vendeu o lote com um cômodo e um banheiro, pelo que pagou 30 reais mensais durante seis anos.

Cristina mora com Marcos, seu marido, um baiano de 50 anos, incapacitado por uma hérnia no tórax. Essa hérnia foi operada, pois comprometia vários órgãos internos, como os rins e o coração e, por causa disso, Marcos tinha dificuldade para caminhar. Marcos é carpinteiro e fala que, embora tenha trabalho fixo e receba seu salário pontualmente, não deixa seu boteco. Ele é dono do estabelecimento, de onde vem um salário a mais que ajuda os dois a pagarem os medicamentos, o transporte, as consultas médicas e comer conforme a dieta orientada pela nutricionista.

¹¹Foi vereador de Luziânia, estado de Goiás, deputado estadual, governador do Distrito Federal por quatro mandatos e ministro da Agricultura e Reforma Agrária no governo Collor. Pertence ao partido político PMDB. <http://www.senado.gov.br/senadores/dinamico/paginst/senador4533a.asp>

Cristina relata que sua vida mudou quando conheceu Marcos. Ele não se importava com sua gordura e quando se casaram seus quilos a mais não tinham importância e não causavam mal-estar nela. Conta que Marcos foi um companheiro de verdade, ele a ajudou em momentos difíceis, aceitando seus três filhos, ajudando-a a superar outros problemas. Conta que sua vida foi sempre muito sofrida, foi mãe muito jovem e não deseja se lembrar do seu primeiro marido.

De sua história sobre o excesso de peso, Cristina assim relata:

Olha, eu fui magra até os treze anos, com 15 anos pesava 57 quilos. Na primeira gravidez, fiquei com 87, só emagreci 8 quilos depois da gravidez. Na segunda gravidez pesei 110 quilos, cheguei até os 115, quando entrei no programa no HUB. Comecei a ter problemas nos ossos, artrose, artrite, e uma apneia do sono gravíssima. O médico da reumatologia me deu encaminhamento para o programa de obesidade. Como eu sou uma obesa sanfona, emagreço rápido, mas também ganho quatro ou cinco quilos numa semana, não consigo fazer dieta. Nada disso adianta. O médico sugeriu fazer a bariátrica. Quando fiz os exames, descobriram uma célula em meu corpo que produz gordura, mesmo que não esteja comendo, eu ganho peso. Estou no grupo há dois anos e meio. Melhorei muito, e acho que com a cirurgia minha vida vai melhorar ainda mais.

Cristina produz elementos importantes que merecem destaque sobre os motivos que, segundo ela, levaram-na a engordar e a fazer a cirurgia bariátrica. Em primeiro lugar, o excesso de peso surgiu com a gravidez como **uma coisa natural**, pois a mulher tem de engordar, tem de se alimentar para o filho nascer com “boa carne” como sinal de boa saúde. “Na gravidez a gente tem que comer o que puder, para o nenê nascer bem”, me explicou.

O segundo elemento ocorreu depois do parto, quando apareceram a artrose, a artrite e a apneia do sono, ocasião em que se descobriu, também, “uma célula em seu corpo que produzia gordura”. Sua explicação obedece a fatores externos que a liberam de culpa. “Não sou eu, é a célula que está no meu corpo que me fez engordar”. A culpa é do metabolismo do qual ela não tem controle.

Assim mesmo, a cirurgia bariátrica apareceu como outro fator externo que vai ser o que enxuga a gordura, pois mesmo querendo, ela não consegue emagrecer. Isso é explicado pelo fato de Cristina se autodenominar como “obesa sanfona”, o

que justificou o procedimento cirúrgico, como acontece na maioria dos que participam do grupo PASSO. Usa-se a expressão “obeso-sanfona” para os quadros de obesidade em que a pessoa perde peso rapidamente como resultado da dieta, mas também volta rapidamente a ganhar peso. O efeito sanfona também é conhecido como efeito ioiô.

Entre os pacientes desse Grupo, o sucesso do tratamento está em conseguir fazer a cirurgia bariátrica, porque isso demonstra que o trabalho de anos dentro do grupo do pré-operatório de PASSO é bem-sucedido pelo fato de se conseguir a cirurgia. Além disso, quem consegue fazer a cirurgia é bem visto pelos colegas que frequentam o grupo (mas também pelos parentes e vizinhos que de perto acompanham o problema de obesidade). Ao que parece, a pessoa ascende de status dentro do grupo, sendo percebida pelos demais participantes como uma pessoa que teve a determinação e o autocontrole de cumprir os quesitos colocados pela equipe médica, de manter uma alimentação equilibrada com legumes e frutas nas refeições. Fala-se em “autocontrole”, porque, normalmente, não é do agrado da maioria esse cardápio. Além disso, a pessoa é valorizada coletivamente porque conseguiu perder 10 % do peso total e tem estabilidade emocional. Ou seja, significa que o paciente com ou sem medicamentos mantém o controle da depressão e de sentimentos como tristeza e alegria que levam a consumir grandes quantidades de alimento a qualquer hora do dia.

Na busca de fatos que me ajudaram no entendimento do padecimento de Cristina, constatei, pelos dados registrados em meu diário de campo, que, repetidas vezes, ela mencionava os muitos sofrimentos vividos ao longo de sua vida. Os dados revelavam que desde os primeiros anos ela vivenciou momentos críticos que marcaram sua vida adulta. Durante os primeiros dez anos de vida, Cristina descreve-os como anos felizes, vivendo numa fazenda de sua família, junto com seus pais e seus dez irmãos. Ali, o alimento nunca faltava, ela lembra. Tinham gado, galinhas, árvores frutíferas e uma horta. Trabalhavam na fazenda, mas também saíam para passear em casa de uns tios que moravam perto numa outra fazenda. Ela conta que depois de sair da fazenda para ir a morar na favela uma mulher desconhecida apareceu procurando uma menina para trabalhar de doméstica. Depois disso,

arrumaram suas roupas e a levaram à força para o Plano Piloto, na 214 sul. Ela lembra:

Eu chorava muito, mas muito, você nem imagina quanto eu chorava. Isso me deixou muito triste. No começo era só pra cuidar das crianças, mas tinha que fazer todo o serviço e cozinhar. Uma vez por mês, eles me levavam a casa uma ou duas horas no máximo e nunca me deixaram sozinha com meus pais. Quando era o dia de pagamento minha mãe ia pra cobrar. Ali, eu falava, “Mãe me tira daqui, eu não quero mais estar aqui”. E a mãe falava, “Isso é bom pra você, tem estudo no colégio Marista, na mesma escola dos meninos”. Mas eu ficava tão cansada do serviço que dormia na aula. E o pior era à noite. O patrão tentava sempre se apoderar de mim. Ele chagava todas as noites ao meu quarto, tinha uma lanterninha e olhava minhas partes íntimas, meus peitos, passava as mãos. Eu falava para ele que se fizesse alguma coisa comigo eu me suicidava, me atirava do quarto andar. Mas ele depois me dava umas surras com um cinto que tinha e falava para a mulher que eu não fazia o serviço direito. Às vezes eu fechava a porta com chave e me atirava no chão, para o patrão não chegar perto de mim.[...] Ele sempre chegava mais cedo do trabalho para me molestar. Um dia, ele tentou me estuprar e eu fechei a porta na cara dele com tanta força que o apartamento tremeu. Ele ficou muito irritado e deu um soco em meu olho, que sangrou e depois ficou preto, preto. No outro dia que era o dia de pagamento, minha mãe chegou, eu contei para ela e falei que, se não me tirasse daí, eu me suicidava. Ela me tirou, depois disso eu não queria homem perto de mim, sentia medo, raiva. Pedia a Deus para que a mãe não me levasse a trabalhar em casas. [...] Depois dos 15 anos eu me fechei em casa, fazia o serviço, almoço, janta e ficava lá trancada. Naquele tempo comia muito e sempre tinha medo da mãe me levar para outra casa de doméstica.

A experiência vivida por Cristina deixa em evidência fatos críticos que são chamados por Giddens (1991:143) como “eventos críticos”. Estes seriam eventos acontecidos ao longo da vida em que as estruturas da vida cotidiana sofrem rupturas.

Assim, na construção biográfica de Cristina, evidenciam-se vários eventos críticos. Na primeira ruptura, em seu relato da infância, Cristina faz referência a uma época feliz quando morava com seus pais e irmãos no interior de Minas Gerais, época que foi interrompida com a perda da fazenda em que passou da abundância de alimento e bens materiais à carência total destes. Outro momento crítico ocorreu por ocasião do rompimento da estrutura familiar nuclear, quando Cristina foi afastada de seu núcleo familiar por estranhos para trabalhar como empregada doméstica. Situação que se agudizou com a tristeza e o sofrimento de suportar os assédios sexuais de seu patrão.

Depois, ela relatou sobre a gravidez que geraram mudanças físicas e emocionais em sua vida, além dos distúrbios emocionais desenvolvidos desde criança, motivaram o surgimento de medos e desordens alimentares que culminaram em um corpo com excesso de gordura.

3.3. Luzia

Luzia é uma mulher de 57 anos, branca, cabelos crespos compridos, de aparência forte, veio do interior da Bahia quando tinha 18 anos, motivada pelo desejo de morar na cidade. Hoje mora em casa própria em Taguatinga, uma cidade grande, com prédios com mais de 10 andares e com setores ainda em construção. Muito movimentada pelo comércio de farmácias, supermercados, restaurantes, padarias e hotéis em todos os cantos da cidade. As casas, em geral, têm um só andar, todas pintadas com tintas de diversas cores, verde, laranja, branca, azul. Com poucas árvores. A casa de Luzia, de um andar, tem poucos metros de frente, mas comprida, tem as marcas de algumas reformas e um letreiro grande que diz “Aluga-se barraco”. Na entrada, um corredor que divide os dois barracos que Luzia aluga e que, recorrentemente, lembrava, “Esses barracos são a minha aposentadoria”. Na casa, moram Luzia; seu João, o marido; Carlos, o filho; Ângela, a nora; e Neide, a neta de um ano, “o xodó da casa”. O cachorro e o papagaio ficam lá no fundo, num pequeno quintal, dando a impressão de serem dez cachorros latindo ao mesmo tempo.

Luzia fala de si mesma como uma mulher lutadora, fala com alegria do sonho realizado da casa própria.

Para conseguir a casa, foi uma luta. Nós tínhamos uma associação, tínhamos reuniões todos os domingos, aguentávamos todo e qualquer político. Domingo que era pra descansar, tínhamos sempre reuniões, tinha uma amiga que disse pra mim “Você tá doida mulher, isso é pura mentira, eles não vão te dar casa nenhuma”. Eu tinha uma amiga e tudo era junto, nas reuniões. Nosso sonho era ter a casinha, então não ligávamos pra os outros. Foram seis anos na associação, com reuniões todos os domingos sem faltar. Foi Joaquim Roriz quem deu o terreno, ele ajudou os pobres de verdade, foi ele quem deu o teto. Quando repartiram os terrenos, falei para minha amiga que ficássemos juntinhas para ser vizinhas também, foi assim mesmo. Ela morou aqui do meu lado, já morreu[...]. Como tinha a poupança

do dinheiro trabalhado no posto de gasolina, mas não era muito, com isso fechei o terreno com tábuas e pedras. O bom foi que deixou um cachorro, que cuidava de verdade, ficava de lá pra cá. Até que, depois de uns meses, construí algo melhor. A casa ficou baixinha, entrava água por todo e qualquer canto, mas eu só dava graças a deus, porque aqui é bom.

Luzia relata que veio para Brasília atrás do sonho de morar na cidade. Foi influenciada por uma prima, que já morava aqui e voltava com frequência à Bahia. Ela lhe falou das maravilhas da cidade e das oportunidades de trabalho. Assim, aos 18 anos, Luzia arrumou sua mala e foi embora da fazenda, deixando de lado a família e a vida rural.

A fotografia abaixo mostra a Luzia com seus dois irmãos e um primo quando moravam no interior da Bahia. Nessa foto, ela tinha 17 anos de idade, era solteira e não tinha filhos.



Foto nº 2. Fonte: Arquivo Fotográfico de Luzia.

Sem muito estudo, mas com muita vontade de trabalhar, Luzia chegou à Brasília e começou no serviço doméstico em várias casas no Lago Sul. Mas cansada das extensas horas de trabalho, mudou de emprego e se dedicou a limpar e a lustrar carros numa concessionária.

Saía da concessionária e ia para outro trabalho num posto de gasolina, serviço que lhe rendeu um dinheiro para poupar e que seria investido na construção da casa e de seu próprio comércio, um “verdurão” que manteve por mais de dez anos. Esse comércio ficava dentro de sua casa. Agora Luzia vive só do aluguel dos dois “barracos”, como ela os chama, “sua aposentadoria”.

A seguinte fotografia mostra a Luzia e ao fundo seu filho, quando tinha seu próprio comércio em casa e que hoje foi modificado e vem sendo alugado como moradia.



Foto nº 3. Fonte: arquivo fotográfico de Luzia.

Luzia relata que desde que chegou a Brasília sentiu coisas que nunca havia vivenciado na Bahia, onde não tinha as preocupações com dinheiro, pois não precisava, nem era importante. Não tinha de pagar aluguel nem comprar alimento porque comia o que o pai cultivava e o que sobrava era vendido ou trocado. No Distrito Federal, preocupações com aluguel e comida já tomaram outra dimensão. Relata que, quando trabalhava no posto de gasolina, tinha de marcar ponto na hora de chegada e, às vezes, faltando meia hora, ainda estava em casa, ficava nervosa e o coração disparava. Tinha dias que chegava na hora, mas em outros, o ônibus atrasava e assim, chegava tarde, o patrão ficava irritado e ela sempre sentia de imediato dor no peito e no estômago. Depois disso, Luzia conta que foi

diagnosticada por um médico em Brasília de estar com estresse, produto da ansiedade e das preocupações, o que contribuía para que aparecessem as dores do peito e do estômago.

Com o negócio próprio do “verdurão”, a jornada do trabalho era ainda mais extensa, começava às quatro horas da manhã quando tinha de sair para comprar as verduras e deixar os salgadinhos prontos antes das 6 h da manhã. Só fechava a loja às 10 horas da noite. Ademais, tinha a preocupação de pagar as contas e a responsabilidade de fazer os serviços de casa. Luzia disse que há mais que 15 anos é gorda e que, com o estresse das experiências de trabalho no DF, começou a engordar ainda mais e a ter problemas de tiroide, de sono e dores nos tornozelos e joelhos que hoje limitam sua mobilidade. Ela acha que seu estresse é a causa de ter aumentado de peso, pois acredita que, na roça de onde veio, ninguém tem essa doença que só acontece na cidade.

Outra preocupação de Luzia e o que mais lhe causa desconforto, é ter de depender de outras pessoas para fazer coisas simples como a higiene pessoal e se vestir. Embora com dificuldades para caminhar e se manter em pé, Luzia é quem se encarrega de preparar o alimento e é a única, na família, que se preocupa com a alimentação saudável e equilibrada. No preparo dos alimentos, ela tem o constante cuidado para que seu filho e sua neta levem uma vida normal e não sofram como ela com o padecimento da obesidade que é percebida como uma doença.

Assim, ao cozinhar ela procura satisfazer o gosto de cada um (carne bovina, suína e frango), com comida saudável como verduras e salada:

Meu filho e meu marido gostam de tudo o que eu preparo, eu capricho, faço um feijãozinho gostoso, arroz, carne, farofa gostosa e a salada que só eu como. Meu pai sempre manda da fazenda carne, banha e feijão, então a gente sabe de onde vêm as coisas e sabe que é comida saudável. Eu gosto de cozinhar com banha, tudo fica mais gostoso, não acredito quando a nutricionista fala que a banha é ruim, porque a gente sempre comeu desde criança. Olha meus irmãos nenhum deles está doente, só eu que moro aqui.

É interessante que “saudável” não necessariamente tem a ver com pouca gordura ou sem agrotóxicos. Mas é, pelo que ela explica aqui, rastreabilidade. Saber de onde vem a comida, quem a plantou e quem lhe deu é o importante. A comida é impregnada do valor relacional, do vínculo social entre as pessoas. O desconhecimento da procedência dos alimentos geram em Luzia desconfiança e a crescente preocupação do consumo de alimentos saudáveis vindo do lugar de nascença, onde se sabe como foram criados os animais e cultivado os alimentos. Podemos sugerir a interpretação de Menasche (2004:117) em seu estudo sobre as visões e comportamentos de pessoas na cidade de Porto Alegre, em donde relata a desconfiança dos informantes sobre a procedência de certos alimentos, neste tempo em que a comida é industrializada. Nesse sentido a desconfiança descrita por Luzia no desconhecimento da procedência do alimento que ela e sua família consumiram seria apontada como uma das causas da obesidade.

O rol de atividades desenvolvidas por Luzia em casa, ao selecionar e preparar os alimentos que vão ser ingeridos no dia a dia, é uma forma de reivindicar seu lugar de mãe, esposa e avó e, também, uma forma de falar aos outros e a ela mesma da importância de sua função em casa. “Cozinhar e caprichar”, em que o preparo da comida define a relação com a família, a afetividade e a divisão de tarefas. Assim, conforme menciona Douglas (1999), a comida deve ser tratada como um código a ser desvendado por meio das mensagens que passa, expressando hierarquia, status, relações de inclusão e exclusão.

Embora Luzia não consiga se movimentar muito, ela se afirma como provedora, o que faz com que, dentro de casa, ela consiga ter o controle e se sentir protegida. Pois, como vimos, fora de casa, sente o preconceito. Ela relata o preconceito que vive quando na rua detém o olhar e os risos dos transeuntes, relata que já foi chamada de baleia, vaca, e porco e no bairro algumas vizinhas a apontavam pelo tamanho desproporcional do corpo e como uma mulher “relaxada, suja, descontrolada e feia”.

No relato de Luzia vemos como é estigmatizada pelo corpo volumoso simbolizando repulsão e descuido. Sobre isto Douglas (1976) considera o corpo como um sistema onde se juntam o corpo físico e o corpo social, no qual representam os conceitos de ordem e desordem. O corpo é um meio de expressão

restringido, já que se encontra mediado pela cultura e a pressão social, segue padrões sociais, hierárquicos de inclusão e exclusão. Douglas explica que “O corpo se converte num símbolo que transmite informação, associado ao conceito de ordem e desordem, puro e impuro” (Douglas, 1976: 14). O corpo magro se associa à ordem e à pureza, ao cuidado e ao sagrado; o corpo gordo se associa à desordem e à poluição. Autores como Goffman (1982: 15), também observam que “as deformidades físicas visíveis que afetam as relações sociais, tornam os obesos diferentes dos demais, com deformidades na aparência corporal que fogem aos padrões idealizados socialmente”.

A discriminação e as limitações agravaram o padecimento de Luzia que a levaram a não sentir mais vontade de viver. Foi nesse período que recebeu a ajuda de sua amiga e vizinha que procurou ajuda em uma rede de amizade. A amiga de uma amiga dessa vizinha que trabalhava HUB e marcou uma consulta com o endocrinologista pelo SUS. Aproveitou e inscreveu Luzia na lista de espera do grupo de obesidade. Há dois anos, ela participa do programa. Agora diz que “cada dia é uma luta que quer ganhar”. Explicou-me também que “a cirurgia é a solução para ela ficar magra” Ainda não operou, mas já foi “liberada” pelos médicos e está aguardando a cirurgia.

A cirurgia vai mudar tudo, tenho muitos planos. O que mais quero fazer é ir à casa do meu pai na Bahia, às vezes, fico imaginando esse dia. Não vai ser igual porque a mãezinha já morreu, mas está meu pai. Quero ter vida social, sair de casa, comprar umas roupas bonitas, passear com a família, quero arrumar os barracos, pintar e mudar o chão da casa.

A cirurgia representa para Luzia um renascer e a esperança de voltar a ser uma pessoa “normal” que não sente vergonha de si mesma e consegue se inserir na sociedade. Ela expressa que pelo tamanho do corpo é difícil andar de carro mesmo pela cidade, e seria muito difícil viajar até o interior da Bahia. Além disso, não quer que os amigos e família que não vê desde que saiu de casa a olhem e a rejeitem pelo tamanho do corpo.

3.4. Ana

Ana é uma mulher alta, de pele e olhos escuros e cabelos pretos, 60 anos, cinco filhos e quatro netos que são sua maior alegria. Uma neta mora com eles; dois perto de sua casa; e o mais novo na Espanha. Ana mora no Gama, cidade um pouco mais afastada do Plano Piloto. Sua casa tem o cheiro da erva-doce e a fruta fresca vinda do quintal, as paredes revelam muitas fotos, a memória dos momentos importantes de seus filhos e dos netos no decorrer da vida.

Ana, como sempre, com sorriso no rosto, contou-me que ela e o marido, vindos do interior da Bahia, chegaram a Brasília no ano de 1957, pensando “num melhor futuro para seus filhos, melhor educação e saúde”. Conta que seu José, o marido, começou trabalhando como pedreiro na construção de Brasília. Sendo o próprio Juscelino Kubitschek quem lhe deu um lote. Havia dois quartos e um banheiro no lugar onde até hoje moram. O rosto de alegria de dona Ana evoca aquele momento como se fosse hoje, ao relatar o encontro com JK:

Era um dia muito quente, todos suavam, mas ele não, ele era um homem muito bonito, de muita presença. Lembro que tinha camisa muito branca e boné de proteção, ele me deu a mão e ela era muito macia, até deixou o cheiro de perfume na minha mão.

A história narrada por Ana sempre fez menção à vida familiar. Lembro a primeira entrevista em que Ana começou a falar que seu filho caçula tinha ido embora há mais de um ano para trabalhar na Espanha, à procura de uma vida melhor, repetindo a saga dos pais, Ana e José. Embora soubesse que o filho estava bem, sofria muito, sentia muita saudade, tanto ela como seu marido, quem tinha problemas cardiovasculares. Recentemente, foi operada de um seio para a retirada de um câncer de mama, tem diabetes, pressão alta e estava com sobrepeso. Depois de tantas idas e vindas ao pronto socorro, os médicos encaminharam-na ao grupo PASSO para começar o processo até a cirurgia bariátrica. A expectativa é de que a cirurgia a ajudaria na estabilidade da diabetes e na perda de peso. Ana participa há cinco anos do PASSO e ainda não foi “liberada” pela nutricionista nem pela psicóloga.

Ela conta que, não obstante as dificuldades da vida, sempre foi tudo tranquilo. Mas só agora, com o passar dos anos, é que começaram a aparecer algumas doenças. Conta com tristeza que era o filho caçula quem os acompanhava no dia a dia, levava-os ao médico, ao mercado, a passear.

Eu chorava muito, ainda choro. Mas meu filho me liga e fala que está bem. Um ano depois de meu filho ir embora descobri que tinha câncer e diabetes. Minha saúde piorou e a de José também, porque ele tem problemas de pressão. Meu filho veio quando operei e melhorei muito.

Ana é uma mulher muito tranquila, não se irrita com ninguém e sempre deixa tudo nas mãos de Deus. Lembro que um dia em que já estava pronta para operar do seio, contou que seu prontuário estava sumido no hospital e por conta disso tinha que refazer os exames, nesse mês ela sofreu uma trombose que a deixou com dificuldade para falar e com perda parcial da memória. Com o sorriso e o carinho de sempre, ela me abraçou e me falou: “Eu quero ficar boa de saúde para quando meu filho voltar de vez”.

Na experiência narrada por Ana, a construção da doença ocorreu por um evento crítico motivado pela partida do filho para a Espanha. Dessa forma, a falta e a saudade do filho transformaram-se, segundo as narrações de Ana, em doenças como o câncer de mama, a diabetes e o ganho constante de peso, pois, como ela contou, “a comida era meu consolo”.

Finalmente, vimos como as histórias de vida permitem constatar que processos emocionais e afetivos estão envolvidos na construção de padecimento, de luta e de superação e que eles ajudam a entender o processo por meio do qual se origina o excesso de peso. Cristina descreve eventos críticos, vividos quando criança, na adolescência e na gravidez os quais deixaram sequelas e se manifestaram em distúrbios alimentares e mudanças físicas; Ana narra sensação de vazio, causada pela ausência do filho e preenchida por dores e problemas de saúde; Luzia, fala da trajetória de uma mulher proveniente do meio rural que sentiu muita dificuldade em se adaptar ao ritmo de vida da cidade. Sobretudo, ela estava acostumada com a fartura, e a variedade de alimentos vindos da fazenda da família. Ela sabia o que comia, e sabia como eram criados os animais, e toda a produção do

alimento. Morando na cidade não tinha acesso a fartura e desconhecia a procedência do que consumia. No novo estilo de vida ela precisava trabalhar para ganhar dinheiro e comprar o alimento básico. Isso era considerado por Luzia como fome.

Autores como Rial (1996) fazem referência a este tipo de mudanças vividas por Luzia, alegando que em populações urbanas aconteceram alterações importantes no modo alimentar:

No passado, a alimentação era fortemente determinada geograficamente (por exemplo, produtos regionais dificilmente encontráveis em outros lugares), temporalmente (produtos de estações do ano) e simbolicamente (imperativos religiosos que determinavam tabus alimentares). As ocorrências alimentares serviam para pontuar a jornada, interrompendo o trabalho e instaurando uma atmosfera de sociabilidade, frequentemente familiar. [...] Estamos longe dos imperativos sazonais e religiosos que limitavam o leque de opções e a multiplicação dos contatos alimentares se fez acompanhar das opções colocadas a nossa disposição. Assistimos a uma ampliação da variedade de produtos e da possibilidade de encontrá-los em lugares muito distantes de sua origem e em qualquer período do ano. Por outro lado, a dualidade simples trabalho-reposo parece ultrapassada no mundo moderno. [...] O número de vezes em que se absorvem alimentos ultrapassa de longe o número de refeições de outrora. (Rial, 1996:95)

Finalmente pode concluir-se que tanto em Cristina, Luzia e Ana estão cercadas de ambientes em que a comida é muito abundante e farta. Cristina e Luzia moravam numa fazenda que plantava e tinha abundância e autonomia de comida. Cristina tinha um boteco onde vendia comida e Luzia tinha um “verdurão”. E Ana com sua horta fora de casa. Assim como também a preparação da comida relaciona o alimento numa relação que aciona a memória e a afetividade. Emoção e alegria experimenta Cristina ao lembrar a vida da fazenda e a abundância de alimento. Uma sensação de bem-estar é proporcionada à Luzia pelo fato de consumir a comida vinda da fazenda do seu pai. E, no caso de Ana, a possibilidade de ter temperos e chás que ajudavam no preparo de remédios e alimentos com o “tempero da mãe” Ihe eram importantes.

CAPÍTULO 4

HISTÓRIAS DO ESTOMAGRINHO

4.1. Introdução

O presente capítulo apresenta na primeira parte a análise do tratamento de cirurgia bariátrica praticado no PASSO, assim como as etapas de recuperação do pós-operatório e as mudanças físicas que resultam da cirurgia.

Na segunda parte se busca apresentar as narrativas de Márcia, Fernanda e Rita que fizeram a cirurgia bariátrica e relatam suas experiências vividas e surgidas deste processo cirúrgico.

As interlocutoras foram selecionadas por se tratar dos casos sobre os quais consegui manter maior e contínuo contato no hospital (no consultório de psicologia e endocrinologia e nos corredores do HUB), e das quais consegui ter qualidade de informação que possibilitou traçar um perfil. Com cada uma surgiu uma relação diferente, Marcia de personalidade forte buscava sempre relatar seu sucesso de pedido à justiça para conseguir seus objetivos. Fernanda me procurava como ombro para chorar e desabafar seus problemas conjugais. E com Rita depois de conseguir comunicação uma vez por semana, mantínhamos contato sobre tudo pelas redes sociais.

Nesse sentido, será apresentada a história de cada personagem, trazendo em consideração, as transformações e os resultados - produto da cirurgia -, assim buscarei explicitar o processo de ressignificação do corpo, da alimentação e da saúde. Continuo utilizando as narrativas, conforme foi mencionado no Capítulo 3, como recurso imprescindível para a explicação e a ordenação de eventos críticos, na voz dos personagens e trazendo essa dimensão de desvendamento e revelação da pessoa, ressaltando como ela própria dá sentido à sua experiência, como nos sugere Maluf (1999:70). Ademais, recorro a Langdon (1995) para explicar o significado da cirurgia bariátrica não como um momento único nem uma categoria fixa, mas sim como uma sequência de eventos, organizada pelos pacientes, para

explicar a experiência vivida e como uma maneira de compreender e se possível aliviar o sofrimento.

4.2. A cirurgia bariátrica

Do ponto de vista médico, a cirurgia bariátrica é um tratamento terapêutico definitivo e irreversível, definido pela intervenção direta que reduz o tamanho do estômago e diminui a capacidade de ingerir alimentos, gerando uma sensação de saciedade e a perda acelerada do peso. Em um tempo que vai de 12 a 15 meses, espera-se a perda de 90% do excesso de peso e a estabilidade do peso final. Esses dados foram apresentados durante a entrevista com Fátima Fortes, secretária do PASSO em que me foi explicado como é o tratamento do paciente e como é o funcionamento do programa. Assim, a recuperação, parte da cicatrização que acontece de maneira lenta e progressiva, é o período em que a pessoa precisa passar por um rigoroso cuidado alimentar que consta de três fases.

A primeira fase começa com o consumo de uma dieta líquida. A cada duas horas, a pessoa consome meio copo de líquidos em pequenos goles. Os alimentos consumíveis nessa fase são: água, leite desnatado, iogurte desnatado, caldo à base de batata, cenoura, chuchu, moranga, espinafre, carnes magras ou frango sem pele, sal, alho, cebola que devem ser liquidificados e coados. Nestes primeiros dias o paciente deve dormir quase sentado para evitar machucar a ferida e o acúmulo de gases. Na segunda fase, vinte dias depois da operação, inicia-se a dieta pastosa, baseada no consumo de purê de frutas, legumes e batata misturada com líquidos. Nessa etapa ainda o paciente deve ter pouca movimentação para evitar complicações na cicatrização. Assim, depois disto o paciente entra na etapa final de recuperação, e começa a consumir alimentos sólidos, grãos e vegetais crus ou cozidos, frutas e cereais sem precisar liquidificar. É nesta etapa onde o paciente começa a normalizar sua dieta alimentar e sua vida cotidiana. As primeiras mudanças começaram no planejamento e controle do que será consumido no dia, na semana, no mês, considerando o valor nutricional de cada alimento.

Assim, comer para quem é operado com a cirurgia bariátrica, começa a ser uma atividade programada em horários e regida por uma restrição e uma seleção das porções que vão ser digeridas num tempo cronometricamente controlado. Na nova condição o paciente de pós-operatório começa um autocuidado e autor-regulamento com o que vai ser consumido. Fazendo que o estômago cumpra a função de “consciência” que controla, limita e restringe o que vai ser digerido em face da quantidade, da qualidade de sabores e texturas que vão gerar bem-estar ou mal-estar, dependendo de como o alimento seja recebido ao ser digerido.

Assim o paciente com o estômago modificado começa a perceber este órgão como parte do corpo que merece a maior atenção e cuidado. Este cuidado se dá durante os primeiros meses da operação, em que o paciente está muito comprometido com a perda de peso e seguem todos os passos recomendados pelos médicos, no consumo alimentar, e dos medicamentos. E se referem ao estômago com algum apelido a maioria das vezes quando perguntam o que foi consumido? A quantidade de alimento digerida ao dia? Nesse sentido a maioria dos pacientes do pós-operatório, sente o estômago como o principal órgão do corpo, e o reconhecem com apelidos como: a “caixinha”, “caixinha saudável” ou “estomagrinho”:

“Hoje minha caixinha recebeu no almoço uma colher de carboidrato, duas colheres de carne, uma colher de salada, e uma porção de caldo de feijão”.

“Hoje não consegui comer nada sólido, tive que liquidificar tudo, para que a comida pudesse descer no meu lindo e maravilhoso estomagrinho”

Assim, conforme relatado pelos interlocutores que perceberam o estômago não somente como um dos principais órgãos do sistema digestivo, mas também como um símbolo do corpo que precisa do maior cuidado e importância, passa então a ser o órgão no qual se concentram sensações físicas e emocionais vivenciadas pelo corpo. O paciente começa a experimentar todos os alimentos que estão a seu alcance, desenvolvendo uma divisão entre os alimentos que geram bem-estar, e os que geram mal-estar. Em teoria quem faz a cirurgia bariátrica pode consumir todo tipo de alimentos, só modera a quantidade do que vai ser consumido. Mas na prática os pacientes experimentam todo tipo de sensações que vão ser descobertas na

medida em que a pessoa consiga comer e variar as eleições alimentares. Por exemplo, não conseguir comer algo que antes de ser operado gostava muito pode gerar frustração e tristeza, que também podem gerar reações físicas como diarreia ou vômito. Além disso, os pacientes estão constantemente se autoanalisando sobre as reações do alimento no corpo, e sobre os alimentos que geram prazer, querendo regatar aqueles que gostavam de consumir antes de fazer a cirurgia, mesmo que não tenham alto valor nutricional. E deixam em segundo lugar os novos hábitos alimentares recomendados pelos médicos que ajudam a atingir o objetivo de emagrecimento.

Do mesmo modo como se refere Da Matta (1986:58) quando diz que: “o alimento está relacionado àquilo que pode ser ingerido para manter uma pessoa viva, já a comida é aquilo que é escolhido para ser saboreado e consumido com prazer”. Assim os recém-operados começam a experimentar e a estabelecer o gosto e a preferência por certos alimentos para os quais realizam uma seleção entre aqueles que geram bem-estar ou mal-estar, embora precisem consumir um cardápio completamente nutritivo, primam pelos que geram bem-estar. Entre os alimentos que mais geram bem-estar sobressaem os líquidos, pela facilidade de digestão, os de maior preferência são a água, chás e sucos e entre os sólidos estão o pão e a banana. A relação de desconforto aparece com o “*dumping*” que é um termo médico também utilizado pelos pacientes para designar uma complicação relativamente frequente que se apresenta depois da cirurgia bariátrica e faz com que ocorra a passagem do conteúdo gástrico que está no estômago para o intestino de forma muito rápida. Pode ser diagnosticada por meio de sintomas como fraqueza, náuseas, cólicas intestinais, desmaios e diarreia, após a pessoa ter se alimentado. O tratamento deve ser feito com base em uma dieta alimentar baixa em carboidratos e açúcar, e a criação do hábito de descansar após as refeições para atrasar o esvaziamento estomacal.

Segundo as narrações dos interlocutores, ocorre quando algum alimento, ao ser consumido, não desce bem e fica engasgado. Outras vezes acontece quando a pessoa come mais do que o devido ou muito rápido, experimentando sensação de debilidade comparada à “morte”, com sintomas como calafrios, queda de pressão, desvanecimento, vômito, diarreia. Entre os alimentos que mais produzem o *dumping*

estão o arroz, o feijão, a carne e o frango. Outras mudanças produto da cirurgia bariátrica apareceram quando o paciente começou o processo de emagrecimento que acontece praticamente durante o primeiro ano. Estas mudanças se evidenciam na pele, que começa a sobrar, sobretudo nas partes do corpo onde se concentra a gordura. Como nos braços, nos peitos, no abdômen e nas pernas. Nestas áreas grandes proporções de pele sobrando escorregam no corpo, e são podem ser retiradas pelo cirurgião plástico, mais só vão ser retiradas depois de um ou dois anos depois da operação bariátrica em que o paciente já se estabilize no peso. Pois, na percepção dos pacientes, é depois da bariátrica parece que ficam mais velhos pelo excesso de rugas produto da pele que sobra. Mas isto pode ser solucionado com as cirurgias plásticas que segundo eles, não são feitas por estética, mas sim para voltar a ser uma pessoa normal.

E importante ressaltar que as cirurgias plásticas só são feitas no PASSO pelos pacientes que fizeram a cirurgia bariátrica, e não são feitas em pacientes que conseguiram emagrecer por sua própria vontade. Dando continuidade, apresento as narrativas e as experiências das voluntárias da pesquisa que fizeram a cirurgia bariátrica: Márcia, Fernanda e Rita.

4.3. As experiências em primeira pessoa

Márcia: “Meu corpo era minha própria prisão”

Márcia, carioca, cabeleireira de 39 anos, mora na Ceilândia Norte, de Brasília onde reside há mais de quinze anos. Ela é uma mulher alta, usa roupas justas, saia curta, maquiada com batom vermelho, exibindo seus grandes brincos, colar e anéis.

As ocasiões em que estive perto dela foram sempre no hospital (corredores, consultórios de nutrição, endocrinologia, psicologia) e pude perceber que era uma mulher que sempre fazia questão de aparecer, falava alto com a intenção de ser escutada pelos outros.

Márcia conta que sua obesidade começou com o peso que foi acumulando ao longo de duas gestações. Aos 18 anos, quando pesava 65 quilos, teve o primeiro

filho. Na segunda gravidez, três anos depois, seu peso disparou para 160 kg. Naquela ocasião, ela começou a ter problemas de saúde como hipertensão, colesterol alto, cálculos na vesícula biliar e dor nas costas que dia a dia deixavam-na mais doente. Nesse tempo, Márcia já havia testado numerosas dietas recomendadas por familiares e amigos¹² e continuava fazendo simpatias¹³, rezas¹⁴, exercícios e tomando medicamentos que inibiam a fome, sem o resultado desejado por ela. Quando desistiu, tomou a decisão de fazer a cirurgia bariátrica. Além disso, Márcia, que se descreve como uma mulher “lutadora”, tinha o sonho de se tornar uma cantora de sucesso. Sonho que teve de ser adiado devido ao que denomina como uma “luta” que teve de travar contra o excesso de peso. Mas, como ela fala, tinha a energia e o talento, desejava ser uma borboleta, mas seu corpo era “sua própria prisão”.

Márcia tinha vontade de viver, mas sua gordura limitava-a ao ponto de não conseguir fazer mais os serviços domésticos nem ter a independência que desejava. Então, fez o propósito de engordar mais uns quilos para se tornar uma obesa mórbida e, assim, conseguir o encaminhamento do endocrinologista ao grupo de obesidade do Hospital Universitário de Brasília para começar o tratamento e realizar a cirurgia bariátrica. Ela achava que o encaminhamento pelo endocrinologista ao grupo PASSO dar-lhe-ia o direito de entrar sem aguardar a fila de espera. Desesperada depois de uns meses sem ser chamada, decidiu acionar a justiça para garantir seu direito ao acesso à cirurgia bariátrica pelo Sistema Único de Saúde, o que acelerou o tratamento com a equipe do PASSO, assim como as cirurgias plásticas num tempo total de quatro anos, o que, normalmente, levaria entono de 8 a 10 anos. Esse foi um ganho considerável de tempo, levando em conta o processo dos outros pacientes. O fato de um paciente aceder a justiça não gera problemas na equipe médica, eles garantem o acesso e atendimento igual a todos os pacientes que já estão no tratamento ao PASSO. O problema está nos pacientes que aguardam sua vaga e este tipo de demandas alongam ainda mais a fila de espera.

¹²Ver nos anexos, as dietas mais populares entre os interlocutores.

¹³Simpatia é a maneira de emagrecer por meio de receitas populares que envolvem magia, superstição e religião. Ver anexos.

¹⁴Ver anexos de rezas usadas pelos interlocutores.

Márcia acreditava que a cirurgia bariátrica seria a única solução viável e rápida para a perda da gordura que a incomodava e que a impedia de retomar sua vida, sua independência e, principalmente, seu sonho de cantar. Pois ela já havia vivenciado de perto a experiência de seis familiares que fizeram essa cirurgia do mesmo jeito (engordando para se encaixar nas medidas do obeso mórbido e acionando a justiça).

Depois da cirurgia, a vida de Márcia mudou, recuperou sua energia e o desejo de se tornar uma borboleta livre e ela mesma disse assim:

Depois da cirurgia até deixei meu marido, é que ele não aguentava meu ritmo de vida ele é 20 anos mais velho que eu. Voltei a trabalhar de noite cantando num boteco, dormia só às 2 ou 3 da manhã, às 11 horas acordava ligava e máquina de lavar, arrumava a casa, fazia almoço, tudo ao mesmo tempo, atendia ao telefone. Até que ele falou para eu parar, imagina. Eu não estou para dar satisfação a ninguém, falei para ele. Acabamos o casamento e comecei vários namoros até que casei de novo e já estou cansada do meu marido, agora estou começando outro namoro.

No depoimento anterior, Márcia havia relatado a primeira mudança que teve depois da cirurgia, ela parte da narração da energia que sentia para fazer atividades que antes não eram possíveis, como arrumar a casa e voltar a trabalhar. Depois da operação bariátrica, Márcia mudou bastante. Parecia que lhe haviam dado uma nova identidade. Sentia-se carregada de euforia pelo fato de estar magra e de conseguir fazer aquilo que desejava ou estava reprimido quando era gorda, relata que sua libido sexual aumentou “como se estivesse adormecida a vida toda”.

De outro lado, Márcia demonstrava uma forte preocupação com o sobrepeso dos dois filhos que já estavam com 16 e 19 anos. O sucesso para Márcia estava relacionado com o volume do corpo. Assim uma pessoa bem-sucedida devia ter um corpo magro, trabalhado e sarado. Por isso, a preocupação dela ao ver seus filhos cada dia mais gordos. Assim, ela mesma havia naturalizado o preconceito e o reproduzia com seus filhos.

Eu falo para meus filhos procurarem sempre o melhor, eu dou o melhor, eles têm que ser os melhores. Umas meninas ficam ligando aí eu pergunto: Quem é você? Qual é seu sobrenome? Porque não dá para meus filhos

ficarem com mulheres desses sobrenomes todos comuns, como Da Silva, Pereira, isso aí tem em qualquer canto, isso não. Eu gosto é como aquelas famílias antigas. Você sabe que tem sobrenomes chiques. Eu falo para meus filhos que vivam mais que não se apaixonem. Mulher gosta de homem com brinco na orelha e tatuagem, eu gosto. Agora eles estão gordinhos então eu falei que tem que começar academia, mas tem que emagrecer, porque gordo não tem sucesso na vida.

Segundo Goffman (1982:12), a estigmatização torna-se um verdadeiro círculo vicioso, quando o obeso aceita e considera como normais os tratamentos discriminatórios que ele sofre, e os preconceitos dos quais é vítima. Começa então uma depreciação pessoal que termina numa alteração da própria imagem.

Dois anos depois da cirurgia, Márcia voltou a ganhar peso e entrou de novo na justiça, para pedir os medicamentos e suplementos alimentares que não estavam na farmácia popular¹⁵, argumentando que os médicos não falaram dos efeitos secundários da bariátrica, principalmente, por ter adquirido novas doenças como: anemia, artrite e transtorno da bipolaridade. Ainda não sei o resultado do pedido de Márcia, mas sim que os pacientes do grupo pós-operatório conseguiram os medicamentos suplementares com o respaldo da equipe médica do PASSO.

De outro lado, a identidade de Márcia também ficou pouco definida, como ela mesma se percebe, pois relata que agora não se acha mais gorda nem magra, nem humana, pois não conseguia ter uma dieta alimentar normal, tampouco podia consumir os alimentos dos quais gostava antes da cirurgia e, além disso, tinha de substituí-los por medicamentos.

Não conseguimos comer nada, então somos que nem astronautas: comemos só pastilha para cálcio, ferro, vitaminas e suplementos. E todo isso é caro e vem ali a nutricionista com esse papo que tem que comer

¹⁵ O Governo Federal criou o Programa Farmácia Popular do Brasil para ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns entre os cidadãos. O Programa possui uma rede própria de Farmácias Populares e a parceria com farmácias e drogarias da rede privada, chamada "Farmácia Popular". O objetivo do programa é, segundo o Ministério da Saúde, ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, oferecendo tais medicamentos a preços reduzidos. Os medicamentos são adquiridos pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em laboratórios farmacêuticos públicos (como a FURP) ou do setor privado. A Fiocruz disponibiliza os medicamentos às Farmácias Populares sem custo algum, onde são vendidos em farmácias próprias ou, ainda, em farmácias da iniciativa privada, ocasião em que o comprador informa o CPF para o DATASUS no ato da compra. A redução de preços é possível graças à isenção de impostos e a aplicação de subsídios, por parte do Governo. Em média, os medicamentos são vendidos com preços 85% menores do que os das farmácias comuns. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1095.

requeijão light, sementes e isso é caro. Eu falei para ela, que eu tenho dois filhos para sustentar, e só posso beber iogurte de R\$ 2,00 Então temos alguns do grupo que entramos na justiça pedindo todos esses suplementos caros, tem que dar. Eu gosto de brigar. Os médicos não preparam a gente para a cirurgia ali depois ficamos mais doentes, então a gente tem que entrar na justiça. E também tem os que falam tudo mentira que tudo está certo em casa, que estão preparados, mentira. Uns têm depressão, não comem direitinho e não falam a verdade para o médico por medo de eles não operarem. Eles não sabem como é que vive a gente.

Assim, no caso de Márcia, a cirurgia resolveu o problema de obesidade por um tempo curto, mais não resolveu os outros problemas físicos nem emocionais. Novos problemas de saúde apareceram além da dependência aos medicamentos para controlar as mudanças emocionais e físicas como a depressão e o transtorno da bipolaridade e para dar ao corpo os nutrientes de que precisa.

Fernanda: “Eu era feliz e não sabia”

Fernanda seria o caso bem-sucedido da cirurgia bariátrica, antiga gordinha que se tornou uma mulher magra de corpo bem definido. É uma mulher alta, branca, sempre vestida com roupa justa, é brasiliense e mora com o marido e os três filhos em Taguatinga, cidade de Brasília.

Ao perguntar-lhe sobre a causa de ter ganhado peso, ela respondeu que foram as gestações dos três filhos. Aos 21 anos, pesava 67 quilos; na segunda gravidez chegou a 87 quilos e, na última, 122 quilos, quando começou com problemas de saúde e baixa autoestima por causa do excesso de peso. Fernanda fez a bariátrica há quatro anos, assim como as cirurgias plásticas do abdômen, pernas, braços e seios, ficando com o corpo e o peso muito bem equilibrados. Tanto que se tornou referência para os colegas que esperam ter a sorte de ficar no mesmo jeito. Embora a aparência de Fernanda seja de uma mulher produzida, ela se mostra muito arrependida por ter feito a bariátrica. Relata que, embora estivesse muito gorda, sua vida era normal, tinha um relacionamento estável e sentia que o marido a amava.

Fernanda disse que não teve muitos problemas com a alimentação depois da cirurgia, mesmo sabendo que antes era compulsiva por comida, sobretudo, quando

estava triste ou tinha alguma preocupação, ou brigava com Paulo, o marido. Teve uma recuperação e perda de peso dentro do esperado, mas tinha preferência pelo consumo de líquidos.

Ela conta que antes da cirurgia tinha uma vida normal, e as preocupações que todo mundo tem. No tempo em que era gorda, faziam churrascos com os amigos e os filhos nos fins de semana, saíam a passear, compartilhavam juntos o jantar e a novela. Mas se sentia tão bem com Paulo, embora achasse que um dia ele fosse embora por causa de sua gordura, porque sempre estava desarrumada e pelas roupas feias que usava. Nunca acreditou nos elogios e nos ciúmes de Paulo, pois se achava muito “feia e nojenta”, como me contou, pelo jeito compulsivo de comer. Foi depois da cirurgia que percebeu quanto “era feliz e não sabia”. Sem ter a possibilidade de voltar atrás, quando percebeu que Paulo tinha um relacionamento com uma vizinha ainda mais gorda do que ela tinha sido. Ao tomar conhecimento desse fato, Fernanda desestabilizou-se emocionalmente. Isso aconteceu devido a um desentendimento com o marido e se refugiou na bebida, que era considerada sua companheira. Além disso, tinha depressão, ansiedade e compulsão, que controlava com medicamento, mas que misturava com álcool.

Meu marido foi embora na quinta, mas eu pedi para ele, implorei que voltasse para casa, e ele voltou do jeito dele mesmo. Minha filha fala para mim que ele é meu remédio e isso é verdade. Quando meu marido não está em casa eu fico chorando, com depressão, e quando ele chega meu coração dispara, fico feliz. Embora ele me fale só coisa ruim eu amo ele, por isso é que eu aguento. Ele fala que eu sou uma vagabunda, me humilha e meus filhos escutam todo isso. Meus filhos estão de meu lado, e deixam-no ficar em casa porque eu preciso, para eu não ficar chorando nem com depressão. Só estou esperando que isto acabe pronto. Já fiquei sabendo que ele tem um caso com uma vizinha que é gorda, Se eu tivesse sabido direito que ele gostava de gorda mesmo, eu tivesse ficado no meu cantinho [...]. Eu já tentei me suicidar, minha filha me salvou, eu já falei para ela que nem pense em se casar. Homem não presta só dá problema. Eu falei, filha olha como estou sofrendo por um homem que não vale nada, que me trata como uma vagabunda olha o espelho, minha mãe também sofreu muito com meu pai, ele dava uma vida ruim para ela, batia nela todos os dias, tinha mulheres, não chegava a casa. Igual que meu marido, e eu falo todo isso para minha filha.

O depoimento anterior evidencia eventos críticos vivenciados por Fernanda desde criança quando observava os maus-tratos infligidos pelo pai à mãe. Da mesma

forma, ela cresceu sentindo-se desprotegida insegura e dependente. Reproduzindo a dependência do homem que a maltrata física e psicologicamente, assim como ocorria com sua mãe. Assim mesmo, a compulsão de Fernanda pela comida parte de uma relação de afetividade, pois, comendo, ela aliviava suas penas, suas preocupações e suas tristezas. Mas, depois da bariátrica, a comida não descia do jeito que ela queria, não lhe dava o conforto de antes. A comida, que era sua principal aliada, depois da cirurgia, foi substituída pelo álcool que lhe devolveu a segurança, razão pela qual ela o chama de “meu companheiro”.

Rita: “Achava que, ficando magra, tudo ia mudar”

Rita é uma mulher branca, de 37 anos de idade, muito tímida, de olhar triste e voz baixa, sempre tentando evitar qualquer tipo de interação. Razão pela qual pediu para ser atendida pela psicóloga na consulta individual, argumentando que não participava das reuniões coletivas porque não se sentia bem falando em público seus problemas, assim como também não queria saber os problemas dos outros. Eu já havia solicitado várias vezes permissão para entrevistá-la, mas as respostas sempre foram negativas. Um dia chegou a me dizer que não se encaixava na minha pesquisa por ser uma paciente psiquiátrica. Eu não insisti mais, e concordei com a explicação dela. Depois disso, no hospital, cumprimentávamos sem muita cerimônia, pois achava que já não precisava fugir de mim. Trocávamos algumas informações e foi assim que, aos pouquinhos, ela foi se acercando e, sem muitas pretensões, fomos nos aproximando, conquistando mais confiança e, dessa forma, consegui conhecer a experiência dela.

Rita conta que nem sempre foi gorda, lembra que, quando criança, era magra, mas que sua mãe sempre lhe chamava de feia, filha não desejada, filha de mãe solteira. Acredita que o fato de não ter sido uma filha desejada, tenha sido o motivo de sua mãe não se importar com suas coisas, sempre estava mal-humorada e culpando-a por todos os eventos ruins que lhes aconteciam, razão pela qual nunca tiveram um bom relacionamento. Aos 12 anos Rita já era uma criança gordinha, lembra que, na escola, era considerada a mais feia. Isolava-se das coleguinhas e ficava num cantinho, mas sempre desejando brincar e se vestir como elas, disse:

“Lembro que minhas colegas usavam uns vestidos lindos, mais nenhum servia em mim, eu chorava, ficava triste, mas não falava para ninguém. Um dia pedi um vestido para minha mãe, e levei uma surra”.

Depois, com 18 anos e, terminada a escola, Rita saiu em busca de emprego, tentava todos os anos. Conta que um dia se apresentou para uma vaga de balconista e disseram-lhe que não tinha o perfil desejado para o cargo, riram na sua cara. A partir daí, desistiu de procurar emprego. Há mais de 15 anos, trabalha em casa preparando iguarias para festas, trabalho que adora. Rita diz que aos 18 anos, quando se fechou em casa, começou a engordar, passou a pesar 72 quilos e, aos 21 anos, chegou a 89 quilos. Depois da gravidez, quando tinha 24 anos, foi que começou seu pesadelo de verdade, quando chegou a pesar 140 quilos.

Conta que já tinha um histórico médico no HUB e que foi o endocrinologista do hospital que a encaminhou para o grupo PASSO, motivo pelo qual não teve de aguardar mais que dois anos na fila de espera e três anos de tratamento e acompanhamento com os especialistas para fazer a cirurgia bariátrica. Rita fez a cirurgia bariátrica, e conta que a recuperação foi tranquila na alimentação, não teve o dumping e conseguiu tolerar quase todos os alimentos. Depois de três anos, voltou a recuperar o peso e agora está com 110 quilos. Relata que tudo deu certo na recuperação e na perda de peso, mas os problemas emocionais levaram-na para o caminho da compulsão pela comida. Dois meses depois de realizar a cirurgia bariátrica Rita se separou do marido, argumentando que brigavam muito, produto da irritabilidade e das depressões que sentia sem saber o motivo. Relata que ficou muito ansiosa dois anos depois da cirurgia, quando sentiu que havia realizado o sonho de ser magra, pesando 54 quilos. Conta que sempre desejou ir a uma loja e comprar os vestidos que queria, sem ser alvo de burlas e de risos das pessoas, outro de seus desejos era simplesmente cortar por ela mesma as unhas dos pés. Tudo isso ela conseguiu, a autoestima de Rita melhorou, e a perda de peso era evidente, sentia que podia fazer tudo e mais do que podia.

Eu sou exagerada, tudo meu é exagero, então que aconteceu, a nutricionista falava que poderia comer três colheres de arroz, então eu dizia si ela falou que três então eu como uma, e assim vou emagrecer para valer e foi isso que aconteceu. Eu não conseguia caminhar, então comecei caminhando 10 minutos, depois foram para vinte, trinta, uma hora, duas horas. Cheguei a caminhar duas horas de manhã e duas de tarde. Caminhava até de madrugada, como eu moro em condomínio. Depois que emagreci continuou tudo igual, nada mudou. Não me sentia feliz. [...]

Depois que emagreceu, Rita não tinha mais motivos para lutar, ser magra já não era novidade, então a tristeza que experimentava quando era gorda voltou, assim como a compulsão pela comida. Sentindo-se culpada por causa do excesso de comida que consumia, passou a vomitar tudo o que engolia, sendo diagnosticada, pelo psiquiatra, como bulímica e portadora de transtorno da bipolaridade. Hoje, faz uso de antidepressivos para manter o controle emocional.

Estes últimos anos têm sido difíceis, pois minha bulimia piorou. Por isso tive que ir para o psiquiatra. Eu pensava assim, por exemplo: comia uma caixa de sorvete e depois vomitava sem problema, era só baixar a cabeça e abrir bem a boca que todo saía. Minha garganta ficou dilatada, queimada, com muita dor. Mas o pior não foi a garganta, mas sim os dentes. Perdi alguns dentes, outros ficaram moles e outros supersensíveis. O tratamento foi caro, caríssimo, mas já consegui parar de vomitar, com ajuda do psiquiatra.

Assim, pode-se concluir que a comida deu a Rita segurança, bem-estar e a companhia que, desde criança, lhe foi negada pela mãe. Foi nessa relação de afetividade com a comida, que o desejo e a culpa afirmaram sua identidade desde criança, motivo pelo qual a gordura de seu corpo era sua principal tristeza e a comida sua felicidade. Assim como assinala Woortmann (2007:184), o corpo é pensado em relação com o alimento: “A seleção de comidas e os hábitos de comer constituem uma linguagem que expressa dimensões tais como gênero, ritos de passagem, memória, família, religião”.

Pode-se concluir que as histórias de Márcia, de Fernanda e de Rita demonstram, em primeiro lugar, a dificuldade de acesso ao tratamento cirúrgico pelo SUS devido à grande demanda que se traduz em uma longa espera.

Igualmente, os pacientes, devido à pressa de fazer a cirurgia, não contam ao médico à realidade que estão vivendo, os sentimentos, assim como eventuais dificuldades financeiras que podem inviabilizar ou garantir o sucesso do tratamento, resultando na deterioração da saúde.

Ademais, podem ser identificados, nos casos das interlocutoras e de outros entrevistados que: (1) a cirurgia bariátrica resolveu temporariamente o problema de obesidade; (2) em longo prazo esses pacientes desenvolveram outras doenças, entre as mais comuns estão a anemia, a osteoporose, a artrite, provavelmente, pela falta dos nutrientes e vitaminas que o corpo precisa como a tiamina, vitamina B12, ácido fólico, ferro, cálcio com vitamina D, vitamina A e E e proteína. A quantidade de medicamento a ser consumida é alta e, quase sempre requer uso contínuo ou por um período não menor que dez anos. Entre os medicamentos mais consumidos estão: a ranitidina que serve pra aliviar alguma azia e dores no estômago, o Luftal que ajuda na eliminação de gases, A Bromoprida que evita náuseas e enjoos, o Buscopan evita dores, cólicas, o Clexane 40mg que é um anticoagulante. E nas vitaminas estão: o suplemento de proteína com glutamina, citrato de cálcio com vitamina D, polivitamínico (Centrum), Óleo de Linhaça, - Neutrofer (Suplemento de Ferro), - Citoneurim 5000 (Injeção Intramuscular de B12) cada seis meses.

Além disso, muitas das entrevistadas que fizeram a cirurgia bariátrica desconheciam a quantidade de medicamento que precisavam consumir e só se depararam com isso durante a recuperação. E depois de uns meses faziam um escolha pessoal do consumo de medicamentos que achavam que era importante para seu estado de Saúde, em parte porque muitas não estavam acostumadas ao consumo de tantos medicamentos, mas sobre todo porque não tinham as condições econômicas para comprar os medicamentos suplementares que não são subsidiados pelo Estado.

Condições econômicas são o principal motivo do abandono parcial do consumo dos medicamentos, mas também outro motivo se deve a que os pacientes acreditam que num tempo determinado não precisam consumir tais medicamentos, ou os suspendem e depois se deparam com outras doenças. Tal controle da regularidade do consumo foge ao controle da equipe médica.

Finalmente, é importante sublinhar, nas narrativas de Márcia, Fernanda e Rita, uma questão comum e significativa. A gravidez é o denominador comum das três interlocutoras e o início do excesso de peso, conforme focado por elas em suas biografias. Embora cada uma tenha uma história de vida diferente, as três partem da mesma questão. Para elas o excesso de peso deixado pela gravidez é assumido como algo normal que faz parte do que significa ser mãe. Portanto, é possível inferir que a percepção da doença demonstra que a obesidade não é uma doença em si mesma, mas sim o ponto de partida na construção biográfica da doença. E, talvez, a obesidade seja mais natural porque está ligada à gravidez e à maternidade, papéis essencialmente femininos. A gravidez tem um significado tão importante para as interlocutoras que é considerada como um evento crítico, como Giddens (1991) sugeriu-nos pensar, que traduz uma experiência nova e desafiante, geradora de ansiedade, de mudanças físicas e emocionais que, ao final, deixa marcas no corpo.

Pode concluir-se que as consequências da cirurgia bariátrica tiveram efeitos não somente no corpo, também na vida familiar, social e conjugal. No caso de Marcia e Fernanda e Rita e de muitos outros interlocutores que acreditam que a cirurgia bariátrica vá resolver todos seus problemas. Marcia achava que o tamanho de se corpo eram seu único problema. Fernanda estava convencida que a mudança do corpo devolveria a segurança e a reconquista do marido. E o objetivo de Rita seria que, com a mudança corporal, ela começaria a conhecer a felicidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da produção desta dissertação, escutei, li e observei sobre as causas que explicavam o surgimento da obesidade. No hospital e nas conversas com os pacientes, eu esbarrava com cifras alarmantes sobre o crescimento da obesidade no Brasil e no mundo. Nos jornais se encontravam diariamente notícias anunciando medicamentos, alimentos, e toda classe de produtos para combater a obesidade. De outro lado, a demanda da população pelo acesso ao tratamento de cirurgia bariátrica se registra em aumento, e os hospitais não têm a suficiente capacidade para atender toda a demanda. A longa fila de espera e o longo processo de tratamento do processo faz com que os pacientes depositem a esperança na cirurgia como a maneira de resolver todos seus problemas, desejando ter um “corpo novo”, “magro”, “normal”, “bonito” e fazer atividades como caminhar, trabalhar, namorar, etc.

Será que a cirurgia bariátrica poderia resolver todos os problemas dos pacientes? Esse era um dos questionamentos que me fazia continuamente submergir na pesquisa de campo. Constando que as pessoas que entrevistei concentraram todos seus problemas ao excesso de peso. Assim com também a cirurgia resultava ser a solução ao excesso de peso sendo recorrente escutar: “por causa da obesidade estou com diabetes”, “fiquei com depressão por causa da obesidade”, “separei de meu marido por causa da obesidade”, “com a cirurgia, minha vida vai mudar”, “com a cirurgia vou nascer de novo”.

Foi na procura de outras possibilidades para analisar a obesidade que me lancei à busca de interlocutores e pensarmos juntos através da construção autobiográfica outras formas de analisar a obesidade. Foram, através de narrativas e histórias cheias de emoções, que considerei relevantes e que desenvolvi em quatro capítulos onde também foi possível refletir sobre a imersão em campo, e problematizar as técnicas do método etnográfico, das dificuldades que tive com a caderneta e o gravador até adequar-me ao diário de campo e a disciplina que ele exigia.

Além disso, me foi permitido entrar em campo sem passar pelo processo burocrático do Comitê de Ética que possibilitou meu trânsito pelo hospital, no

ambulatório da endocrinologia, nutrição e de psicologia, que favoreceu o acercamento com os pacientes e as conversas no espaço institucional como ponto de partida.

Acredito que esse tipo de aproximação das ciências médicas com as ciências humanas, favorece o diálogo interdisciplinar que reflete no melhoramento e fortalecimento dos processos terapêuticos oferecidos pelos hospitais públicos. No trânsito dos pacientes de PASSO foi possível observar itinerários terapêuticos que envolvem a mobilização de redes sociais dentro e fora do hospital, participando de uma maneira ou outra no percurso de tratamento como facilitadores, incentivadores ou dificultadores. As redes fora do hospital permitiram o ingresso, a atenção rápida ou prioritária num momento chave (o amigo que conhece um funcionário, o familiar que trabalha no hospital, a enfermeira que ajudou a entrar na lista de espera). E as redes dentro do hospital funcionam na consolidação de uma rede de apoio entre pacientes, que na mesma situação se ajudam e acompanham no processo de tratamento. Também encontrei funcionários que ajudavam na prioridade de atendimento, na obtenção dos medicamentos, atestados, e benefícios.

De outro lado tentei focar-me nas histórias de vida de Cristina, Luzia e Ana, com quem comparti o maior tempo de pesquisa, e com quem consegui ter um relato e maior aproximação. Os encontros em suas casas sempre foram acompanhados de abundante comida, no churrasco de Luzia com carne trazida da fazenda do pai, nas tardes com Ana de pão de queijo trazido da Bahia e a comida mineira de Cristina. Cristina, Luzia e Ana têm, em seus relatos de vida, a comida como um dos eventos mais importantes, o valor da comida tem relação com a memória e com o afeto (Woortmann, 2007), que fazem que elas evoquem constantemente a vida da fazenda como tempo de fartura. Assim mesmo, fome significa não só a falta de alimento é também a procedência de onde vem à comida, que gera desconfiança pelos seus conservantes para que fique bonito nas prateleiras do supermercado, mas que no caso de Luzia ela o percebe como um dos causantes de seu excesso de peso. Assim como também fome é a falta dos temperos e principalmente a carne que não se sabe de onde vem, que fazem com que a comida perca qualidade no preparo no gosto, no sabor e no prato.

Nas narrativas de Márcia, Fernanda e Rita, foram apresentadas as mudanças acontecidas depois da cirurgia bariátrica. No caso de Marcia é preciso ressaltar a preocupante situação da forma de agir dela, que representa uma porção da população que realiza este tipo de práticas de engordar de propósito para se encaixar no obeso mórbido e assim aceder ao tratamento de cirurgia bariátrica, tentando contra sua própria vida como o fizeram seis membros de sua família.

Isso implica uma reflexão acerca de como está desenhado o sistema de saúde que leva as pessoas a atentarem contra a própria vida, precisando ter um estado de doença grave e se encaixar em modelos inflexíveis internacionais para serem atendidos e aceder a tratamento no hospital público.

De outro lado esse tipo de prática deixa em evidência a banalização que está sofrendo a cirurgia bariátrica sendo comparada como uma cirurgia estética. Nas narrativas dos pacientes em que é comum escutar que um, dois ou três integrantes da família fizeram a cirurgia bariátrica.

Os casos de Fernanda e Rita refletem que a obesidade não era seu principal problema e que a cirurgia bariátrica não resolveria outros problemas como o relacionamento do casal, a vida familiar e a anelada felicidade.

Com isto quero dizer que a obesidade não é a causa de problemas de saúde, físicos e emocionais, mas sim é a consequência de fatos críticos vivenciados ao longo da vida que se desenvolveram num corpo obeso.

Referências Bibliográficas

- ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Org.). Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Fiocruz/Relumê- Dumará, 1998.
- AZEVEDO, Clarissa. Vivenciando o emagrecimento: Um estudo antropológico sobre alimentação, identidade e sociabilidade de pessoas que se submeteram a cirurgia bariátrica. 161 f. (Dissertação Mestrado Antropologia Social). UFRGS, 2006.
- BOLTANSKI, Luc. As Classes Sociais e o Corpo. Trad. Regina A. Machado. 4ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.
- BURY, M. “Doença crônica como ruptura biográfica” Tempus, Actas de Saúde Coletiva, V.5, nº 2, 2011, Brasília: NESP 297:35-43.
- CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA - n.º 12, Obesidade. Ministério da Saúde, Brasília DF, 2006.
- CANESQUI, A. olhares sócio antropológicos sobre os adoecidos crônicos. Ciência e saúde coletiva. Hucitec, São Paulo 2007.
- DA MATTA, Roberto. “Sobre o Simbolismo da Comida no Brasil”. O Correio da Unesco 15(7). 1987.
- DAMATTA; Roberto, O que faz o Brasil, Brasil?. Editora Rocco, Rio de Janeiro, 1986.
- DA SILVA, Ligia. O corpo, o comer e a comida: Um estudo sobre as práticas alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador – Bahia. 349 f. (Tese de Doutorado em Ciências Sociais), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006.
- DOUGLAS, M. Implicit Meanings, Routledge. Cap 18: Deciphering a Meal. London, 1999.
- DOUGLAS, Mary. Pureza e Perigo. São Paulo, Perspectiva. Brasil, 1976.
- ECKERT, Cornelia ; ROCHA, Ana Luiza Carvalho da . “Etnografia: saberes e práticas”. In: Céli Regina Jardim Pinto e César Augusto Barcellos Guazzelli. (Org.).

Ciências Humanas: pesquisa e método. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2008, p. 9 a 24. Série Graduação.

FISCHLER, Claude. Obeso Benigno, Obeso Maligno. In: Políticas do corpo. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

GEERTZ, Clifford. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1989.

GIDDENS, A. Modernity and Self Identity: Self and Society in the Late Modern Age. Cambridge: Polity Press. 1991.

GIDDENS, A. central problems in social theory. London: Macmillan; 1979.

GOFFMAN, E. Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro, Zahar editores, 1982.

GOOD, Byron. "The narrative representation of illness". In. Medicine, rationality and experience. Cambridge: University Press, 1994.

GOLDENBERG, Mirian. A civilização das formas: o corpo como valor. In: _____ (org.) Nu & Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002.

HOLTZMAN, Jon D. Food and Memory. Annual Review of Anthropology, Vol. 35 (2006), pp. 361-378. Annual Reviews. <http://www.jstor.org/stable/25064929>. Accessed: 02/01/2013 14:59.

KLEINMAN, A. The Illness narratives. Suffering, healing and the human condition. NY: Basic books; 1988.

LAPLANTINE, F. Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LANGDON, E. Jean. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. Antropologia em Primeira Mão, n. 12. Florianópolis: PPGAS/ UFSC, 1995.

LE BRETON, R. Adeus ao Corpo: antropologia e sociedade. Campinas: Papyrus, 2003

LIPSKY, M. "Part III: Patterns of practice". In _____. Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services. Russell Sage Foundation, 1980.

LOYOLA, Maria Andrea. "A medicina popular". In GUIMARÃES, R. Saúde e medicina no Brasil: Contribuições para um debate. RJ: Graal, 1978.

MALINOWSKI, Bronislaw , Argonautas do Pacífico Ocidental, São Paulo: Abril Cultural (Os Pensadores). 1984

MALUF, Sônia. "Antropologia, narrativas e a busca de sentido". Horizontes Antropológicos 5(12), 1999.

MATTOS, Rafael, et al. Obesidade e bullying na infância e adolescência: o estigma da gordura. Demetra; 2012; 7(2); 71-84

MENASCHE, R. Risco á mesa: alimento transgênicos, no me prato não . In: Revista Campos, Curitiba. 2004.

RIAL, Carmen Silvia Moraes. "Fast-foods: a nostalgia de uma estrutura perdida". Horizontes antropológicos 2(4). 1996.

OLIVEIRA, R.C. O Trabalho do antropólogo. São Paulo: Unesp, 2006.

OLIVEIRA, Isabella. Cirurgia Bariátrica no Âmbito do Sistema Único de Saúde: Tendências, custos e complicações. 89 f.(Dissertação de mestrado em Ciências da Saúde) Universidad de Brasilia. 2007.

OMS. Informe sobre la salud en el mundo- Vencer el sufrimiento, enriquecer a la humanidad. 1997. <http://www.who.int/whr/1997/es/index.html>

SCHERER, Patrícia. o Peso que não é medido pela balança: As repercussões da obesidade no cotidiano dos sujeitos. 112 f. (Dissertação Mestrado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2012.

SONTAG, Susan, La Enfermedad y sus Metáforas, (traduc. Mario Muchnik). Taurus Pensamiento: 1980.

WOORTMANN, Ellen. Padrões tradicionais e Modernização: comida e trabalho entre camponeses teuto-brasileiros. In: Menasche, R (org.) Agricultura Familiar á Mesa. Porto Alegre, Edit. UFRGS. 2007.

Sites:

<http://www.hub.unb.br/>

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

<http://www.who.int/whr/1997/es/index.html>

[http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html)

<http://www.senado.gov.br/senadores/dinamico/paginst/senador4533a.asp>

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1095.](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1095)

ANEXOS

Anexo A

A seguinte **Tabela de Registro Alimentar** é levada pelos pacientes do PASSO durante o tratamento no HUB antes e depois da cirurgia bariátrica. Onde devem ser registrados não somente os alimentos consumidos durante o dia, mas também os sentimentos. Esta tabela embora seja conhecida pelos pacientes não é muito utilizada por eles.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
PROGRAMA GRUPO DE OBESIDADE - PRÉ E PÓS GASTROPLASTIA - PSICOLOGIA - NUTRIÇÃO - HUB

NOME: _____ DIA DA SEMANA: 2ª () 3ª () 4ª () 5ª () 6ª () SÁB. () DOM. () DATA: ____/____/____

REGISTRO ALIMENTAR

HORA	ALIMENTO	QUANTIDADE	DURAÇÃO	FOME ANTES (0-3)	ONDE FOI FEITA	SITUAÇÃO SOCIAL	SENTIMENTOS ANTES	SENTIMENTOS DEPOIS	ESTAVA FAZENDO ALGUMA ATIVIDADE ENQUANTO COMIA? SIM/NÃO. QUAL?

SUGESTÕES DE SENTIMENTOS:
IRRITADO, NERVOSO, ANSIOSO, CANSADO, TRANQUÍLO, INFERIORIZAÇÃO, SATISFEITO COMIGO, PREOCUPADO, ALEGRE, BOM HUMOR, REVOLTA, DESMOTIVAÇÃO, TRISTEZA, RAIVA, COM DOR FÍSICA.

OBSERVAÇÕES:

Tabela de Registro Alimentar dos pacientes de PASSO

Anexo B

Simpatias para emagrecer

As Simpatias são receitas populares que envolvem práticas com alimentação, magia, superstição e religião. As que circulam entre os pacientes de PASSO são:

Simpatia dos grãos de arroz

Os ingredientes para esta magia são: água, um copo transparente, uma miniatura do seu anjo da guarda ou do seu santo de devoção e alguns grãos de arroz.

Como fazer: Em uma noite de Domingo, coloque dentro de um copo transparente, a quantidade de grãos de arroz referente ao número de quilos que você deseja emagrecer. Por exemplo: se você deseja emagrecer oito quilos, coloque oito grãos de arroz no copo. Depois disso, preencha o copo até a metade com água e ponha ele na frente da sua miniatura do anjo da guarda ou santo de devoção, pedindo que ele abençoe aquele líquido e ajude no seu emagrecimento. É muito importante que você tenha fé e muita determinação nesse momento. Deixe que essa mistura descanse até o amanhecer. Na segunda-feira pela manhã, tome apenas o líquido do copo em jejum e depois preencha com água novamente.

Repita esse processo durante a semana inteira, sem engolir os grãos de arroz. Somente no próximo domingo, você deve engolir os grãos tendo o pensamento positivo de que aquelas grãos simbolizam os seus quilos indesejados indo embora. Encerre a simpatia fazendo mais uma oração para o seu anjo da guarda ou santo de devoção e em cerca de quatro dias, você já perceberá o seu corpo mudando e melhorando cada vez mais.

Simpatia da lua

Os ingredientes são: Berinjelas, Hortelã e água gelada.

Como fazer: Escolha um dia de início da fase da lua minguante para iniciar a simpatia. Neste dia de manhã, corte a berinjela em pequenos cubos e bata no liquidificador o número de cubos referente ao número de quilos que você pretende perder. Bata estes cubos em água gelada com algumas folhas de hortelã fresco, que servirão para melhorar o gosto da mistura. Tome a mistura em jejum e repita este processo durante todos os dias de lua minguante. Esta simpatia funciona mesmo, por que além de contar com a crença de quem a faz, também tem base científica, onde a berinjela atua como um processador rápido de toda a gordura ingerida.

ANEXO C

Rezas para emagrecer

Oração Poderosa

Oh Mãe querida Nossa Senhora Aparecida; Oh Santa Rita de Cássia; Oh São Judas protetor das causas impossíveis; Santo Expedito, o Santo da última hora; Santa Edwirges, Santa dos necessitados. Vós conheceis o meu coração angustiado. Intercedei junto ao Pai por mim, para emagrecer 24 kilos e nunca mais engordar. Eu Vos suplico e Vos louvo sempre. Curvar-me-ei diante de Vós. (REZAR: Pai Nosso, Ave Maria). Confio em Deus com todas as minhas forças e peço que ilumine meu caminho e minha vida. AMÉM

Oração para emagrecer do Sacerdote Marcelo Rossi

Pai eu te dou graças por ter a honra de comer com o seu filho Jesus. E o Senhor vai nos ensinar a nos alimentar em todos os sentidos, primeiro ele explica: o que estou ensinando através de você: Não se preocupe com a estética do mundo, o que eu quero é que você cuide deste corpo que é passageiro, portanto não é por estética, é por saúde. Já começa na sua cabeça ao comer, o nosso anjo da guarda já esta

fazendo isso, a partir de hoje você vai ter esta experiência aquieta a cabeça Senhor, esta hora o anjo da guarda irá interferir. Você permite em nome de Jesus? No plano físico você vai mastigar, Senhor grava na cabeça deles isto Senhor a partir de hoje, você a se alimentar, eles vão olhar no relógio menos de 30 minutos não pode, a padre eu não posso? É lei uma hora, você tem direito à uma hora de almoço é lógico que não precisa almoçar em uma hora, meia hora esta bom ou 40 minutos, aí você tem o seu asseio, escovar os dentes que são os outros 20 minutos. Lave as mãos, regras básicas, mas lave o seu coração, coma e o anjo da guarda vai interferir, e nunca diga que não é possível se reeducar, é possível. Porque você não estará sozinho, o Senhor manda repetir novamente não é por estética. E neste momento o Senhor esta tocando o seu metabolismo, a partir eu tenho 42 anos, o meu metabolismo não igual ao de 18 anos. Assim como uma pessoa de 60, 70 anos. Acelera Senhor este metabolismo, o catabólico e metabólico tu tens o poder. Toca nos problemas hormonais, devido à idade, tanto homem ou mulher, menopausa, andropausa, o anjo da guarda esta interferindo. Gente é real eu não estou brincando não, mas seja fiel, entendeu, ore, saboreie, e não esqueçam, quantos que não podem fazer isto. Padre eu não posso comer chocolate? Pode mas nunca depois da refeição. Mas não coma uma caixa inteira. A imagem é esta: estamos fazendo exercício caminhando com Jesus. Física, afetiva, psicológica e espiritualmente, anjo da Guarda nos ajude na fidelidade, se eu sou fiel no pouco, comece na alimentação e você vai ver o que virá. Se eu mudo a minha alimentação, eu mudo o meu estilo de vida, ansiedades... Porque estão interligados. Se zombarem de você porque você é gordo, gorda. Ah padre eu não consigo? Esta palavra esta banida da sua cabeça agora, em nome de Jesus e anjo da guarda: Você consegue. Eu sou testemunha eu experimentei e isso tem que ser diário, é um hábito. E vamos ter uma ajudinha do anjo da guarda. Você não tem noção. Tira Senhor toda a ansiedade o não saber comer direito, tenha certeza que o seu anjo da guarda irá lembrar você.