

O PESO DE VIVER EM UM CORPO OBESO*

THE BURDEN OF LIVING WITH OBESITY

EL PESO DE VIVIR EN UN CUERPO OBESO

Christianne de Moraes Casoni Cardoso ¹
Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da Costa ²

* Este artigo foi extraído da dissertação de mestrado "A Experiência de Viver em Obesidade: significados e sentidos" e faz parte do projeto desenvolvido no âmbito do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania (GPESC) da Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Mato Grosso, financiado pela Fundação de Amparo a Pesquisa de Mato Grosso (FAPEMAT).

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem (FAEN) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) e membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania (GPESC). Cuiabá, MT – Brasil.

² Enfermeira. Professora Adjunta III da FAEN/UFMT e membro do GPESC. Cuiabá, MT – Brasil.

Autor Correspondente: Christianne de Moraes Casoni Cardoso. E-mail: chriscasoni@terra.com.br
Submetido em: 30/03/2012 Aprovado em: 27/11/2013

RESUMO

O corpo foi sofrendo transformações sociais ao longo dos tempos, numa cultura que molda comportamentos, estabelece regras e formas de convivência, até ser considerado objeto de consumo: o corpo-ideal – magro e saudável. Ao mesmo tempo, a obesidade vem ganhando proporções assustadoras nos índices epidemiológicos. Para tentar se adequar à lógica posta, as pessoas buscam pela cirurgia bariátrica. Assim, o objetivo deste trabalho foi compreender, a partir das experiências de duas mulheres e uma cuidadora, o significado e sentido de viver em um corpo obeso na atual sociedade. A abordagem utilizada foi a qualitativa sustentada nos conceitos da hermenêutica. O diálogo ocorreu por meio da história de vida focal apreendida nas narrativas das participantes, permitindo chegar a duas categorias temáticas: **o peso social da obesidade** – o corpo não se constitui apenas como peso físico e biológico, mas também, e principalmente, um peso social; **renascimento** – o peso social é tão grande que, mesmo frente a todos os sofrimentos do processo cirúrgico bariátrico, o retorno dele aos limites normais assume para elas o significado de renascimento, o qual tem o sentido de se incluir na sociedade, na qual a imagem corporal é um "passaporte para a felicidade". Conclui-se que a compreensão da lógica/dinamicidade das necessidades de saúde dessas pessoas pode contribuir para a construção de práticas profissionais mais éticas ao resgatar o cuidado na perspectiva de quem vivencia a obesidade. Recomenda-se a consideração dos saberes sócio-antropológicos no cuidado a pessoas em obesidade como aspecto importante na reconstrução de práticas de saúde a esta população.

Palavras-chave: Obesidade; Cultura; Cirurgia Bariátrica.

ABSTRACT

Perceptions of the human body have changed over time. Cultural aspects shape behaviours, social rules and lifestyles; nowadays it is an object of consumption: the ideal body should be slim and healthy. At the same time, epidemiological indices of obesity are alarmingly high. Obese people, in an effort to fit into an ideal model, resort to bariatric surgery. The present study aims to understand, from the experiences of two women and a caregiver, the meanings of living with obesity. It is a qualitative study that uses hermeneutic concepts. Dialogue with the participants centred in the Focal Life Story grasped from their narratives. It allowed the researchers to identify two themes: the social burden of obesity – it relates not to physical body weight, but to its impact in people's social life; and rebirth - the social burden of obesity is an important aspect: according to the participants it is worth going through the difficulties of a post-operative to return to a normal weight range; being once again included - in social groups to which body image is a "passport to happiness" - feels like a rebirth to them. In conclusion, understanding the logic/dynamics of these people's health needs can contribute to build practices from the perspective of people who are obese. Socio-anthropological knowledge is essential for caring for their needs and is an important aspect in the reorganization of health practices addressed to that population group.

Keywords: Obesity; Culture; Bariatric Surgery.

RESUMEN

El cuerpo ha atravesado transformaciones sociales a lo largo de la historia, en una cultura que moldea comportamientos, establece reglas y formas de convivencia, hasta ser considerado objeto de consumo: el cuerpo-ideal-delgado y saludable. Al mismo tiempo, la obesidad ha adquirido proporciones asustadoras en los índices epidemiológicos. Para adaptarse a esta lógica, las personas se someten a la cirugía bariátrica. En este estudio se intenta comprender, desde la experiencia de dos mujeres y una cuidadora, el significado y sentido de vivir en un cuerpo obeso. Se utilizó el enfoque cualitativo en base a los conceptos de la hermenéutica. El diálogo se efectuó a través de la historia de vida focal captada en las narraciones de las participantes, permitiendo llegar a dos categorías temáticas: el peso social de la obesidad – el cuerpo no es apenas peso físico y biológico sino también (principalmente) peso social; el renacimiento – el peso social es tan grande que, a pesar de todos los sufrimientos de

la cirugía bariátrica, la vuelta a los límites normales asume el significado de renacimiento, con el sentido de inclusión social donde la imagen corporal es el "pasaporte para la felicidad". Se deduce que entender la lógica y la dinámica de las necesidades de salud de estas personas puede contribuir a la construcción de prácticas profesionales más éticas por rescatar el cuidado desde la perspectiva de quienes viven la obesidad. Se recomienda considerar los conocimientos socio-antropológicos en la atención de personas obesas como aspecto importante en la reconstrucción de prácticas de salud para esta población.

Palabras clave: Obesidad; Cultura; Cirugía Bariátrica.

INTRODUÇÃO

Este artigo buscou compreender, a partir das experiências de duas pessoas e uma cuidadora, o significado e sentido de viver em um corpo obeso na sociedade atual. Sabe-se que o corpo, como construção social, foi sofrendo transformações ao longo dos tempos. Sua redescoberta no final do século XIX traz um padrão estético do culto à beleza e a redefinição do corpo na sociedade. O corpo passa a ser construído socialmente dentro de uma cultura que molda os comportamentos, estabelece as regras e as formas de convivência. Pela cultura, condição essencial da existência humana, o corpo diferencia as pessoas como seres únicos e individuais.

Vale destacar que, ao buscarmos a compreensão do que seja viver em obesidade nas sociedades ocidentais do século XXI, e particularmente no Brasil, precisamos nos situar em um mundo globalizado, no qual as informações veiculam rapidamente e são diretamente influenciadas pelo sistema capitalista, acionando diferentes mercados ávidos por induzir a um consumo cada vez mais intenso. Assim, o corpo passa também a ser considerado um objeto de consumo, instalando-se a cultura do "corpo-ideal" – magro, belo e saudável.¹ Estabelece-se a indústria da saúde, que tem se valido de recursos tecnológicos cada vez mais sofisticados e ágeis para veicular a venda de seus produtos, influenciando, cada vez mais, a cultura de um corpo que pode ser manipulado, modificado e comprado.

Ao discorrer sobre *poder-corpo*, questiona-se: "qual é o tipo de investimento de corpo necessário e suficiente ao funcionamento de uma sociedade capitalista como a nossa?"² Isso leva a refletir sobre qual o corpo de que a sociedade atual necessita, pois em cada momento histórico as sociedades ocidentais investiram em um tipo específico.

A partir da modernidade, o corpo passou a ser entendido como corpo-objeto e, desse modo, como algo que pode ser modificado e reformulado.³ Desenvolveram-se tecnologias diversas, desde aquelas de instrumentalização até as tecnológicas médicas, que propiciam o modelamento corporal. Estabeleceu-se a cultura do corpo individual e sua externalização.³ Desassociado da subjetividade, o corpo passou a ser entendido como unidade e não mais como totalidade.

O corpo transformou-se no local onde discurso, conflitos e relações acontecem, refletindo a valorização do individualismo,

narcisismo e consumismo. O corpo ocupa lugar de destaque, uma forma de capital que define e é definido pelo meio social, que produz códigos de valorização, de *status* e de aceitação.⁴

A partir do momento em que o corpo passou a ser o espaço delimitado do sujeito, de seus limites e escolhas e, além disso, objeto distinto de invenção e de domínio, o individualismo tornou-se um fato estrutural. As iniciativas, portanto, passaram a ser de cada um ou de grupos, mais do que motivadas pela cultura, pois esta já não consegue acompanhar a aceleração dos processos sociais. Na ausência do apoio que outrora era provido pela cultura, o homem foi abandonado à própria sorte para se guiar nos eventos de sua condição humana. Assim, os avanços da biomedicina e biotecnologia propiciam a busca incansável de atribuição de um sentido ao corpo de modo individual e independente.³

Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que o corpo magro é valorizado, a obesidade vem ganhando proporções assustadoras, não só no que se refere ao tamanho e formas corporais, mas também nos índices epidemiológicos. Tem sido considerada atualmente como um dos mais graves problemas de saúde pública da sociedade moderna, pois, além das complicações biológicas, acarreta implicações socioculturais e relacionais da vida de quem a experiencia.⁵

Viver em obesidade é realizar o exercício constante da aceitação em um meio que a considera um fracasso moral. A obesidade aos poucos vai afetando a autoestima dessas pessoas, que passam a ser condenadas e excluídas de uma sociedade narcísea.

E para tentar se enquadrar ou adequar à lógica dessa sociedade, as pessoas passam a buscar a transformação rápida para serem "felizes" e aceitas novamente, porque o corpo é mais social do que individual.⁶

Ao mudar esse corpo, as pessoas pretendem mudar a sua vida, modificar sua identidade, modificar o olhar sobre si e o olhar dos outros para se sentirem aceitas plenamente. Dessa forma, o corpo assume o significado de um "rascunho a ser corrigido".⁷

A necessidade de normalizar esse corpo cria uma busca individual, nem sempre positiva, porque ao retirar a obesidade, o excesso, o que causa estranheza e isolamento social, as pessoas retiram do corpo a gordura, o excesso e não retira as marcas/cicatrizes ocasionadas ao longo do tempo na percepção de sua imagem e estima.⁸

Acreditamos que nós, profissionais de saúde, devemos compreender as práticas de cuidado de modo a contemplar

o universo dessas pessoas, seus valores, suas crenças, seus sonhos, para que possamos ser capazes de transformar o cuidado numa experiência de encontro, de trocas verdadeiras de cada um dentro da necessidade reconhecida.⁹

As pessoas que deixaram de viver em obesidade pela cirurgia bariátrica agora precisam aprender a viver e serem aceitas novamente, a passar pelos olhares dessa sociedade e se sentirem aptas a pertencer-lhe.

É nesse sentido que indagamos se, como profissionais de saúde, temos estabelecido uma relação de diálogo junto a pessoas em vivência de obesidade e perguntado a elas quais são os significados atribuídos à experiência de lidar com um corpo obeso? O que as motivou a buscar na cirurgia bariátrica a resolutividade de suas necessidades de saúde?

Acreditamos que a partir dessa compreensão possamos recolher fundamentação teórica para favorecer a reconstrução de conceitos e práticas de saúde que possam ampliar nossos horizontes sobre nossas práticas para um cuidado mais integral e, portanto, mais resolutivo.

PERCURSO METODOLÓGICO

Utilizamos a abordagem qualitativa sustentada nos conceitos da hermenêutica, que trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum a partir da apreensão do seu contexto e sua cultura.¹⁰

O diálogo ocorreu por meio da história de vida focal (HVF), que possibilitou aprofundar no vivido, fazer descobertas e avaliar como as experiências são interpretadas e estabelecidas na realidade social da pessoa.¹¹ A HVF foi apreendida pela narrativa, que são versões editadas do que aconteceu, não sendo uma experiência individual, mas construída dialogicamente.¹²

Garantindo o anonimato das participantes, estas foram denominadas de Flor-de-Lis, Mãe de Flor-de-Lis e Amarílis. Realizamos três encontros com Flor-de-Lis e dois encontros com Amarílis. Estas foram selecionadas por meio de um levantamento das pessoas que realizaram a cirurgia bariátrica na instituição de escolha, um hospital universitário público de Mato Grosso, instituição referenciada pelo SUS para realização da cirurgia bariátrica e via de acesso às pessoas que realizaram tal procedimento. A escolha se deu por se tratar de um hospital de ensino onde as pesquisas científicas fazem parte de sua rotina e missão e por ser uma das pioneiras na realização desse procedimento.

O contato foi realizado após terem sido observados os seguintes critérios de elegibilidade: ter realizado a cirurgia bariátrica com tempo igual ou superior a um ano pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e/ou convênio de saúde, tempo estabelecido porque após um ano de cirurgia bariátrica a perda do excesso de peso é menor; ter IMC acima de 35 kg/m² na época da cirurgia bariátrica, por ser considerado obeso grau II com indica-

ção cirúrgica na presença de comorbidades; e ser residente em Cuiabá-MT ou Várzea Grande-MT.

A entrada em campo se deu após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 025/CEP – HUJM 2011, em junho de 2011, e foi realizada por meio de entrevista em profundidade e observação direta dos participantes em seus contextos socioculturais. A coleta de dados foi realizada no período de junho a setembro de 2011.

Flor-de-Lis é uma mulher de 32 anos, 1,69 m de altura, que começou a experimentar a obesidade após a morte do sobrinho de quatro anos. Fechou-se em casa, não queria mais sair e, como diz sua mãe, “*se envolveu com a comida*”. Chegou a 118 quilos.

Amarílis é uma senhora de 69 anos, 1,58 m de altura, que começou a engordar após tratamento realizado para engravidar. Na época do seu primeiro casamento, pesava 54 quilos, depois de “*muito hormônio*” engordou e não emagreceu mais. Sofreu um acidente de carro, com fratura no fêmur e, em decorrência, precisou fazer três cirurgias para correção. Com 110 quilos, limitações físicas e a necessidade de fazer outra cirurgia na perna, o médico que a acompanhava indicou a cirurgia bariátrica para redução do peso e melhora das limitações apresentadas, pois nessa época já necessitava de muleta para locomoção.

As entrevistas foram conduzidas por meio de uma pergunta norteadora “Fale-me sobre a sua vida” – para as pessoas que fizeram a cirurgia bariátrica; e para o familiar, a seguinte pergunta: “Fale-me qual foi a sua participação no processo do cuidado dessa pessoa”. No entanto, apesar da intenção de compreender a experiência do cuidado familiar, não conseguimos delinear tal horizonte desse cuidado. Só conseguimos dialogar com uma cuidadora – a Mãe de Flor-de-Lis, mas pelo fato de sua vivência em obesidade e cirurgia bariátrica, o horizonte do cuidado familiar apresentado por ela foi muito mais relacionado à própria experiência da obesidade, a qual se projetava na vivência da filha.

A transcrição das entrevistas e as notas de observação no diário de campo compuseram o nosso *corpus* de análise. Fizemos leituras repetidas das falas para haver a impregnação necessária para podermos ter a compreensão do que estava posto no texto. Conseguimos listar os seguintes núcleos de sentidos: *o peso social da obesidade*; e *renascimento*. Houve a necessidade de deixarmos de lado nossos preconceitos, “abrimos mão de nossas opiniões prévias e estarmos dispostos a deixar que este nos dissesse alguma coisa e voltarmos o nosso olhar para ‘as coisas como elas realmente são’”.¹⁰

No momento em que houve a fusão dos horizontes (pesquisador e sujeito), conseguimos agrupar os trechos por semelhança e organizá-los em categorias temáticas, denominadas de: “o peso social da obesidade” e “o renascimento”. A análise final buscou um movimento para além da compreensão, adentrando no cenário que se pretendia da experiência da condição crônica por obesidade.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Buscamos a adoção de uma postura hermenêutica que consistiu numa *abertura a experiência*, compreendida “como a essência histórica do homem, que cada um constantemente adquire e ninguém pode poupar”¹³ Procuramos, por meio das experiências narradas, considerar as experiências como horizonte de possibilidades que não foram antecipadamente escolhidas.

Os sentidos emergidos na conversa estabelecida no processo investigativo com Amarílis e Flor-de-Lis foram o de que a obesidade não se constitui apenas em um excesso de peso corporal, mas também, e principalmente, um peso social. Esse peso social é tão difícil de suportar que, mesmo frente a todos os sofrimentos decorrentes do processo cirúrgico para a redução do peso corporal, o retorno do peso aos limites considerados socialmente normais é para elas como um renascimento.

“O PESO SOCIAL DA OBESIDADE”

Nesta categoria interpretamos a construção social acerca do corpo obeso, compreendendo como são elaboradas as suas percepções, ou seja, os sentidos e as representações pelo senso comum. Para que possamos dar conta de responder, é preciso antes compreender que a maneira como as pessoas interpretam o processo de saúde ou doença está associada ao seu modo de vida e ao universo sociocultural ao qual pertencem. A capacidade de sentir, interpretar e expressar um problema de saúde está relacionada à resposta subjetiva de cada pessoa e de como ela e os outros ao seu redor percebem essa significação.¹⁴

A perda do sobrinho e o se “*entregar à comida*” é a forma como a Mãe de Flor-de-Lis interpreta o adoecimento da filha pela obesidade. A essas formas subjetivas de interpretação de um problema de saúde, a antropologia médica traz a visão dos termos *disease* e *illness*, com um significado particularmente diferente entre si.

Compreendemos que *disease* é o conhecimento biomédico no qual sua etiologia, sinais e sintomas, história natural da doença, tratamento e prognóstico são iguais de cultura para cultura, não havendo diferenciação individual ou grupal.¹⁴ Esse conhecimento biomédico não dá conta de abarcar a experiência vivida pela pessoa, porque os seus conceitos não são usuais e a interpretação de uma experiência ultrapassa a significação adequada.¹⁵

Então, podemos dizer que, para a *disease* obesidade, há o acúmulo excessivo de gordura no corpo, com alto índice de mortalidade e em determinado grau, associação de comorbidades, como evidenciado na fala de Amarílis quando refere que pesava 110 quilos, *pressão lá estourando! Não aguentava fazer mais nada porque a canseira não deixava*.

Dessa forma, pode-se dizer que, enquanto a obesidade for considerada apenas uma explicação médico-científica, ela não

será tomada como um problema de saúde para as pessoas que a vivenciam. Mas quando ela começa afetar o bem-estar da pessoa, ela passará a ser percebida como uma alteração da vida e, como tal é que será compreendida como uma enfermidade (*illness*).

Assim, *illness* é a forma subjetiva da experiência que extrapola o conhecimento biomédico. É o valor pessoal atribuído a um dado problema de saúde, que é influenciado pelo contexto sociocultural e por traços de personalidade.¹⁴ Nesse sentido, a obesidade de Flor-de-Lis é reconhecida por sua mãe como uma enfermidade, demonstrada pelo seu sentimento de que a saúde da filha está debilitada, mas também pelos significados que a experiência da obesidade assume para ela.

[...] *Aí de lá pra cá ela começou a se largar na vida, assim. Não queria mais sabê de saí [...] Aí ela foi deixando de saí, foi deixando de vivê, né? Isso aí foi quando ela foi só se envolvendo com comida. Comida, comida[...] comida[...] e esqueceu que ela tinha que vivê, [...] Aí foi aonde ela chegou a obesidade que ela tava, né? E em seguida engravidô. Aí passô da gravidez e teve o acidente que ela teve. E esse acidente aí teve que quebrou a coluna, né? Aí foi só prejudicando, só prejudicando[...] porque daí já tinha dia que ela não aguentava nem andá direito. Entortava, entortava[...] entortava[...] e não conseguia andá.[...] (Mãe de Flor-de-Lis).*

Essa interpretação elaborada para uma dada experiência de enfermidade é o resultado dos diferentes meios pelos quais as pessoas adquirem seus conhecimentos científicos. Esses conhecimentos são diferentes de pessoa para pessoa, porque são permeados *de* e *por* experiências diversas e devem levar em conta as suas próprias situações biográficas.¹⁶ Assim, a forma de adoecimento pela obesidade para Amarílis acontece de outro modo, pois suas referências são diferentes e fazem sentido para ela, como pode ser evidenciado em suas narrativas da seguinte forma:

Eu comecei a engordar quando eu engravidei da primeira gravidez. Eu fiquei oito anos sem ter filho, né? Eu fiz muito tratamento e comecei a engordar (Amarílis)

A experiência é vista como um saber mais amplo, que só se realiza nas observações individuais, que ganha um novo horizonte dentro do qual só se pode converter em algo vivido e experienciado.¹⁰

Desse modo, as pessoas que vivenciam a experiência da obesidade em uma sociedade na qual o corpo assume uma identidade que é aceita ou recusada pela sua forma faz as pessoas experimentarem o *illness*, independentemente de a gordura em excesso provocar sintomas físicos. Isso se dá porque o mal-estar social também acaba ocasionando o sofrimento e

a sensação de adoecimento, prejuízos morais, desqualificando as pessoas por não estarem de acordo com os padrões de aparência física vigentes.

Assim, as intervenções sobre a obesidade não devem ficar restritas aos aspectos anatomoclínicos, mas também, e principalmente, em seus aspectos socioculturais¹⁷, pois os aspectos estigmatizadores que a acompanham produzem discriminação e a exclusão social de quem a vivencia. Nesse sentido, ao conhecer os significados e sentidos que a obesidade assume na vivência de mulheres que se submeteram à realização de cirurgia bariátrica, podem-se oportunizar novos olhares sobre este tema e, com eles, a introdução de novos modos de atuar e minimizar o sofrimento de quem vive em um corpo obeso.

Em nosso diálogo com as participantes deste estudo constatamos que tais marcas se refletem na forma de se sentir aceita ou rejeitada dentro do seu contexto social. O sentido que o corpo passa a ter se evidencia como uma realidade vivida coletivamente, na qual suas representações e imagens são construídas dentro de um universo simbólico semelhante. E quem experiencia a obesidade, embora sofrendo as consequências da forma cultural de encará-la atualmente, não consegue se livrar das características pejorativas que a cercam, como observado no seguinte trecho da narrativa:

A gente é discriminada! [...] Eu já entrei muito em loja [...] da guria olhá em você assim [mostrando de cima a baixo] – “seu número não tem”! Nem interessa sabê ou procurá se é prá você ou não é, né! Só fala isso (Amarílis).

Essa moral indesejável denominada de estigma é um processo inerentemente social, à medida que uma característica pessoal é vista como pouco atraente ou indicativo de falha moral.¹⁸ As pessoas obesas são estigmatizadas e socialmente desvalorizadas e essa estigmatização transcende as avaliações negativas, trazendo implicações psicológicas e ao seu bem-estar. Geralmente são consideradas pessoas preguiçosas, gulosas ou com falta de autocontrole.¹⁹

Pôde-se observar nas narrativas das participantes deste estudo que o fato de serem obesas era socialmente marcado como uma diferença delas em relação às outras pessoas, e o peso dessa diferença era uma marca negativa, um estigma. Essa estigmatização era sentida na forma como as pessoas as tratavam no cotidiano, levando-as a se sentirem inferiorizadas e diminuídas, como expresso na seguinte narrativa:

Virava e mexia eu tava observando os outros falando e rindo, comentando, fazendo aquelas piadinhas. Que todo o gordo passa por esta fase, né? Esse momento de piada. E eu já tinha passado bastante por esse momento já. Os apelidos[...] imensos!!! Um monte! (Flor-de-Lis).

As pessoas em obesidade são discriminadas dentro do grupo social a que pertencem (família, vizinhos, amigos), o que as leva a um isolamento cada vez maior, como referenciado por Flor-de-Lis:

Diminuiu bastante a minha amizade, assim [...] Eu não procurava, me oprimia. Tinha vergonha de saí, conversá, procurá novas amizades! [...] Ai eu pensava: “Ah! Então vô ficá em casa”. Então eu me prendi, eu mesmo me prendia em casa. Não queria saí, não queria. Eu me considero, assim, numa fase meio depressiva. [...] Num saía, me fechei no meu cantinho. Quando eu comecei a engordá, me fechei no meu canto (Flor-de-Lis).

A cultura do corpo-ideal é discutida na vertente da Psicologia, ressaltando-se o empobrecimento social das pessoas ao não conseguirem atingir o ideal de corpo valorizado socialmente.²⁰ Esse empobrecimento pode ocorrer por *exclusão social* ou por *autoenclausuramento*. Pode-se observar que Flor-de-Lis se autoenclausurou em sua casa, isolando-se do convívio social e, nessa situação, quanto mais se isolava, mais seu peso aumentava, como refere sua mãe: “Quando você tá obesa, você qué sê escondida, qué se escondê!” (Mãe de Flor-de-Lis).

No padrão de beleza atual, a gordura é considerada uma impureza e reconhecida como algo fora do lugar, como uma ameaça à ordem.²¹ Nesse sentido, alcançar um corpo magro torna-se o objetivo principal de cada pessoa em vivência de obesidade. É como se emagrecer possibilitasse a cada uma encontrar o próprio equilíbrio pessoal frente ao seu grupo social. E pela necessidade de colocar as “coisas” no lugar as pessoas em obesidade buscam por regimes milagrosos, como é o caso de Flor-de-Lis: “Eu fazia um, dois dias, ia, subia na balança, nada! Eu já queria tê o resultado [...] E quando não tinha o resultado, desanimava, ia voltava mesmo. E comia, comia com vontade mesmo!”

No entanto, as tentativas que fracassam são muito comuns nessas pessoas, porque buscam respostas rápidas para resolução dos problemas físicos da obesidade e se esquecem, ou não têm consciência, de que apenas o emagrecimento do corpo não será suficiente para o alcance do bem-estar físico e social. Na busca pelo peso ideal, imposto social e culturalmente, muitas pessoas acabam se tornando reféns do consumismo de produtos ditos saudáveis.

Para isso, concorrem os meios de comunicação de massa, por um lado, associando a imagem da pessoa esbelta à felicidade; e, por outro, induzindo ao consumo de produtos para o emagrecimento e difundindo a ideia de que compete a cada pessoa conduzir e se responsabilizar individualmente pela manutenção de um corpo idealizado como belo e saudável. O apelo sistemático ao consumo de produtos (e serviços) tem

como finalidade envolver o consumidor, não considerando o sofrimento dessas pessoas e seus constantes esforços e fracassos nas diversas tentativas utilizadas para emagrecer.¹⁷

Observa-se insistente afirmação da obesidade como uma doença da qual se deve liberar a qualquer custo e, paralelamente, um estímulo constante nos meios midiáticos para cultuar o corpo magro. Paradoxalmente, não se observa, na mesma medida e com a mesma ênfase, um encaminhamento de práticas de cuidados que possam atender aos sofrimentos da pessoa em vivência de obesidade de modo a lhe garantir, em longo prazo, uma vida mais confortável cultural e socialmente.

E, quando não conseguem os resultados em curto prazo para a perda de peso, além dos sentimentos de frustração, diminuição da autoestima, impotência ou incapacidade, dão início a uma busca desenfreada pela normalização do corpo por meio da cirurgia bariátrica como o recurso mais rápido para a possibilidade de ser uma nova pessoa. Porque não há fardo mais pesado do que carregar um corpo gordo.

Eu corri muito atrás mesmo [...] Me vejo melhor, né!, [...] Mas eu procurei mais por estética. Estética não, necessidade (Flor-de-Lis).

[...] Aí ela falô [para o cirurgião] que a psicóloga não tinha liberado. Aí foi onde ele [o cirurgião] respondeu pra ela: "quem vai te operá sou eu! Eu preciso da colaboração deles, mas quem vai te operá sou eu! Quem sabe o que precisa ou não sou eu!". E vai fazê os exames, né? E já encaminhô os exames né? [...] Fez os exames. Soltô lá na Central de vagas. Que eu achei que ia levá uns dois, três anos, e Deus foi tão maravilhoso pra nós que não demorô. Aí fui, ela foi no[...] ortopedista dela pediu pra ele ajudá, né? Ele foi deu um laudo pra ela, né, falando do problema da coluna dela. E esse documento ajudô bastante. Ajudô muito, muito mesmo! Quando ela assustô, ela já tava operada. Ela nem acreditô! Já tava operada (Mãe de Flor-de-Lis).

A cirurgia bariátrica tem se mostrado um método efetivo de tratamento médico que recoloca a pessoa magra para a sociedade, mas apresenta seu alcance no plano psicossocial limitado, visto que elimina apenas a gordura do corpo. Por meio da cirurgia as pessoas vão buscar o que perderam ao vivenciar o corpo obeso, desejando renascer para um novo mundo aos seus olhos. Mudar de corpo com a retirada da gordura significa mudar a vida e a identidade.⁷ A cirurgia bariátrica é compreendida nas narrativas das nossas participantes como o recomeço de uma nova vida com um novo corpo, representado pelo retorno ao convívio social, melhora da saúde, da autoestima e da qualidade de vida. Pelo procedimento elas referem que tiveram a oportunidade de *renas-*

cer. Esse renascimento significa voltar à normalidade tanto almejada, ocupar o seu lugar e incluir-se socialmente.

Porém, vale destacar que a cirurgia, embora tenha se mostrado um método efetivo na redução do excesso de peso, restringe-se ao corpo biológico, necessitando da reconstrução de práticas no setor profissional de saúde que contemplem os aspectos psicológicos e socioculturais que apenas a realização da cirurgia bariátrica não abarca. É preciso voltar o olhar para o contexto em que essas pessoas estão inseridas e tratá-las de acordo com as necessidades por elas evidenciadas.

O RENASCIMENTO

Nesta categoria serão abordados os significados da cirurgia bariátrica para as participantes do estudo, evidenciando ser a maneira mais rápida de se conseguir o peso ideal, porém que nem sempre se configura no corpo-ideal.

A cirurgia bariátrica é um método que tem se mostrado efetivo no tratamento, profilaxia das complicações e melhora da qualidade de vida evidenciada pela diminuição do peso ponderal nos casos da obesidade classe 3, quando o índice de massa corpórea (IMC) ultrapassa 40 kg/m², e para aqueles com obesidade classe 2, com IMC entre 35 e 39,9 kg/m², portadores de comorbidades associadas como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), entre outras doenças, cujo controle seja facilitado pela perda de peso.²²

Flor-de-Lis reforça esses dados, referindo que "a saúde também não era boa, porque minha pressão vivia alta [...] tava hipertenso, com problema na coluna depois da cirurgia nunca mais tive pressão alta [...]. A pressão normalizou".

A cirurgia é compreendida por essas pessoas como uma possibilidade de resolução dos problemas e reencontro com a identidade social perdida ao longo do tempo vivido em um corpo que foge às regras da beleza impostas pela sociedade atual.

Nessa sociedade o corpo passa a ser reproduzido e construído como um corpo-mercadoria, que expressa o desempenho da pessoa. Apresentar uns quilos a mais é violar as normas e a lei vigente da vida social.¹ Ser obeso é sinônimo de infelicidade e preguiça.

O mal-estar de viver em um corpo que é dito "diferente" faz as pessoas buscarem na cirurgia bariátrica o reencontro com um corpo adequado ao contexto sociocultural. E mesmo as dificuldades apresentadas de espera para a resolução do problema do excesso de peso e as complicações relacionadas à cirurgia, como a dificuldade para se alimentar nos primeiros meses, não são lembrados pelas participantes. Para Amarílis, as complicações relacionadas à cirurgia foram sérias, exigindo, inclusive, internação prolongada em UTI; e constantes recaídas com necessidade de internações subsequentes, como manifestado em sua narrativa.

Eu tive hemorragia intestinal[...] eu tive uma trombólise, quase perdi a perna. Eu tive muitas coisas lá na-quele hospital, eu fiquei quase quatro meses, eu vinha eu voltava, internava de novo, eu vinha voltava, internava de novo. Sofri muito, sofri muito! [...] Chegava em casa ficava ruim e voltava de novo interná. Aí, depois disso, eu ainda fiquei internada duas vezes porque me deu anemia, né? Tive que volta[...] tomá sangue! (Amarílis).

No entanto, apesar de todo esse sofrimento, o que sobressai para ela é o retorno de seu corpo aos padrões considerados normais, interpretado como um renascimento. Talvez esse esquecimento seja ocasionado pelo benefício que sabidamente o procedimento traz com a retirada do excesso de peso, reconhecido como limitador da autonomia pessoal. Mas, além do excesso de peso e das limitações cotidianas por ele impostas, há também os significados que um corpo magro tem para as pessoas de nossa sociedade atualmente.¹⁷ Isso pode ser evidenciado nas narrativas de Amarílis:

Mas graças a Deus eu tenho muito a agradecer, porque se eu fosse gorda eu faria tudo de novo. Fazia tudo de novo! Ah, se eu não fazia! Às vezes eu vejo mulher gorda aí novinha "ah!, eu não tenho coragem, não!", não tem porque você é boba? Né? É tão bom ficá magrinha! (Amarílis).

Dessa forma, a cirurgia bariátrica fez de Flor-de-Lis uma nova mulher, com mais vontades e desejos para viver, como abstraído na fala a seguir: [...] a cirurgia me deu a chance de sê uma nova pessoa. [...] Estou de bem comigo mesma agora, tenho mais vontade pra tudo, até mesmo prá trabalhá, pra saí! (Flor-de-Lis)

A cirurgia bariátrica dá a essas pessoas a chance de renascer e se incluir novamente nessa sociedade, onde a imagem corporal é um "passaporte para a felicidade". Aqui não a desconsideramos como o melhor tratamento da obesidade com taxas elevadas na redução da morbidade e mortalidade. Apenas destacamos que a cirurgia deve ser considerada o último recurso de escolha no tratamento da obesidade, quando outras formas, como mudança comportamental, prática de exercício físico e tratamento farmacológico, não deram efeito.²³

criteriosa valiação no pré-operatório deve ser realizada por equipe multidisciplinar composta de endocrinologista, nutricionista, cardiologista, pneumologista, psiquiatra, psicólogo e cirurgião, além de avaliação clínica, laboratorial e psiquiátrica regular no pós-operatório.²⁴ Destaca-se aqui a importância da inclusão da(o) enfermeira(o), não somente no pré-operatório, mas também no pós-operatório para acompanhamento contínuo, pois entendemos que é o profissional da equipe de saúde que se ocupa da coordenação global da assistência. O enfermeiro é um profissional habilitado com conhecimentos espe-

cíficos para avaliar as necessidades dos usuários dos serviços de saúde e mobilizar os demais profissionais (psicólogo, nutricionistas, médicos, assistente social, etc.) para os cuidados requeridos em cada situação.²⁵ Desse modo, os enfermeiros transitariam entre as especialidades realizando os elos necessários de quem busca e de quem oferece o cuidado, propiciando a integralidade do atendimento.

Muitas vezes essas mudanças comportamentais exigidas e as avaliações pré-operatórias causam demora no processo, intensificando os sinais de insatisfação para as pessoas que têm pressa na resolução. Para Flor-de-Lis conseguir a realização da cirurgia bariátrica, solicitou ajuda para a sua mãe intervir junto ao médico que tinha realizado a cirurgia para redução do excesso de peso. Ela solicita ao médico "que se você pudesse me ajudá nessa parte aí eu ia sê muito grata a você, né", e o médico a encaminha para realização das avaliações pré-operatórias.

Ao chegar à psicóloga, Flor-de-Lis não consegue a liberação que tanto almejava:

[...] a psicóloga lá do hospital é brava, é brava pra você lidá com ela. Aquela é. Aí ela pegô e falô pra menina que ela não ia liberá. Falô pra ela: "eu não vô liberá porque você tem condições de emagrecê". Ela falô: "bom, eu acho que não, né?" Porque eu já tomei medicamento, eu já fiz acompanhamento. Eu já fiz o regime e eu não consegui. Aí ela foi e falô assim: "não, você vai tê que consegui, e eu não vô liberá". E não liberô. Essa menina entrô numa depressão que daí pronto, foi aquele desespero (Mãe de Flor-de-Lis).

Dessa forma, a cirurgia passa a ser uma necessidade individual para um recorte de saúde. Flor-de-Lis acredita que apenas a cirurgia conseguirá resolver todos os seus problemas como emagrecimento, compulsão pela comida, melhora da autoestima, da felicidade e da tristeza trazida na memória pela perda de um ente querido. A cirurgia, na compreensão da Flor-de-Lis, é o processo mágico de retirada de tudo que considera ruim em sua vida. Mas a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica considera como uma contraindicação para o procedimento os transtornos psiquiátricos, especialmente do humor, a ansiedade e a psicose.

Em outra tentativa já desesperada da Mãe de Flor-de-Lis, ela pede socorro ao médico: "queria que você me ajudasse. Agora eu tô te implorando, pedindo pelo amor de Deus! Me ajuda com minha filha porque eu não quero perder minha filha. É a única que eu tenho. Eu não quero perder!".

A conquista da cirurgia foi alcançada. Observa-se que esse procedimento não condiz com o cumprimento do direito à saúde, pois tal direito, para seu efetivo exercício, requer a oferta de boas práticas profissionais direcionadas pelo princípio da integralidade em saúde e, neste caso, a integralidade focalizada.

A hermenêutica, como método, oferece um leque de possibilidades para a compreensão dos problemas, limites e perspectivas humanas. Na hermenêutica a pessoa passa a ser a sede da certeza, daí a necessidade de realizar uma escuta atenta dos problemas de saúde que elas trazem. Questionamos se os profissionais de saúde conseguiram ouvir o grito de ajuda dado por Flor-de-Lis na busca da retirada do excesso de peso. Questionamos ainda se houve adequada interação entre os profissionais, os serviços de saúde ofertados e a pessoa que busca o cuidado, constituindo-se esse em encontro num momento único para identificar o que tanto faz sofrer e alcançar o bem-estar mediado pelos saberes.

Essa interação/compreensão não deve, de antemão, entregar-se ao arbítrio de nossas próprias opiniões prévias, mas deixar que essas pessoas nos digam algo para que, assim, consigamos interpretar a partir da particularidade de cada um.²⁶

Pela cirurgia bariátrica Flor-de-Lis e Amarílis não buscaram apenas eliminar ou amenizar as doenças associadas, mas reocupar os espaços perdidos pela doença, como o resgate da autoestima, a inclusão social e o desempenho das atividades cotidianas:

Tenho vontade de saí [...] Agora quero saí, quero, não é nem, muitas pessoas falam agora qué exhibí que tá magra, né? Não é isso que eu, eu penso que eu tenho vontade, né, eu sinto que agora eu posso (Flor-de-Lis).

É tão bom ficá magrinha. Tão gostoso. A gente trabalha tão gostoso! Veste a roupa que qué. Hoje eu visto calça 42. Ah, delícia! Eu nunca vисти uma calça jeans na minha vida (Amarílis).

As possibilidades que se descortinam pela perda de peso repercutem na vontade de se mostrar aos outros como uma pessoa normal, com o objetivo de se sentir igual. O corpo, sendo normalizado, reflete-se em sua autoimagem e autoestima, gerando a sensação de ser aceita social e afetivamente.

[...] agora mudô completamente. Tenho mais vontade, tenho mais ânimo, quero conversá, quero falá que eu fiz a cirurgia, que eu pesava tanto e agora eu tô tanto! Gosto quando os outros falam: “nossa, não parece que você pesava tudo isso”. Pesava! [com voz de orgulho, satisfação]. [...] peguei gosto pela vida de novo. Porque antes eu vivia por vivê, agora eu tenho prazer de vivê! (Flor-de-Lis, notas de observação).

Voltar a ser “normal” significa, para essas pessoas que buscaram na cirurgia bariátrica a normalização do corpo, retomar uma vida interrompida pelos valores sociais do meio e ser aceita, saindo do abismo de sofrimento e incapacidade em que fi-

caram por um tempo.¹⁵ Ser normal em nosso meio é aquilo que deve ser, no sentido mais usual da palavra. A pessoa é quem avalia o que é ser normal, porque é ela quem sofre as consequências de ser diferente.

Essa normalização que a cirurgia bariátrica traz recoloca a pessoa dentro dos padrões vigentes dessa sociedade, mas não o encontro com ela⁸, porque a cirurgia bariátrica resolve apenas a doença física, o excesso de peso.

E aqui vale destacar que essa doença devastadora emocionalmente, a obesidade, não tem cura apenas com a retirada do excesso de peso, porque a doença não está em alguma parte da pessoa, mas em toda a pessoa.¹⁵ De agora em diante, precisam lidar com as manifestações negativas experienciadas, por terem vivido em obesidade por longo tempo, como fala Flor-de-Lis:

[...] eu não me vejo magra, né? Só me vejo quando pego uma roupa, quando os outros falam: “tá muito magra”. Mas eu não me acho ainda, né? [...] “Tá parecendo os seus osso aqui”. Mas eu falo só na hora que eu pego que eu sinto, mas não me vejo, não consigo me vê magra ainda (Flor-de-Lis).

Assim, faz-se necessário o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar para contemplar as necessidades apresentadas por essas pessoas, que vão desde as questões sociais, culturais, psicológicas, clínicas e alimentares. Todavia, o que se observa atualmente é que, por mais que existam várias especialidades médicas e da saúde, ainda é tímido o atendimento multidisciplinar e mais ainda o interdisciplinar, pois requer uma abordagem profissional que permita contemplar a pessoa em vivência de obesidade em sua integralidade. Além disso, a própria forma de organização dos serviços de saúde não tem favorecido esse atendimento interdisciplinar.

Atualmente, na cidade de Cuiabá, não foi encontrada atenção sistematicamente direcionada, por parte dos profissionais médicos, para um acompanhamento interdisciplinar, incluindo outros profissionais como nutricionista e psicólogo após a realização da cirurgia. Não conseguimos identificar nas narrativas a existência de uma equipe interdisciplinar no acompanhamento pós-operatório dessas pessoas, sobressaindo-se apenas o médico-cirurgião, mas não havendo reforço por parte dele para o acompanhamento sistematizado de outros profissionais da saúde. Flor-de-Lis chega a afirmar que: “psicólogo, achei que não tinha necessidade de corrê atrás. Até agora nenhum deles me encaminhô, falô que eu preciso realmente. Então eu acho que não tem por que eu tá procurando, né?”

Nesse sentido, sentimos a necessidade de reconstrução das práticas em saúde com intensas transformações em nosso modo de atuar, principalmente no que diz respeito aos seus fundamentos e pressupostos.²⁷ Enquanto fundamentarmos

nossas práticas pensando apenas nos problemas biológicos apresentados pelas pessoas dissociados de suas experiências e modo de encaminhar suas vidas, as intervenções de saúde terão alcance limitado na dimensão biológica.

Entende-se que, para a reconstrução das práticas de saúde, seja necessário aliar aos conhecimentos científicos da Biomedicina outros saberes. Com base em nosso estudo, destaca-se a importância dos saberes socioantropológicos para o cuidado ao corpo obeso, pelas representações do simbolismo veiculado em cada sociedade. Assim, para falar do corpo é necessário um saber cultural, pois o seu conhecimento se dá por meio de uma visão de mundo e de um sistema de valor.³

Compreender essa lógica e a dinamicidade das necessidades em saúde das pessoas em obesidade contribui para a construção de uma prática profissional ética que resgata o cuidado, tendo por referência a voz daquele que vive o adoecimento, valorizando suas experiências.²⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscando compreender a experiência de adoecimento por obesidade na perspectiva de quem a vivencia, evidenciamos que esse adoecer repercute não só no plano biológico, mas, principalmente, no psicológico e no social. Viver em um corpo obeso causa marcas irreparáveis. Os profissionais aqui envolvidos devem ser capazes de atender esse ser humano, objetivando a totalidade da pessoa, construindo práticas de cuidados que correlacionem questões para além do biológico.

Nesse sentido, este estudo evidenciou a necessidade da construção de saberes que permitam avançar no entendimento da obesidade como uma enfermidade (*illness*), contemplando a experiência de adoecimento por meio da linguagem, do diálogo, como um recurso para se conhecer o horizonte da pessoa de modo que nas trocas desse diálogo possamos ampliar a nossa visão sobre o que seja viver nessa condição crônica.

E só é possível ouvir algo pelo diálogo. Dessa forma, o profissional deve reconhecer a interpretação particular da pessoa sobre ela mesma e os seus modos de explicar o seu adoecimento e, na interação, buscar os meios mais efetivos de cuidar na perspectiva da integralidade.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos NA, Sudo I, Sudo N. Um peso na alma: o corpo gordo e a mídia. *Rev Mal-Estar Subj*. 2004 mar; 4(1):65-93.
2. Foucault M. *Microfísica do poder*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2002.
3. Le Breton D. *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis: Manole; 2011.
4. Ferreira FR. A produção de sentidos sobre a imagem do corpo. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2008; 12(26):471-83.
5. Ades L, Kerbauy RR. Obesidade: realidades e indagações. *Rev Psicol USP*. 2002; 13(1): 197-216.
6. Rodrigues JC. *Tabu do Corpo*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
7. Le Breton D. *Adeus ao Corpo*. Antropologia e sociedade. Campinas: Papirus; 2003.
8. Yoshino NL. *A normatização do corpo em excesso [tese]*. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas Universidade Estadual de Campinas; 2010.
9. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*. 2007; 17:43-67.
10. Gadamer HG. *Verdade e método I. Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. 10ª ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
11. Bellato R, Araújo LFS, Castro P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Silva Júnior AG, Mattos RA. *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/UERJ, Abrasco; 2008.
12. Silva DGV, Trentini M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2002; 10:423-32.
13. Gadamer HG. *Verdade e método I. Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. 7ª ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
14. Helman CG. Disease versus illness in general practice. *J R Coll Gen Pract*. 1981; 31:548-52.
15. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010.
16. Alves PC. A Experiência da Enfermidade: considerações teóricas. *Cad Saúde Publica*. 1993; 9:263-71.
17. Fellipe FM. O peso social da obesidade. *Rev Virtual Texto Contextos*. 2003; 2(2):1-16. [Citado em 2012 jan. 03]. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/963>
18. Goffman E. *Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
19. Carr D, Friedman MA. Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *J Health Soc Behav*. 2005; 46:244-59.
20. Severiano MFV, Rêgo MO, Montefusco ÉVR. O corpo idealizado de consumo: paradoxos da hipermodernidade. *Rev Mal-Estar Subj*. 2010; X(1): 137-65.
21. Mattos RS, Luz MT. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre a obesidade. *Physis*. 2009; 19:489-507.
22. Ferraz EM, Arruda PCL, Bacelar TS, Ferraz AAB, Albuquerque AC, Leão CS. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. *Rev Col Bras Cir*. 2003; 30:98-105.
23. Magdaleno Jr R, Chaim EA, Turato ER. Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. *Rev Psiquiatr RS*. Rio Grande do Sul. 2009; 31:73-8.
24. Brasil. Portaria 492, de 31 de agosto de 2007. Definir Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave como o hospital que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada, de média e alta complexidade, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas portadoras de obesidade grave. *Diário Oficial*, Brasília: MS; 2007.
25. Lunardi Filho DW. *O mito da subalternidade do trabalho de enfermagem à Medicina*. 2ª ed. Pelotas: Edições do autor; 2004.
26. Bonfim VS. Gadamer e a experiência hermenêutica. *Revista CEJ*. 2010; 14(49):76-82.
27. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2003-2004; 8(14):73-92.
28. Bellato R, Araújo LFS, Faria APS, Costa ALRC, Maruyama SAT. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: Pinheiro R, Martins PH. (Orgs.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. São Paulo: ABRASCO; 2009.