

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
CURSO DE MESTRADO**

**JUADIR ANTONIO COPAT**

**CIRURGIA BARIÁTRICA: A TRAMA DOS SIGNIFICADOS  
PRÉVIOS À TOMADA DE DECISÃO**

**FLORIANÓPOLIS  
2013**



**JUADIR ANTONIO COPAT**

**CIRURGIA BARIÁTRICA: A TRAMA DOS SIGNIFICADOS  
PRÉVIOS À TOMADA DE DECISÃO**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cibele Cunha Lima da Motta

FLORIANÓPOLIS  
2013

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

Copat, Juadir Antonio

Cirurgia bariátrica: a trama dos significados prévios à tomada de decisão. / Juadir Antonio Copat ; orientadora, Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré ; co-orientadora, Cibele Cunha Lima da Motta. - Florianópolis, SC, 2013.  
170 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. avaliação psicológica. 3. obesidade mórbida. 4. cirurgia bariátrica. 5. rede social. I. Moré, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. II. Motta, Cibele Cunha Lima da. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

*Juadir Antonio Copat*

*Cirurgia bariátrica: a trama dos significados prévios à tomada de decisão.*

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 07 de agosto de 2013

Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré  
(Coordenadora – PPGP/UFSC)

Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré  
(PPGP-UFSC-Orientadora)

Dra. Cibele Cunha Lima da Motta  
(PPGP-UFSC-Coorientadora)

Dra. Eliane Matos  
(PMEnf-HU-UFSC-Examinadora)

Dra. Andrea Barbará da Silva Bousfield  
(PPGP-UFSC-Examinadora)

Dra. Daniela Ribeiro Schneider  
(PPGP-UFSC-Suplente)



Dedico este trabalho às participantes da pesquisa que, através da disposição em expor suas vidas, auxiliaram a qualificação do atendimento às pessoas que realizam a Cirurgia Bariátrica.



## **Agradecimentos**

Às participantes desta pesquisa que, através de sua generosa contribuição expondo suas vidas, me ajudaram a ser melhor profissional.

À minha companheira de vida, a Rê, que durante a realização desse mestrado muitas vezes teve que aguentar a minha “cara de livro”.

Aos meus filhos, Caetano e Julia, presentes que a vida me deu, cuja alegria e senso de humor iluminam o meu dia a dia.

Ao meu pai e a minha mãe que, com seus exemplos, me ensinaram a lutar pelo que se deseja com coragem e honestidade.

À professora Carmen Moré, minha orientadora, pela confiança, cuja disponibilidade e generosidade foram cruciais para que eu pudesse concluir essa dissertação.

À Cibele Motta, mais que minha coorientadora, colega que soube ser sensível, generosa e disponível nas suas contribuições, respeitando minha maneira de conduzir o trabalho.

Às psicólogas do Serviço de Psicologia do Hospital Universitário da UFSC, companheiras e colegas de trabalho, que fazem a rotina de todo dia ser mais agradável e prazerosa.

Ao Hospital Universitário da UFSC, cujo ambiente sempre cheio de desafios e realizações, me fez crescer pessoal e profissionalmente.

Aos professores do curso de Pós-graduação da Psicologia da UFSC, aos amigos, colegas, supervisores e mestres que de alguma forma ajudaram a minha formação pessoal e profissional.



COPAT, Juadir A. **Cirurgia bariátrica: a trama dos significados prévios à tomada de decisão.** Florianópolis.2013. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

## RESUMO

A obesidade é um fator de risco para a saúde, tratado como epidemia pela Organização Mundial de Saúde. Entre os tratamentos recomendados, a Cirurgia Bariátrica tem se mostrado o procedimento mais eficiente para tratamento da obesidade mórbida. No contexto brasileiro, o Ministério da Saúde preconiza a realização da avaliação multidisciplinar antes do processo cirúrgico, sendo a avaliação psicológica um dos requisitos, a qual demanda que se busque conhecer as motivações, compreensão intelectual e expectativas dos candidatos quanto à cirurgia. A partir desse cenário, esta pesquisa tem como objetivo compreender o processo de construção e os significados em torno da tomada de decisão de pacientes que optam pela realização da cirurgia bariátrica e a influência da rede social significativa. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, tendo como pressupostos epistemológicos as concepções do pensamento complexo. A pesquisa contou com a participação de 12 mulheres que estavam interessadas em fazer a cirurgia bariátrica em um hospital de referência em nível federal. A coleta de dados foi realizada mediante o uso de entrevistas semiestruturadas e a aplicação de mapa de rede. A análise dos dados foi realizada por meio da teoria fundamentada nos dados (Grounded Theory) em conjunto com os recursos do *software* Atlas/ti 5.0, que possibilitou a integração e a organização dos dados em categorias. Os resultados mostram que as experiências de vida relacionadas à obesidade, as situações de exclusão social e as comorbidades associadas ao excesso de peso, foram relatadas como fontes de sofrimento, tanto psíquico como físico, e constituíram motivações para a realização da cirurgia. Nesse sentido, a narrativa das participantes apresenta uma gama de sentimentos negativos relativos à obesidade, tais como vergonha e culpa. Por outro lado, a possibilidade de realizar a cirurgia evidencia sentimentos ambíguos de alegria e de ansiedade. Os resultados quanto à influência da rede social significativa apontam um momento inicial de hesitação, posteriormente convertido em apoio, na medida em que os benefícios e riscos envolvidos no procedimento foram esclarecidos. A complexidade dos fatores abrangidos, mostrando as dimensões

subjetiva, relacional e social, bem como as demandas e limitações do corpo, constituem-se elementos significativos na construção da tomada de decisão. O matiz de fatores constituintes desse processo e a potencialidade do apoio da rede social significativa precisam ser considerados no processo de avaliação psicológica para a realização da cirurgia, com o intuito de melhor instrumentalizar o psicólogo nessa atividade profissional.

**Palavras-chave:** obesidade mórbida; cirurgia bariátrica; avaliação psicológica; rede social.

COPAT, Juadir A. **Bariatric Surgery: the plot of meanings prior to decision making.** Florianópolis.2010. Master's Dissertation in Psychology.Psychology Post-Graduation Program. Universidade Federal de Santa Catarina.

Advisor: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

## **ABSTRACT**

Obesity is a risk factor for health, treated as an epidemic by the World Health Organization. Among the recommended treatments, Bariatric Surgery has been shown to be the most efficient procedure to treat morbid obesity. In the Brazilian context, the Ministry of Health recommends the implementation of multidisciplinary assessment prior to the surgical procedure, and psychological assessment is one of the requirements, which demand to know the motivations, intellectual understanding and expectations of the candidates regarding the surgery. From this scenario, this research aims to understand the process of construction and the meanings surrounding the decision making of patients opting for bariatric surgery and the influence of significant social network. This is a qualitative study, with the epistemological conceptions of complex thought. The research involved the participation of 12 women who were interested in performing bariatric surgery in a referral hospital at the federal level. Data collection was conducted through semi-structured interviews and network map application. Data analysis was performed using Grounded Theory in conjunction with the use of the software Atlas / ti 5.0, which allowed for the integration and organization of data into categories. The results showed that life experiences related to obesity, comorbidities associated with overweight and social exclusion have been reported as sources of both mental and physical suffering and constituted motivations for the surgery. In this sense, the narrative of the participants presented a range of negative feelings related to obesity such as shame and guilt. On the other hand, the possibility of performing surgery showed mixed feelings of joy and anxiety. The results regarding the influence of social network indicated an initial moment of hesitation, later converted in support while the network was clarified and understood the benefits and risks involved in the procedure. The complexity of factors involved, showing subjective, relational and social dimensions, as well as the demands and limitations of the body, constitute significant elements in the construction of decision making. The hue of constituent factors of this process and the potential of significant social support network need to be considered in

the process of psychological evaluation for surgery, in order to better prepare the psychologist to this task.

**Keywords:** morbid obesity, bariatric surgery, psychological assessment, social network

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 -</b>	Peso corporal segundo o IMC.....	29
<b>Quadro 2 -</b>	Quadro de caracterização das participantes.....	61
<b>Quadro 3 -</b>	Quadro resumo das comorbidades.....	62
<b>Quadro 4 -</b>	Quadro geral das categorias.....	67



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - MAPA DE REDE GERAL.....	63
Gráfico 2 - MAPA DE REDE DE RELAÇÕES ÍNTIMAS.....	64
Gráfico 3 - MAPA DE REDE DE RELAÇÕES INTERMEDIÁRIAS.....	65
Gráfico 4 - MAPA DE REDE DAS RELAÇÕES DE CONHECIDOS E OCASIONAIS.....	66



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>25</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>27</b>
3.1 PRESSUPOSTOS EPISTEMOLÓGICOS.....	27
3.2 A OBESIDADE: DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO	29
3.3 CIRURGIA BARIÁTRICA: CARACTERIZAÇÃO E INDICAÇÕES.....	34
3.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA OBESIDADE.....	37
3.5A AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PARA CIRURGIA BARIÁTRICA.....	43
3.6 REDE SOCIAL E OBESIDADE.....	47
<b>4. MÉTODO.....</b>	<b>51</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	51
4.2 CAMPO DA PESQUISA.....	51
4.3 PARTICIPANTES.....	52
4.4 INSTRUMENTOS.....	53
4.5 COLETA DE DADOS.....	56
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	57
4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	58

<b>5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>59</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	59
5.2 MAPA DE REDE.....	63
5.3 QUADRO GERAL DE CATEGORIAS.....	73
<b>6. ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>79</b>
6.1 CATEGORIA 1 - EXPERIÊNCIAS INCENTIVADORAS PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA.....	79
6.2 CATEGORIA 2 - EXPECTATIVA QUANTO AOS RESULTADOS.....	91
6.3 CATEGORIA 3 – SENTIMENTOS ENVOLVIDOS NA TOMADA DE DECISÃO.....	101
6.4 CATEGORIA 4 – PERCEPÇÃO DA REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA NA TOMADA DE DECISÃO DOS PARTICIPANTES.....	109
6.5 CATEGORIA 5 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA TOMADA DE DECISÃO NA HISTÓRIA DE “SER OBESO”.....	117
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>125</b>
<b>8. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>133</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>143</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>147</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O número de pessoas obesas no mundo tem sido apontado como um dos grandes problemas de saúde pública contemporânea, tendo mais que dobrado desde 1980, conforme aponta a nota descritiva nº 311, de maio de 2012, da Organização Mundial da Saúde (OMS). Ainda segundo esses dados, cerca de 1.4 bilhão das pessoas adultas do planeta estavam com sobrepeso em 2008 e, desse número, 200 milhões de homens e 300 milhões de mulheres eram obesos, ou seja, mais de 1 pessoa a cada dez estava obesa. Estimativas da OMS apontam para 2015 uma população de 2.3 bilhões de pessoas com sobrepeso e 700 milhões de obesos no mundo. No Brasil, dados divulgados no site da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, acessado em mar./2013, informam que cerca de 30 milhões de pessoas são obesas e 95 milhões estão com excesso de peso.

A obesidade é caracterizada como uma Doença Crônica Não Transmissível que tem uma história natural normalmente longa, muitas vezes assintomática, mas com potencial bastante grande de danos e complicações associadas. Conforme definição do Consenso Bariátrico da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica(2008), a obesidade é uma alteração da composição corporal, caracterizada por um excesso relativo ou absoluto das reservas corporais de gordura, que se configura quando, de forma crônica, a oferta de calorías é maior que o gasto de energia corporal, resultando frequentemente em prejuízos significativos para a saúde.

Segundo normas da OMS, do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, o critério mais utilizado para definir-se o que é obesidade é o IMC (Índice de Massa Corporal), que se obtém através de uma fórmula, em que se divide o peso do sujeito pela sua altura ao quadrado ( $IMC = \text{Alt} / \text{Peso}^2$ ). Esse índice estabelece níveis de gordura corporal que vão desde baixo peso até obesidade grau III ou obesidade mórbida.

Para o tratamento da obesidade, existem várias alternativas terapêuticas que, sempre de forma combinada, procuram fazer com que as pessoas se mantenham dentro dos parâmetros considerados normais, ou seja, tenham um IMC entre 18,5 e 24,9. Dentre esses recursos estão as dietas, a reeducação alimentar, psicoterapias e terapias comportamentais, planos de atividade física, uso de medicação e cirurgias.

A primeira alternativa para se abordar o excesso de peso é sempre o tratamento clínico, que faz uso de dieta, atividade física e medicação,

com acompanhamento realizado por endocrinologista ou nutricionista/nutrólogo, podendo ainda contar com a participação de outros profissionais, como fisioterapeutas e psicólogos. Quando essa abordagem não se mostra eficaz e esse quadro de obesidade não apresenta melhora, com possíveis prejuízos à saúde em função do peso, o tratamento cirúrgico aparece como alternativa a ser considerada. Essa cirurgia é chamada de Cirurgia Bariátrica.

A Cirurgia Bariátrica tem como princípio a indução da perda de peso por meios cirúrgicos. Basicamente, isso pode ser feito por dois caminhos: pelos meios restritivos, em que se reduz a capacidade de armazenamento do estômago e a sua velocidade de esvaziamento (cirurgia de redução do estômago); ou pelos meios disabsortivos, em que se excluem segmentos do intestino delgado, evitando assim a absorção de grandes quantidades de nutrientes. Atualmente as cirurgias mais realizadas são as cirurgias mistas, que fazem uso tanto dos meios restritivos quanto dos disabsortivos. No nosso país, a quantidade de cirurgias desse tipo vem crescendo bastante nos últimos anos, passando de 13 mil procedimentos realizados no ano de 2003 para 60 mil cirurgias realizadas no ano de 2010, segundo os dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Isso coloca o Brasil como segundo colocado no *ranking* dos países que mais realizam essa cirurgia, ficando atrás apenas dos Estados Unidos, que realizou 300 mil desses procedimentos em 2010.

No Brasil, essa cirurgia é regulamentada pela portaria 492, de 31 de agosto de 2007 do Ministério da Saúde e pela resolução 1942 de 12 de fevereiro de 2010, do Conselho Federal de Medicina. Nestes documentos, estão listados os procedimentos que devem ser seguidos, bem como os cuidados e critérios para a realização da Cirurgia Bariátrica. Para verificar se atende aos critérios propostos, a pessoa deve se submeter a um processo de avaliação pré-cirúrgico, com equipe multiprofissional de saúde. Essa equipe deve ser composta obrigatoriamente pelos seguintes profissionais: cirurgião com formação específica, clínico, nutrólogo e/ou nutricionista, psicólogo e/ou psiquiatra. Além desses profissionais, outros também poderão ser associados a essa avaliação: fisioterapeuta, anestesiolologista, endoscopista, enfermeiros e auxiliares de enfermagem familiarizados com o manejo desses pacientes, assistentes sociais e profissionais da educação física.

É dentro desse contexto que está inserida a avaliação psicológica pré-operatória. Junto com todos os exames laboratoriais e clínicos, existe a recomendação de uma avaliação psicológica, que segundo a

Portaria 492 do Ministério da Saúde, tem por objetivos entender as motivações do paciente para a cirurgia, o seu nível de conhecimento a respeito do procedimento cirúrgico e das consequências futuras para a sua vida, bem como detectar possíveis psicopatologias que impeçam a realização da operação e averiguar que apoio de rede social a pessoa dispõe.

A sugestão da avaliação psicológica revela a necessidade de se abordarem os processos psicológicos envolvidos em um procedimento de tal porte. As mudanças esperadas e promovidas pela intervenção cirúrgica, alteram a relação que o paciente estabelece com a comida. Associado a isso e como visto em alguns estudos (Magdaleno, et al, 2009; Leal, et al, 2007; Glinski, et al, 2011), as mudanças impetradas pela cirurgia podem desencadear processos emocionais intensos (imediatos ou de longo prazo), como quadros depressivos ou comportamentos compulsivos, que trazem prejuízo ao bem-estar do paciente e põem em risco os benefícios obtidos com a cirurgia.

Esses estudos previamente citados salientam aspectos que podem e devem ser observados em um processo de avaliação pré-cirúrgica. Pesquisas sobre o perfil psicológico do paciente obeso apontam para uma alta incidência de depressão, baixa autoestima e baixa qualidade de vida (Greenberg, 2005; Abilles, 2010; Van Hout, 2006). A questão da autoimagem negativa e até repulsiva em relação ao próprio corpo é também um dos elementos presentes no perfil psicológico desses pacientes. Os pacientes obesos também experimentam dificuldades nas relações sociais e com o espaço físico do meio em que vivem. Isso contribui para a percepção negativa acerca do seu próprio corpo, configurando-se como um elemento a mais para o sofrimento psíquico dessas pessoas (Fox, 2000).

A percepção da importância da dimensão psicológica na Cirurgia Bariátrica, reforçada pelos estudos que abordam os períodos pré e pós-cirúrgico, constituiu-se em agente motivador para a realização desta investigação. Os resultados dessas pesquisas estavam de acordo com as experiências vividas pelo pesquisador na sua prática profissional, durante um período que realizou o processo de avaliação de pacientes para esse procedimento.

Em termos institucionais, tanto o Conselho Federal de Psicologia quanto o Consenso Bariátrico da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica não estabelecem um protocolo único de avaliação psicológica, ficando a critério de cada profissional ou equipe multiprofissional estabelecer os meios e recursos que utilizará para realizá-la, bem como qual será o foco principal da sua investigação.

Assim, enquanto alguns focam mais na presença ou ausência de psicopatologia que possa inviabilizar o procedimento, outros se atem mais às motivações, de ordem subjetiva ou social ou expectativas quanto aos resultados esperados, tentando prever como será sua adaptação no pós-cirúrgico. Dentro dessa diversidade de possibilidades de abordar o paciente no período pré-operatório à cirurgia bariátrica, o presente estudo pretendeu colaborar para o aperfeiçoamento desse procedimento, pesquisando sobre **quais são os significados que candidatos(as) à Cirurgia Bariátrica atribuem a essa operação, durante o processo de tomada de decisão para a realização da mesma.**

Como a Cirurgia Bariátrica, pelas suas características bastante invasivas, ainda é um procedimento bastante controverso, mesmo entre muitos profissionais da saúde, acreditamos que esta pesquisa, focada nas questões subjetivas das pessoas que desejavam realizar esse procedimento cirúrgico, ajudará a qualificar o atendimento a esses pacientes. O conhecimento dos elementos presentes em cada pessoa na formação da decisão de procurar pelo recurso da Cirurgia Bariátrica, que envolve motivações, expectativas, sentimentos e características de seu meio social, propicia personalizar esse atendimento, tanto no preparo para a cirurgia, quanto no incentivo à adesão desses pacientes aos cuidados do período pós-operatório e no auxílio à sua mudança de hábitos alimentares e de vida, para que os benefícios trazidos pela cirurgia não sejam perdidos após um tempo de sua realização. Nesse sentido, os resultados da pesquisa ajudarão a uma abordagem que valoriza mais a equidade do que a igualdade.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Compreender o processo de construção e os significados em torno da tomada de decisão de pacientes que optam pela realização da cirurgia bariátrica e a influência da rede social significativa.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar as motivações de candidatos à realização da Cirurgia Bariátrica em torno da tomada de decisão para a realização da Cirurgia Bariátrica.

- Verificar as expectativas dos candidatos quanto ao resultado esperado para a realização da Cirurgia Bariátrica.

- Conhecer os sentimentos envolvidos no processo de tomada de decisão para realização da Cirurgia Bariátrica.

- Analisar a influência da rede social significativa na decisão pela realização da Cirurgia Bariátrica.



### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 PRESSUPOSTOS EPISTEMOLÓGICOS

O fato de se dedicar a estudar um determinado fenômeno implica necessariamente que se considerem os pressupostos epistemológicos que estão presentes nessa tarefa. No presente estudo, os fundamentos epistemológicos que nortearão este trabalho estão baseados na perspectiva da complexidade, ou seja, procura-se uma abordagem dos fenômenos que não divida ou separe os vários aspectos do conhecimento em compartimentos estanques e estáticos, desconsiderando o contexto em que estão inseridos ou as relações que se estabelecem entre eles. Trata-se de uma escolha que entende que a perspectiva de compreender o mundo através de um movimento de separá-lo em partes e buscar explicações por meio de leis e fórmulas simplificadoras, tem se mostrado insuficiente, não permitindo ao cientista compreender as várias facetas dos fenômenos, uma vez que muitas dessas facetas só são inteligíveis na medida em que são consideradas num contexto amplo de relações. Como diz Morin (2011), “...é complexo o que não pode se resumir numa palavra-chave, o que não pode ser reduzido a uma lei nem a uma ideia simples (p.5).”

Essa forma de abordar os problemas não exclui o que tenta por ordem, clareza, distinção e precisão no conhecimento, mas os integra. Tenta evitar as consequências mutiladoras, reducionistas e unidimensionais que a simplificação pode produzir. O pensamento complexo deseja o conhecimento multidimensional, a articulação entre campos disciplinares e suas múltiplas influências (interações, interferências, ligações), sabendo, ao mesmo tempo, que a completude e a onisciência são só aspirações, nunca metas possíveis de serem atingidas. Trata-se, segundo Morin (2011), de “...*exercer um pensamento capaz de lidar com o real, de com ele dialogar e negociar...*(p.6)”, sem esquecer que qualquer conhecimento é inacabado e incompleto.

Considerar a complexidade implica, portanto, no movimento de sempre olhar para o objeto de estudo dentro do conjunto em que está inserido, sendo que esse conjunto é único e múltiplo ao mesmo tempo. Esse conjunto constitui-se de elementos que estão associados e integrados, devendo ser apreendidos na sua relação com o todo para que suas propriedades sejam preservadas, uma vez que a identidade dos elementos depende sempre da sua conexão com os outros. Essa postura acarreta a necessidade de estudar o objeto em seu contexto, focando nas

suas relações, possibilitando uma lógica da conjunção, ou seja, ao invés do movimento de reduzir o complexo ao simples (disjunção), o cientista busca integrar o simples ao complexo, estabelecendo suas inter-relações e articulações (Vasconcelos, 2007).

A complexidade é considerada por Vasconcelos (2007), um dos três importantes avanços no novo paradigma científico contemporâneo. Os outros dois seriam a instabilidade e a intersubjetividade. A instabilidade afirma ser impossível determinar e prever todos os fenômenos universais, uma vez que reconhece o mundo em constante transformação. A intersubjetividade questiona o comportamento positivista de distanciamento do observador, que entende a subjetividade envolvida como fonte de contaminação (Najmanovich, 1998). Considera que os conceitos referentes à realidade, construídos pelo observador e resultantes de escolhas que o mesmo faz para descrevê-la, estão sempre cheios de seus conteúdos culturais, ficando impossível pensar num distanciamento objetivo entre observador e objeto, sendo esta ligação indissolúvel. A intersubjetividade pressupõe que todo conhecimento produzido passa pela subjetividade do observador, sendo que a validação deste conhecimento deverá ser realizada por vários cientistas, em espaços consensuais de construção de uma “realidade científica” (Vasconcelos, 2007). Assim, os objetos, considerados naturais, passam a ser entendidos como objetivações que resultam das características, convenções e práticas linguísticas que tornam possíveis as operações de pensar (Ferreira, Calvoso & Gonzales, 2002).

Nesse novo olhar, a consciência que o cientista está sempre lidando com descrições limitadas, somente aproximadas (não definitivas ou objetivas) da realidade, resulta num conhecimento valorizado igualmente pelas diversas áreas, bem como na promoção da articulação entre diferentes saberes. Evidencia-se assim, a importância do contexto ao se tomar um objeto de estudo, considerando o amplo conjunto de aspectos que precisou estar incluído nessas novas formas de análise, objetivando-se produzir uma melhor compreensão do fenômeno.

Cabe destacar, como afirma Najmanovich (2002), que renunciar a um método único não implica o “sem sentido”, mas abertura à multiplicidade de significados. Também não implica que se abandone a utilização de instrumentos, técnicas e procedimentos, mas que se atente para que esses não se tornem mais importantes do que a experiência em si, nem se esqueça de que pode haver vários caminhos para pensar, explorar, inventar ou conhecer. Dentro dessa perspectiva da complexidade é que iremos desenvolver esse trabalho, buscando

compreender que fatores levam à formação da tomada de decisão pela cirurgia bariátrica dos sujeitos da nossa pesquisa.

### 3.2 A OBESIDADE: DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO

A obesidade é definida pela Organização Mundial da Saúde como o acúmulo excessivo ou anormal de tecido adiposo no organismo, que pode ser prejudicial à saúde (2012). Isso acontece basicamente por haver um desequilíbrio no que se chama de *balança calórica*, ou seja, consomem-se mais calorias do que se necessita para o gasto nas nossas atividades do dia-a-dia.

Para medir o grau de obesidade usa-se como medida o *Índice de Massa Corporal (IMC)*. Trata-se de uma medida estatística, relacionando o peso corporal com a altura, usando a seguinte fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO}}{\text{ALTURA}^2}$$

Essa fórmula fica mais clara usando-se um exemplo. Tomemos uma pessoa que tenha 1,70m de altura e pese 96 Kg. Seu IMC seria calculado dividindo-se o seu peso (96Kg), pela sua altura elevada ao quadrado (2,89m<sup>2</sup>). O resultado seria 33,2. Assim, seu corpo teria uma área de 2,89 m<sup>2</sup> e para cada metro quadrado corresponderia um peso de 33,2 Kg. Dito de outra forma, para cada m<sup>2</sup> de seu corpo essa pessoa estaria carregando 33,2 Kg.

O uso desse índice, adotado no século passado, deu origem a uma classificação adotada no mundo todo para definir o que é e quais os níveis de obesidade, conforme o quadro 1:

**Quadro 1 - Peso corporal segundo o IMC**

<i>IMC</i>	<i>Classificação</i>
< 18,5	Abaixo do peso
> 18,5 e < 25	Normal
>25e < 30	Sobrepeso
>30e < 35	Obeso grau I ou Obeso Moderado
>35e < 40	Obeso grau II ou Obeso Grave
>40	Obeso grau III ou Obeso Mórbito

Além desse critério, outro dado tem sido levado em consideração na avaliação do quadro de obesidade, que é a medida de circunferência

abdominal, uma vez que a gordura localizada nessa região do corpo é mais perigosa do que a localizada em outras partes do corpo, pois está muito próxima das vísceras e pode se infiltrar nas mesmas. Dentro desse critério, uma medida normal de abdômen para o homem do nosso meio seria de até 92 cm e da mulher de até 80 cm (Rezende, et al, 2006).

A obesidade tem sido apontada como um dos grandes problemas de saúde pública do nosso século, sendo tratada como uma epidemia. Uma grande parcela da população mundial está, rapidamente, chegando ao sobrepeso ou tornando-se obesa. Em uma nota descritiva (nº311), de março de 2012, a OMS (Organização Mundial da Saúde), aponta a obesidade como um fenômeno dos últimos 50 a 70 anos, sendo que de 1980 para cá a população de obesos duplicou no mundo (dados de 2008). Estes números apontam que um bilhão e 400 milhões de pessoas, acima dos 20 anos, estavam com sobrepeso e cerca de 500 milhões estavam obesas no mundo, sendo 200 milhões homens e 300 milhões mulheres. Além disso, 65% da população mundial vive em países onde a obesidade já mata mais do que a fome. Outro dado, de 2010, mostra que 43 milhões de crianças abaixo de cinco anos de idade estão com sobrepeso, sendo 38 milhões em países em desenvolvimento (renda per capita baixa e média) e 8 milhões em países desenvolvidos (renda per capita alta), o que indica maiores possibilidades de morte prematura, obesidade precoce e futuros adultos obesos com incapacidades daí decorrentes.

Esse quadro coloca a obesidade e sobrepeso como o quinto maior fator de risco de morte e doenças associadas, para a saúde de modo geral, sendo considerada uma doença crônica (OMS, 2012). Estima-se que cerca de 2.8 milhões de pessoas morrem todo ano de complicações associadas à obesidade e sobrepeso no mundo. Essas complicações ou comorbidades englobam problemas em várias áreas: problemas nas articulações, disfunções do sono, dificuldades de respiração, sofrimento cardíaco, constrangimentos sociais, diabetes, câncer, depressão, etc. Dessa forma, calcula-se, por exemplo, que 44% dos casos de diabetes, 23 % das cardiopatias isquêmicas e entre 7% e 41% dos cânceres estejam associados ao sobrepeso e obesidade (OMS, 2008).

No Brasil, os dados do Ministério da Saúde são obtidos através da pesquisa denominada de *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico (VIGITEL)*. Trata-se de uma pesquisa realizada via telefone, em todas as capitais brasileiras e o distrito federal, com 2000 entrevistas em cada localidade, com sujeitos maiores de 18 anos.

No ano de 2006, quando foi apresentada a primeira edição desse estudo, 11,4% dos brasileiros eram obesos, sendo o índice praticamente igual entre homens (11,3%) e mulheres (11,5%). Em 2007, o índice de obesidade na população subiu para 12,9%, tendo os homens um índice maior (13,7%) do que as mulheres (12%). Na pesquisa de 2008, 13% dos adultos são obesos, sendo o índice maior entre as mulheres (13,6%) do que entre os homens (12,4%). Das capitais brasileiras, a que apresenta o maior número de pessoas obesas é Porto Alegre (15,9%), sendo São Luis a que apresenta o menor índice (9,5%). Em Florianópolis, 12% da população está obesa, sendo maior entre os homens (13,5%) do que entre as mulheres (10,5%).

Estudos anteriores do Ministério da Saúde servem de comparação com esses dados atuais. Em 1975, uma pesquisa intitulada *Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF)*, mostrava que 2,8% dos homens e 7,8% das mulheres apresentavam obesidade. Já a *Pesquisa de Orçamentos Familiares*, realizada em 2002, demonstrou que 8,8% dos homens e 12,7% das mulheres eram obesos. Estes dados apontam para um claro e rápido incremento da obesidade no nosso país, seguindo uma tendência mundial.

A humanidade tem a sua disposição, atualmente, grandes quantidades de alimento. Através de modernas técnicas de plantio, que aumentam a produtividade por hectare, do manejo de áreas agricultáveis cada vez maiores e combate mais eficiente a pragas, do desenvolvimento genético e manejo da criação animal, temos conseguido acumular imensas quantidades de macronutrientes: proteínas, carboidratos e outros elementos necessários para a nossa dieta diária. O acesso a esses alimentos em larga escala, porém, só é possível graças ao processamento industrial dos mesmos, fazendo com que as pessoas sejam levadas a ingerir alimentos com maior quantidade de gorduras, sais e açúcares (usados na produção e conservação dos mesmos). Em compensação, temos uma dieta com menor quantidade de micronutrientes, que são as vitaminas e os minerais. Chama-se essa mudança de padrão alimentar de *transição nutricional*, caracterizada pela redução nas prevalências dos déficits nutricionais e aumento expressivo de sobrepeso e obesidade (Batista Filho & Rissin, 2003).

É um fenômeno cuja compreensão só é possível considerando-se as muitas variáveis envolvidas. Em primeiro lugar aparece a urbanização da nossa sociedade. No Brasil, passamos de uma sociedade rural nos anos de 50, onde 66% da população vivia no campo, para uma sociedade urbana onde 84% da população vive nas cidades (IBGE, 2010). Essa mudança para as cidades fez com que as rotinas do cotidiano rural

fossem alteradas, seja pelo horário do trabalho ou pela distância entre a casa e o emprego, tornando o ato de alimentar-se mais uma atividade da agenda a ser cumprida, normalmente dentro de um espaço de tempo restrito. Isso, associado às mudanças na estrutura familiar e a saída de casa das mulheres para o mercado de trabalho, a partir dos anos 70, tornando cada vez mais rara a “dona do lar”, fez com que a opção pelos alimentos industrializados de rápido preparo ou por refeições fora do lar, em restaurantes e fast-foods, se tornasse algo corriqueiro. (Batista Filho & Rissin, 2003; Kac & Velásquez-Meléndez, 2003; Mendonça & Anjos, 2004).

Além dessa mudança de cardápio, outra consequência importante da urbanização, que veio associada a mudanças tecnológicas, foi a diminuição da prática de atividades físicas. Isso encontra explicação nas mudanças de distribuição das atividades laborais, passando da agricultura para a indústria e o ramo de serviços, com um crescente número de ocupações onde o esforço físico é cada vez menos exigido, em função do crescente desenvolvimento tecnológico (Mendonça & Anjos, 2004).

Praticamente todas as nossas atuais atividades diárias, de alguma forma, são mediadas por equipamentos que, se por um lado nos proporcionam maior conforto e rapidez de execução, por outro lado não ajudam no gasto calórico necessário para o tanto que ingerimos. Exemplos disso são os portões automáticos de garagem, os controles remotos dos eletrônicos, a automação dos automóveis e a variedade de eletrodomésticos cada vez mais presentes em todos os lares.

Destacam-se ainda as mudanças na forma de conduzir o lazer pessoal, onde atividades como caminhadas ao ar livre, atividades esportivas de campo e outras modalidades que exigem gasto energético, foram sendo substituídas por atividades que não exigem dispêndio energético importante, como os videogames, a televisão e o uso do computador para fins pessoais. Esse tipo de lazer, além de não promover gasto energético, serve de estímulo para o consumo de alimentos com alto grau de concentração calórica. Para exemplificar isso, Frutuoso, et al, (2003) relatam que foi observado entre os anúncios da TV norte-americana relacionados à alimentação, transmitidos entre 20 e 23 horas, que 60% referiam-se a refrigerantes e outros produtos alimentícios açucarados, considerados perigosos quando consumidos em excesso.

Diante desse quadro, a prevenção à obesidade e suas consequências têm sido apontado pela OMS (2012) como algo a ser efetivado em várias frentes, uma vez que não há uma única causa para o problema. Como regra geral, este órgão indica uma dieta saudável e

atividade física suficiente e regular, como os principais fatores de promoção de uma vida saudável. Para que a condição de obesidade não chegue a se instalar, temos as medidas preventivas, dirigidas as pessoas individualmente, ao meio em que vivem e a indústria de alimentos. Vê-se nessa indicação que a obesidade não deve ser tratada unicamente como um problema individual.

Essas medidas de prevenção devem guiar-se por dois objetivos. No primeiro objetivo estão contempladas as ações voltadas a desenvolver a *educação alimentar*, prática essa destinada ao ensino da ingestão de alimentos saudáveis, que atenda as necessidades diárias de cada pessoa para o bom funcionamento de seu corpo e, ao mesmo tempo, o combate às práticas alimentares que colaboram para a instalação da obesidade. No indivíduo, isso deveria acontecer através da diminuição do consumo diário de gordura total, aumento de consumo de frutas e verduras e limitação da ingestão de açúcares, atingindo um equilíbrio energético e um peso normal. Junto ao esforço individual, a OMS (2012) recomenda o envolvimento do meio social em que a pessoa está inserida, através de apoio de sua rede social para que as pessoas consigam atingir esses objetivos, não esquecendo a necessidade de políticas públicas duradouras que deem sustentação a esse esforço. Entre os atores sociais, a OMS (2012) destaca o papel da indústria alimentar que poderia se preocupar em fornecer produtos com menos gordura, açúcar e sal na composição dos alimentos por ela elaborados, tornando-os mais saudáveis e nutritivos.

O segundo objetivo implica o incentivo à realização de atividades físicas regulares, combatendo o sedentarismo que, além de promover um estado físico e mental mais equilibrado, realizam a queima calórica necessária para equilibrar a *balança calórica*. Também aqui, o incentivo do meio social e das políticas públicas é fundamental.

Por sua vez, quando a obesidade já está instalada no sujeito, existem duas formas de abordar o problema, segundo orientações da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica(2012) e do Ministério da Saúde(2007). Primeiramente dispõem-se dos tratamentos com uma abordagem clínica, que devem ser sempre os preferenciais, onde se faz uso de vários recursos, sozinhos ou associados. São eles: dietas calóricas restritivas; atividades físicas monitoradas; uso de medicação que inibe o apetite e terapias de mudança comportamental.

Quando o uso desses recursos, por pelo menos dois anos, com acompanhamento de um profissional da saúde, não produz o emagrecimento desejado e a obesidade começa a trazer complicações

para a saúde do sujeito, deve-se considerar a realização da Cirurgia Bariátrica.

### 3.3 CIRURGIA BARIÁTRICA: CARACTERIZAÇÃO E INDICAÇÕES

A primeira Cirurgia Bariátrica (“Baros”=peso + “Iatrikos”= arte de curar) foi realizada no ano de 1954, nos Estados Unidos. Desde então, o uso desse procedimento vem se popularizando bastante e as suas técnicas estão cada vez mais aperfeiçoadas, em função da crescente demanda pela realização da mesma. Segundo dados obtidos na Amostra Nacional de Internações dos EUA, entre 1990 e 2000, número dessas cirurgias aumentou em seis vezes, passando de 2,4 para 14,1 por 100.000 adultos. No Brasil, dados da Associação Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica(2012) mostram que foram realizadas 60.000 cirurgias em 2010, número 275% maior do que em 2003, ano que começaram a ser colhidos esses dados, quando foram realizadas 13.000 cirurgias. É o segundo país do mundo em número de realizações deste procedimento, ficando atrás somente dos EUA, que realiza atualmente 300.000 dessas cirurgias por ano.

Existem três procedimentos básicos ou tipos dessa cirurgia (SBCBM, 2012). Os *tipos disabsortivos* são basicamente intervenções realizadas no intestino, com diminuição da área desse órgão, com o objetivo de fazer com que ele diminua a sua capacidade de absorção do alimento. Os *tipos restritivos*, que visam à diminuição da capacidade do sujeito de ingerir alimentos, com intervenções realizadas no estômago, fazendo com que a sua capacidade de conter alimentos, o seu volume, fique bem menor do que é o seu normal. Nesses casos, o volume do estômago, cuja capacidade normal varia de 1300 ml a 1500 ml, fica entre 20/40 ml até 80/100 ml, dependendo da técnica usada. Finalmente, há os *tipos mistos*, cujas intervenções são realizadas tanto com características disabsortivas quanto restritivas. Atualmente, são as mais utilizadas.

No Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), o Conselho Federal de Medicina(2010) e o Ministério da Saúde(2007), há quatro modalidades de Cirurgia Bariátrica aprovadas.

Há a chamada de *bypass gástrico ou derivação gástrica*, uma técnica mista, onde se realiza um grampeamento cirúrgico do estômago, reduzindo drasticamente a sua capacidade de contenção de alimentos, e um desvio no intestino inicial, que promove o aumento da produção de hormônios da saciedade e diminuem a fome. É o procedimento mais

utilizado no Brasil, em cerca de 75% dos casos, devido a sua eficácia e segurança. Também ajuda a controlar doenças como diabetes e hipertensão arterial. O resultado obtido é de uma diminuição de 40% a 45% do peso pré-cirúrgico.

O segundo tipo de cirurgia utilizada é a *banda gástrica ajustável*, que consiste numa prótese de silicone colocada em torno do estômago, fazendo-o ter uma forma de ampulheta. É possível controlar o diâmetro dessa prótese no pós-operatório, através da injeção de líquido num reservatório subcutâneo. Não promove mudanças na produção de hormônios como no Bypass, mas ajuda com controle do diabetes e a redução do peso chega a 20% a 30% do peso inicial. É indicada em cerca de 5% dos casos de cirurgia.

O terceiro tipo de cirurgia aprovado é chamado de *gastrectomia vertical*, o mais recente deles. Neste procedimento o estômago é transformado num tubo com capacidade de armazenamento de 80 a 100 ml. Provoca uma boa perda de peso, menos que o Bypass e mais que a banda gástrica e tem boa eficácia sobre a hipertensão e doenças dos lípidos (colesterol e triglicérides). Além disso, uma das suas consequências é a redução da produção de grelina, um dos hormônios envolvidos no aumento do apetite.

O último tipo de cirurgia aprovado é chamado de *Duodenal Switch*, que é uma técnica mista onde se realiza a gastrectomia vertical associada com desvio intestinal. Retira-se cerca de 85% do estômago, mantendo-se a anatomia básica e sua fisiologia de esvaziamento. Com desvio do intestino diminui-se a capacidade de absorção do alimento. Corresponde a 5% dos procedimentos e diminui também de 40% a 50% do peso pré-cirurgia.

Além desses quatro tipos de cirurgia, há ainda a possibilidade de uso do *balão intragástrico*. É um procedimento não cirúrgico, onde uma prótese de silicone, em forma de balão, é inserida no estômago através de endoscopia, com a intenção de diminuir a capacidade do estômago de conter alimentos e provocar saciedade. Esse balão é preenchido com 500 ml de azul de metileno para que, caso haja algum rompimento no mesmo, seja expelido na cor azul pela urina. É indicado para os casos de sobrepeso ou obesidade grau I ou pré-operatório para pacientes com superobesidade (IMC acima de 50), uma vez que há indicação que esses pacientes percam peso para poderem ser operados. Não deve permanecer mais do que seis meses no interior do estômago. A sua retirada também é realizada por endoscopia.

Ressalte-se que as cirurgias puramente disabsortivas, que atuam somente no intestino delgado, estão proscritas pelo Conselho Federal de

Medicina (2010) em vista da alta incidência de complicações metabólicas e nutricionais no longo prazo.

A realização da Cirurgia Bariátrica é um procedimento regulamentado no Brasil pela resolução 1766 de maio de 2005, atualizada pela resolução 1492 de fevereiro de 2010 do Conselho Federal de Medicina e pelas portarias 390 de julho de 2005 e 492 de agosto de 2007 do Ministério da Saúde. Segundo esses dois documentos, para que uma pessoa possa realizar a Cirurgia Bariátrica deve passar por um processo de avaliação prévia, realizado por equipe multiprofissional, que visa identificar se ela se enquadra nos requisitos necessários. Ressalte-se que essa recomendação está de acordo com o procedimento usado na imensa maioria de países que realizam este procedimento, sendo adotado nos EUA desde 1991, através do Consensus Development Conference Panel do National Institutes of Health (NIH)

O primeiro aspecto a ser considerado nesta avaliação é se a pessoa se enquadra dentro dos parâmetros propostos pela classificação segundo seu IMC. Para se considerar a realização da Cirurgia Bariátrica, seu IMC deve ser superior a 40 sem comorbidades associadas, ou superior a 35 com comorbidades associadas (diabetes, hipertensão, etc.). Ou seja, o sujeito deve ser classificado como obeso grave ou obeso mórbido. Além disso, essa obesidade deve estar instalada há mais de cinco anos e o sujeito deve ter se submetido a tratamento clínico por pelo menos dois anos, sem resposta positiva ao mesmo.

Preenchidos esses requisitos iniciais, a avaliação pré-cirúrgica continua e, além das condições clínicas exigidas para a cirurgia (exames de laboratório, condição cardíaca, respiratória, etc.), busca explorar outros aspectos que envolvem esse processo:

- A *faixa etária* do sujeito deve ser entre 18 e 65 anos, sendo que o Conselho Federal de Medicina ressalta que há possibilidade da operação ser possível também entre os 16 e 18 anos, após criteriosa avaliação.

- Avaliação da *capacidade intelectual* da pessoa para compreender as mudanças comportamentais envolvidas no procedimento, tanto no período pré quanto no período pós-cirúrgico, uma vez que a mudança comportamental é que fará com que a perda de peso promovida pela cirurgia se estabeleça em definitivo.

- Presença de *quadros psicopatológicos*, desde alcoolismo ou dependência química a outras drogas, passando por distúrbios alimentares e de ansiedade, até distúrbios psicóticos graves ou história recente de tentativa de suicídio.

- Tipo de rede social de apoio que a pessoa dispõe para dar suporte durante todo o processo que envolve a cirurgia.

A equipe multiprofissional que realiza esta avaliação deve ser composta necessariamente por cirurgião com formação específica na área, endocrinologista, nutrólogo ou nutricionista e psiquiatra ou psicólogo. Outros profissionais poderão ser agregados a essa equipe de avaliação, caso haja necessidade. Ao psicólogo cabe avaliar o estado emocional do paciente para a realização da cirurgia, tentando entender se o sujeito é capaz de compreender as mudanças comportamentais necessárias que virão com a redução de peso, se existe algum quadro psicopatológico que impeça ou adie a realização da cirurgia e que tipo de rede de apoio dispõe para acompanhá-lo durante todo o processo.

### 3.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA OBESIDADE

A obesidade tem sido alvo de muitos estudos da psicologia, sobretudo a partir da década de 80, quando começou a crescer de maneira significativa o número de obesos no mundo, chegando atualmente a se falar em epidemia de obesidade, conforme dados da OMS (2012).

A partir do início da década de 90, estes estudos intensificaram-se em função de o Consenso Bariátrico Americano (1991) definir que pacientes candidatos a Cirurgia Bariátrica deveriam ser atendidos por uma equipe multidisciplinar (da qual deve fazer parte profissional da psicologia) e se submeter a uma avaliação psicológica pré-cirúrgica, como um dos requisitos necessários para que um candidato fosse considerado apto para a mesma. Essa necessidade foi estabelecida em função das características desse procedimento, por ser considerado muito invasivo e levar a uma transformação corporal muito grande num curto espaço de tempo, transformação essa que traz consigo consequências importantes para o estado psicológico do paciente, pois exige do mesmo um comprometimento e adaptação a essa nova forma de viver que a cirurgia proporciona. Assim, o estudo psicológico dos candidatos a cirurgia passou a ser pesquisado em todos os lugares onde se realizava a cirurgia, buscando entender as motivações, a saúde mental e capacidade intelectual desses sujeitos.

Esses estudos podem ser agrupados conforme vários critérios. Para os fins do nosso trabalho, optamos por classificá-los em três grupos. O primeiro é das pesquisas que buscam estabelecer um perfil psicológico de pacientes obesos e dos candidatos à Cirurgia Bariátrica. Um segundo grupo de pesquisas está mais voltado para a detecção de

distúrbios alimentares e complicações psiquiátricas presentes nesses sujeitos. E, um terceiro grupo, cujos estudos partem de pacientes que já realizaram a cirurgia, buscando identificar se os objetivos e desejos pré-cirúrgicos dos pacientes foram atingidos com o procedimento.

Em uma metanálise, Greenberg, et al(2005), pesquisaram as bases de dados do Medline e Pub Med, nas publicações entre 1980 e 2004, a respeito de artigos que pudessem dar orientações baseadas em evidências sobre avaliação psicológica e comportamental de candidatos a Cirurgia Bariátrica e qual o impacto dos fatores psicossociais na mudança de comportamento após a realização da Cirurgia Bariátrica. Desse trabalho, foram encontradas como características desses pacientes a alta incidência de depressão, autoimagem negativa, transtornos alimentares e baixa qualidade de vida entre pacientes com obesidade severa. Além disso, os dados apontam a presença de transtornos de personalidade e os pacientes experimentam altos índices de stress no trabalho e nas relações sociais e íntimas.

Estas características se repetem num estudo de Abile, et al,(2010), realizado com 50 pacientes de um hospital que tem um Programa de Cirurgia Bariátrica. Esses pacientes foram divididos em dois grupos, segundo seu IMC (obesos mórbidos e superobesos), e houve um grupo controle de 26 sujeitos, com peso normal. Os dados da pesquisa foram obtidos aplicando-se vários questionários para cada participante, onde ficou constatado que pacientes obesos tinham um grau mais elevado de stress, ansiedade, depressão e transtornos alimentares, além de menor autoestima e qualidade de vida quando comparados aos resultados obtidos do grupo controle. Cabe ressaltar o fato que nenhum transtorno de personalidade ou nenhuma disfunção familiar ter sido identificada entre todos os sujeitos pesquisados, tanto nos pacientes quanto nos sujeitos do grupo controle, muito embora houvesse questionários específicos para avaliar essas condições.

Na mesma linha de pesquisa, Van Hout, et al (2006), realizaram estudo com um total de 153 sujeitos, usando entrevista semiestruturada e bateria de testes, composta de vários questionários, com objetivo de melhor entender os candidatos a Cirurgia Bariátrica. Como resultado, os dados indicaram maior presença de dificuldades psicológicas, atitude negativa em relação ao próprio corpo, distúrbios de comportamento alimentar e baixa qualidade de vida no grupo pesquisado do que na população em geral, destacando-se neste estudo que as mulheres do grupo pesquisado apresentaram esses sintomas em maior intensidade que os homens.

Outro estudo, de Fox, et al (2000), foi realizado por meio da aplicação de um questionário que buscava entender o paciente bariátrico a partir da descrição de seu perfil demográfico, da qualidade de vida e suas características psicológicas. Foram enviados questionários a 1200 pacientes e 395 foram devolvidos preenchidos (33%). Com relação às características do perfil psicológico, os autores destacam que não há uma personalidade típica que caracterize a obesidade, nem que haja um incremento dos quadros de psicopatologia em relação a pessoas com peso normal. Contudo, alguns apresentam complicações psicológicas em função da obesidade, como a autoimagem depreciada: sentem seu corpo como algo grotesco e digno de nojo. Além disso, experenciam baixa autoestima, constantemente postos em situações onde são ridicularizados pelos seus pares, sentindo-se envergonhados por problemas de espaço em cadeiras e ambientes onde transitam, bem como por problemas com seu asseio e odores pessoais.

Há também, com certa frequência, o relato de histórias de diferentes formas de abuso, incluindo o sexual, a perda precoce de um dos pais, pais alcoolistas e sentimentos depressivos crônicos. Os participantes referem problemas em seus próprios casamentos e uma vida sexual e de intimidade muito insatisfatória, em função de a escolha de seus parceiros ser determinada pela ideia de que deveriam ficar com quem que despendesse alguma atenção, já que não conseguiriam “coisa melhor”. Finalmente, explicitam o quanto se sentem discriminados e prejudicados em função da sua obesidade, muitas vezes sendo agredidos e desprezados em restaurantes, em lojas de roupas e outras tantas situações sociais, levando-os a um certo isolamento social.

Por sua vez, Almeida e Santos (2002), comparando um grupo de pacientes obesas mórbidas com um grupo de pacientes com peso normal, utilizando-se o Desenho da Figura Humana e uma entrevista semidirigida, constatou que as primeiras apresentam indícios mais elevados de prejuízos na autoimagem corporal, o que apontaria para sentimentos de baixa estima e descontentamento com relação ao seu corpo, levando a falta de confiança em si e nos relacionamentos interpessoais. Determinadas características de alguns desenhos de mulheres obesas, sobretudo a falta de temática nos mesmos e a desproporcionalidade entre as partes dos corpos desenhados, também sugerem dificuldades dessas mulheres em expressar simbolicamente a sua imagem corporal.

Nesse grupo de estudos apresentado acima, nota-se uma semelhança nos resultados obtidos, mesmo que tenham sido realizados em épocas e lugares diferentes. Em todos eles, a baixa autoestima

aparece como uma característica de pacientes obesos, assim como referência a baixa qualidade de vida e dificuldades nas relações sociais. Também a autoimagem corporal aparece de forma depreciativa e muitos relatam a presença de preconceito em função do peso que apresentam. Estes dados demonstram a importância dos componentes psicológicos para compreensão da decisão desses sujeitos que optam pela realização da Cirurgia Bariátrica.

Além desses estudos de perfil psicológico, os trabalhos de outro grupo buscam investigar a presença ou não de Compulsão Alimentar Periódica (CAP) e transtornos psiquiátricos. A CAP caracteriza-se por um intenso e incontrolável ato de comer grande quantidade de alimentos num curto espaço de tempo.

Zwaan, et al (2003), estudaram a prevalência de transtornos alimentares num grupo de 115 pacientes candidatos a Cirurgia Bariátrica, tendo encontrado a porcentagem de 17% de sujeitos que atendiam os critérios do DSM-IV para transtornos alimentares. Destaque-se que a Compulsão Alimentar Periódica ou Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica não é classificado no DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4º Ed) como transtorno alimentar. Da mesma forma, não existe ainda uma associação consistente entre obesidade e qualquer síndrome psicológica ou comportamental.

Petribu, et al (2006), realizaram pesquisa com pacientes de um programa de Cirurgia Bariátrica de um Hospital Universitário. Neste estudo, a prevalência de Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica foi de 56,7% dos pacientes entrevistados, tendo esse grupo apresentado maior número de tratamentos realizados com objetivo de perder peso, elevada prevalência de depressão maior no momento da avaliação e piores escores em todos os domínios da escala de qualidade de vida SF-36. Também Machado, et al (2008) apresentam resultado semelhantes no seu estudo, concluindo que os pacientes apresentavam indícios significativos de compulsão alimentar antes e depois da cirurgia.

Romero, et al (2009), compararam dois grupos de pacientes, um cujos sujeitos apresentavam enfermidades psiquiátricas prévias à cirurgia e outro grupo que os sujeitos não apresentavam enfermidades psiquiátricas. Os resultados mostraram que os pacientes do primeiro grupo indicavam uma tendência maior a ganhar peso novamente, além de apresentarem um índice maior de complicações cirúrgicas tardias. Em pelo menos 52,9% dos pacientes do primeiro grupo houve uma complicação tardia, contra 19,6% de pacientes do segundo grupo. Os autores concluem afirmando que a presença de doença psiquiátrica

prévia à cirurgia poderia ser indicador de uma evolução pós-cirúrgica menos favorável do que os pacientes que não tem essa condição.

Estes estudos indicam a presença de Compulsão Alimentar Periódica e transtornos psíquicos numa parcela importante de candidatos a Cirurgia Bariátrica, o que não se mostrou um impedimento para a realização do procedimento. O que fica sempre como uma recomendação nesses estudos é a importância de uma boa avaliação pré-cirúrgica, identificando esses pacientes e proporcionando todas as condições necessárias para um bom resultado no peri e pós-cirúrgico.

Essas condições ideais para que o paciente consiga aproveitar bem os ganhos obtidos com a realização da cirurgia são pesquisadas também através de estudos que se focam em pacientes que já realizaram a cirurgia. Estes estudos abordam os resultados obtidos com a mesma e qual a sua relação com as expectativas pré-cirúrgicas dos pacientes.

Em um artigo de Leal e Baldin (2007), por meio de estudos de caso, os autores se propuseram a estudar as expectativas, fantasias, resultados, dificuldades e frustrações enfrentadas por seis pacientes, após a realização da Cirurgia Bariátrica, que haviam desenvolvido sintomas de sofrimento psíquico. Os resultados obtidos no estudo demonstram que as alterações psicológicas e sentimentos experimentados, posteriores a cirurgia, foram marcantes. Em determinados casos, os entrevistados expressaram haver depositado expectativas de resultados que iam além do emagrecimento físico, como a resolução dos conflitos interpessoais e conjugais, assim como mudanças de traços definidos de suas personalidades. Enquanto uma pessoa esperava resolver sua timidez com o emagrecimento, outra relatava desejar ver a situação de seu casamento resolvida, pois então teria forças para se separar do marido.

Para os autores, ficou claro no grupo estudado que o problema da obesidade fazia parte de uma complexa situação que envolvia o estado físico e emocional dessas pessoas e a mudança no quadro da obesidade expôs dificuldades e limitações psicológicas das mesmas, que não tinham ligação real com o peso, servindo o mesmo somente como proteção e isolamento frente a emoções e sentimentos difíceis de enfrentar. Ideia essa que está de acordo com a afirmação de Rosa e Campos (2009), que a obesidade parece funcionar com um “aglutinador de conflitos”.

Magdaleno, et al (2009), realizando pesquisa junto a pacientes pós-operados, que participam de grupos terapêuticos abertos, realizados no ambulatório de um hospital universitário, chegaram a conclusões que estão de acordo com o estudo anterior. Segundo os autores, muitos

desses pacientes apresentam complicações psicológicas e psiquiátricas no pós-cirúrgico e reforçam a ideia de uma avaliação psicológica pré-cirúrgica bem acurada. Nesse sentido, os autores propõem uma categorização desses pacientes com essa finalidade. Assim, afirmam que esses sujeitos passam por duas fases de reestruturação emocional, sendo elas a fase de triunfo e a fase de risco de surgimento de um quadro melancólico e subconsequentes comportamentos adictos. Além disso, identificaram três categorias estruturais psicológicas de personalidade, com o objetivo de orientar o acompanhamento pós-cirúrgico e auxiliar nos critérios de inclusão/exclusão do procedimento cirúrgico.

Essas estruturas foram assim definidas: 1. Estrutura *melancólica*, cujos pacientes teriam maior risco de desenvolver condutas aditivas, sobretudo com alimentos, em função de não suportarem as frustrações que a cirurgia impõe. 2. Estrutura *desmentalizada*, cujos sujeitos, por não disporem de uma capacidade elaborativa, não conseguem se organizar frente ao desafio de permanecerem controlando seu peso. São pessoas que tem um contato emocional muito pobre com os outros e consigo mesmos, por não disporem de boa capacidade de representação mental, dificultando a construção de símbolos e elaboração dos pensamentos mais complexos. Seriam os menos indicados para a realização da Cirurgia. 3. Estrutura *perversa*, na qual as pessoas mantêm a perda de peso, porém à custa de comportamentos que levam desconforto a equipe de saúde. São pessoas que frente às limitações impostas pelo procedimento cirúrgico não a aceitam. Como essa limitação não é aceita são poliqueixosos e tendem a atribuir a culpa de sua nova realidade à equipe que os operou, como responsáveis pela sua insatisfação.

Fica demonstrado nestes últimos estudos que há em muitos casos uma distância grande entre as expectativas pré-cirúrgicas e os resultados experimentados pelos pacientes no pós-cirúrgico, mesmo com o emagrecimento propiciado pelo procedimento cirúrgico. Isso aponta para a importância dos aspectos psicológicos envolvidos nesse processo e da preparação e acompanhamento que as pessoas precisam ter para enfrentá-lo. Muito embora a maioria desses estudos foque sua atenção nas experiências individuais desses sujeitos, alguns também destacam a importância das redes sociais.

### 3.5 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

A avaliação psicológica realizada pela pessoa que deseja submeter-se a realização da Cirurgia Bariátrica é um procedimento que ainda não dispõe de um protocolo aceito e reconhecido como padrão, não existindo um consenso sobre o melhor método para a sua realização.

Pull(2010), realizou uma revisão de artigos sobre esse assunto publicados no PubMed no período entre agosto de 2006 e agosto de 2009, com objetivo de averiguar que práticas de avaliação psicológica eram usadas, quais as razões para tais avaliações e que dados foram obtidos antes da cirurgia e no seguimento a esses pacientes, em vários programas de cirurgia bariátrica. O primeiro ponto destacado pelo autor é a importância atribuída por todos os programas em se realizar a avaliação psicológica pré-cirúrgica, bem como realizar acompanhamento psicológico peri e pós-cirúrgico. Contudo, o objetivo, o valor e o propósito dessa avaliação variam muito conforme o local de realização da mesma, não havendo um protocolo único sobre o quê avaliar ou como avaliar a pessoa.

Fabricatore (2006), usando um questionário enviado a vários serviços de cirurgia bariátrica, junto a profissionais que fazem este tipo de atividade, constatou que a imensa maioria (98,5%) faz uso sistemático da entrevista psicológica como principal instrumento de avaliação. Além da entrevista psicológica, 65% desses profissionais também fazem uso de algum tipo de teste objetivo de personalidade ou psicopatologia ou escala de avaliação de sintomas e cerca de 38% acrescenta algum teste que avalia funções cognitivas. Somente 3,6% faz uso de testes projetivos de personalidade. Neste mesmo estudo, a maioria dos profissionais, cerca de 90%, destaca que se deve avaliar sobretudo a saúde mental dos sujeitos e 92,8% contraindicam a cirurgia se houver questões psiquiátricas não tratadas envolvidas, embora não apontem especificamente quais seriam elas. Destaca ainda que entre as questões não psiquiátricas envolvidas, fica evidente a preocupação em se avaliar se o sujeito está devidamente informado sobre a cirurgia e qual o nível de adesão ao tratamento que o mesmo demonstra, podendo estes também ser aspectos que contraindiquem ou adiem a cirurgia.

Em um questionário utilizado por Walfish(2007) junto a 103 psicólogos com experiência nesse tipo de avaliação, demonstrou-se que há grandes diferenças na forma de conduzir a avaliação e nos instrumentos utilizados para chegar as suas conclusões. Segundo este estudo, 14,6% dos profissionais afirmou usar somente a entrevista psicológica como instrumento de avaliação. Ao mesmo tempo, 74,8%

dos entrevistados disseram usar de um a quatro testes psicológicos para complementar o exame e 10,7% usam cinco ou mais testes com essa finalidade. Para esses profissionais que responderam ao questionário, 85% das pessoas não têm qualquer restrição para a cirurgia e nos 15% restantes, as contraindicações podem ser temporárias, sendo definitivas numa parcela muito pequena. Os principais motivos para adiar ou negar a cirurgia são: a presença de alguma psicopatologia importante (como psicose ou transtorno afetivo bipolar); depressão não tratada ou em tratamento; e falta de entendimento das consequências pós-operatórias. Resultados esses que estão de acordo com os encontrados por outro estudo semelhante, realizado por Hout(2008).

Em um artigo de Sogg e Mori (2004), esses autores propõem um roteiro para a entrevista, que deveria contemplar os seguintes temas: 1. A história pessoal com relação ao peso, dietas e forma de se alimentar; 2. Hábitos alimentares atuais; 3. Histórico de saúde geral; 4. Conhecimento dos procedimentos cirúrgicos, riscos e mudança de dieta pós-cirúrgica; 5. Motivação e expectativa de resultado; 6. Rede de apoio social e; 7. Avaliação quanto a presença de algum distúrbio psiquiátrico. Argumentam que este roteiro ajudaria a organizar as informações, a criar um corpo de conhecimento sobre o que se aprendeu previamente, tornaria o paciente mais esclarecido sobre o procedimento e possibilitaria o surgimento de um banco de dados que ajudaria em pesquisas. Procedimento muito parecido é sugerido por Snyder(2009), Grothe, et al(2006); Dziurawicz-Kozłowska, et al(2006) e Travado, et al(2004).

Quanto aos resultados dessas avaliações, os mesmos indicam vários pontos em comum nos pacientes que procuram a cirurgia bariátrica, conforme são destacados a seguir. Primeiramente, sempre que se avalia a motivação para a Cirurgia Bariátrica, o item que mais aparece é a questão relativa às consequências para a saúde que a obesidade provoca, com as pessoas tentando eliminar os problemas daí decorrentes ou prevenindo complicações ou comorbidades futuras, que fatalmente aparecerão com a Obesidade Mórbida, conforme mostra Marchesini, (2010). A preocupação com as comorbidades aparece também no trabalho realizado por Marcelino e Patricio (2011), tendo os autores constatado que, para as pessoas obesas de seu estudo, viver significava estar em constante risco para doenças e seus agravos, condição que acabava gerando insatisfações, cansaço e desânimo na medida que não obtinham sucesso nas suas tentativas para emagrecer. Prado (2011), também cita a preocupação com saúde como um forte elemento de determinação na procura pela cirurgia bariátrica.

O estudo de Pinto e Bosi (2010), destaca que as complicações clínicas surgidas em função da obesidade serviram de como desencadeantes, deflagradores da percepção de si próprias como obesas, ou seja, até o momento em que a saúde não tivesse sido afetada pela condição de obesidade, as suas entrevistadas não se consideravam obesas, mas usavam expressões para referir-se a si mesmas como “gorda”, “gordinha” ou “bem forte”.

As questões ligadas à autoestima ou que influenciam as relações com pessoas significativas próximas e que causam constrangimento social, aparecem também como importantes achados das avaliações de pessoas obesas. Em uma pesquisa de Moliner e Rabuske (2008), os autores relatam a importância atribuída a estes itens nas intenções de realização da Cirurgia Bariátrica. A obesidade é referida como algo que faz com que os sujeitos sejam tratados de forma diversa das outras pessoas, normalmente com discriminação e prejulgamento. Além disso, o constrangimento social em certas situações também é descrito. Não conseguir passar na catraca de um ônibus coletivo, não encontrar roupa que caiba em si nas lojas, não conseguir sentar em alguns lugares porque as cadeiras ou o espaço das mesmas não suportam seu peso ou sua estatura, são referidos como momentos bastante constrangedores. A baixa autoestima também é citada por Marcelino e Patricio (2011), sendo apontada pelos mesmos como o principal desencadeador de problemas relacionados à afetividade e intimidade nas pessoas obesas.

Quanto à presença de quadros psicopatológicos, os estudos de base populacional não demonstram associação direta entre obesidade e psicopatologia, segundo Fabricatore e Wadden (2004). No entanto, mulheres obesas, obesos grau III e comedores compulsivos são mais sujeitos a desenvolver quadros psiquiátricos, segundo Roberts, et al(2003). Estudos epidemiológicos mostram a compulsão alimentar como o quadro mais presente nos sujeitos que procuram a Cirurgia Bariátrica, com números indo de 15% a 50% dos sujeitos entrevistados, conforme Azevedo (2004). Este autor cita que no Brasil esses dados variam de 27% a 47% dos candidatos. Outros transtornos psiquiátricos são detectados nas entrevistas, que vão desde quadros depressivos até psicoses e quadros de dependência química, sendo esses em menor número. Na avaliação desses sujeitos, procura-se identificar a época de instalação desses quadros, buscando delimitar se já estavam presentes quando do surgimento do quadro de obesidade ou se a sintomatologia apresentada pode sugerir algum tipo de relação com o quadro de obesidade.

Um fato que merece destaque quanto às questões da psicopatologia é a concordância de vários autores, sobretudo em publicações mais recentes, que alertam para o fato que mais importante que a presença dessa sintomatologia nas pessoas avaliadas é a qualidade e intensidade desses sintomas (Pawlow, et al, 2005; Grothe et al, 2006; Oliveira, et al, 2004). Assim, não existe contraindicação absoluta para a Cirurgia Bariátrica diante de algum distúrbio psicopatológico, mas deve ser considerado o estado atual e o tipo de tratamento utilizado, se faz uso de medicação e se está tendo acompanhamento psicoterápico. Deve-se considerar também se o quadro está estável ou não e se a diminuição do peso, com conseqüente mudança da imagem corporal, pode ser um fator preditivo de melhora ou piora do seu quadro. Estudo de Van Hout (2006) sugere que em muitos casos há significativa melhora de distúrbios psicológicos no pós-cirúrgico.

Nesses pacientes, outro aspecto que se apresenta com bastante frequência é a história de tentativas de emagrecimento sem resultados ou com resultados pífios ou com resultados que não se mantêm ao longo do tempo (Sogg& Mori, 2004). Há vários relatos de emagrecimentos seguidos de retorno ao peso anterior assim que cessam os programas de emagrecimento. As causas para que esses programas não se mantenham são várias. Há relatos de não conseguir “seguir a dieta” porque é muito rígida e sentir fome; há relatos de efeitos colaterais da medicação como taquicardia e ansiedade intensa, que são insuportáveis; há relatos de descrédito na dieta proposta porque a perda de peso é mais lenta do que imaginava a princípio; há relatos que falam da inconsistência das propostas para emagrecer; e, finalmente, mesmo que o programa tenha obtido êxito e levado ao emagrecimento o mesmo não foi incorporado ao estilo de vida do sujeito, transformado em algo definitivo e não com tempo determinado.

Com relação às expectativas sobre o resultado da cirurgia, uma grande maioria dos pacientes (85%) tem noção de quais serão as conseqüências da mesma e tem clareza quanto ao significado que pode ter nas suas vidas (Wadden & Sarwer, 2006). Já a parcela restante parece esperar mais da cirurgia do que ela se propõe a realizar. Assim, há algumas expectativas de que a cirurgia irá resolver todos os seus problemas pessoais, uma vez que atribuem à sua condição de obesidade a culpa por tudo que não está bem para eles, desde não conseguirem atingir seus objetivos profissionais até questões ligadas à vida afetiva, relacional e sexual (Moliner&Rabuske, 2008).

Embora estes estudos mostrem que não há um protocolo comum, podemos identificar um padrão seguido por quem realiza este tipo de

avaliação, destacando-se a entrevista de avaliação como o primeiro e principal instrumento utilizado, sendo em muitas avaliações o único instrumento utilizado, mesmo que em mais de uma sessão. O uso de testes ou escalas também é bastante utilizado, mas tem sempre uma função complementar nas avaliações.

### 3.6 REDE SOCIAL E OBESIDADE

Todos nós estamos envolvidos em contextos culturais, sendo eles históricos, políticos, econômicos, religiosos, de meio-ambiente, regionais, de país, etc., caracterizando o nosso universo relacional individual. Ao mesmo tempo, num nível microscópico, fazemos parte de uma rede social pessoal, definida por Sluzki (1997) como "... a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade". Essa rede corresponderia ao nicho interpessoal da pessoa, sendo importante para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para sua autoimagem. É uma das chaves mais importantes da experiência individual de identidade, bem-estar e competência, incluindo os hábitos de cuidado de saúde e capacidade de lidar com crises. As redes sociais têm sido apontadas como um importante fator a ser estudado na questão da obesidade, seja como um fator que predispõe ao surgimento da mesma, seja como um recurso a mais no combate desse quadro.

Wing e Jeffery (1999), realizaram uma experiência para tratamento de perda de peso e manutenção dessa perda, com 166 sujeitos. Esses sujeitos foram recrutados com a condição que poderiam participar sozinhos ou em companhia de 3 outras pessoas (amigos, colegas de trabalho ou familiares). Os resultados mostraram que dos sujeitos recrutados sozinhos, 76% concluíram todo o tratamento e 24% mantiveram a perda de peso após 10 meses. Já entre os recrutados em companhia de outras pessoas, 95% completaram o tratamento e 66% mantiveram a sua perda de peso após 10 meses. Além disso, os participantes desse segundo grupo tiveram uma perda de peso 33% maior do que os participantes do grupo de pessoas que participaram sozinhas. Os autores concluem destacando o impacto positivo que a presença de pessoas conhecidas produziu no tratamento da perda de peso e manutenção dessa perda. Ou seja, a rede social mostrou-se como importante ferramenta de combate à obesidade.

Ao mesmo tempo, em outros estudos encontramos a rede social como facilitadora do surgimento do quadro de obesidade. Kaufman e Karpati (2007), realizaram um estudo etnográfico, buscando entender a

dimensão sociocultural da obesidade infantil de um bairro pobre de uma grande cidade norte-americana. Usaram como instrumentos a observação participante, as entrevistas e histórias de vida. Assim, num contexto de instabilidade financeira e de recursos, esse estudo demonstrou que a comida está fortemente associada a valores como segurança e satisfação. Identificaram nas famílias dessa comunidade um padrão de aquisição de alimentos que tem uma influência bastante negativa no peso das crianças, com momentos em que há falta de alimentos alternando com outros em que há excesso de consumo. Muitos pais, diante da impossibilidade de proporcionarem melhores condições de vida aos filhos, viam na comida uma forma de compensar esse sofrimento.

Esse comportamento paterno estaria fortemente determinado pelo meio social em que vivem, onde a identidade de ser pai e mãe e o que seria bem-estar familiar são profundamente determinados pela cultura da vizinhança. Assim, uma criança magra seria sinal de criança fragilizada, enquanto uma criança mais “cheia” seria sinal de segurança, felicidade e saúde, mais preparada para enfrentar as adversidades da vida, expondo, dessa maneira, as crianças a hábitos que as tornariam obesas.

Em outro trabalho, Christakis e Fowler (2007), examinaram qual a possível influência que as relações pessoais têm no grande incremento de obesidade ocorrido nos Estados Unidos. Para seu trabalho, estudaram uma grande rede social que se estabeleceu num estudo chamado Framingham Heart Study, composta por 12.607 sujeitos. Ao longo de 32 anos essas pessoas foram avaliadas periodicamente, sendo que um dos itens medidos foi a Índice de Massa Corporal. Com esses dados, e fazendo uso de modelos estatísticos longitudinais, examinaram quando o ganho de peso de uma pessoa estava associado ao ganho de peso de seus amigos, seus irmãos, seus cônjuges ou vizinhos. Os resultados obtidos são significativos e alertam para a importância da rede social no fenômeno estudado.

Em primeiro lugar, os autores constataram que nesse grupo, as chances de uma pessoa ficar obesa aumentaram em 57% caso tenha tido um amigo que ficou obeso nesse período de tempo. Já entre os pares de irmãos adultos, caso um tenha engordado nesse período, as chances do outro irmão também engordar aumentaram em 40%. Entre os cônjuges, caso um tenha se tornado obeso, as chances do outro também se tornar obeso aumentaram em 37%. Entre vizinhos não foi constatada nenhuma relação. Além disso, pessoas do mesmo sexo parecem ter sido mais influenciadas entre si, que pessoas de sexo oposto. Assim, os autores concluem seu estudo sugerindo que o fenômeno de rede social é

relevante para o tratamento biológico e comportamental da obesidade e que a obesidade parece alastrar-se por meio dos laços sociais mais do que por meio da proximidade geográfica.

A importância da rede social no tratamento da obesidade é destacada também num artigo de Mulvaney-Day e Womack (2009), no qual os autores chamam a atenção para duas características das redes que não são mencionadas nos artigos sobre o tema: o conteúdo afetivo dos laços que se estabelecem entre os membros do grupo e o contexto em que as redes se fazem presentes. Destacam que uma abordagem dos aspectos relacionais do ser humano, mais do que uma visão dos aspectos das individualidades do mesmo, deve ser observada para compreender adequadamente a importância das redes sociais no tema da obesidade. Para isso propõe um conceito novo, que numa tradução livre seria a “afiliação estabelecida por identificação” (o original: “identity-constitutiveaffiliations”), que funcionaria como a cola que mantém as relações sociais nessas redes. Ressaltam que a atenção a esses aspectos permitiria a melhor compreensão de como as redes funcionam e como intervenções poderiam ser planejadas de acordo com os valores, as necessidades e os limites dos componentes dessas redes.

A compreensão de como as redes sociais influenciam e contribuem para o desenvolvimento da obesidade e a busca em ampliar o olhar sobre esse processo, encontraram na perspectiva do Pensamento Complexo uma sustentação epistemológica que possibilita lidar com uma gama de aspectos que compõe o fenômeno. Partindo desse entendimento, a caracterização da obesidade e da cirurgia bariátrica, bem como a apresentação da dimensão psicológica que os constituem, pretenderam, em conjunto com o estudo das redes sociais, compor o arcabouço teórico que fundamentam esse projeto de pesquisa, cujo objetivo foi compreender o processo de construção e os significados em torno da tomada de decisão de pacientes que optam pela realização da cirurgia bariátrica e a influência da rede social significativa.



## 4. MÉTODO

### 4.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa realizada tem um caráter qualitativo, tanto por seu referencial epistemológico quanto pela forma como os dados que surgiram foram analisados. Trata-se de um tipo de estudo em que se considera a subjetividade dos seus objetos (*no nosso caso, as participantes da pesquisa*), bem como o seu contexto histórico e espacial, elementos esses que são balizadores das suas singularidades, ajudando assim a caracterizar o seu desenvolvimento como sujeitos (Gonzales Rey, 2002). Conforme destacam Gil (2008) e Biasoli-Alves(1998), é um método que busca apreender o significado das falas e de comportamentos observados nos participantes, inseridos em um contexto próprio, delimitados pela abordagem conceitual do pesquisador, fazendo surgir uma sistematização dos dados baseada na qualidade.

Além disso, considerando-se os objetivos propostos, esta pesquisa é caracterizada como descritivo-exploratória. A característica descritiva desta pesquisa se justifica porque esse tipo de abordagem procura descrever as características ou propriedades de uma determinada população, através do levantamento de suas opiniões, crenças e atitudes com relação a determinado assunto. O lado exploratório da pesquisa se caracteriza pela tentativa de buscar maior conhecimento e familiaridade com o problema, examinando um tema específico que tenha sido pouco estudado ou que eventualmente nunca tenha sido estudado (Gil, 2008; Sampierietall, 1991).

O método qualitativo, descritivo-exploratório, foi escolhido em função de ter seu foco na vida cotidiana de seus participantes, buscando compreender a múltipla dimensão dos fenômenos, em sua forma natural de se manifestar, tentando apreender os vários e complexos significados dessas experiências.

### 4.2 CAMPO DA PESQUISA

A coleta de dados foi realizada no ambulatório de um hospital universitário, no período de 13/12/2012 a 18/01/2013, junto à equipe que recebia pessoas interessadas em realizar a cirurgia bariátrica. Essa instituição era um hospital-escola, público, ligado ao governo federal, que atendia unicamente pelo SUS (Sistema Único de Saúde).

Nesse período, procurava-se implantar um fluxograma de atendimento a pacientes que manifestassem a vontade de fazer a cirurgia. A primeira consulta era realizada por médico endocrinologista que, após uma triagem inicial, fazia os encaminhamentos necessários, que poderiam seguir por dois caminhos distintos. No primeiro desses caminhos, caso nunca tivesse feito nenhuma outra tentativa de emagrecer com acompanhamento especializado, conforme exigido pelas normas do Ministério da Saúde, o paciente seguiria em atendimento clínico, com equipe de profissionais especializados do hospital, realizando um programa de emagrecimento por pelo menos dois anos. Após esse período, em não havendo uma resposta favorável ao programa, haveria a possibilidade de se realizar a cirurgia bariátrica. No segundo caminho possível, se o paciente já tivesse realizado tentativas de emagrecer sem obter sucesso e atendesse as exigências para realizar a cirurgia, o mesmo era encaminhado para a equipe cirúrgica.

As consultas eram marcadas através dos postos de saúde do estado ou dos municípios e secretarias municipais de saúde de todo o estado, por procura espontânea da pessoa que solicitava a consulta ou por sugestão de algum profissional das equipes de saúde. Além disso, na época da coleta de dados, era um dos únicos hospitais públicos que realizavam este tipo de cirurgia, sendo assim um local de grande procura, com espera de seis meses a um ano para se conseguir marcar a consulta inicial. Eram realizadas em torno de 12 a 16 cirurgias/mês na instituição, com cerca de 50 pacientes/mês em processo de avaliação. Os pacientes que atendiam a todos os requisitos exigidos para a realização da Cirurgia Bariátrica, que tivessem passado por todas as fases de avaliação, entravam em uma lista de espera para serem chamados para o procedimento cirúrgico, dando-se prioridade para casos com risco de morte.

#### 4.3 PARTICIPANTES

Fizeram parte desta pesquisa 12 pacientes, todas mulheres, que procuraram o hospital buscando a realização da cirurgia bariátrica e que ainda não estivessem realizando o processo de avaliação para a mesma. Esse número de sujeitos está de acordo com o proposto por Guest, Bunce e Johnson (2006), que estabelece essa quantidade como suficiente para que se chegue à saturação teórica dos dados (ponto a partir do qual não são observadas novas informações ou temas nos dados), em função dos objetivos propostos por esta pesquisa qualitativa. Essas

participantes eram originárias de todas as regiões do estado, tanto do meio urbano como do meio rural e foram convidadas a participar da pesquisa, desde que cumprissem os seguintes critérios:

Ter idade acima de 18 anos.

Ser a primeira vez que procura por este tipo de procedimento na instituição

A circunstância de a participação ser exclusivamente feminina está relacionada ao fato de que a maioria das pessoas agendadas para essas consultas iniciais, durante o período de coleta de dados, era do sexo feminino. Por sua vez, os homens que foram convidados se negaram a participar da pesquisa, sendo a falta de tempo e desinteresse as justificativas mais frequentes.

#### 4.4. INSTRUMENTOS

A coleta de dados para a pesquisa foi realizada através do uso de dois instrumentos: a entrevista semiestruturada e o Mapa de Rede, este conforme proposto por Sluzki(1997). A entrevista semiestruturada é uma técnica que está de acordo com a proposta da pesquisa, uma vez que neste modelo de entrevista as questões são formuladas de modo bastante flexível, com sua sequência sendo definida pelo discurso dos sujeitos envolvidos e da dinâmica que se estabelece entre entrevistado e entrevistador. O que se espera desse tipo de procedimento é que a verbalização expresse o modo de pensar e agir das pessoas envolvidas, a respeito do tema da pesquisa. Nessa perspectiva, Ghiglione e Matalon (1993) afirmam que a entrevista semiestruturada é semidiretiva, pois ao mesmo tempo em que se apresenta um quadro de referências ao sujeito, ajudando e facilitando a estruturação de seu pensamento e na expressão de sentimentos, abre espaço para que ele aborde conteúdos de forma espontânea, relacionados aos temas propostos.

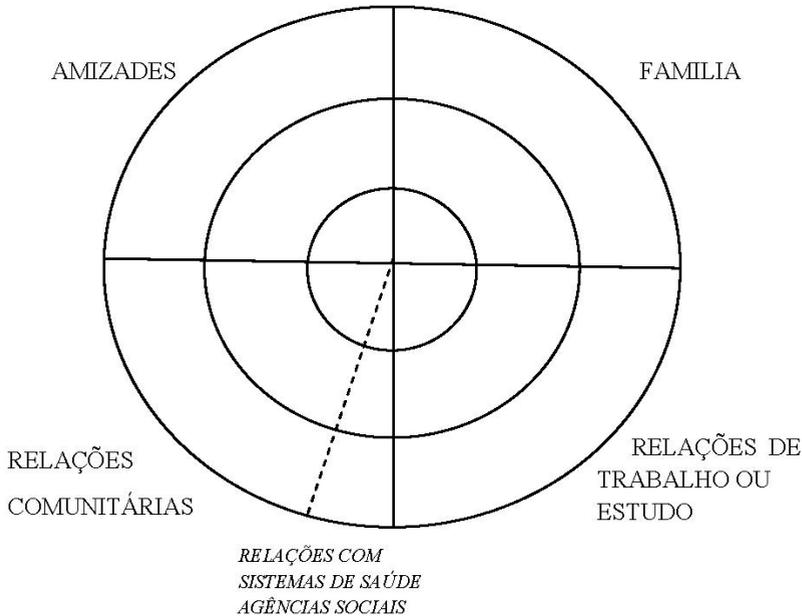
Durante a realização das entrevistas, que duraram em média 60 minutos, além das gravações em áudio, foram feitas anotações por escrito pelo pesquisador, sobretudo de comportamentos não verbais, que ajudaram a posterior transcrição das entrevistas. Essa transcrição escrita foi realizada pelo próprio pesquisador. Para a condução das entrevistas foi utilizado um roteiro (apêndice nº1) que contemplava os seguintes itens norteadores, envolvendo questões originadas dos objetivos da pesquisa:

- a) Motivações para a cirurgia;
- b) Expectativas com os resultados;

- c) Sentimentos envolvidos na tomada de decisão;
- d) Percepção da rede social significativa.

O segundo instrumento proposto, o Mapa de Rede, foi aplicado no final da realização da entrevista semiestruturada, não tendo havido necessidade de um intervalo de tempo entre a aplicação dos mesmos, em nenhuma das entrevistas. Trata-se de um instrumento que foi usado para aprofundar conteúdos relacionados ao posicionamento e comportamento da rede social percebida e configurada pelas participantes, no seu processo da tomada de decisão.

Segundo Sluzki (1997), o registro da rede social pode ser feito no formato de um “mapa mínimo”, onde estão incluídos todos os personagens com quem determinada pessoa interage, conforme está explicitado na revisão bibliográfica e no gráfico a seguir:



Na aplicação do mapa de rede, descrita por Moré e Crepaldi (2012), destaca-se que o seu uso como instrumento de coleta de dados deve se somar aos demais instrumentos utilizados, o que possibilita melhor expressividade em torno do tema proposto. Além disso, seu uso

deve estar sempre em concordância com os objetivos do tema proposto, devendo o pesquisador estar preparado para a aplicação do mesmo, tomando cuidado com a ética envolvida, já que nesse tipo de pesquisa pode-se mobilizar o sujeito respondente em seus processos vitais, ou seja, os estímulos vindos da proposta do exercício podem provocar reações afetivas com uma carga emocional inadequada para o momento e inesperada para o participante. Enfim, o pesquisador deve ter sempre em mente que o protagonista desse procedimento é o sujeito pesquisado, cabendo-lhe o papel coadjuvante de cuidar da emergência de dados que digam respeito aos objetivos propostos.

As etapas de aplicação do mapa de rede, tiveram como referência o proposto pelas autoras acima mencionadas (Moré & Crepaldi, 2012), sintetizadas a seguir:

1. Etapa de aquecimento para aplicação: é a etapa de apresentação da pesquisa ao sujeito, de seus objetivos, com a realização da entrevista semi-estruturada. Serve para aquecer a memória sobre pessoas, fatos, etc.
2. Etapa de reconhecimento do desenho do mapa e dos símbolos a serem utilizados: aqui se apresenta a estrutura inicial do mapa, que é o espaço onde pesquisado e pesquisador irão se mover durante a aplicação do mesmo. Nessa etapa o pesquisador poderá modificar a nomenclatura dos quadrantes inferiores do mapa, em função dos objetivos de sua pesquisa, bem como utilizar símbolos que melhor sirvam para a leitura do que se está pesquisando. Cada pessoa significativa só poderá ser ter um registro em cada quadrante.
3. Etapa da aplicação propriamente dita: deve-se esclarecer bem o significado e a posição dos círculos, em termos de grau de intimidade e compromisso. Aqui pode-se usar “lembranças” da entrevista semi-estruturada sobre peculiaridades dos integrantes da rede. Novas lembranças ou comentários poderão surgir.
4. Etapa de conclusão da aplicação do mapa de rede: solicita-se ao pesquisado que digam suas impressões sobre o trabalho realizado, podendo o mesmo solicitar uma cópia do mesmo para si. Além disso, concluído o trabalho e sem a presença do informante, cabem algumas anotações imediatas ao aplicador, sobre aspectos que julgou relevante durante o processo. Um cuidado especial que se deve ter durante a aplicação é com as possíveis mobilizações emocionais que os temas propostos

possam suscitar, podendo até mesmo ser necessário interromper o processo.

5. Etapa da adequação do mapa de rede para o contexto da pesquisa: processo de adequação do mapa de cada participante, realizado pelo pesquisador, partindo do mapa originalmente confeccionado, buscando facilitar, na pesquisa, melhor compreensão e descrição.

6. Etapa de confecção do mapa de rede geral de todos os participantes da investigação: reunião dos dados de todos os mapas da pesquisa em um único mapa. Presta-se a mostrar as características estruturais das redes, como funções e atributos das mesmas.

#### 4.5. COLETA DE DADOS

As participantes que preencheram os critérios da pesquisa foram convidadas para fazer parte do estudo antes que iniciassem o processo de avaliação para a realização da cirurgia, configurando uma mostra de conveniência. O contato do pesquisador com pacientes agendados para a avaliação acontecia de duas formas: a) após a triagem inicial, por encaminhamento de um dos profissionais que realizava o processo de avaliação inicial no hospital (endocrinologista) e; b) por convite do pesquisador na sala de espera do ambulatório do hospital.

Uma vez que aceitassem o convite, eram conduzidas para a sala onde seria realizada a entrevista, de forma individual. Tratava-se de uma sala geralmente utilizada pelo preceptor dos médicos residentes que atuavam no ambulatório, sendo um ambiente que permitia a privacidade e o acolhimento necessários para a entrevista. Num primeiro momento, as pessoas eram comunicadas dos objetivos da pesquisa e solicitadas a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após a sua leitura. Também eram informadas que todo procedimento seria gravado em áudio e que o pesquisador poderia fazer anotações por escrito no decorrer do mesmo, além de poder pesquisar nos seus prontuários por dados que pudessem ser necessários para complementar a pesquisa. O pesquisador também comunicava quais instrumentos seriam utilizados e a ordem da sua aplicação, procurando certificar-se que tudo estava esclarecido para a pessoa, só depois iniciando a gravação.

## 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados obtidos com os dois instrumentos utilizados teve como referência a Teoria Fundamentada Empiricamente, ou “Grounded Theory”, conforme está proposto por Strauss, A. e Corbin, J. (1990). A proposta de análise baseada na Grounded theory é adequada à pesquisa qualitativa, uma vez que é sensível aos contextos, o que ajuda no entendimento de situações ou fenômenos sociais, uma vez que procura explicações para a realidade partindo de significados atribuídos às experiências pelos envolvidos na pesquisa. Além disso, a sua proposta de organização dos dados permite a utilização de procedimento sistemático de coleta desses dados, facilitando a integração dos mesmos com os elementos surgidos nos mapas de rede. Os passos para análise são os seguintes:

1. Interação com os dados propriamente ditos e a busca de familiaridade com o corpo de dados obtidos, sendo realizadas várias leituras sucessivas do material textual produzido pelas entrevistas e pelos mapas de rede.
2. Processo de codificação aberta, com os dados sendo desmembrados, examinados, comparados de forma cuidadosa e, daí, codificados/categorizados de acordo com sua especificidade. São extraídas, linha por linha, as dimensões e propriedades dos dados, para se chegar às categorias. Esse processo de comparação permite a análise dos aspectos comuns e diferenças entre os participantes para formar categorias.
3. Criação das categorias, com sua nomeação de forma abstrata, mas que apresente uma força conceitual. Desse processo devem surgir os chamados pontos nucleares que se mantêm constantes na diversidade e complexidade dos dados. Esses pontos servirão de referência para nomear e estabelecer as principais categorias de análise. Essa nomeação será modificada o tanto que for necessário, até que se chegue a um ponto de representação dos códigos agrupados e a saturação teórica.
4. A quarta etapa na codificação axial, onde, partindo das categorias principais, relacionaram-se subcategorias e seus respectivos elementos de análise, que servirão de auxílio na descrição, compreensão e sustentação das categorias principais.
5. Nesta última etapa busca-se responder ao fenômeno central da investigação, através do aperfeiçoamento e integração entre as categorias. Como resultado disto, deve emergir o quadro geral de categorias, que se sustenta, na sua construção, numa triangulação de

dados que emergem das entrevistas realizadas, dos mapas de rede e da literatura pesquisada.

Um instrumento que serviu como facilitador para essa análise de dados foi o *software AtlasTi. 5.0 (Qualitative Research and Solutions)* que se constitui num programa de análise qualitativo que efetua procedimentos de visualização, integração e exploração dos dados, de acordo com os princípios do programa (Muhr, 2004). Dessa forma a utilização desse programa possibilitou o gerenciamento dos dados de forma ágil e minuciosa e em menos tempo do que se fosse realizado manualmente. Desde a primeira etapa, onde se fez a inserção das narrativas no programa e na qual se busca a familiarização com os dados através de várias leituras, até as etapas seguintes, de categorização propriamente dita, conforme os preceitos da *grounded theory*, o programa permitiu que se pudessem fazer movimentos cruzados entre esses momentos do trabalho de análise. O conjunto total de dados, códigos e famílias, foi organizado em quadro de análise estruturado em categorias, subcategorias e elementos de análise.

#### 4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A coleta de dados dessa pesquisa foi realizada após o projeto ter sido aprovado pela Direção do Hospital onde a mesma aconteceu, que emitiu parecer favorável quanto à viabilidade de ser o local passível de realização da pesquisa e depois do parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, de número 167.562. Além dessas questões técnicas, outro aspecto ético que mereceu a atenção do pesquisador foi o cuidado com a intensidade da emergência de sentimentos das participantes, na medida em que se reconhece o potencial de mobilização emocional da entrevista semiestruturada na pesquisa qualitativa. Cabe apontar que em nenhuma das entrevistas houve necessidade de interromper a mesma em função de algum processo de mobilização intensa de emoções.

## 5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 5.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.

A caracterização dos participantes foi obtida através da coleta de dados sócio-demográficos e de saúde, obtidos nas entrevistas e nos prontuários médicos dos mesmos. Tratava-se de sujeitos todos do sexo feminino, com média de idade de 36,1 anos, sendo que 10 tinham escolaridade primária ou secundária. Havia apenas uma participante com escolaridade de nível superior e uma participante que se intitulou como “autodidata”, pois nunca tinha frequentado o ensino formal, mesmo tendo aprendido a ler e escrever perfeitamente. Em sua maioria eram casadas (9 dos 12 sujeitos), sendo que 9 exerciam atividades profissionais fora do lar e 3 caracterizaram-se como do lar. As suas ocupações profissionais exigiam formação primária e secundária, mesmo a que tinha escolaridade de nível superior. Uma estava afastada do trabalho, na perícia médica há cerca de 2 anos, e duas estavam desempregadas no momento da pesquisa. A média de filhos foi de 1,83 por entrevistada, tendo uma delas 5 filhos e três das entrevistadas não tinham filho algum.

A média de peso das participantes foi de 119,4 Kg, com mediana de 112 Kg, para uma altura média de 160 cm com mediana de 158 cm, eum índice de massa corporal médio de 50,6, com mediana de 45,4. Todas apresentavam uma ou mais comorbidades, sendo que 9 tinham diabetes, 8 apresentavam hipertensão arterial e 2 problemas respiratórios. Além disso, 7 relataram problemas músculo-esqueléticos e 5 outro tipo de problemas, como colesterol alto ou depressão. Os dois quadros a seguir sintetizam esses dados.



Quadro 2–Caracterização das participantes

	<i>P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>	<i>P4</i>	<i>P5</i>	<i>P6</i>	<i>P7</i>	<i>P8</i>	<i>P9</i>	<i>P10</i>	<i>P11</i>	<i>P12</i>	<i>Médias</i>	<i>Mediana</i>
<i>Sexo</i>	Fem	Fem	Fem	Fem	Fem	Fem	Fem	Fem	Fem	Fem	Fem	Fem	<i>12 mulheres</i>	
<i>Idade</i>	<b>25</b>	<b>40</b>	<b>27</b>	<b>45</b>	<b>31</b>	<b>35</b>	<b>32</b>	<b>28</b>	<b>33</b>	<b>50</b>	<b>52</b>	<b>36</b>	<i>36.1</i>	<i>34</i>
<i>Escol.</i>	2º grau	1º grau	Superior	1º grau	2º grau	1º grau	2º grau	1º grau	1º grau	“auto-didata”	1º grau	2º grau	<i>1º e 2º grau= 10 Superior= 1 Auto-didata= 1</i>	
<i>Estado Civil</i>	Solteira	Casada	Casada	Casada	Solteira	Casada	Casada	Casada	Casada	Solteira	Casada	Casada	<i>3 - solteiras 9 - casadas</i>	
<i>Filhos</i>	-	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	-	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	-	<i>1,83 p/p</i>	<i>2</i>
<i>Profissão</i>	Vigilante	Merendeira	Enfermeira	Copeira	Ag. Comu. de saúde	Do lar	Confeiteira	Cozinheira	Do lar	Faxineira/Ajudante Costura	Do lar	Costureira		
<i>Peso</i>	<b>169</b>	<b>99</b>	<b>107</b>	<b>123</b>	<b>95,3</b>	<b>165</b>	<b>111</b>	<b>113</b>	<b>113</b>	<b>101</b>	<b>111</b>	<b>126</b>	<i>119.4 Kg</i>	<i>112</i>
<i>Altura</i>	<b>171</b>	<b>156</b>	<b>165</b>	<b>163</b>	<b>149</b>	<b>155</b>	<b>158</b>	<b>161</b>	<b>179</b>	<b>155</b>	<b>153</b>	<b>158</b>	<i>160 cm</i>	<i>158</i>
<i>IMC</i>	<i>57,8</i>	<i>40,7</i>	<i>40</i>	<i>46,4</i>	<i>42,9</i>	<i>67,5</i>	<i>44,5</i>	<i>43,6</i>	<i>35,3</i>	<i>42</i>	<i>47,4</i>	<i>50,6</i>	<i>50,6</i>	<i>45,4</i>

Quadro 3– Resumo das comorbidades

	<i>P 1</i>	<i>P 2</i>	<i>P 3</i>	<i>P 4</i>	<i>P 5</i>	<i>P 6</i>	<i>P 7</i>	<i>P 8</i>	<i>P 9</i>	<i>P 10</i>	<i>P 11</i>	<i>P 12</i>	<i>Totais</i>
<i>Diabetes</i>	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	<b>7</b>
<i>Pressão Alta</i>	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	<b>8</b>
<i>Problema Respiratório</i>	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	<b>2</b>
<i>Problema Ortopédico</i>	Não	Não	Não	Hérnia de disco	Não	Joelhos incham e doem	Dores no joelho	Hérnia lombar	Joelho e tornozelo incham e doem, há 2 anos.	Problema de quadril	Quadril	Não	<b>7</b>
<i>Outros</i>		Dor nas costas					Dores nas costas	Artrite, bursite, tendinite. Muita dor há 2 anos			Depre. há 20 anos	Colesterol alto	<b>5</b>

## 5.2. MAPA DE REDE

O mapa de rede foi usado como instrumento coadjuvante da pesquisa, sendo a sua construção subsidiada pela entrevista semiestruturada. Os resultados são apresentados a seguir, na forma de quatro gráficos. O primeiro deles (Gráfico 1), Mapa de Rede Geral demonstra a total de pessoas significativas apontadas pelas entrevistadas. Nesse mapa, cada participante é representada por uma cor. Pode-se notar a maior concentração de citações no quadrante da família, em todos os círculos, sobretudo no círculo mais próximo do centro, relativo às relações íntimas. Nos demais quadrantes o número de pessoas colocadas diminui significativamente, a não ser pelo primeiro círculo das amigas, que também demonstra certa densidade em relação aos outros quadrantes. O número de pessoas citadas por cada entrevistada também é maior, na média, no quadrante da família.

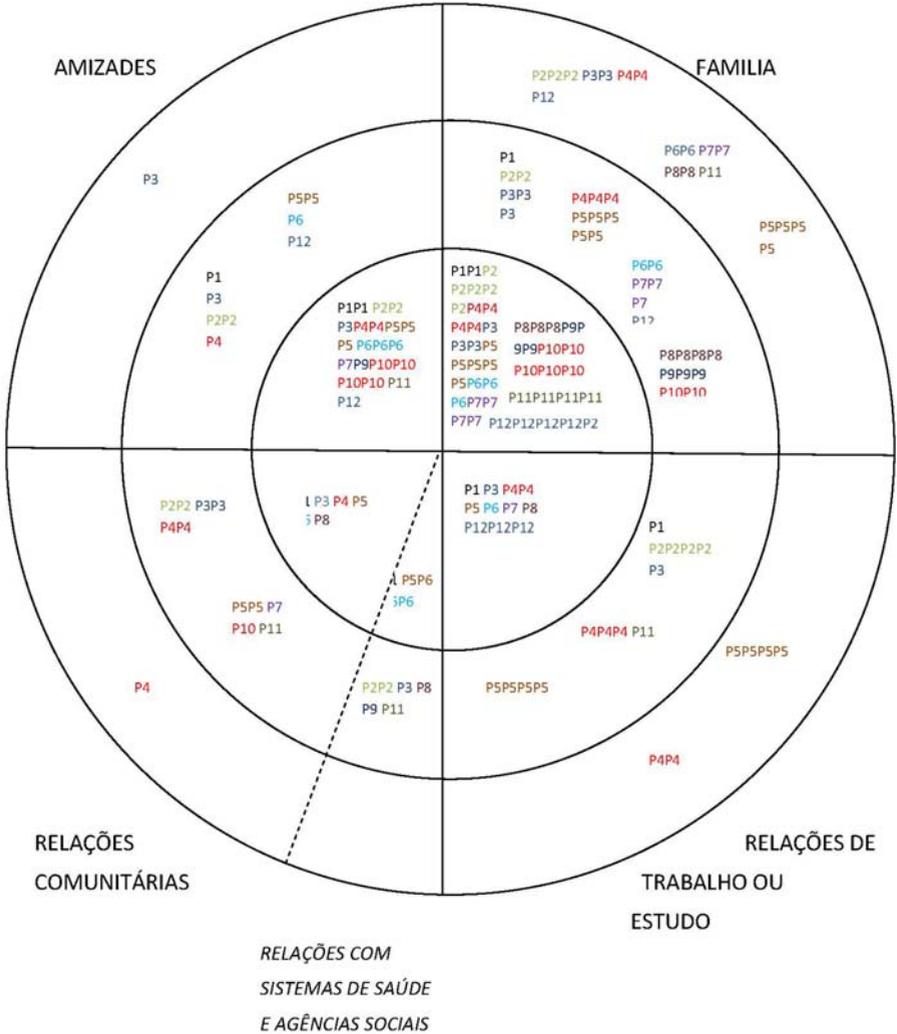
Os três gráficos seguintes são cada um específico sobre cada círculo, que significam o grau de compromisso relacional das participantes com cada pessoa apontada por elas no mapa, onde se pode ter ideia de quais pessoas foram as mais citadas. No gráfico 2, que mostra a área mais próxima do centro, estão representadas as pessoas que as participantes citaram como as de maior relação de intimidade. Destaca-se nesse gráfico a densidade maior na área da família e a frequência quase absoluta da citação da mãe (citada por 11 entrevistadas) e a pouca citação do pai (3 citações), menos citado que irmãos, maridos e filhos, na área da família. Na área das amigas foram citadas 1 ou 2 pessoas, tendo uma entrevistada não citado ninguém.

No gráfico 3 aparecem as pessoas com quem elas estabelecem relações intermediárias, com grau de compromisso intermediário. Na área da família, 1 participante não citou ninguém, sendo mais citados cunhados, tios e sobrinhos, ao passo que nas amigas 7 entrevistadas citaram apenas 1 pessoa. Nas relações comunitárias os mais citados foram líderes religiosos e vizinhos e nas relações de trabalho, colegas de emprego. Observa-se que nas áreas além da família, metade das entrevistadas não citou ninguém.

No gráfico 4 percebe-se como a área da família, como nos outros 2 gráficos, também é a mais densamente ocupada em relação às demais áreas. Nas três outras áreas, chama atenção a quantidade de entrevistadas que não citam ninguém. Também se constata que à medida que nos afastamos do centro dos gráficos, a densidade de pessoas

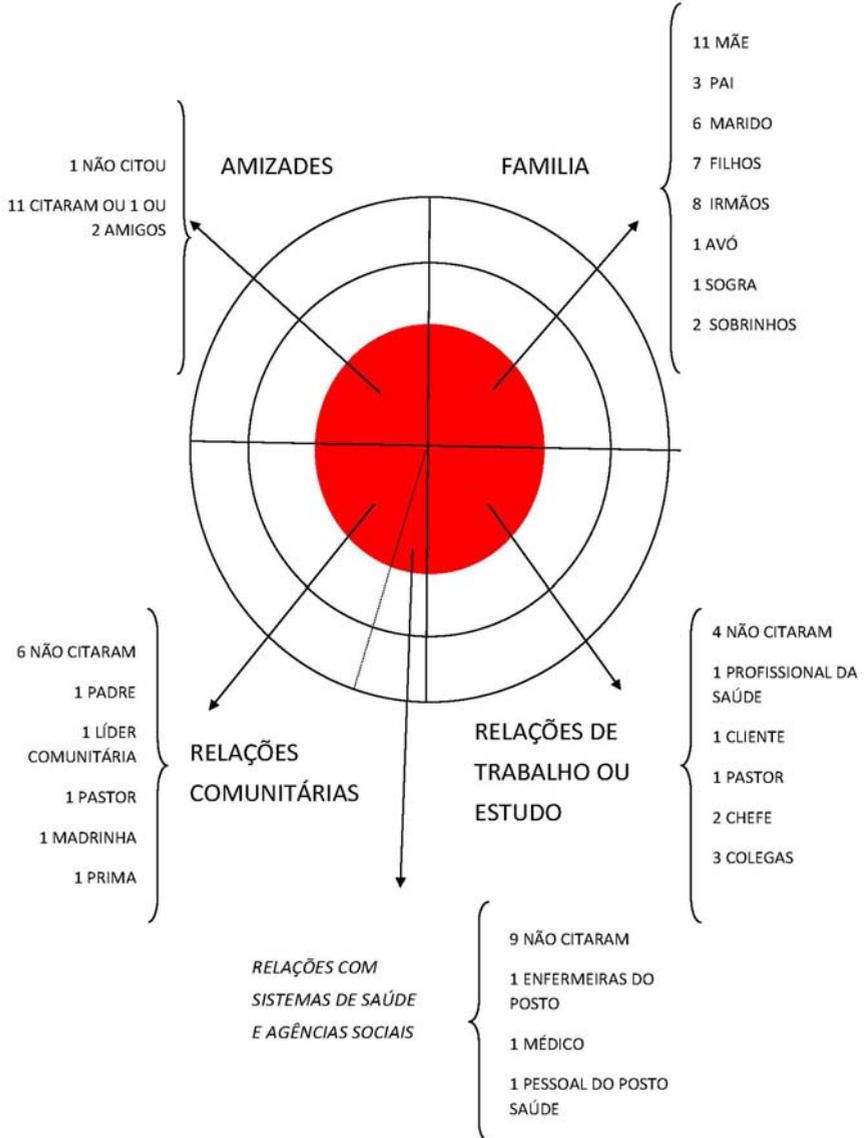
citadas vai diminuindo significativamente ao mesmo tempo em que aumenta a número de participantes que não citam ninguém.

Gráfico 1 - MAPA DE REDE GERAL



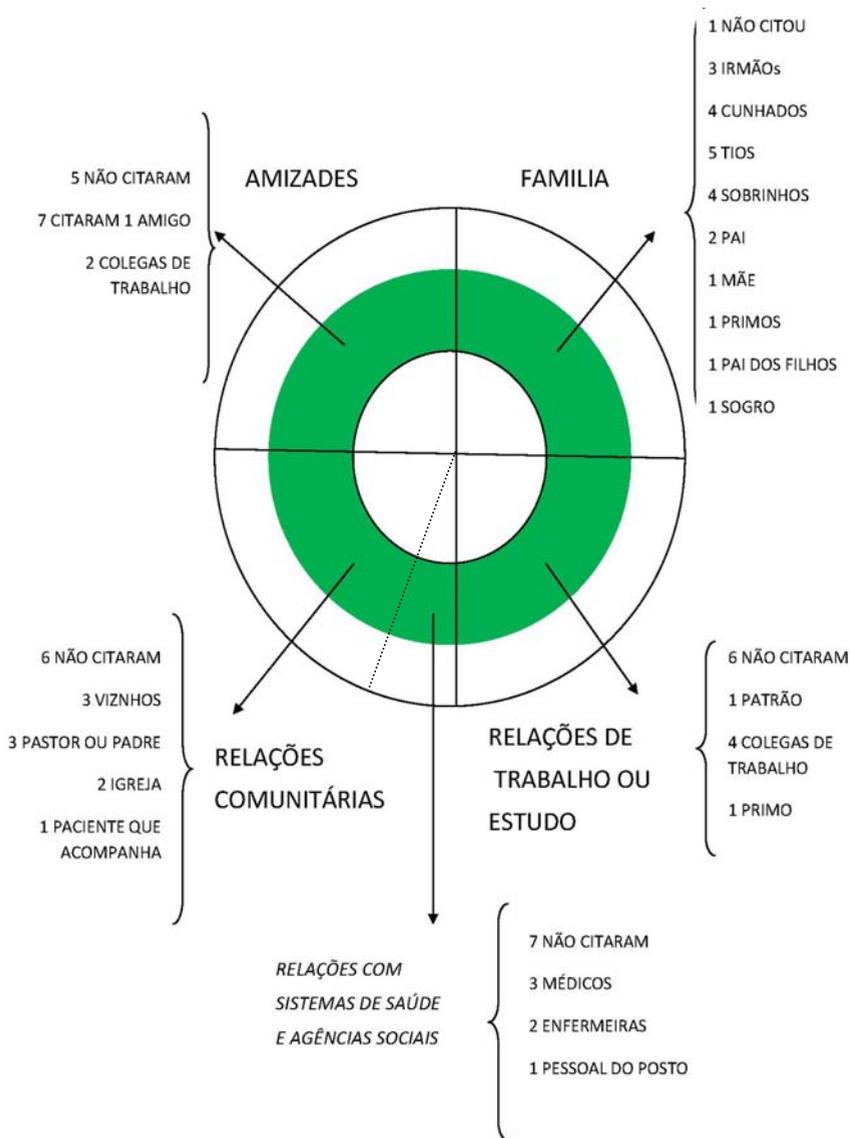


**Gráfico 2 - MAPA DE REDE DAS RELAÇÕES ÍNTIMAS**



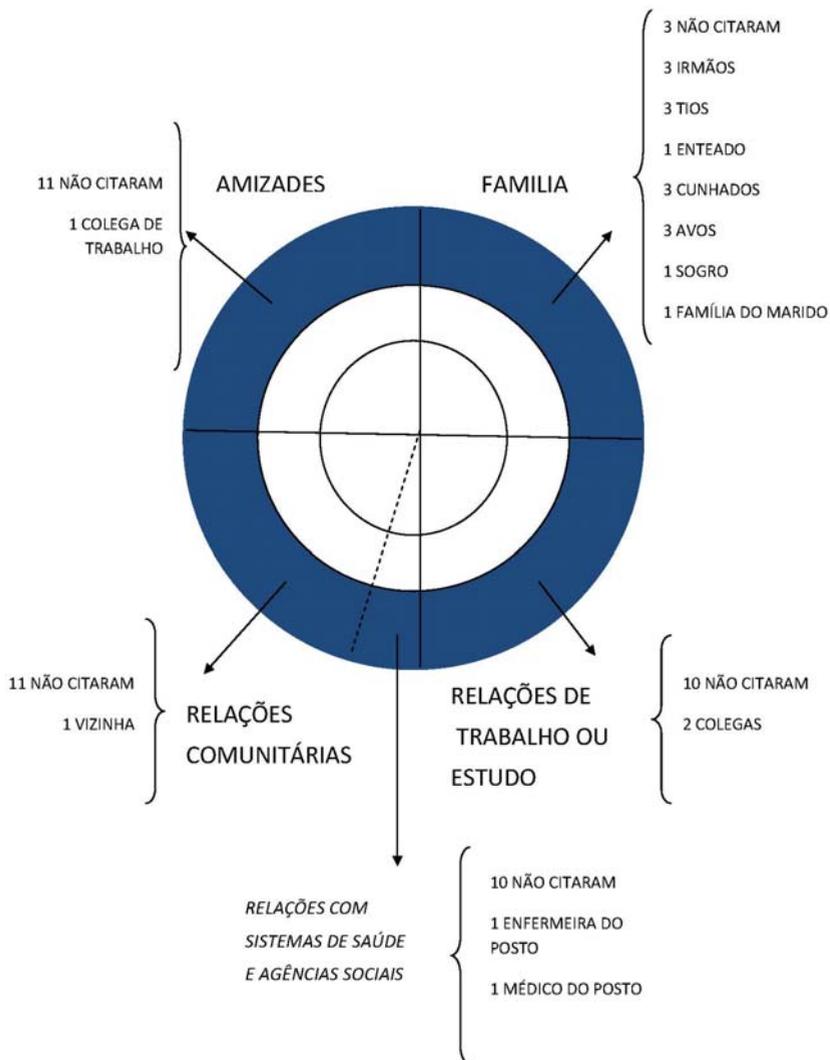


**Gráfico 3 - MAPA DE REDE DAS RELAÇÕES INTERMEDIÁRIAS**





**Gráfico 4 - MAPA DE REDE DAS RELAÇÕES DE CONHECIDOS E OCASIONAIS**





### 5.3 QUADRO GERAL DE CATEGORIAS

Os dados das narrativas resultaram no quadro exposto a seguir (quadro 4), no qual estão descritas cinco categorias, treze subcategorias e cinquenta e quatro elementos de análise, cuja descrição minuciosa será feita no capítulo 6, que trata da análise dos dados e discussão desses resultados.

**Quadro 4**–Quadro geral de categorias

<b><i>CATEGORIA I</i></b>	<b><i>SUBCATEGORIAS I</i></b>	<b><i>ELEMENTOS DE ANÁLISEI</i></b>
<b><i>1. EXPERIÊNCIAS INCENTIVADORAS PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA</i></b>	<b><i>1.1. ASSOCIAÇÃO DE COMORBIDADES COM A OBESIDADE</i></b>	1.1.1. Surgimento de quadros clínicos associados a obesidade
		1.1.2. Dificuldades para tratamento de quadros clínicos instalados
		1.1.3. Limitações físicas provocadas pela obesidade
		1.1.4. Sofrimento físico e emocional associado a obesidade
	<b><i>1.2. MOTIVAÇÕES FACILITADORAS PARA A TOMADA DE DECISÃO</i></b>	1.2.1. Observação dos resultados de quem já fez a cirurgia
		1.2.2. Incentivo de quem já fez a cirurgia
		1.2.3. Encaminhamento de profissionais da saúde
		1.2.4. Reconhecimento da dificuldade em manter um programa de emagrecimento

	<i>1.3. IMPACTO DA OBESIDADE NO CONVÍVIO SOCIAL</i>	1.3.1. Observação do cotidiano de outras pessoas obesas
		1.3.2. Críticas sofridas em função da obesidade
		1.3.3. Constrangimento experimentado em função da obesidade
		1.3.4. Afastamento do convívio social
<b>CATEGORIA II</b>	<b>SUBCATEGORIAS II</b>	<b>ELEMENTOS DE ANÁLISE II</b>
<b>2. EXPECTATIVAS QUANTO AOS RESULTADOS</b>	<i>2.1. ASAÚDE NO PÓS-CIRÚRGICO</i>	2.1.1. Melhora do quadro clínico (comorbidades)
		2.1.2. Diminuir ou eliminar o uso de medicação
		2.1.3. Melhora da rotina laboral
		2.1.4. Eliminação ou diminuição das alterações de humor
	<i>2.2. OCORPO APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA</i>	2.2.1. Emagrecimento até atingir o peso desejado
		2.2.2. Melhora da condição estética
		2.2.3. Resgate da condição física
		2.2.4. Mudança na condução da sua dieta

	<i>2.3. AS MUDANÇAS NA VIDA SOCIAL</i>	2.3.1. Retomada do convívio social
		2.3.2. Relações íntimas mais prazerosas
		2.3.3. Relação de igualdade com os seus pares
		2.3.4. Diminuição do sentimento de vergonha
<b>CATEGORIA III</b>	<b>SUBCATEGORIAS III</b>	<b>ELEMENTOS DE ANÁLISE III</b>
<b>3. SENTIMENTOS ENVOLVIDOS NA TOMADA DE DECISÃO</b>	<i>3.1. RELATIVOS À OBESIDADE</i>	3.1.1. Culpa por não conseguir manter um peso adequado
		3.1.2. Depreciação de si mesmo: baixa autoestima.
		3.1.3. Vergonha pelo estado do seu corpo
		3.1.4. Tristeza pela sua condição de obesidade
		3.1.5. Medo das possíveis consequências da obesidade
		3.1.6. Constrangimento pela forma como os outros se referem à sua obesidade.

	<i>3.2. ASSOCIADOS A CIRURGIA BARIÁTRICA</i>	3.2.1. Alegria pela existência desse recurso
		3.2.2. Ansiedade quanto a concretização dos resultados esperados
		3.2.3. Medo do procedimento cirúrgico
		3.2.4. Ambiguidade entre fazer e não fazer a cirurgia
<b>CATEGORIA IV</b>	<b>SUBCATEGORIAS IV</b>	<b>ELEMENTOS DE ANÁLISEIV</b>
<b>4. PERCEPÇÃO DAREDE SOCIAL SIGNIFICATIVA NA TOMADA DE DECISÃO NA PERSPECTIVA DOS PARTICIPANTES</b>	<i>4.1. POSICIONAMENTO DA FAMILIA</i>	4.1.1. Apoio familiar
		4.1.2. Medo familiar das consequências da Cirurgia Bariátrica
		4.1.3. Obesidade como elemento característico da família
		4.1.4. Posicionamento do companheiro frente a CB
	<i>4.2. POSICIONAMENTO DA REDE ALÉM DA FAMÍLIA</i>	4.2.1. Apoio dos amigos
		4.2.2. Receio da rede quanto aos resultados da CB
		4.2.3. Agressividade da rede ao falar sobre a CB como solução para a obesidade
		4.2.4. Acompanhamento da rede de saúde

<i>CATEGORIA V</i>	<i>SUBCATEGORIAS V</i>	<i>ELEMENTOS DE ANÁLISE V</i>
<b>5. CONTEXTUALIZAÇÃO DA TOMADA DE DECISÃO NA HISTÓRIA DE “SER OBESO”</b>	<i>5.1. PRESENÇA DA OBESIDADE AO LONGO DO CICLO VITAL</i>	5.1.1. Obesidade presente desde muito cedo na vida
		5.1.2. Constrangimentos causados a outrem em função da sua obesidade
		5.1.3. Comparações realizadas com pessoas não obesas
		5.1.4. Instalação da obesidade a partir de algum acontecimento da vida (gravidez, acidente, etc.)
	<i>5.2. CONSEQUÊNCIAS DE DIFERENTES PROPOSTAS DE TRATAMENTOS REALIZADOS AO LONGO DA HISTÓRIA PESSOAL</i>	5.2.1. Efeito sanfona nas tentativas de emagrecer
		5.2.2. Efeitos colaterais causados pela medicação usada para emagrecer
		5.2.3. Recomendações de tratamento sugeridas por pessoas da rede.
		5.2.4. Privar-se do prazer de comer
	<i>5.3. CARACTERÍSTICAS DO CONVÍVIO SOCIAL DE “SER OBESO”</i>	5.3.1. Resumir a pessoa a sua obesidade
		5.3.2. Usar subterfúgios para mostrar que emagreceu
		5.3.3. Sofrer violência do companheiro pela condição de obesidade
		5.3.4. Elogios em função da obesidade



## 6. ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As narrativas das participantes desta pesquisa foram uma fonte de dados reveladora para a compreensão das questões envolvidas na proposta da pesquisa. Durante a aplicação dos instrumentos (entrevista semiestruturada e mapa de rede), foram surgindo relatos a respeito do tema proposto que permitiram a sua compreensão e elaboração.

Partindo das histórias dessas participantes e tendo o paradigma da complexidade como balizador, nossa análise criou categorias a partir das falas das entrevistadas, cujo objetivo foi estabelecer aspectos emergentes comuns a todas elas e seus diferenciais. Essa forma de estabelecer categorias demandou que a análise das mesmas fosse feita em conjunto, uma vez que isso ajudou na real apreensão dos significados que as mesmas buscavam traduzir. Essas categorias se complementaram na intenção de entender a trama dos significados prévios à tomada de decisão para realizar a cirurgia bariátrica, segundo uma perspectiva multifacetada.

### 6.1. CATEGORIA 1 – EXPERIÊNCIAS INCENTIVADORAS PARA A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA

Esta primeira categoria congregou um conjunto de elementos de análise, em torno das experiências vivenciadas pelas participantes como fatores motivadores na tomada de decisão para fazer a cirurgia. Esta categoria foi dividida em três subcategorias, a primeira envolvendo questões ligadas aos reflexos da obesidade no seu estado de saúde e físico, depois em como a obesidade mórbida impactou no seu convívio social e, finalmente, como a convivência com pessoas que já fizeram a cirurgia e profissionais de saúde serviram de facilitadores para a sua tomada de decisão.

A subcategoria *associação de comorbidades com a obesidade* (1.1), abordou as conexões estabelecidas pelas participantes, nas entrevistas, entre obesidade mórbida, problemas de saúde e o estado físico, como motivadoras para a tomada de decisão na busca da cirurgia. Assim, apareceram relatos sobre o *surgimento de quadros clínicos associados à obesidade* (1.1.1.) como desencadeantes do processo pessoal de procura pelo procedimento cirúrgico. Alguns relatos ilustraram isso:

“...quando surgiu essa história do diabetes que eu tive que tomar aquele monte de remédio...eu não tomava nada até então. Me sinto mal, não consigo amarrar um tênis...pra mim subir uma escada que a minha casa tem uma escada lá, horrerosa, chego lá em cima eu não agüento mais...vi assim que eu tô no meu limite...não aguento mais **...tenho fazer alguma coisa por mim**”.(Participante 9, 33 anos)

“...comecei a procurar várias outras alternativas antes da redução. Já conhecia a redução mas não queria. Procurei a endócrino até que um dia comecei a passar mal...fui no hospital...era pressão. Aí foi um acompanhamento durante três a quatro meses até o médico me dar uma medicação fixa para pressão...hoje tomo duas pílulas por dia. Aí pensei: **nossa! 27 anos anos, já tô tomando remédio para pressão, já não quero sair de casa...**”(Participante 3,27 anos)

Um exemplo que desse movimento de busca pela cirurgia após o surgimento de alguma comorbidade foi dado pela participante 12 (36 anos). Segundo seu relato, sempre foi obesa e nunca tinha pensado em cirurgia. Após um episódio em que passou mal no meio do trabalho, foi constatado que estava diabética. Esse diagnóstico deixou-a muito incomodada e assustada (sic). O trecho a seguir, da entrevista da participante, traduziu bem essa atitude da mesma:

*Entrevistador: desde quando a obesidade te incomoda?*

*Participante: na realidade não me incomoda. Nunca me incomodou para nada. Tem gente que tem problema, não veste roupa e não sei mais o quê. **Eu nunca tive problema com nada. Meu problema foi saúde mesmo.** Tu sabe que não vai ser bom. Eu vou ter problema de joelho, coluna...*

*Entrevistador: quer dizer, se a obesidade não tivesse essa complicação de saúde nem pensarias em fazer a cirurgia?*

*Participante: não, nem pensar.*

As narrativas apresentadas evidenciaram como o aparecimento de alguma doença que poderia estar associada ao quadro de obesidade fez com que se apercebessem das consequências que a obesidade poderia ter

nas suas vidas e pensar na cirurgia como alternativa possível. Esses diagnósticos parecem ter tido a função de conscientizar as entrevistadas para o seu excesso de peso, impulsionando a tomada de decisão.

Além dessas situações em que se associava o surgimento de um quadro clínico à presença da obesidade, em outros relatos houve referência a *dificuldades para tratamento de quadros clínicos instalados* (1.1.2.), onde o excesso de peso apareceu como um obstáculo para a melhor condução do tratamento. Certos problemas apresentados pelas participantes seriam mais bem tratados se houvesse redução do peso corporal, sendo que em algumas situações a redução de peso se impunha como uma condição para o tratamento. Em uma das entrevistas, a participante 10(50 anos), relatou:

*“Como eu tenho esse problema degenerativo no quadril e preciso fazer a cirurgia de quadril, o Dr. C. sugeriu que eu fizesse a cirurgia para perder peso...”*

Esse tipo de situação se repetiu em outras entrevistas como, por exemplo, na da participante 4 (45 anos), onde a mesma disse não se preocupar muito com as questões estéticas ligadas à sua obesidade, já que muitas das pessoas com quem se relacionava até elogiavam a sua beleza. Contudo, comentou:

*“Mas eu quero (fazer a cirurgia), é pela minha saúde. Os médicos, o meu neuro inclusive, também disseram que se emagrecer a minha hérnia vai melhorar...”*

Esse problema se repetiu nas colocações da participante 5 (31 anos), quando relatou o comentário de uma médica que a consultava para acompanhamento de problemas de hipertensão, diagnosticada há vários anos:

*“... outra foi que estava falando com minha médica e ela disse que 90% da minha hipertensão é por causa da minha obesidade... e minha pressão é muito elevada...então eu disse: 'eu vou'. Eu vou fazer essa cirurgia.”*

Além essa preocupação com a pouca melhora de alguns quadros em função da obesidade, outras colocações das entrevistadas sugeriram

receios com a piora de algum quadro clínico, caso não ocorresse a perda ponderal. A participante 8 (28 anos), com problemas ortopédicos na coluna, após passar alguns dias internada em função de ter “*travado a coluna*”(sic) , comentou as suas preocupações com o futuro de seu quadro:

*“Ele (o médico) falou que eu tenho um problema na coluna muito sério e o peso, se eu continuar engordando, vai agravar o problema cada vez mais.”*

Os depoimentos mostraram como as limitações de saúde e/ou perigos atribuídos à condição de obesidade, configuraram-se como elementos de caráter limítrofe, tendo peso significativo no processo de tomada de decisão, ainda mais quando foram acrescidas de *limitações físicas provocadas pela obesidade (1.1.3.)*. Essas restrições faziam menção a situações em que as participantes eram impedidas de atingir ou retardavam certos objetivos propostos. Um relato que exemplificou isso é o seguinte:

*“Uma vez, o nosso grupo lá do clube foi fazer um passeio, uma caminhada. Eu notei que as magrinhas iam e eu ficava prá trás. Aí eu pensei, “puxa se eu fosse magrinha podia estar lá em cima, sabe”. O cansaço. A gente tava subindo o morro e eu disse; “meu deus, seu eu fosse magrinha eu estaria lá”. (Participante 5, 31 anos)*

Também nas questões do dia-a-dia houve relatos da influencia das limitações vindas com o excesso de peso, como apareceu de forma esclarecedora no relato a seguir:

*“... se eu caminho eu canso com mais facilidade, até mesmo por causa da minha hérnia. Se eu vou fazer uma faxina na minha casa eu **tenho que fazer por etapas porque não posso pegar e limpar tudo de uma vez só**, apesar dela ser pequena, porque dói, cansa. No outro dia eu não posso por os pés no chão que dói as pernas. Não consigo cortar uma unha, não consigo amarrar um tênis.”(Participante 4, 45 anos)*

Por outro lado, para além das experiências explicitamente ligadas a saúde, aspectos relacionados ao *sofrimento físico e emocional associado à obesidade (1.1.4.)*, também foram relatados pelas entrevistadas, conforme transpareceu no exemplo a seguir:

*“... e agora foi isso, essa coisa que nunca tinha sentido antes, essa dificuldade de respirar, essa falta de ar até para subir escada. Antes eu não sofria. Agora tô sofrendo. Tenho que subir devagar, se subir rápido não consigo respirar direito...”* (Participante 1, 25 anos)

Circunstâncias como essa remeteram as consequências do excesso de peso sobre a condição física, que em outros relatos foram acrescidos do sofrimento emocional, como nos disse a participante 11(52 anos):

*“... eu tô sofrendo com a obesidade , a diabete que é de difícil controle, pressão... tô sofrendo com esse peso, eu já não agüento mais. Eu tenho depressão. Não é qualquer lugar que eu vou. Porque tem muita gente que discrimina as pessoas gorda, né. Então não é qualquer lugar que eu vou”.*

Essas questões, envolvendo as comorbidades e condições físicas e de saúde das entrevistadas, demonstraram a preocupação das mesmas em fazer a cirurgia em função das consequências da obesidade no seu estado de saúde presente e futuro. Foi uma apreensão citada por todas as participantes da nossa pesquisa, tendo duas delas declarado que não fosse por esta razão, nem pensariam na cirurgia. Esse dado vai ao encontro à literatura pesquisada, como, por exemplo, nos trabalhos de Marchesini (2010) e Borges (2011), no qual essas inquietações pré-cirúrgicas foram relatadas por pacientes que já haviam realizado a cirurgia. Os entrevistados desses trabalhos também relataram as preocupações com a saúde como um dos grandes motivadores da sua procura pela cirurgia. Além deles, também na pesquisa de Pinto e Bosi (2010), as autoras apontam como a sintomatologia clínica e as dificuldades no desenvolvimento de atividades diárias, foram “*importantes deflagrações*” da percepção de sua obesidade, fato também verificado nas nossas entrevistadas.

Ademais, houve relatos de entrevistadas em que o surgimento repentino de alguma consequência dessas condições de saúde, como uma crise de pressão alta ou uma descompensação do nível de glicose, serviu como alerta para a necessidade de tomarem alguma atitude para emagrecer. Os sobressaltos experimentados com episódios desse tipo apareceram como desencadeantes da busca pela cirurgia. A presença dessas comorbidades preenche um dos requisitos para a realização do procedimento cirúrgico, segundo o que preconizam o Ministério da Saúde (2007) e o Conselho Federal de Medicina (2010).

A subcategoria *motivações facilitadoras para a tomada de decisão (1.2.)* procurou englobar elementos de análise que surgiram de relatos envolvendo a observação de experiências de outras pessoas obesas com a cirurgia bariátrica, bem como do contato das entrevistadas com essas pessoas.

Um dado que surgiu nas entrevistas foi a importância dada pelas pesquisadas à *observação dos resultados de quem já fez a cirurgia (1.2.1.)*. Os resultados positivos obtidos por pessoas obesas após a realização da cirurgia bariátrica foram referidos como grandes motivadores pela busca do procedimento. Exemplos disso podem ser encontrados nas falas de duas participantes:

*“Tenho uma amiga que fez a cirurgia há um ano. Tá linda e maravilhosa. Ela tá bem. Pesava 130 kg só que é mais alta do que eu...já emagreceu tudo...tá com 70 kg que era o que ela tinha que ficar. Tem a irmã da minha manicure que ela fez já faz uns dois ou três meses e já perdeu bastante e tá muito bem também. Diz que é muito bom.”(Participante 11, 52 anos)*

*“Eu sempre tive medo de cirurgia. Aí uma conhecida minha de outra cidade veio passar o verão e ela tinha feito e aquilo me animou, porque ela era muito cheinha. Ela fez, disse que tasuperbem, já tava usando vestidinho. Aquilo me animou”. (Participante 9, 33 anos)*

O elemento de análise seguinte, *incentivo de quem já fez a cirurgia (1.2.2.)*, reforçou a importância do exemplo vindo de pessoas que já tivessem passado pelo procedimento cirúrgico. Escutar as suas experiências e a atitude de incentivo das mesmas apareceu em vários momentos da pesquisa como fatores que serviram de motivação para a tomada de decisão. Além disso, em algumas situações esse contato

parece ter sido decisivo, ajudando a superar sentimentos de ambiguidade entre fazer ou não o procedimento. Caso da participante 2 (40 anos), que estava em dúvidas quanto a realizar a cirurgia, em função do medo de os resultados não serem os esperados:

*“Me deu mais vontade de fazer...ela não ia mentir...ela disse “meu, vai faz”...vai ver como muda a vida da gente...ela meu deu força...porque é ruim a gente com esse peso...não é qualquer roupa...é complicado...tem um casamento prá ir...um batizado...tu não sabe o que colocar...ela falou que depois melhora tudo, mas a pessoa tem que ter vontade de se cuidar...ela me dá a maior força...ela diz que tomava um monte de remédio e agora não toma mais nada... **ela disse que eu não perca a esperança de realizar esse sonho que melhora muito a vida.**”*

Ressalte-se que nesses exemplos, mesmo quando as experiências relatadas às entrevistadas falassem do sofrimento pós-cirúrgico, ainda assim havia um incentivo por parte dos já operados para que não desistissem da sua intenção. Sobre isso nos falou a seguinte participante, contando uma conversa com uma pessoa já operada há alguns anos:

*“...inclusive essa outra que já fez há mais tempo, ela até falou que ela tinha feito porque ela era bem obesa também. Quando eu vi ela já tava magra. Aí ela falou: ‘olha eu passei bem mal’. Ela falou mesmo assim: ‘olha, eu fiquei três meses entre a vida e a morte’. Daí eu pedi se tinha feito com o Dr.X? Ela disse que não, **mas mesmo assim, ela me deu o maior incentivo para fazer.** Lá no hospital que tá procurando tu está bem assistida. A equipe do Dr. Y muito boa. Só incentivo.”(Participante4, 45 anos)*

Somando-se ao exemplo de quem já fez a cirurgia, também o *encaminhamento de profissionais da saúde (1.2.3.)* emergiu dos relatos como motivador para a procura pela cirurgia. Normalmente, esse encaminhamento vinha de profissionais com quem as entrevistadas realizavam acompanhamento ou tratamento de quadros clínicos crônicos ou programas de emagrecimento, sem uma resposta terapêutica positiva. Isso vai ao encontro às determinações do Ministério da Saúde para a

realização da cirurgia bariátrica (2007), as quais exigem pelo menos dois anos de tentativas de emagrecimento com terapias convencionais, sem resultados significativos. Em vários relatos das entrevistas esse processo foi descrito, como está narrado na seguinte fala:

*“...comecei a engordar, fui procurar endócrino ...nutricionista...sempre fiz atividade física porque eu gosto ...sempre gostei...e comecei a procurar mais...a endócrino e a nutricionista me deram a dieta e eu não conseguia emagrecer...começou a piorar a pressão...comecei a tomar hipertensivo. **Então, a endócrino disse : vou te mandar para a redução porque tem todos esses três anos(de tratamento) e não deu resultado**”(Participante 3, 27 anos)*

A questão de não conseguir emagrecer com propostas mais conservadoras (dietas e acompanhamento clínico medicamentoso), trouxe à tona outro elemento de análise, o *reconhecimento da dificuldade de manter um programa de emagrecimento (1.2.4.)*, que parece ter tornado atrativo o caminho mais radical que a cirurgia propõe. Nas narrativas de várias entrevistadas apareceu o quanto foi difícil para as mesmas manter um programa de emagrecimento no longo prazo. Mesmo que ao iniciar uma dieta aparecessem resultados positivos, a consolidação dos mesmos através de uma mudança de hábitos foi referida como algo dificultoso e um obstáculo para atingir os objetivos. A ideia de que, como disse uma entrevistada, “... *ganhar peso é fácil, difícil é perder!*”, parece estar presente nas falas que se referiram a este tema. A fala da participante 1(25 anos) foi um dos exemplos disso. Comentando sobre tentativas que fez para emagrecer, que incluíam atividades físicas e mudança de hábito alimentar, ela referiu sua dedicação diária, durante certo tempo, até algo mudar:

*“ (fazia atividades físicas)...todos os dias... aí eu consegui perder bastante peso. Aí eu me formei no segundo grau e comecei a trabalhar de telemarketing. Aí no telemarketing eu trabalhava das três da tarde até as nove da noite. E era sentada. Eu fiquei muito sedentária. **Perto do trabalho tinha uma lanchonete e a gente tinha um cartão e a gente comia e ficava mais a vontade. Então ajudou eu a engordar bastante.**”*

Outra característica dessa dificuldade de manter um programa diz respeito ao próprio cuidado, ou seja, algumas participantes referiram que quando alguém as ajudava na manutenção desses programas, ficava mais fácil a sua execução.

*“ Eu tenho uma vida bem corrida. Quando eu fazia dieta que tinha empregada era fácil. Eu sou muito desorganizada. Era fácil porque eu chegava o café tava pronto, eu tomava e ia para a faculdade. Chegava no almoço, era aquela porção. Ela me ajudava muito a empregada, para fazer dieta, esse tipo de coisa... era aquela porção...era salada...ela fazia tudo organizadinho...depois quando chegava o lanche da tarde sempre tinha cereal na porção e quando chegava a noite, jantava e já não tomava café. Então, era bem regulada a minha refeição. Eu conseguia manter...mas, eu sozinha sou um desastre para me organizar.”(Participante 3, 27 anos)*

Essa subcategoria mostrou quais experiências das entrevistadas serviram de facilitadores na formatação de sua decisão pela busca da cirurgia bariátrica, destacando-se, sobretudo, a troca de experiências realizadas com pessoas que já haviam feito tal procedimento ou já conviviam com os resultados da mesma. Algumas pesquisas mostram a importância do contato com outras pessoas que passem pela mesma experiência como agente facilitador da busca e manutenção de tratamentos para emagrecer, conforme apontam, por exemplo, Wing e Jeffery(1999). No seu estudo, descrevem situações nas quais pessoas que procuraram tratamento para obesidade acompanhadas de amigos ou parentes, obtiveram melhores resultados que as pessoas que se submetem a tais tratamentos sozinhas. As narrativas das participantes mostraram que a percepção do procedimento cirúrgico com consequências positivas em outras pessoas obesas, somada a atitude incentivadora das mesmas, foram elementos importantes na decisão pela procura da cirurgia. Além do que, foi uma ideia fortalecida pelo encaminhamento de profissionais da saúde com quem as participantes tinham vínculo.

Por sua vez, a percepção da dificuldade em manter um hábito alimentar saudável, último elemento dessa subcategoria, sugeriu a provável presença de comportamentos compulsivos não detectados ou

não identificados como tal. Estudos que abordam esse tema na literatura, como Machado, et al (2008); Oliveira(2004); Petribu, et al (2006), mostram a presença de compulsão alimentar nos candidatos que passaram pela avaliação para a cirurgia, em porcentagens que variam de 20% a 50% dos casos.

A subcategoria seguinte aborda as experiências motivadoras, só que da perspectiva do *impacto da obesidade no convívio social (1.3)*. Os elementos de análise aqui emergentes remetem à como o excesso de peso é experimentado e avaliado pelas entrevistadas, no seu convívio social.

Dessa forma, o primeiro elemento destacado foi a *observação do cotidiano de outras pessoas obesas (1.3.1)*. A vida em sociedade das entrevistadas possibilitou a convivência com outras pessoas obesas e a identificarem em situações experimentadas por outros, aspectos que diziam respeito a si mesmas. Perceber alguma dificuldade ou constrangimento experimentado por outro obeso parece tê-las remetido à sua situação pessoal e a considerar a busca por uma solução para o seu peso. A participante 7(32 anos) , ao responder em que momento decidiu procurar pela cirurgia, comentou:

*“Foi quando eu fui num supermercado e eu vi um marido, não o meu,(tinha mais gente lá) que tinha uma mulher gordinha que nem eu e ele ficou olhando para uma outra moça que estava passando e ele pegou e disse, com a mulher perto dele, ele pegou e disse que ele queria que a mulher dele fosse igual a ela. **Pela mulher dele eu me senti envergonhada por aquela situação ali.** Se fosse meu marido não sei qual seria a minha reação...não seria boa”. (Participante 7, 32 anos)*

A percepção de alguma dificuldade ou constrangimento experimentado por outro obeso, proporcionando a identificação da sua história com a história de outra pessoa, parece tê-las remetido à sua situação pessoal e a considerar a busca por uma solução para o seu peso. Em outros momentos das entrevistas, emergiram as *críticas sofridas em função da obesidade (1.3.2)*. Essas críticas tinham a característica de serem fortuitas, ou seja, o único motivo era por serem obesas e foram sentidas pelas participantes como uma ofensa. O relato de uma das entrevistadas, ao citar um comentário feito por uma pessoa, com quem não tinha uma relação mais próxima, ilustrou bem isso. Era um encontro depois de muito tempo com uma vizinha distante:

*“Ela já chegou dizendo: ‘ah, aí como tu engordou’. (Quando eu cheguei do exterior depois de três anos e meio.) ‘Aí como tu engordou, aí que diferente’. **Como se eu não fosse mais nada porque eu engordei um pouco.** Isso não existe. Tu é a mesma pessoa”.*(Participante 3, 27 anos)

Críticas e observações como essas se repetiram nas entrevistas. Mesmo quando nada de verbal fosse dito, houve relato de episódios em que a crítica se manifestou de outra forma. O exemplo a seguir ilustrou esse fato:

*“...no começo, credo, eu fui numa clínica médica lá no bairro X., pegar o resultado de um exame com a minha filha e aí chegando lá tinha um guri e uma guria dentro de um carro. Lá de longe quando ela me viu começou a encarar, a olhar, a olhar. Aí eu passei perto do carro e ela olhando, ela olhando...entrei na clínica. Sai e ela me encarando de novo.(...). Mas hoje em dia já não ligo. Antigamente, meu deus do céu, eu sofria muito. Passava gente do outro lado da rua e começava a encarar, encarar, encarar. Eu já perguntava o que é que é? **Que tava olhando? Nunca visse uma pessoa gorda?** Hoje em dia já me acostumei, já nem ligo mais.”*(Participante 11, 52 anos)

Somando-se às críticas sofridas pelo fato de serem obesas, entrevistadas relataram o *constrangimento experimentado em função da obesidade (1.3.3.)*, elemento esse surgido de episódios em que o fato de serem obesas trouxe um grande incômodo pessoal perante outras pessoas. Por exemplo, em certa ocasião a participante 1(25 anos) estava andando de carro com o pai e o carro teve que passar por uma lombada. Quando passou, raspou embaixo e o pai comentou que ela tinha que emagrecer. Ela referiu que não gostou do comentário, mas ao mesmo tempo, ficou constrangida porque sabia que era verdade a observação do pai.

Outro episódio exemplifica esse constrangimento. A entrevistada 10 (50 anos) demonstrou a sua incomodação quando entrou numa loja para comprar roupas e sapatos e não havia nenhum número que lhe

servisse, mesmo com a boa vontade da atendente. Refere que não conseguiu mais continuar a conversa com a balconista porque percebeu que seu tamanho realmente estava bem acima do que seria possível encontrar naquela loja. Havia uma disparidade grande entre o que ela imaginava para si e o que era possível naquele lugar.

Outro elemento de análise que surgiu nessa subcategoria foi o *afastamento do convívio social* (1.3.4.). Os relatos associados a esse elemento se referem a movimentos feitos pelas entrevistadas que as levaram a se afastar de situações de convívio social que já lhes era habitual, bem como a deixarem de procurar novos ambientes, mesmo tendo vontade. Como exemplo da primeira situação, citaremos exemplo da participante 3 (27 anos):

*“...eu não me sinto mais a vontade de sair. Eu não me sinto, assim. Eu vi que com as outras pessoas também acontecia isso. Já tô perdendo a confiança, eu sempre fui uma pessoa muito ativa, muito alegre. Já não vou mais na casa de meus amigos, tenho mais vontade ficar em casa. Cansaço, sinto um cansaço que...talvez seja uma desculpa, uma fuga para não sair.”*

Por sua vez, a entrevistada 1(25 anos), nos relatou uma situação diferente, uma vez que sempre foi obesa, desde criança:

*“... assim eu já interajo legal, só que eu fico um pouco receosa... eu me tiro mais da sociedade... eu fico mais no canto pelo fato de eu me sentir inferior por ser gordinha... aí eu...mais é coisa da minha cabeça...”*

As narrativas das participantes mostraram as diferentes nuances do impacto da obesidade no convívio social e como isso as afetou ao longo do tempo. Ser tratada de forma diversa dos demais em função do peso ou a própria percepção das consequências do excesso de peso, levou as participantes ao retraimento no convívio social. A perspectiva de eventuais constrangimentos fez com que se impusessem uma rotina de vida sem liberdade de frequentar ambientes sociais, mesmo havendo a vontade que isso acontecesse. Esses dados se coadunam com os achados de Moliner e Rabuske(2008) e Bosi (2010), que evidenciam como o preconceito social impõe um processo de alijamento social e sofrimento psíquico, configurando-se como um importante elemento na

tomada de decisão pela cirurgia bariátrica. A vontade de ter ou retomar uma vida social satisfatória foi mais um dos elementos que as levaram a pensar na cirurgia. Com relação a isto, no estudo de Marchesini (2010), essa maneira diferente de ser tratada pelo demais foi apontada como o motivo principal de procura da cirurgia dos participantes de seu estudo, com 52% dos entrevistados atribuindo às discriminações social e estética o grande motivador da sua decisão.

Concluindo, essa categoria abordou as experiências incentivadoras para que as participantes resolvessem buscar a cirurgia bariátrica. São elementos que nos remeteram primeiramente a questões envolvendo a saúde das entrevistadas, onde ficou claro o seu incômodo com o surgimento de comorbidades e o obstáculo que a obesidade impunha para a melhora das mesmas. Em todas as entrevistas há referências a esses aspectos, o que está de acordo com a literatura pesquisada, mostrando que os aspectos de saúde são citados como os maiores motivadores para a decisão em fazer a Cirurgia Bariátrica, como apontado em estudo de Libeton, et al (2004), onde 52% dos participantes citaram a preocupação com a sua saúde como primeiro fator para realizar a cirurgia bariátrica.

Além disso, a troca de experiências com quem já fez a cirurgia e o relacionamento com profissionais da saúde mostraram ser importantes na decisão das participantes pela cirurgia. Ver resultados positivos obtidos por outras pessoas, trocar experiências com as mesmas e ter o seu incentivo, fez com que receios e incertezas pudessem ser superados e consolidassem a sua opção pela busca do procedimento cirúrgico. Por outro lado, o surgimento de questões ligadas a aspectos da vida social e como são as repercussões da obesidade na interação dessas participantes com as pessoas não obesas de seu convívio, formou o último grupo de elementos dessa categoria. Notou-se um movimento de retraimento na interação social, cujo objetivo era evitar possíveis situações constrangedoras para si mesmas, advindas de críticas, observações e constatações das consequências do seu excesso de peso. A vontade de mudar essa situação aparece nos elementos da categoria a seguir.

## 6.2 – CATEGORIA 2 – EXPECTATIVA QUANTO AOS RESULTADOS

Esta categoria compreende elementos de análise que remetiam aos resultados esperados e desejados pelas entrevistadas com a realização da cirurgia bariátrica. Ela está dividida em três subcategorias, que compreendem questões ligadas à saúde, ao corpo e ao convívio social.

A primeira subcategoria emergida das falas das participantes foi **saúde no pós-cirúrgico (2.1.)**, compreendendo elementos que mostram o tipo de mudanças esperadas na sua saúde depois do período de recuperação da cirurgia. O primeiro elemento, presente em todas as entrevistas, foi *melhora do quadro clínico (comorbidades) (2.1.1)*. Para algumas participantes, a expectativa era que a cirurgia pudesse até eliminá-los, como no caso das pessoas portadoras do diabetes. Enquanto a participante 11 (52 anos) dizia categoricamente: “*eu só quero **eliminar essa diabetes** que está me incomodando*”, outras entrevistadas demonstraram o desejo de melhora do quadro geral:

*“Vou ficar mais sadia. Sem esse começo de diabetes, que é muito perigoso, melhorar a pressão alta. Se sentir melhor.”* (Participante 2, 40 anos)  
*“Eu espero ter físico melhor. Condição física melhor... respiração, sono. Eu acordo várias vezes durante a noite”* (Participante 3, 27 anos)

Essa expectativa foi reforçada por dois fatores. Em primeiro lugar porque todas as entrevistadas tinham algum quadro de comorbidade associado à obesidade, destacando-se nesse grupo o diabetes, presente em 7 das participantes e a hipertensão que se manifestou em 8 participantes. Em segundo lugar devido à cirurgia comprovadamente levar à melhora do quadro clínico, com muitos pacientes tendo deixado de ser insulínod dependentes ou senão tendo estabilizado a sua pressão e melhorado de outros quadros crônicos associados à obesidade, conforme dados do site da SBCBM (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica). Esses dados são reforçados por pesquisas, como de O’Brien (2010), onde se mostra que três, em cada quadro adultos com diabetes que foram operados, tendem à remissão total do quadro.

O elemento seguinte, quase uma consequência desse, é a expectativa de *diminuir ou eliminar o uso de medicação (2.1.2.)*. Assim como desejavam a melhora de seus quadros clínicos, associavam a isso com a vontade de não mais necessitar fazer uso de medicações de uso contínuo, condição inevitável para o controle da maioria das comorbidades associadas à obesidade. Essa vontade fica clara na fala da entrevistada 2 (40 anos), quase uma declaração de liberdade pela forma como fez, sobre que mudanças esperava para sua vida: “*não vou mais precisar de remédios!*”.

As participantes também manifestaram o desejo que houvesse *melhora da rotina laboral (2.1.3.)* com a cirurgia. A obesidade foi

referida muitas vezes como a causa de problemas na vida funcional, desde não conseguir realizar mais as tarefas que fazia antes da instalação do excesso de peso, com a mesma desenvoltura, até a dificuldade para se conseguir um emprego no mercado de trabalho, conforme narrou a participante 6 (35 anos). Algumas vezes procurou emprego, mas nunca conseguiu e atribuiu isso ao seu excesso de peso. Em certo momento da entrevista, perguntada sobre que mudanças esperava que a cirurgia trouxesse para sua vida, ela respondeu como a primeira coisa: “*trabalhar fora!*”. Por outro lado, participantes empregadas ou que tinham alguma atividade própria, mencionaram a sua expectativa que a cirurgia lhes devolvesse a capacidade laboral que estava prejudicada. A participante 9 (33 anos), falou de sua dificuldade em manter as suas “*obrigações*” de cuidar da casa:

*“...gostaria de produzir mais durante o dia e não consigo. Vou me deitar. Sinto muita sonolência, muito mole. Ainda bem que meu marido entende essas coisas e não fica pegando no meu pé. **Quero ficar bem, assim, para poder fazer minhas atividades em casa, o meu dia-a-dia que é bem cansado. Chego de meio-dia já não aguento mais. Minha pernas doem, minhas costas doem.**”*

Também a participante 8 (28 anos), que era cozinheira e estava desempregada, manifestou seu desejo de que a cirurgia pudesse lhe proporcionar a volta ao mercado de trabalho: “*acho que vou poder voltar a trabalhar*”, afirmou, ao responder sobre suas esperanças com os resultados. Dessa forma, havia a expectativa de que a cirurgia possibilitaria um início ou um retorno às atividades laborais que estavam prejudicadas em função do peso, já que a obesidade foi repetidamente referida como causa de limitações da vida funcional.

Muitas dessas mudanças também eram esperadas em função da expectativa de *eliminação ou diminuição das alterações de humor* (2.1.4.). Nas entrevistas, várias falas sugerem que a obesidade acabou por alterar o humor das participantes e a expectativa de que o emagrecimento pudesse influenciar também neste aspecto da sua saúde. Algumas falas traduziram essa esperada mudança:

*“...creio que vou ser uma **pessoa mais alegre**”*(Participante 9, 33 anos);

*“...ter mais vontade, mais ...energia para fazer os serviços da casa, ter mais ânimo para passear com meus filhos...”(participante 7)*  
*“Eu quero viver de uma outra forma. Ser aquela mulher mais ativa, mas expansiva, mais alegre, mais com auto-estima, de ter um outro tipo de vida”.(participante 10)*

Percebe-se nas falas dessas participantes que a melhora de saúde significa mais que curar determinadas comorbidades estabelecidas. Implica também a noção de liberdade para trabalhar e eliminar a rotina de cuidados e medicações que essas doenças exigem. O desejo de não ficar à mercê das mudanças no humor que interferem nas suas vidas mostrou o quanto esse grupo pesquisado reproduziu os dados presentes nas pesquisas de Fabricatore e Walden, 2004; Roberts, et al, 2003; Azevedo, 2004; Oliveira, 200, cujos resultados apontaram que o espectro que caracteriza essas mudanças de humor vai de tristeza e desânimo até quadros psicopatológicos de depressão.

Juntamente com essas mudanças ligadas à saúde, emergiram expectativas agrupadas numa segunda subcategoria, definida como *o corpo após a cirurgia bariátrica (2.2)*. Aqui foram reunidos elementos que remetiam a expectativas de como ficariam os corpos das participantes e a forma como passariam a se relacionar com eles após a intervenção cirúrgica.

O primeiro elemento destacado foi a expectativa de *emagrecimento até atingir o peso desejado (2.2.1.)*, onde se percebeu que as participantes já tinham ideia de como gostariam que seu corpo ficasse. A entrevistada 2 (40 anos), tinha como objetivo o retorno a um peso anterior: *“Ah, meu deus do céu, meu sonho era ficar com eu era antes, com meus setenta kg”*. Para outras entrevistadas, emagrecertinha a ver com melhora da autoestima:

*“Quero ficar bem magra, eu tenho certeza que a minha autoestima vai melhorar porque a coisa tá bem feia. Eu me sinto bem triste”.( Participante 9, 33 anos).*  
*“Espero ficar magrinha, com 60 kg. Foi o que o médico do posto de saúde falou para mim, né, por causa da altura... ah, meu deus, tudo!! Vou me sentir linda e maravilhosa, com astral lá em*

*cima! Vai mudar completamente tudo!”(Participante 11)*

Para outra participante, o estado do seu corpo naquele momento apareceu como um fardo, uma vez que seu desejo era “... *ficar mais magra, ficar com um peso que eu consiga carregar*”, uns 75 Kg. (Participante 6, 35 anos). O peso dessa participante era de 165 Kg.

Juntamente com essa expectativa de emagrecimento, outro elemento que apareceu foi a busca pela *melhora da condição estética* (2.2.2.), os seja, as participantes demonstraram sua vontade de terem um corpo que pudesse ser admirado por elas e pelos outros, trazendo-lhes mais satisfação. A participante 9 (33 anos) falou, em certo ponto da entrevista:

*“Querida poder entrar numa loja e dizer: ah!, quero aquela roupa : essas coisas assim de mulher. Isso, porque, por exemplo, quando eu quero sair, vou lá, coloco uma roupa e ela fica horrível...eu pego outra que também fica horrível...outra...eu já cansei de tirar coisa do meu armário que eu deixei, deixei,deixei porque um dia eu ia entrar na roupa. Não entrei...”*

Ao mesmo tempo, a estética pareceu associada à liberdade de escolha e liberdade de agir segundo suas vontades, sem que a obesidade estivesse presente como um obstáculo:

*“ Eu espero que mude bastante...tomara que não fique muito caída (faz sinal para a barriga) porque não tenho dinheiro para refazer (ri), mas é claro que eu vou poder comprar umas roupas melhores, porque prá gorda roupa é um absurdo de cara e não se encontra muito. **E magrinha tu vai até num brechó e tu encontra um monte de roupa bonita e barata.** Eu acredito que vou poder usar um monte de roupas que não consigo hoje.”(Participante 10, 50 anos)*

A associação do desejo de chegar a um peso ideal, mais a melhora da condição estética, pareceu representar a possibilidade de resgate do exercício das suas feminilidades, com consequente melhora

da autoestima, na medida em que poderiam desfrutar de um corpo mais desejável e aceito pela sociedade.

Outro elemento de destaque com relação ao corpo depois da cirurgia foi o *resgate da condição física* (2.2.3.). As limitações físicas trazidas pela condição de obesidade eram particularmente sentidas pelas participantes, uma vez que implicava limitação de movimentos e diminuição da liberdade de ir e vir. Movimentos simples do dia-a-dia, como caminhar, subir escadas, passear ou brincar com filhos e família e até mesmo dormir, ficavam bastante prejudicados ou mesmo impossíveis de realizar. A fala da participante 4 (45 anos) ilustrou bem isso:

*“Na verdade eu sou gorda, mas só me incomoda nesse sentido que eu te falei, **de não poder fazer as coisas** (limitação física). Eu não deixo de fazer nada por causa da gordura... a minha vida... eu gosto de tomar uma cervejinha... eu sou feliz... espero continuar sendo o que eu sou, fazendo o que eu não faço hoje em dia (limitação física), mas sendo o que eu sou hoje.”*

Ainda com relação ao corpo surgiu a vontade de *mudança na condução da sua dieta* (2.2.4.). Várias participantes relataram a dificuldade de fazer uma mudança no hábito alimentar que se consolidasse no seu cotidiano. Assim, em alguns relatos apareceu o desejo que a cirurgia trouxesse como corolário uma natural mudança nos seus hábitos alimentares, associando a limitação da capacidade de ingesta promovida pela cirurgia com mudança na maneira de se alimentar. Na seguinte fala da participante 1 (25 anos), houve uma equiparação entre quantidade de comida e qualidade de comida:

*“Vou comer bem menos do que como agora... **coisas saudáveis na alimentação**... frutas e verduras... diminuir mesmo, assim, sabe. A minha meta mesmo, que tenho na cabeça, é diminuir cem por cento as coisas, cortar o que me faz mal.”*

Outras participantes, contudo, pareciam ter uma noção mais clara de como seriam suas dietas após a cirurgia, conforme extratos de entrevistas apresentados a seguir:

*“Eu sei que não vou poder comer tudo que eu comia, to bem consciente disso, mas vou ficar bem.” (Participante 7, 32 anos)*

*“Tem que tomar vitamina. Cuidar. **Eu não posso mais pensar em comer aquele monte.** Vai reduzir o estômago. Aquele pouco. Senão vou engordar de novo.” (Participante 2, 40 anos)*

A noção sobre como seria a sua dieta após a cirurgia, com clareza a respeito das limitações alimentares impostas pela cirurgia, vai ao encontro ao observado por Wadden e Sauer, (2006), cuja pesquisa demonstrou que 85% das pacientes participantes de seu estudo tinham noção das consequências e do alcance da cirurgia em suas vidas.

As expectativas a respeito de como ficariam os corpos das participantes após a cirurgia demonstraram um desejo que esses corpos se transformassem de tal forma que chegassem a atingir peso e dimensões mais adequados que os atuais. Além disso, podemos ver que se estabeleceu uma associação entre o peso do corpo e os desejos experimentados, como se perder peso implicasse automaticamente numa mudança de hábitos e sensações. Passou a existir uma equiparação entre mudanças corporais e comportamentais. Esses dados estão de acordo com o trabalho de Almeida e Santos (2002), que mostrou diferenças significativas na forma como esse assunto é tratado por pessoas obesas e não obesas. Estes autores ressaltam que a representação corporal feita pelas obesas refletia a expressão de seus desejos ou aspirações ou a projeção de uma imagem ideal. Além disso, um estudo de Foster, Wadden e Vogt (1997) mostrou que melhoras na autoimagem não estavam necessariamente associadas com perda de peso, contrariando a sua hipótese inicial, mas que um pouco de ganho de peso estava associado à piora de autoimagem. Em suma, esses dados mostraram que as expectativas em relação às mudanças corporais são componentes importantes na tomada de decisão das entrevistadas, uma vez que emagrecer tinha um significado mais abrangente que só perder peso.

Finalmente, a terceira subcategoria, presente nas entrevistas com relação às expectativas dos resultados da cirurgia, atenta para *as mudanças na vida social* (2.3.). Estão presentes elementos que dizem respeito a como as participantes viam seu futuro no pós-cirúrgico, em questões que envolviam seus relacionamentos sociais e íntimos.

O primeiro elemento de análise que surgiu foi o desejo expresso de *retomada do convívio social* (2.3.1.). Um exemplo que demonstrou bem isso apareceu na fala de participante 1 (25 anos):

*“Vai ser melhor para minha autoestima, para lidar com as pessoas, **vou ter menos vergonha, de ficar... conversar...interagir mais com os colegas...** assim eu já interajo legal, só que eu fico um pouco receosa... eu me tiro mais da sociedade... eu fico mais no canto pelo fato de eu me sentir inferior por ser gordinha... aí eu... mais é coisa da minha cabeça... vai ajudar bastante porque vou me sentir mais bonita... mais... entendeu?”*

Essa vontade de retomar a vida social ficou evidente também na fala da participante 8 (28 anos), quando disse querer ter a sua vida social de novo, algo que ela não tinha há mais de um ano. Ou da participante 9 (33 anos), que descrevendo as suas idas à praia com a família, comparou como era o seu comportamento antes e depois da obesidade:

*“Esse negócio de ir a praia. Eu vou, mas eu fico lá sentada na minha cadeirinha, na sombra, na minha. **Se eu conseguisse colocar um biquíni, um maiô, eu ia amar ir lá dar um mergulho.** Mas, agora, jamais! Eu lá na minha. Quietinha, passo meu calor lá e fico quieta lá. Antes eu botava meu biquinizinho e tomava banho direto. Era outra coisa.”*

Essas narrativas evidenciaram a importância para o processo de tomada de decisão das expectativas das entrevistadas pelo retorno ao convívio social com mais liberdade e menos impedimentos, pois conforme apresentado na categoria 1, elemento (1.3.4), à medida que a obesidade passou a ser um problema para as participantes, houve um movimento caracterizado pelo próprio afastamento de situações de convivência social, imaginando que não iriam sentir-se à vontade nas mesmas. Outro aspecto importante está relacionado à expectativa de retomar *relações íntimas mais prazerosas* (2.3.2.). Enquanto algumas tinham esperança que as relações sexuais com seus companheiros poderiam melhorar com o emagrecimento outras, que não tinham uma relação estável, esperavam poder abandonar o receio de namorar em função do momento em que teriam que expor seus corpos. A participante 7 (32 anos), casada, comentou sua vontade:

*“Ter uma relação (sexual) melhor com meu marido, que eu tenho, mas acho que vai ser ainda melhor, que nem tudo a gente consegue fazer. Não sei, acho que vou me sentir bem melhor”*

O mesmo desejo de ter relações sexuais mais prazerosas expressou a participante 10 (50 anos), quando numa de suas falas comentou sobre o tema.

*“É, eu, por exemplo, esse relacionamento que eu tenho de 23 anos. Já vem mal há 5 ou 6 anos. Como ele tem 72 anos e eu tenho 50 é claro que eu gostaria de ter um vida ativa sexual, aquela coisas. E não temos. E não é por culpa dele, que ele tem amante. E já nos separamos praticamente. Tenho vontade de ter uma vida social. Conhecer alguém. Mas eu não me sinto capaz, porque se eu for me envolver com outro, como vou expor toda essa gordura? Eu acho que não tenho muito que oferecer no sentido de beleza...me sinto assim. (...)Já pensando nisso eu me excludo porque acho que só vou ser motivo de riso, Com a cirurgia acho que vou me sentir melhor para ter um relacionamento com alguém...”*

Essas manifestações vão ao encontro ao exposto nos trabalhos de Fox (2000) e Almeida (2002), nos quais os participantes apontaram a vida sexual e a intimidade como fatores que são influenciados negativamente pela obesidade. Para as participantes da nossa pesquisa, eram situações que traziam desconforto e alimentavam expectativas que a cirurgia pudesse fazer com que retomassem uma *relação de igualdade com os seus pares* (2.3.3.).Esta é uma questão que não apareceu diretamente nas falas dessas participantes, mas que perpassou a questão da autoestima das mesmas. A entrevistada 3 (27 anos), quando falou sobre as suas expectativas com os resultados da cirurgia comentou:

*“Na minha vida? Que eu retorne a ter prazer nas minhas atividades. Eu tenho...não sei tu vai me entender...mas, eu tenho prazer nas minhas atividades...aí eu não tô bem perante as pessoas,os meus amigos comentam como eu tô gorda e eu não gosto desse tipo de comentário porque eu realmente tô. Obviamente que a gente*

*não gosta...nenhuma mulher acho que gosta. Aí então ainda gosto de fazer minhas atividades, ainda gosto de visitar os amigos, vou visitar os amigos, mas não com aquele mesmo entusiasmo, sabe. As vezes eu vou apreensiva: será que alguém vai comentar alguma coisa? Será que minha roupa tá boa? Um pouco de insegurança.”*

Também a participante1(25 anos) demonstrou sua expectativa de ser tratada com igualdade quando emagrecesse, através do seguinte comentário:

*“Tem certos lugares que uma pessoa magra chega e é bem tratada e uma pessoa gordinha não. Qualquer loja tem roupa e sapato para magra, já as gordas tem que ir em loja especializada”.*

Nos discursos das entrevistadas surgiu outro elemento que parece ajudar a entender a apreensão citada pela participante acima. Muitas delas manifestaram a vontade de diminuição do sentimento de vergonha (2.3.4.). Essa expectativa deixou transparecer um dos sentimentos que mais apareceram nas entrevistas. A participante 1 (25 anos) foi clara a esse respeito quando disse que após a cirurgia ela poderia lidar melhor com as pessoas, pois não teria tanta vergonha. Assim como a entrevistada 6 (35 anos), que relatou uma situação especial. Disse ter muita pena do marido e vergonha de si própria porque ele era bem magrinho e quando saíam juntos, os amigos ficavam rindo dele. Emagrecendo, imaginava que essa vergonha diminuiria bastante. Também a participante10 (50 anos) esperava sentir menos vergonha para poder frequentar uma academia de ginástica, já que a razão de seu constrangimento era o excesso de peso.

Essas mudanças esperadas nos seus relacionamentos demonstraram a vontade das participantes de transitar espontaneamente no seu meio, sem que a obesidade se interpusse nos seus encontros. Esse impedimento sentidopelas entrevistadas, tolhendo sua liberdade, vai ao encontro à literatura pesquisada, como em van Hout (2006) ou Fox (2000), onde são relatados sentimentos semelhantes de baixa autoestima e dificuldade nas relações sociais, sobretudo entre as mulheres.

A segunda categoria explorou quais expectativas foram determinantes na formação da tomada decisão das participantes para

buscar a cirurgia bariátrica. Os elementos de análise que surgiram das entrevistas mostraram que as mudanças esperadas pelas participantes refletiam a sua vontade que o peso não fosse mais um empecilho para poderem desfrutar de uma vida com saúde, com um corpo que as fizessem se sentir bem e com relacionamentos espontâneos e prazerosos. Não houve diferenças dessas expectativas entre as entrevistadas que sempre foram obesas e as participantes que eram magras e depois ganharam peso.

### 6.3 – CATEGORIA 3 – SENTIMENTOS ENVOLVIDOS NA TOMADA DE DECISÃO

A terceira categoria congrega elementos de análise que procuraram traduzir quais eram os sentimentos experimentados pelas participantes nesse processo de construção da tomada de decisão pela realização da cirurgia bariátrica. Esses sentimentos foram agrupados em duas subcategorias. Na primeira, estão incluídos os **sentimentos relativos à obesidade (3.1.)**, tendo a *culpa por não conseguir manter um peso adequado (3.1.1.)* surgido quando as participantes atribuíram ao descuido consigo mesmas as razões por terem chegado à situação em que se encontravam.

*“Ah!,eu sinto um pouco de fracasso (culpa). (...)Gostaria de ter o mesmo pique que eu tenho na minha profissional, ajudar os outros, que eu gosto de ajudar quando estão precisando; uma entidade, os escoteiros, essas coisas assim que a gente gosta. Eu queria ter essa força com a dieta. Se tornou um vício prá mim. Como uma pessoa fumante. É um vício para mim comer à noite. Comer tarde e dormir em seguida”.*(Participante 3, 27 anos)

Sentimento semelhante também foi manifestado pela participante 4 (45 anos), quando relatou a dificuldade em manter um controle sobre a quantidade de comida ingerida num café da manhã:

*“É que eu gosto muito de pão. Eu fico sem almoço, mas não fico sem meu café da manhã que eu gosto. E também é comum em vez de eu comer dois pães eu comer três. Aí eu fico pensando: porque não ficar só nos dois, porque comer os*

*três? Será que não consigo me satisfazer ao invés de comer três? Ali acaba deixando com culpa.”*

A culpa experimentada pelas participantes por se acharem responsáveis pelo próprio peso, sugeriu que as entrevistadas também carregavam consigo o modo de avaliar a obesidade do senso comum, como se fosse uma falta pessoal e não o resultado de uma série de variáveis inter-relacionadas, muitas delas atuando de forma inconsciente.

Outro sentimento vivenciado nos relatos feitos pelas participantes foi *adepreciação de si mesma: baixa autoestima (3.1.2.)*, conforme indicou o relato a seguir:

*“Fico com a estima baixa, muito, muito baixa. Eu me lembro quando eu era magra, com 60 kg, eu era ativa, alegre. Hoje em dia tem dia que eu tô lá prá baixo... me acho velha, feia, gorda. Não gosto de mim assim. Não gosto!”(Participante 11,52 anos)*

As palavras dessa participante expressaram de forma contundente a questão da baixa autoestima e da autodepreciação e revelaram a subjetividade submetida a um corpo, que nesse momento de tomada de decisão, parecem ofuscar as outras dimensões subjetivas e sociais da vida. Mesmo diante do incentivo das pessoas próximas, prevaleceu nas participantes o sentimento de baixa autoestima, conforme o relato a seguir:

*“Tenho vontade de fazer coisas que eu não posso fazer...então, como vou fazer uma coisa que eu sei que não vou agradar a mim...eu tenho que me agradar para depois agradar alguém...se eu não tô contente comigo como vou querer que outra pessoa esteja contente... a pessoa pode falar até que tá legal para não me deixar chateada, mas a gente sabe que não está nos padrões. ( Participante 10, 50 anos)”*

Essa última fala sugeriu o quanto as questões subjetivas, influenciadas pelo estado do corpo, mais uma vez foram determinantes frente à possibilidade de se sentir reconhecida pelo outro. Neste sentido,

a função exercida pela rede social significativa na manutenção da nossa identidade e reconhecimento subjetivo fica obscurecida, com a pessoa obesa presa às crenças e valores construídos num outro momento. Somando-se aos elementos de baixa autoestima, aparece *avergonha pelo estado do seu corpo* (3.1.3.), aspecto apresentado de forma determinante quando as participantes mostraram o julgamento que faziam sobre o seu próprio corpo, a valoração de si mesmas, conforme narrativas a seguir:

*“Eu não gosto do meu corpo. Eu tenho vergonha de mim. De um tempo para cá não consigo me olhar no espelho, não tenho vontade de me arrumar”.*(Participante 8,28 anos)  
*“Quando eu vou a praia eu não boto biquíni ou maiô nem que...se disserem: ou tu bota o maiô ou vai morrer, eu prefiro morrer! Eu não consigo! E quando você vai comprar uma roupa, eu sinto que pessoas ficam olhando para você. **Tenho vergonha de sair de casa.***(Participante 12, 36 anos)”

Além disso, a vergonha também foi despertada em situações em que a obesidade tornou-se um obstáculo, um impeditivo para a execução de certas tarefas ou para a livre movimentação. A entrevistada 6 (35 anos) relatou uma destas situações:

*“Por exemplo, quando vou pegar um ônibus não consigo passar na roleta **ou quando alguém quer sentar perto de mim também não consegue** (porque ocupo o banco quase todo), eu fico envergonhada”.*

Esses relatos anteriores mostraram a associação dos sentimentos de vergonha e baixa autoestima das participantes. Poderíamos até considerá-los complementares, pois em muitas situações alimentam-se mutuamente, contribuindo para a manutenção de um estado de *tristeza pela sua condição de obesidade* (3.1.4.). Quando questionadas sobre o que sentiam quando pensavam na sua obesidade, as participantes 4 (45 anos), 5 (31 anos), 9 (33 anos), 10 (50 anos) e 11 (52 anos) foram categóricas nas respostas: sentiam tristeza.

*“Eu fico triste. Porque assim, tu vai numa loja e não encontra roupa prá gordo, então tu acaba*

*baixando teu astral. Mas eu fico bem triste quando acabo pensando na minha gordura”.(Participante 5, 31 anos)*

Em muitos casos, foi um estado de tristeza passageira e em outros foi mais duradouro e se repetiu com bastante frequência, como no caso da participante 9 (33 anos), que referiu experimentar essa tristeza várias vezes por dia, sempre que não conseguia fazer algo que queria ou botar uma roupa que gostaria, em função do peso. Isso lembrava a ela o quanto gostaria de ser magra.

Outro sentimento também emergiu das falas das participantes e se referia ao curso da obesidade a longo prazo, ou seja, o *medo das possíveis consequências da obesidade* (3.1.5.). Embora esse sentimento tenha sido pouco comentado diretamente, ele esteve presente em várias falas das participantes, tendo somente a participante 2 (40 anos) abordado diretamente esse medo:

*“Eu mesma tomei a decisão ...eu mesmo...fiquei assustada com o meu peso...quando eu vi que tinha...foi aumentando...fiquei com medo... eu mesma tomei sozinha a decisão...”*

Em outros momentos da entrevista também comentou que ao se dar conta de seu peso (121 kg) e que já tinha pressão alta, com início de diabetes, ficou literalmente apavorada com o que poderia acontecer caso não fizesse nada para mudar a situação. Seu medo era que o peso pudesse lhe trazer importantes complicações de saúde. Chegou a comentar o seu medo que no verão, em função do calor, pudesse vir a ter um enfarto.

Ainda nesta subcategoria, o último elemento de análise é o *constrangimento pela forma como os outros se referem à sua obesidade*. (3.1.6.). Além do próprio julgamento sobre si mesmas, este elemento demonstra como as participantes encararam afirmações feitas por outras pessoas a respeito da sua obesidade. Esse constrangimento normalmente se estabeleceu quando os comentários foram depreciativos ou culpavam as pessoas pelo peso. Assim, a participante 1 (25 anos), relatou como o pai frequentemente a criticava pela forma e pela quantidade do que comia e que seria fácil emagrecer: era só fechar a boca, segundo ele.

Por sua vez, a participante 10 (50 anos) falou de situações vividas na sua vizinhança que a deixaram bastante constrangida. Ela disse não se sentir bem com qualquer roupa e que às vezes as pessoas ficavam

olhando e ela voltava para dentro de casa. Assim, por exemplo, houve um período em que as crianças da rua passavam na frente da sua casa e gritavam que ela era a “baleia azul”. Ela teve vontade de chamar os pais das crianças e se queixar, mas o constrangimento e o medo que os pais fossem concordar com a ideia dos filhos ou rir dela também, impediram que ela fizesse algo.

A importância desses sentimentos de culpa, baixa autoestima, vergonha e tristeza, medo e constrangimento, calcados na obesidade e mutuamente nutridos, evidenciaram o sofrimento das participantes. Foram parte ativa no processo de tomada de decisão, como o foram as limitações físicas e problemas de saúde decorrentes do excesso de peso. Os sentimentos associados à obesidade descritos pelas participantes alinham-se com os encontrados na literatura, no que diz respeito à baixa autoestima. Abilés (2010); Baptista (2008); Fox (2000) e Magdaleno (2009) são exemplos destes estudos. Em todos eles há descrição desta característica presente nos resultados das avaliações feitas em participantes para a realização da cirurgia. Já sentimentos de constrangimento são descritos no estudo de Moliner e Rabuske (2008), frente a situações em que a obesidade aparece de forma declarada, como não passar na catraca de um ônibus.

Interessante notar que todos esses sentimentos descritos tendiam a provocar uma atitude passiva para lidar com a obesidade ou com as situações provocadas pela mesma. Isso encontra eco na literatura, no estudo de Langaro (2011) que relatou como característica de personalidade de mulheres obesas a alta deferência e baixa agressão. Quer dizer, seriam pessoas propensas ao elogio a pessoas que lhes são superiores e, mais passivas, tentam lidar com as adversidades surgidas nos relacionamentos de um modo que lhes pareça o menos ofensivo possível.

O espectro de sentimentos envolvidos na obesidade revelou histórias de vida e sensações que retrataram como a subjetividade das participantes estava submetida a esses sentimentos. Por outro lado, os sentimentos *associados à cirurgia bariátrica*(3.2), revelaram a possibilidade de modificar essa situação por meio da cirurgia.

O primeiro sentimento destacado entre as participantes foi *alegria pela existência desse recurso* (3.2.1.), conforme mostrou a narrativa das entrevistadas quando falavam da possibilidade de dispor da cirurgia para o emagrecimento, tanto mais quando já haviam experimentado outros meios sem sucesso. A participante 5 (31 anos) disse que a partir do momento que se decidiu pela cirurgia, mesmo sabendo que iria demorar um pouco para chegar a sua vez, ficou alegre com o vislumbre de uma

solução do seu problema . O mesmo tipo de sentimento foi expresso por outra participante ao ser questionada sobre a cirurgia, mesmo tendo clareza das exigências para uma boa recuperação:

*“Tenho vontade que chegue bem rápido. **Acho que é um alegria, que nem sei.** Eu sei que vai ter bastante trabalho, que não vai ser só flores. Eu sei que vai ter bastante dificuldade, até mesmo por causas dos meus filhos. Mas eu quero fazer, estou bastante animada prá fazer.”*(Participante 7, 32 anos)

Além disso, algumas participantes demonstraram *ansiedade quando à concretização dos resultados esperados* (3.1.2.), uma vez que para algumas delas o emagrecimento significava a melhora da condição de saúde ou a retomada de um estilo de vida que já haviam experimentado no passado.

*“Até falei pro Dr. X, sobre a demora para ser atendida, porque interfere na vida da gente. **A gente quer que seja o mais rápido possível (a cirurgia).** Tudo bem que seja ansiedade, mas a gente quer dar uma resolvida, uma melhorada.”*(Participante 3, 27 anos)

O mesmo tipo de sentimento foi expresso por outra participante, que parece ter colocado na cirurgia o início da sua mudança de vida:

*“**Eu penso que tem que chegar logo esse momento,** para saber como será o processo (cirurgia). Uma angústia para que chegue logo e acabe essa angústia. Não vejo hora de entrar no processo, mesmo que seja cansativo e doloroso, para começar a mudar os meus hábitos”.*(Participante 10, 50 anos)

Já para a participante 8 (28 anos), os motivos de sua angústia para que o procedimento se realizasse logo tinham também motivos físicos:

*“**Eu fico ansiosa,** preocupada que eu preciso emagrecer porque **se eu não emagrecer eu não vou conseguir andar,** não vou conseguir*

*dormir...e fico naquela...e...fica na cabeça o tempo”.*

Ao mesmo tempo em que se manifestavam esses sentimentos ligados à expectativa pela realização da cirurgia, outros elementos surgiram. O primeiro deles dizia respeito ao *medo do procedimento cirúrgico* (3.2.3.). Esse medo focava-se principalmente no receio que pudesse ocorrer algum problema com a anestesia e a pessoa viesse a falecer na mesa de cirurgia ou no pós-cirúrgico imediato, fortalecido por “notícias” ouvidas nos corredores do hospital ou por comentários de amigos e parentes, em que se ficava sabendo de casos de pessoas operadas que haviam morrido. A participante 4 (45 anos) narra que:

*“Na verdade, como eu também trabalho no hospital X, que também trabalha com este tipo de cirurgia, eu nunca pensei em fazer porque eu tinha medo. **Por causa de alguns casos que a gente vê. Não deram certo.** Eu tinha medo. Hoje não. Hoje eu tô bem preparada. Eu não sei se é porque é particular onde o cuidado é bem diferente daqui. Os exames que é pedido. Os cuidados que eles tem. Na época não tinha contato, coragem...”*

A entrevistada 9 (33 anos), por sua vez, expressou seu medo da cirurgia ao comentar sobre conversa que teve com uma conhecida que havia realizado o procedimento há cerca de dois anos:

*“Quando ela começou a falar aquelas coisas...eu tenho medo de fazer...**não vou dizer que não tenho medo, que eu tenho.** Mas assim, eu quero tentar alguma coisa que eu nunca tentei ... eu não me sinto bem assim. Eu quero fazer alguma coisa pra que melhore minha saúde, tudo.”*

Outro sentimento surgido das entrevistas, último elemento dessa categoria, pode ser definido como *ambiguidade entre fazer e não fazer a cirurgia* (3.2.4). Essa ambiguidade foi expressa frente a sentimentos contraditórios a respeito da realização da cirurgia, em torno a uma equação que envolvia os benefícios esperados versus o medo do procedimento. Apareceu de forma clara na seguinte fala da participante 1(25 anos):

*“Eu sinto medo. Medo e ao mesmo tempo vontade de fazer, mas continua com medo. Também eu fico feliz. Penso assim que vai dar tudo certo, sinto pensamento positivo assim: o pessoal que fez deu tudo certo não tem porquê logo eu dar errado, então eu acho que dar tudo certo então, vai ser melhor prá mim eu vou melhorar...acho assim.”*

Também a participante 10 (50 anos), falou desses sentimentos:

*“Eu tenho receios, mas tenho que seguir aquilo que eu tenho vontade. Tenho vontade de ficar num padrão e só cirurgia vai me resolver. Não adiante ficar com outros métodos como tomar remédio e dieta e depois de uns seis sete meses voltar tudo de novo.”*

Esses sentimentos frente à perspectiva de realização da cirurgia bariátrica não diferem dos receios frente a realização de qualquer procedimento cirúrgico. Na pesquisa de literatura, encontramos um estudo de Vargas (2006) destacando duas classes de sentimentos frente a qualquer cirurgia: sentimentos de apreensão (medos, receios e ansiedade) e sentimentos positivos e de esperança. Essas colocações vão ao encontro dos dados surgidos do grupo pesquisado no nosso trabalho.

Nesta terceira categoria encontramos sentimentos que estão envolvidos na tomada de decisão pelas participantes. Com relação à obesidade, os sentimentos que surgiram foram todos negativos, fazendo-nos pensar que o excesso de peso corporal é um quadro clínico agravado pela forma como essas participantes avaliam sua condição, depositando na mesma todos os seus problemas, fazendo da obesidade o que Rosa e Campos (2009) chamaram de “aglutinador de conflitos”, ou seja, no excesso de peso estariam depositadas, projetadas, todas as causas e razões dos problemas que as impedem de se realizarem, de se desenvolverem pessoalmente. Já com relação à Cirurgia Bariátrica, os sentimentos foram tanto positivos quanto negativos, muitas vezes experimentados ao mesmo tempo, características que não diferem de qualquer outro procedimento cirúrgico.

Esses sentimentos parecem permear toda a trama envolvida na tomada de decisão para realizar a cirurgia bariátrica. Ao mesmo tempo em que são experimentados como negativos, levando as entrevistadas a

comportamentos e atitudes de isolamento e autodepreciação, por outro lado, o desejo de suplantá-los acaba por servir de combustível para a vontade de realizar o procedimento cirúrgico.

#### 6.4. CATEGORIA 4 – PERCEPÇÃO DA REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA NA TOMADA DE DECISÃO DOS PARTICIPANTES.

A quarta categoria congrega os elementos de análise que se constituíram a partir das falas das participantes a respeito de como as pessoas que consideravam importantes nas suas vidas se posicionavam com relação à ideia de se fazer Cirurgia Bariátrica e como essa percepção pode ter influenciado as suas decisões. Os dados agrupados nessa categoria foram obtidos a partir da aplicação de dois instrumentos: a entrevista semiestruturada e o mapa de rede.

Esta categoria foi dividida em duas subcategorias, que organizaram a percepção sobre a influência da família e de outros membros da rede social significativa. A primeira subcategoria, ***posicionamento da família(4.1.)***, reúne elementos que buscaram entender qual a importância para as participantes do posicionamento dos familiares a respeito da ideia de se fazer a Cirurgia Bariátrica.

O primeiro elemento de análise envolve o apoio familiar (4.1.1.). Mesmo que em alguns casos houvesse uma relutância inicial, os familiares acabaram por manifestar seu apoio para a realização da cirurgia, desde que isso fosse uma decisão tomada com consciência dos riscos e suas consequências. Assim, por exemplo, para a entrevistada 3 (27 anos), o apoio de pessoas da família ajudou a concretizar a sua decisão:

*“Por isso que agora eu decidi fazer, **porque a minha mãe agora tá apoiando**, meu marido tá... veio comigo. Tem uma prima que não trabalha fora que tá me apoiando também. Vai me ajudar depois da cirurgia.”*

A participante 5 (31 anos) comentou a importância do apoio do filho e mostrou como os seus familiares, após esclarecerem suas dúvidas e conhecerem mais a respeito do procedimento, também posicionaram-se a favor da sua decisão.

*“Ele dá o maior apoio. Ele diz: ‘mãe, vai, faz mesmo’. Dá o maior apoio mesmo. **No começo ele***

*não queria. Aí quando ele viu, conversou com minhas amigas e viu que era bom, ele me apoiou”.*

Estas duas últimas narrativas evidenciam como as participantes consideraram importante o apoio que pudessem receber das famílias, através do reconhecimento do seu desejo ou necessidade da intervenção cirúrgica. Por sua vez, os relatos de outras participantes mostraram que os familiares tentavam convencer as participantes a esperar mais um pouco e/ou fazer outros tipos de tratamento, mas não lhes negavam apoio. Isso se devia basicamente ao medo familiar das consequências da Cirurgia Bariátrica (4.1.2). Assim, a participante 1 (25 anos) comentou o quanto o pai a admoestava a fazer dieta e exercícios físicos para emagrecer e ficar mais saudável e bonita, mesmo que às vezes o seu jeito de falar fosse rude. Já a mãe tinha as mesmas preocupações, mas o seu jeito não era tão rude. Eles tinham medo da cirurgia, mas isso não os impediria de apoiar a decisão da filha de fazer a cirurgia.

Uma única entrevistada relatou que a família não apoiava a sua decisão, sendo esse medo familiar das consequências o motivo para tal atitude. Mesmo assim, estava determinada a seguir em frente com seu objetivo:

*“Olha, eu sô sincera em falar... a minha família não me apoia... **elestêm medo porque eu tenho pressão alta...** até a minha sogra. Mas eu não tenho medo. Eu tenho fé que vai dar tudo certo. Mas eu sô sincera, na minha família disseram que era melhor fechar a boca e não fazer. É ruim assim... mas mesmo assim... Meu marido no começo também era contra. Agora, eu disse não adianta. Eu tomei a decisão de fazer e vou fazer. Já teve gente que me tirou da cabeça que não é para fazer... muita gente que já me assustou. Poucos que me deram força. Teve poucas pessoas que me deram força para fazer”. (Participante 2, 40 anos)*

Essa relutância dos familiares em apoiar a decisão muitas vezes refletia a maneira como esse assunto chegava aos mesmos. A resistência a uma intervenção desse tipo foi reforçada em vários momentos por notícias ruins sobre outros participantes. A participante 5 (31 anos) relatou um desses episódios.

*“Uma vez a gente ficou com medo porque acabou falecendo uma pessoa lá na cidade vizinha. Tinha recém feito a cirurgia, mas não foi por causa da cirurgia. Foi por complicações pós-cirúrgicas. Então, a minha avó começou a brigar comigo, me mandou para academia e dizia: ‘vai fazer isso, vai fazer aquilo que tu consegue’!”*

A visão da cirurgia como uma intervenção radical também estava presente nesses medos dos familiares. A entrevistada 7 (32 anos) relatou a observação de uma tia que era contra a sua vontade de fazer a cirurgia. Durante a confecção do mapa de rede ela apontou para uma representação da tia que estava no mesmo e diz: *“esta tia aqui é contra, diz que eu sou maluca em fazer... é muito radical!”*. Ao mesmo tempo, a filha também não queria que ela fizesse, pois gostava dela do jeito que era.

Outra razão apontada para a família não apoiar a cirurgia era o receio que o emagrecimento de algumas participantes provocasse mudanças que trariam mais malefícios que benefícios. A participante 12 (36 anos) relatou um desses episódios:

*“Como te falei agora, morreu aquele rapaz... aí eles (família) têm medo que eu morra. Mas é aquela coisa. Tem essa minha amiga que fez que tá super bem, mas a minha mãe acha que não, que tá horrível, feia. Minha mãe queria ela gordinha”*.

A falta de apoio familiar, muitas vezes provocada por relatos de histórias mal sucedidas, tornou o processo de tomada de decisão mais difícil, sem impedir, contudo, que as entrevistadas levassem adiante o seu desejo de realizar a cirurgia, mesmo eu isso significasse o risco de se diferenciar da família, como mostraram os relatos acerca da *obesidade como elemento característico da família* (4.1.3). Nestas situações o receio familiar era que as mudanças vindas com o emagrecimento de um membro pudessem causar algum transtorno na forma como esse grupo até então se relacionava. A entrevistada 4(45 anos) comentou:

*“Na verdade, a minha família diz: ‘tu é louca em fazer a cirurgia’, porque a minha família é uma família que está sempre em festa, cheia de*

*comida. Sempre que há uma festinha tem que ter uma comilança. E, porque a gente sempre foi assim. Minha mãe era assim.”*

Essa mesma participante comentou uma conversa que tiveram em família, onde o tema era a obesidade dos seus membros e, a certa altura, uma sobrinha, desaconselhando-a a fazer a cirurgia, falou: “eu não consigo te ver magra!”. Nesse caso, a tomada de decisão pela cirurgia implicava em assumir um lugar diferente diante da rede social significativa mais íntima, mostrando como esse processo requer escolhas ou posicionamentos que vão além da busca por saúde ou um corpo ideal.

Por último, ainda com relação à família, surgiu o elemento *posicionamento do companheiro frente a cirurgia bariátrica* (4.1.4.). Nos seus relatos, as participantes mostraram que o posicionamento dos companheiros não era igual em todos os casos. Para um grupo de companheiros, a posição era de apoio incondicional, entendendo o movimento que estavam fazendo nas suas vidas e que se esse era o seu desejo, eles apoiariam. Essa posição ficou clara no relato da entrevistada 5 (31 anos), comentando que o marido a estava acompanhando para marcar as consultas e que já se dispusera a tirar férias para cuidar dela quando fizesse a cirurgia.

Para outro grupo de companheiros, havia uma relutância inicial, em função do medo do procedimento ou das consequências da cirurgia. Contudo, após conhecerem melhor a proposta da cirurgia e a motivação das entrevistadas, passavam a apoiá-las, colocando-se também ao lado delas, mesmo que para alguns a cirurgia fosse considerada desnecessária. A participante 3 (27 anos) exemplificou essa situação. Relatou como seu marido a apoiava nas suas tentativas de emagrecer mas, ao mesmo tempo, boicotava suas dietas e programas de atividade física, mesmo que isso fosse involuntário. Por exemplo, se ela saísse para caminhar, logo em seguida ele vinha atrás de carro com o filho e a convidava para passear e fazer um lanche com eles. Ela comentou que achava que ele tinha ciúmes e que, por isso, o seu emagrecimento o preocupava. Esse comentário é revelador do quanto a obesidade pode significar, além do excesso de peso. As implicações da mesma vão muito além das questões de saúde, reforçando a ideia da compreensão da complexidade envolvida no tema.

Nesta subcategoria pudemos perceber que as famílias das entrevistadas participaram do processo de tomada de decisão pela cirurgia, fosse como facilitadora pelo apoio prestado, fosse tentando

obstaculizar. A posição da família, contudo, não foi decisiva na tomada de decisão, uma vez que nenhuma das participantes referiu que tivesse cogitado mudar a sua decisão em função do que pensava a família, mesmo desejosa da sua participação no processo. A vontade que a família compartilhasse da sua decisão vai ao encontro ao que destaca a literatura, sendo que as posições contrárias à cirurgia das famílias tendiam a se modificar à medida que o assunto era tratado e esclarecido entre os seus membros, conforme demonstra o artigo de Agra e Henriques (2009), lembrando como a saúde influencia e é influenciada pela família. A importância do posicionamento da família é destacada também por Sluzki (1997), por sua função protetora e de apoio emocional. Numa outra perspectiva, cabe mencionar aqui os trabalhos de Christakis e Flower(2007), que aludem ao poder de “contagio” das redes sociais nos comportamentos cotidianos, facilitando ou dificultando estilos de vida saudáveis, fenômeno também observado no presente estudo.

Além das considerações a respeito das posições da família, também foram destacados os elementos de análise que resultaram na subcategoria *posicionamento da rede além da família*(4.2.). Aqui são destacadas as percepções da parte da rede significativa das participantes que excluem a família.

O primeiro elemento foi o apoio dos amigos (4.2.1.). Esse apoio recebido pelos amigos pareceu influenciar bastante a tomada de decisão e a persistência nesse caminho. Além de tudo, pode ser decisivo para dar o primeiro passo, conforme está no seguinte relato da participante 5 (31 anos), onde comentou como iniciou a procura pela cirurgia.

*“Foi lá no meu postinho de saúde. Como eu tenho problema de hipertensão, uma amiga (que trabalha neste posto) disse: ‘tu tem que emagrecer, tu tem que emagrecer’!. Ai eu disse pra ela: ‘mas eu não consigo!’. Ai eu chorei um monte. Ai ela disse: ‘tu tem vontade fazer a cirurgia? Eu disse que era tudo que eu quero na minha vida. Então ela disse que era para a gente fazer o processo. Ai ela me deu(papelada), ...e estou aí”.*

Outra fala, da participante 2 (40 anos), colocou como o apoio dos amigos é bem vindo: *“a diretora da escola é uma grande amigona, que está me dando uma força. As colegas que estão me dando força.”*

Por outro lado, as participantes da pesquisa também relataram o *receio da rede quanto aos resultados da cirurgia bariátrica (4.2.2)*. Muitas pessoas desse grupo manifestaram os seus receios de que os resultados do procedimento pudessem não ser os melhores ou até mesmo levassem as participantes à morte. Ficou claro, contudo, que muitas dessas manifestações se deviam a desinformação ou boatos sobre a cirurgia e que, quando eram esclarecidos, tendiam a fazer essas pessoas mudarem de opinião, como acontecia com as famílias. Os comentários feitos dessa maneira por essas pessoas não tiveram impacto significativo na decisão das entrevistadas. Por exemplo, a participante 2 (40 anos), citou o fato que duas amigas muito próximas, que não a apoiavam a fazer a cirurgia pelas razões acima citadas, mudaram de opinião após ela ter conversado com as mesmas.

As opiniões de pessoas que tinham papel significativo na comunidade também exerceram alguma influência na decisão das participantes, mesmo que não tenham sido decisivas. A participante 5 (31 anos), fazendo o mapa de rede, quando falava das relações de comunidade, colocou em destaque o padre da comunidade, com quem tinha uma relação bem estreita. Disse que ele era contra a realização da cirurgia e que ela devia fazer mais academia e dieta. Chegou a pensar que talvez ele tivesse razão. Contudo, apesar de considerar as colocações do padre importantes, depois de ouvir a experiência de outras pessoas que já tinham feito a cirurgia e do apoio das demais pessoas da comunidade, resolveu procurar pelo procedimento cirúrgico.

Concomitante a esse receio, algumas participantes também relataram episódios de *agressividade da rede ao falar da cirurgia bariátrica como solução para a obesidade (4.2.3)*. Isso aconteceu em momentos que as participantes comentavam com algum conhecido ou amigo sobre a sua intenção. A manifestação contra foi feita algumas vezes de forma exasperada, como se as entrevistadas estivessem cometendo alguma loucura. Isto ficou claro numa das falas da participante 4 (45 anos), ao comentar a reação de alguns amigos seus: “...os amigos ainda dizem: ‘tu é louca em fazer a cirurgia’”. Esses nunca deixaram de tentar demovê-la da ideia, pois achavam que ela não precisava e que isso traria mudanças muito grandes para sua família também.

O último elemento dessa subcategoria é o *acompanhamento da rede de saúde (4.2.4)*, que trata de mostrar como as participantes se referiram aos profissionais de saúde que as atenderam em função da sua obesidade ou das comorbidades.

Muitas participantes foram encaminhadas a buscar os recursos da cirurgia após um período de tratamento da obesidade ou alguma comorbidade, sem o sucesso esperado. Esses encaminhamentos sempre foram bem aceitos pelas entrevistadas e tidos como demonstração de interesse dos profissionais em ajudá-las a resolver seus problemas. Isso ficou mais evidente na confecção do mapa de rede, quando 9 das participantes citaram alguém na área destinada a relações com sistema de saúde e agências de atenção social.

Um exemplo foi tirado do mapa da entrevistada 7 (32 anos):

*“Enfermeira chefe do posto de saúde. Eu gosto bastante dela. Quando a gente não consegue uma consulta ela dá um jeito ou manda voltar mais tarde. Com as outras nunca tem, mas ela sempre tenta dar um jeito. **Se interessa pela gente.**”*

Outra citação semelhante foi feita pela participante 11 (52 anos), que ao confeccionar o seu mapa de rede, para a mesma área da saúde, disse:

*“Eu coloco o Dr. R., que é meu clínico geral, porque ele é muito legal. **Escuta a gente com atenção.**”*

A entrevistada 9 (33 anos), por sua vez, destacou a equipe do posto de saúde que frequentava na sua comunidade.

*“As pessoas do posto. Algumas técnicas de enfermagem que são muitas atenciosas sempre que eu preciso e estão lá para me ajudar. Uma delas fez a cirurgia e me deu força para procurar atendimento.”*

Nas falas das participantes destacou-se também a valoração das mesmas à forma como foram atendidas. Atitudes de acolhimento foram destacadas como diferenciais de alguns profissionais.

*“Eu só destacaria, no meio aqui, o Dr. E. e o Dr. R. lá no posto. **Eles sempre atendem com prazer, com educação.** Se tem um problema eu posso ir lá. Mesmo que tenha que esperar, eles me atendem. Ao contrário dos outros do posto. São*

*bem atenciosos, te examinam...”(Participante 6, 35 anos)*

A participação dos elementos da rede social além da família também não se mostraram determinantes na decisão pela cirurgia, mesmo fazendo parte do processo. O apoio dos amigos e de membros da comunidade foi considerado bem vindo, desejado e aconteceu algo semelhante ao que aconteceu nas famílias: as reações contrárias à cirurgia foram se modificando conforme o assunto era esclarecido e ficava mais conhecido por todos os envolvidos. O apoio de pessoas significativas para as entrevistadas serviu de reforço na sua decisão, fato esse que também é relatado na bibliografia pesquisada, conforme destaca o estudo de Wing e Jeffery (1999). Segundo esses autores, pessoas com apoio de sua rede tendem a ser mais aderentes ao tratamento para perda de peso que pessoas que buscam recursos sozinhas.

Enfim, essa categoria reuniu elementos que procuraram mostrar qual a percepção da rede social significativa na tomadas de decisão das participantes. Na primeira subcategoria pode-se perceber que importância que o posicionamento da família teve nesse processo. A maneira como a família se posicionou com relação à intenção da participante realizar a cirurgia mostrou-se não ser decisiva quanto a seguir adiante ou não com o processo. Contudo, as participantes demonstraram estar mais seguras e confiantes quando esse posicionamento era de apoio, respeitoso e compreensivo em relação às suas intenções.

O mesmo aconteceu em relação a como era percebido o posicionamento da parte das redes sociais que iam além das famílias: amigos, trabalho e relações comunitárias. Também não foram decisivos na sua tomada de decisão, mas perceberem que havia interesse dos mesmos na melhora da sua condição de obesidade foi referido pelas mesmas como algo positivo e incentivador. Esse aspecto está de acordo com Sluzki (1997), quando comenta que a rede social é uma das chaves importantes da experiência pessoal, incluindo aí os cuidados com a saúde e saber lidar com crises. Destaca-se também a referência ao papel acolhedor de alguns membros da rede de saúde e sua função como agente facilitador para que as participantes conseguissem chegar aos recursos que lhes possibilitariam a realização da cirurgia.

## 6.5. CATEGORIA 5 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA TOMADA DE DECISÃO NA HISTÓRIA DE “SER OBESO”.

Essa categoria congrega elementos de análise história de vida das participantes que, embora não estivessem diretamente ligados aos objetivos propostos pela pesquisa, contribuíram para o entendimento do processo de tomada de decisão das participantes. Tratam de acontecimentos da história de vida, consequências de diferentes tratamentos para emagrecer e algumas formas estabelecidas de convívio social. A primeira subcategoria emersa foi a que trata da **“presença da obesidade ao longo do ciclo vital(5.1)**, ou seja, aborda aspectos relacionados ao peso, presentes em toda ou em uma parte da vida das participantes.

Sendo assim, o primeiro elemento de análise é a *presença da obesidade desde muito cedo na vida(5.1.1.)*. Traduz relatos de como as participantes lidavam com a obesidade a contar da tenra idade. A participante 1 (25 anos), respondendo à questão sobre desde quando a obesidade a incomodava, respondeu que já na época do ensino primário ela era xingada pelos amigos e muitas vezes ia para casa chorando. A vontade de abandonar a escola foi cogitada e quase levada a cabo diversas vezes. Não fosse a intervenção dos pais e da professora, teria deixado os estudos por causa disso.

Narrativa semelhante apresentou a entrevistada 6 (35 anos) ao falar do ambiente escolar. Ao contrário da participante anterior, chegou a abandonar a escola e ter seu estado de humor afetado:

*“Na escola fui muito criticada, quando era adolescente. Aquelas brincadeiras chatas: ‘não senta que vai quebrar a cadeira’; ‘não tenta que não vai passar (na porta). Era brincadeira chata. Foi aí que eu fiquei depressiva, não queria mais sair de casa. Fiquei muito em casa, sai da escola, não estudei mais. É o que acontecia comigo.”*

A participante 3 (27 anos) relatou como a obesidade estava presente na sua vida no período da adolescência.

*“Desde a adolescência. Eu vivia fazendo dieta, mas não era obesa. Era aquela coisa de adolescente. Tinha uma gordurinha aqui já achava... hoje quando vejo as fotos eu penso ‘meu*

*deus, eu achava que eu era obesa naquela época!”*.

Esses relatos falavam da experiência precoce de lidar com a obesidade e suas consequências, particularmente a forma como foram tratadas pelos seus pares e como isso afetou a vida social e a autopercepção de si mesmas. Nos depoimentos, o preconceito social vivenciado pelas entrevistadas quando mais jovens mostrou que essa pode ter sido uma das causas da diminuição da rede social significativa e até mesmo o motivo de limitações no desenvolvimento pessoal, na medida em que houve relatos de abandono da escola devido a forma como foram tratadas pelos colegas.

Outro elemento que surgiu diz respeito a *constrangimentos causados a outrem em função da sua obesidade (5.1.2)*. Algumas participantes comentaram o quanto ficaram incomodadas com o fato que a sua obesidade pudesse levar a constrangimentos ou causar danos a outras pessoas. A entrevistada 6 (35 anos), por exemplo, falou que gostaria de emagrecer para poder sair com seu marido sem constrangê-lo pois, quando saíam juntos, ela percebia que os amigos ficavam gozando dele, dizendo que formavam um “casal gozado”(ele é bem magro). Por sua vez, a participante 3 (27 anos) culpava a si mesma porque, ao nascer, o seu filho teve que ficar na UTI. Atribuiu isso ao fato que estava obesa antes da gravidez e ter engordado ainda mais durante a gestação. Até então, achava que se tivesse se cuidado mais e não deixado o seu peso “*desandar*”, provavelmente não teria posto a vida de seu filho em risco.

Esses depoimentos indicam que a ideia da obesidade como algo “nefasto”, que pode ser danoso, não somente para si mesmas, e a culpa experimentada em função da sua obesidade causar mal a outrem, se alimentam no imaginário das participantes, sendo incrementadas pelas *comparações realizadas com pessoas não obesas (5.1.3)*. Muitas vezes as entrevistadas tiveram que se haver com situações nas quais eram comparadas com pessoas que não tinham seu problema de peso. A participante 10 (50 anos), contou suas dificuldades em conseguir estabelecer um relacionamento afetivo, em função de se “*sentir mal*” com comparações que algumas pessoas fizeram entre o seu corpo e o corpo das outras mulheres mais magras. Isso a intimidava bastante quando pensava em sair com alguém para namorar. O medo de ser rejeitada ao mostrar seu corpo, caso surgisse alguma situação de intimidade onde tivesse que se expor, impedia de agir segundo seus

desejos. Além disso, há outros relatos de pessoas que ficavam numa disputa para ver quem emagrecia e quem engordava.

*“Tem essa irmã mais nova que as vezes engorda e as vezes emagrece. Eu dizia para ela que eu só engordava, e agora eu digo que to começando a emagrecer elas só engordando e nossa conversas são essas.”(Participante 6, 35 anos)*

Vemos nesses dois últimos elementos de análise que a obesidade permeava a vivência com as demais pessoas do meio, no dia a dia das participantes, sendo o excesso de peso a referência que ajudou a explicar o caráter negativo atribuído a essas experiências.

Outro elemento importante foi a constatação da *instalação da obesidade a partir de algum acontecimento importante da vida (5.1.4)*, como em situações de gravidez, acidentes e outros.. A participante 7 (32 anos) contou que a obesidade surgiu durante a gravidez de seu primeiro filho.

*“Engordei 28 kg. Cheguei a ficar internada no hospital porque tive retenção de líquido, tive diabetes gestacional e mais a pressão alta. Foi uma gravidez complicada. **Depois dessa gravidez não consegui mais perder peso. Antes eu tinha 75 Kg.**”*

Também a participante 9 (33 anos) comentou como a obesidade começou com as suas gravidezes.

***Depois que tive meus filhos é que eu engordei.** Antes das gravidezes eu pesava 69/70 kg. Olha quanto que eu já ganhei depois disso. É, eu já comecei na primeira gravidez. Eu engordei uns 15 kg. Nem deu isso tudo. Depois é que complicou. Depois da minha filha mesmo (segunda gravidez)... cheguei a 113 Kg.”*

Essas situações de estabelecimento da obesidade associado a eventos importantes da vida das entrevistadas estão de acordo com dados das pesquisas feitas por Greenberg, et al (2005); van Hout, et al (2006) e Fox, et al (2000), que avaliaram candidatos à cirurgia bariátrica. São momentos de mudança ou crise no ciclo de vida das

peessoas, que tendem a gerar sentimentos de maior intensidade, quando não de ansiedade e/ou depressivos, que ajudariam a explicar o aumento da ingesta alimentar e a consequente obesidade.

A subcategoria seguinte aborda as *consequências de diferentes propostas de tratamentos realizados ao longo da história pessoal (5.2.)*. As participantes descreveram como ao longo de sua vida já passaram por várias experiências com a proposta de emagrecimento e os seus efeitos. O primeiro deles foi o *efeito sanfona nas tentativas de emagrecer (5.2.1.)*, que se caracteriza pela oscilação entre momentos de ganhar e momentos de perder peso, entre emagrecer e engordar. Por exemplo, a entrevistada 7 (32 anos), contando sobre as suas experiências, deixou claro esse processo:

*“Resultado tem, no início tem, mas depois não funciona mais. Eu emagreço até quatro kg, estabiliza e não passa mais daquilo ali. Depois volta a ganhar peso muito rápido. Perco, mas é sempre assim: 3 a 4 kg e para naquilo dali. Acho que aí é um pouco de falta de interesse... eu vejo que consegui emagrecer... vejo que tá difícil emagrecer mais... aí paro... paro as caminhadas... volto a comer um pouco mais. Depois caminha mais, emagrece aquilo... **um vai e vem que não se acaba, não sai do lugar.**”*

Outra participante relatou sua experiência ao participar de um programa de emagrecimento numa universidade na sua cidade.

*“Lá na universidade a gente tem estudantes de nutrição e já fiz bastante acompanhamento com eles. **Só não consigo perder muito peso não.** Um, dois, até três kg e depois volta. Emagrece bem devagar.”(Participante 12, 36 anos)*

A entrevistada 8 (28 anos), usou uma expressão que parece definir esse processo: “eu até perco...mas ganho...**fico naquele efeito sanfona**”.

Outro elemento que esteve presente nas tentativas de emagrecer, com orientação médica ou não, foram os efeitos colaterais causados pela medicação usada para emagrecer (5.2.2.). Esses efeitos foram citados como a razão para interromper o seu consumo e o tratamento. Além disso, as narrativas falaram que a medicação emagrecia, mas a

interrupção do seu uso era seguida de um rápido ganho de peso. A participante 4 (45 anos) contou sua experiência dizendo que tomou medicação algumas vezes e que perdia bastante peso durante seu uso, até 10 Kg num mês porém, os efeitos colaterais a incomodavam demais.

*“Eu tomava continuamente, só que a medicação afetava muito o meu sistema nervoso. Eu acabava ficando com insônia também.”*

Relato semelhante foi feito pela entrevistada 8 (28 anos), que tomou medicação continuamente durante 2 anos, com orientação médica, mas só conseguiu perder 5 Kg e só fazendo academia concomitantemente. Desistiu do tratamento porque, além da falta de resultados, a medicação alterava o seu estado de humor: “A Sibutramina me deixava **meio descontrolada dos nervos**”.

Além dessas tentativas de emagrecer com acompanhamento especializado, foram descritas recomendações de tratamentos sugeridos por pessoas da rede (5.2.3.). Dizem respeito às sugestões de pessoas leigas próximas, sobre formas e fórmulas que supostamente teriam o efeito emagrecedor desejado. Nenhum dos tratamentos sugerido alterou de forma importante o peso de nenhuma das participantes.

*“Eu andei tomando alguns chás que disseram que era bom, mas não vi resultado. Também disseram para mim parar de comer à noite, mas não sei...” (Participante 2,40 anos)*

Outra questão destacada pelas participantes, que atrapalharia o sucesso das tentativas de emagrecimento, teve a ver com o fato que esses tratamentos implicam necessariamente em privar-se do prazer de comer (5.2.4). A participante 4 (45 anos) expressou seu lamento que tivesse que ser assim, na seguinte declaração:

*“Eu queria ser magra! Tu poder comer tudo sem culpa. Porque quem é que não gosta de comer? O meu médico mesmo, (falando sobre a cirurgia) perguntou: ‘Tás preparada, porque comer é um prazer!?’”. E eu queria ser magra... as vezes tem pessoas que comem, comem, comem e não engordam. **Tem um metabolismo legal.**”*

Abrir mão do prazer também foi citado pela participante 6 (36 anos), quando diz o seguinte: “...fazer a cirurgia não me entristece...mas deixar de tomar a minha cervejinha de final de semana com a família, sim!”.

A resistência de a obesidade ceder frente às várias tentativas de emagrecimento realizadas, fossem elas com acompanhamento profissional ou não, e a privação do prazer de comer com liberdade o que se desejava, se mostraram elementos com peso significativo na tomada de decisão pela cirurgia, como o último recurso disponível. Aliás, essa condição de ser o último recurso é a recomendação do Ministério da Saúde (2007) e do Conselho Federal de Medicina (2010)

Esta última citação, envolvendo o relacionamento social, nos remete à terceira subcategoria: *características do convívio social de “ser obeso” (5.3)*. Uma das entrevistadas abordou o fato de como as pessoas de sua relação tendiam a *resumir a pessoa à sua obesidade (5.3.1.)*. Esse elemento de análise evidenciou a percepção de que os outros tendem a observar o excesso de peso como principal característica, obscurecendo a visão integral da pessoa. A participante 3 (27 anos) comentou como foi seu encontro com algumas amigas depois de alguns anos sem se verem, porque tinha ficado no exterior três anos. Disse que tinha muitas coisas para contar, muitas experiências legais vividas no outro país e suas amigas só comentavam o seu excesso de peso, a sua gordura, como estava diferente de quando partira. Ficou bastante chateada com isso.

Além de situações como a citada antes, quando um tratamento para emagrecer não estava funcionando como seria esperado, chegou-se a usar subterfúgios para mostrar que emagreceu (5.3.2.). A participante 5 (31 anos) relatou um episódio que ilustra este elemento:

*“Fiz um vigilantes do peso. Meu deus até hoje eu tenho vergonha da psicóloga. Porque eu fazia parte do grupo, mas não funcionava. **Aí eu resolvi enganar a psicóloga e tomar remédio e emagreci 4 kg numa semana.** Fui na sessão seguinte dos vigilantes do peso. A psicóloga notou que eu tinha emagrecido e me pesou. Quando ela pediu o que eu tinha feito para emagrecer, eu disse que tinha fechado a boca “*

Essa preocupação em mostrar para os outros que não estava tão obesa, também se traduzia na tentativa de usar roupas de cor escura ou

mais largas, bem como na compra e uso de modeladores corporais, sempre referidos como desconfortáveis, para usar em ocasiões em que teriam que se vestir para uma festa ou ocasião especial.

O terceiro elemento de análise que surgiu nessa subcategoria foi sofrer violência do companheiro pela condição de obesidade (5.3.3). Embora não tenha sido algo citado com frequência pelas participantes, quando aconteceu era bastante significativo da situação vivida. A participante 5 (31 aos), separada, disse que nunca mais teve nenhum relacionamento após o divórcio, pois o seu casamento tinha sido muito atribulado. O ex-marido era alcoolista e a xingava e batia por causa do seu peso.

No relato da entrevistada 11 (52 anos), esse comportamento do companheiro se repetiu. Ela disse que casou com 17 anos e sua vida foi muito ruim por vários anos. O marido bebia, jogava todo o dinheiro fora, a xingava muito pelo peso e batia nela. Além disso, ela o pegou com outras mulheres mais de uma vez, sem que isso o constrangesse. Não sabe como aguentou tanto tempo com ele.

Estes elementos da análise mostraram como as participantes atribuíram à obesidade comportamentos indesejados, tanto delas como de pessoas próximas. São comportamentos que sugerem relacionamentos pessoais conflitantes, alguns em situações que as entrevistadas foram constrangidas e agredidas. Esses se repetem em relatos de outras pesquisas, como por exemplo, nos estudos de Almeida-Prado e Féres-Carneiro (2010), onde as autoras constatarem que participantes obesos tendem a se envolver em relacionamentos afetivos com características semelhantes aos que se observa em participantes borderline, ou seja, são relacionamentos que se estabelecem de forma precária, com capacidade de simbolização prejudicada, tendendo a resolver os conflitos no plano concreto.

Por outro lado, o último elemento da categoria, mostra uma condição oposta aos aspectos apresentados nas narrativas anteriores, que foram os elogios em função da obesidade (5.3.4). O relato da entrevistada 4 (45 anos), que procurava cirurgia por problemas de saúde (hérnias de disco) apontou que a obesidade não era vista como algo ruim, sendo alvo de elogios. Essa narrativa mostrou que a obesidade pode ser vivenciada de uma forma diferenciada das histórias de sofrimento e alijamento social frequentemente presente nas narrativas de mulheres obesas e que a apreciação do corpo pode ser plural, revelando a complexidade das inter-relações na construção do olhar sobre o corpo.

*“A obesidade sempre foi tranquilo prá mim, até mesmo porque às vezes as pessoas me elogiam. Como uma cunhada, que pediu porque eu ia fazer a cirurgia, que eu devia tentar emagrecer um pouco... não tem necessidade fazer...meu filho diz a mesma coisa...e meu filho é super saudável na alimentação dele. É vegetariano, é magrinho. Ele fala: ‘Ah, mãe se tu fosses uma gorda desleixada, mas tu és elegante’.”*

Esta quinta categoria reuniu elementos que trataram da contextualização do ser obeso e sua importância na tomada de decisão. Eles mostraram como certas experiências vividas pelas entrevistadas ao longo de sua história de vida foram servindo como componentes importantes, entre tantos outros, para se chegar a optar pela cirurgia bariátrica. Podemos ver que o tempo que a obesidade está instalada na pessoa, as várias tentativas de emagrecer sem sucesso, o vulto que essa condição toma nas suas vidas, as relações conflituosas atribuídas ao excesso de peso e o sofrimento daí decorrente e, paradoxalmente, até elogios recebidos pela sua condição, somam-se aos outros elementos para que as participantes cheguem a construir a sua tomada de decisão.

Em termos de conclusão da análise dos dados, acredita-se que o conjunto de categorias examinadas evidenciou o processo da tomada de decisão pela cirurgia das participantes desta pesquisa. As narrativas demonstraram a presença de diferentes dimensões subjetivas das entrevistadas, dimensões essas que muitas vezes são “invisibilizadas” nas ações de saúde e que desempenham um papel decisivo na preparação para a cirurgia, bem como no período pós-cirúrgico e na adaptação das pessoas operadas ao novo estilo de vida necessário para que os benefícios advindos com a cirurgia tornem-se permanentes.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento significativo da quantidade de Cirurgias Bariátricas realizadas no Brasil mostra o quanto este procedimento cirúrgico é cada vez mais comum na nossa sociedade. Para que possam passar por esta operação, é necessário que as pessoas interessadas atendam a alguns pré-requisitos, recomendados pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Federal de Medicina, entre os quais está a realização de uma avaliação psicológica pré-cirúrgica. Sendo assim, esse trabalho surgiu com a intenção de buscar subsídios que ajudem a qualificar este procedimento, trazendo à tona o processo de construção da tomada de decisão e a influência da rede social significativa. A escuta dessas pessoas que estão interessadas em realizar a Cirurgia Bariátrica, no intuito de entender quais elementos contribuíram para que essa ideia fosse se constituindo nas suas mentes, servirá de subsídio para aprimorar o acompanhamento que venhamos a realizar com essas pessoas.

Como a ideia de realizar a cirurgia não se estabelece a partir de um único elemento, a perspectiva epistemológica da complexidade foi a que se mostrou mais adequada para este estudo, uma vez que pressupõe e permite a observação do fenômeno estudado na sua totalidade, incluindo os aspectos individuais, familiares e sociais presentes na sua constituição e as relações estabelecidas entre esses. Esta postura permite analisar os dados de forma a não privilegiar determinados aspectos em detrimento de outros. O processo que se desenrola até que um sujeito chegue a optar pela realização de um procedimento radical como é a Cirurgia Bariátrica, que propõe e traz modificações importantes no seu corpo e na sua vida, envolve muitas variáveis e tensões, uma vez que abrange questões como risco para a saúde, limitações pessoais impostas pelo excesso de peso, riscos da cirurgia, influência da percepção da rede social significativa sobre obesidade e cirurgia bariátrica e a cultura vigente sobre as formas ideais que um corpo deve ter. Tantos elementos envolvidos tornam necessária essa visão ampla para a verdadeira compreensão do fenômeno. A perspectiva da obesidade como esse fenômeno complexo, se é desafiadora por um lado, porque há o risco de se perder no universo dos dados, por outro lado possibilita a compreensão do sujeito que temos diante de nós da melhor forma possível, na sua totalidade. Dessa forma, além da avaliação, poderemos qualificar também o acolhimento dessas pessoas.

A decisão por fazer a cirurgia é um processo que envolve uma construção que se estabelece ao longo de certo tempo, período em que acontecimentos experimentados pelas entrevistadas serviram como

incentivadores para a realização do procedimento cirúrgico. A primeira dessas experiências tem a ver com preocupação com o seu estado da saúde. O surgimento de comorbidades, cuja etiologia estava associada ao excesso de peso, como episódios repentinos de hipoglicemia ou hipertensão, serviu como gatilho para que a preocupação com o seu excesso ponderal passasse a ser considerado com a devida importância. Mesmo que antes já se preocupassem em perder peso e até fizessem movimentos nesse sentido, várias entrevistadas relataram esses momentos de mal-estar físico como decisivos para procurarem solucionar definitivamente a sua obesidade. Além disso, a dificuldade que a obesidade impunha ao tratamento das comorbidades também colaborou na sua decisão.

Enquanto a cirurgia foi se constituindo como uma alternativa possível, a observação e a convivência com pessoas que já tinham feito o procedimento parecem ter solidificado ainda mais a decisão. A percepção de resultados positivos obtidos por outras pessoas, o incentivo de pessoas que já haviam passado pela cirurgia, bem como de profissionais da área da saúde que já as acompanhavam para tratamento clínico, serviram como elementos de significativa importância no processo de tomada de decisão. A experiência bem sucedida dos iguais parece ter minado os receios e esmaecido as fantasias quanto a possíveis resultados ruins da cirurgia. Somou-se a isso o reconhecimento da própria dificuldade das participantes de manter um programa de emagrecimento clínico conservador, com mudança de hábitos alimentares e programa de atividades físicas.

Ao mesmo tempo, experiências vivenciadas com uma carga valorativa negativa e não desejadas, serviram paradoxalmente como incentivadoras. Essas dizem respeito ao impacto que a obesidade acabou provocando na convivência em sociedade. Críticas e constrangimentos sofridos pelo seu excesso de peso, bem como a constatação que as mesmas situações negativas eram vivenciadas por outras pessoas obesas, quase como uma característica dessa condição, criou um desconforto pessoal, gerando um movimento de afastamento do convívio social. Essa situação indesejada somou-se aos outros elementos como agente incentivador da vontade de eliminar a obesidade através da cirurgia bariátrica. Dessa forma, ficou realçado como os elementos incentivadores para a realização desse procedimento são fruto de diferentes experiências mutuamente influenciadas.

Esse movimento de busca pela cirurgia acabou por gerar expectativas com relação ao resultado desta, que se dirigiram a várias áreas da vida da pessoa, começando pela sua saúde. Em todas as

entrevistas, houve menção a que ocorra a melhora do quadro de comorbidades, melhora essa que vai desde a esperança de diminuir o uso de algumas medicações até a expectativa de cura total de alguns quadros clínicos. Além disso, o desejo de que o seu corpo voltasse a uma condição de peso anterior ou atingisse um peso nunca antes obtido também fez parte das vontades das entrevistadas. Ter um corpo mais aceitável esteticamente, com melhora da condição física, tornando-o mais funcional, apareceu na narrativa das participantes, na medida em que a experiência com o estado atual do seu corpo não era satisfatória, pois o corpo estava mais sujeito a se constituir em um fardo que em um objeto de prazer.

Como o seu estado acabava interferindo nos seus relacionamentos, surgiu também o desejo que os resultados da cirurgia pudessem levar a melhora no convívio social, que pudesse traduzir-se em relações íntimas mais prazerosas com as pessoas amadas, assim como em diminuição do sentimento de vergonha perante os demais, impelindo ao estabelecimento de uma relação de igualdade com seus pares, condição essa que, estando obesas, não conseguiam experimentar.

Ao mesmo tempo, a condição de obesidade gerava sentimentos que eram vivenciados pelas entrevistadas de forma mais silenciosa que manifesta. Esta forma de lidar com os sentimentos, em silêncio, é referida por quase todas as entrevistadas e apareceram sempre como negativos. Observou-se com frequência a menção a tristeza e a vergonha pelo excesso de peso e as referências a si mesmas de forma depreciativa, reforçado pelo constrangimento causado a elas pela maneira como outras pessoas falavam da sua obesidade. O estado do seu corpo era motivo de culpa, achando que foram negligentes consigo mesmas e que poderiam ter evitado chegar a essa condição se tivessem tido mais “força de vontade”. Essas entrevistadas pareciam não se atentar para todas as variáveis envolvidas no ganho de peso, variáveis essas que nem sempre podem ser controladas. Por fim, apareceu o medo das possíveis consequências da condição de obesidade, sentimento esse nem sempre admitido de forma consciente, que se manifestou de forma mais explícita quando aconteceu algum episódio que exigiu atendimento médico, consigo próprias ou outrem, que tivesse sido provocado pelo peso exagerado.

Ao mesmo tempo em que lidavam com sentimentos negativos provocados pela obesidade, a cirurgia acabou por despertar outros sentimentos nas participantes. Elas referiram ter alegria pela existência desse recurso, uma vez que todas as outras formas se mostraram ineficazes no seu intento. Uma vez que tinham decidido pela cirurgia,

criava-se uma ansiedade, esperando a concretização dos resultados desejados o mais rápido possível. Além disso, como em qualquer cirurgia, as entrevistadas refeririam medo e também experimentaram sentimentos ambíguos entre se submeter e não se submeter a mesma, devido aos riscos inerentes a qualquer cirurgia, tanto mais que se trata, na maioria dos casos, de uma cirurgia eletiva. O caráter prescritivo da cirurgia bariátrica só está presente em alguns casos, quando há o risco de morte.

A forma como o entorno social percebia a cirurgia bariátrica também acabou influenciando na sua tomada de decisão sem, contudo, ter um caráter determinante para tal. A maioria das famílias demonstrou ter, a princípio, medo das consequências. Contudo, na medida em que as dúvidas e receios foram esclarecidos e as participantes demonstravam o porquê da sua intenção, houve uma mudança de atitude, passando a haver apoio familiar para a realização do processo. Esses medos dos familiares, em alguns casos, tinham a ver também com a quebra de uma cultura familiar em que a obesidade não era vista como algo ruim, ou seja, havia o receio de como seria a sua rotina com alguém diferente dos outros membros. Neste aspecto, especial atenção merece a atitude dos companheiros frente à cirurgia bariátrica. Em vários casos, houve relato do receio desses que pudesse haver mudança na relação do casal, até mesmo com separação. Contudo, da mesma maneira que as famílias, à medida que eram esclarecidos sobre o procedimento e das razões da cirurgia, passavam a apoiar a companheira.

Além da família, o restante da rede social das participantes também se posicionava frente à intenção de realizar a cirurgia. As reações foram semelhantes às dos familiares, de medo provocado pelo desconhecimento que se transformou em apoio com o passar do tempo. O acompanhamento da rede de saúde também foi referido como importante para que as participantes fossem adiante nas suas intenções. O único posicionamento diverso daquele dos familiares foi a agressividade com que algumas pessoas próximas se expressaram frente à vontade das participantes. Muitos amigos e pessoas significativas das suas comunidades achavam que elas estavam ficando “loucas” e que não precisavam daquilo. A intensidade desproporcional da reação parece traduzir ignorância e preconceito sobre o procedimento.

Outros aspectos foram destacados como importantes elementos para a tomada da decisão pela cirurgia. A obesidade presente desde muito cedo na vida de algumas participantes ou então o seu surgimento a partir de algum acontecimento importante das suas vidas, fez com que as entrevistadas convivessem com essa condição por muitos anos. Ao

longo desse tempo, muitas experiências foram motivo de constrangimento e cansaço por não conseguirem se livrar do excesso de peso. Tentativas de emagrecer sem resultados ou com resultados temporários e parciais, efeitos colaterais de medicação para emagrecer, uso de fórmulas mágicas sugeridas por leigos, acabaram gerando o que elas chamaram de “efeito sanfona”, em que a cada período de emagrecimento, ocorria um novo período de ganho de peso. Esse processo acabava minando a sua vontade a cada nova proposta de emagrecimento ortodoxo, tanto mais que isso significava privar-se do prazer de comer, sem os resultados positivos que essa privação deveria produzir.

A maneira como foram tratadas em função da obesidade também teve peso na busca pela cirurgia. Frequentes são os relatos de agressões em função da obesidade, seja essa agressão verbal ou física, em várias fases das suas vidas. A característica dessas agressões foi ter sido fortuita, sem razão aparente, só devida ao fato das participantes serem obesas. Sentiam uma tendência desses agressores de resumirem a sua identidade à sua obesidade, o que as levava a movimentos como usar de subterfúgios para mostrar que emagreceram (como roupas escuras, modeladores) ou se afastar das situações em que isso acontecia, trazendo prejuízos laborais e pessoais. O que se percebe dessas situações é que a obesidade nunca foi só um excesso de peso corporal, sendo também um fardo mais abrangente com que tiveram que conviver, levando a uma situação muito semelhante à estafa, com os resultados impróprios das tentativas de emagrecer fortalecendo o processo de formação do desejo de realizar a cirurgia bariátrica, como último recurso para tentarem se livrar dessa condição.

A vontade das participantes dessa pesquisa de realizar a cirurgia foi se formando ao longo de um espaço de tempo, como resultado da influência dos vários elementos de análise surgidos nas entrevistas. A possibilidade de acessar tais elementos, propiciada pelos instrumentos utilizados na pesquisa, mostrou o acerto na escolha destes. A entrevista semiestruturada, oferecendo um ambiente para livre manifestação das participantes sobre o tema, e o mapa de rede usado como coadjuvante para a compreensão das influências do meio nas decisões das participantes, criaram um espaço onde as muitas variáveis puderam ter seu valor considerado. O fato de o grupo pesquisado ser composto somente por mulheres pode ser considerado uma limitação do estudo, uma vez que a obesidade acomete homens e mulheres em proporções quase iguais. Contudo, não podemos deixar de considerar que a cirurgia é um recurso procurado em sua grande maioria por mulheres (cerca de

80% dos procedimentos realizados), sendo que no período de coleta de dados para esta pesquisa, o percentual de ocupação da agenda por mulheres chegava a algo em torno de 90% dos horários disponíveis.

Esse fato, do número de mulheres ser muito superior ao dos homens na procura e realização da Cirurgia Bariátrica, estabelecendo o que se poderia chamar de uma “feminilização” desse procedimento, nos remete a considerar quais as influências das diferenças de gênero nesse tema. A forma como homens e mulheres cuidam da sua saúde, as exigências estéticas próprias de cada gênero e as diferentes pressões experimentadas no convívio social sugerem possíveis caminhos para a compreensão desse fenômeno. Acreditamos tratar-se de um tema bastante instigante para futuras pesquisas. Além dessa questão, dois outros tópicos podem ser considerados como possibilidades para futuras pesquisas na área.

O primeiro diz respeito a compreender como a cultura da rede social em que cada sujeito está inserido ou foi criado, contribui para o surgimento da obesidade. Na nossa pesquisa, procuramos verificar qual a atitude dessa rede com relação à cirurgia, mas transparece em muitos relatos que essa relação vai muito além de apoiar ou não a realização da operação, uma vez que há atitudes dúbias que boicotam tentativas de emagrecimento, assim como ações que incentivam a instalação e manutenção da obesidade no ambiente das participantes. O segundo tema sugerido para futuras pesquisas diz respeito à relação entre obesidade e sexualidade, que aparece na literatura pesquisada, mas é só brevemente mencionada em algumas entrevistas que realizamos. Parece-nos uma matéria bastante ampla, que envolve desde possíveis abusos sexuais sofridos em períodos precoces de desenvolvimento, muitas vezes citados na literatura pesquisada, até dificuldades no exercício livre e prazeroso da sexualidade.

Por fim, compreender a trama de significados envolvidos na tomada de decisão para realizar a Cirurgia Bariátrica serviu ao pesquisador antes de tudo para se apropriar ainda mais de um tema complexo e multifacetado. Durante o tempo em que realizou avaliações para este procedimento, na sua atividade no hospital, muitos elementos de análise surgidos nesta pesquisa estavam presentes, como componentes nas escolhas dos participantes. A escuta das participantes como pesquisador e não como avaliador, além do prazer da tarefa, só confirmou a constatação que por trás do problema da obesidade há sempre uma história de vida, com uma trama única e pessoal, que vai sendo tecida ao longo de certo tempo, cujos elementos constituintes se afetam mutuamente.

A conscientização da existência dessa trama deveria levar os profissionais a uma revisão na maneira de realizar as avaliações psicológicas das pessoas interessadas na Cirurgia Bariátrica. A preocupação com a psicopatologia e a identificação de características de personalidade não podem ser desconsideradas, mas acrescidas dos outros elementos surgidos neste estudo, o que servirá para qualificar essa tarefa. Uma escuta que considere esses elementos tornará a trama conhecida, bem como indicará possíveis mudanças em função da Cirurgia Bariátrica, possibilitando um acompanhamento terapêutico apropriado. Além disso, como as participantes relataram a importância da rede na sua decisão, sobretudo da família mais próxima, a inclusão dos seus membros nas avaliações pré-cirúrgicas deve ser considerada como mais um elemento desse processo.



## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abilés, V, Rodríguez-Ruiz, S., Abilés J., Mellado, C., García, A., Pérez de la Cruz, A. e Fernández-Santaella, M.C. (2010). Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *ObesSurg*20:161–167.
- Agra, G.; Henriques, M.E.R. (2009). Vivência de mulheres que se submeteram à gastroplastia. *Ver. Eletrônica de Enfermagem, Internet*;11(4): 982-92.
- Almeida Prado, M.C.C.; Féres-Carneiro, T. (2010). Violência familiar: obesidade mórbida e função ômega. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 190-206.*
- Almeida, G. A N., Giampietro, H. B., Belarmino, L. B., Moretti, L. A., Marchini, J. S., & Ceneviva, R.. (2011). Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), 24(3), 226-231.*
- Almeida, G. A. N., Loureiro, S. R. & Santos, J. E. (2002). A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 15(2), 283-292*
- Ashton D, Favretti F, &Segato G. (2008).Preoperative psychological testing: another form of prejudice. *ObesSurg*18:1330–1337
- Baptista, M. N., Vargas, J. F. &y Baptista, A. S. D. (2008). Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos. *Aval. psicol. Vol.7, n.2, pp. 235-247.*
- Batista Filho, M & Rissin, A. (2003). A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad.Saúde Pública.Vol.19, suppl.1*

- Bauchowitz, A.U., Gonder-Frederick, L.A., Olbrisch, M. (2005). Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: A survey of present practices. *PsychosomMed*67: 825-32
- Biasoli-Alves, Z.M.M. (1998). A pesquisa em psicologia – análise de método e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In Romanelli, G. & Biasoli-Alves, Z.M.M. *Diálogos metodológicos sobre práticas de pesquisa* (135-157). Ribeirão Preto. Legis Suma.
- Christakis, N.A. & Fowler J. (2007). The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years. *The New England Journal of Medicine*; 357; 370-379.
- Clark, M.M., Balsiger, B.M., Sletten, C.D., Dahlman, K.L., Ames, G., Williams, D.E., Abu-Lebdeh, H.S. & Sarr, M.G. (2003). Psychosocial factors and 2-year outcome following bariatric surgery for weight loss. *ObesSurg* 13:739-746
- Consenso Bariátrico, de maio de 2006. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica.
- Consensus Conference Statement: Bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals, and third-party payers. (2005). *J Am Coll Surg* 200:593– 604.
- Cordas, T.A., & Ascecio, R.F.R. (2006). Tratamento comportamental da obesidade. *Rev. Einstein*. 4(1):44-8
- Costa, A. C. C., et al . (2009). Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 22, n. 1, Feb.
- Dziurowicz-Kozłowska, A.H., Wierzbicki, Z., Lisik, W. (2006). The objective of psychological evaluation in the process of qualifying candidates for bariatric surgery. *Obes Surg*. 16:196–202.
- Fabricatore, A. N., Crerand, C. E., Wadden, T. A., Sarwer, D. B., & Krasucki, J. L. (2006). How do mental health professionals

- evaluate candidates for bariatric surgery? Survey results. *Obesity Surgery*, 16, 567–573.
- Ferreira, R. F.; Calvoso, G. G. & Gonzales, C. B. L. (2002). Caminhos da pesquisa e a contemporaneidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 15(2), pp.243-250.
- Foster, G.D.; Wadden, T.A.; Vogt, R.A. (1997). Body image in obese women before, during and after weight loss treatment, *Health Psychology*, Vol. 16, n. 3, 226-229.
- Fox, K.M., Taylor, S.L., & Jones, J.E. (2000). Understanding the bariatric surgical patient: a demographic, lifestyle and psychological profile. *Obes Surg* 10: 477-81.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1997). *O Inquérito: teoria e prática*. Oeiras. Celta
- Gigante, D.P., et al. (1999). Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, Vol 31, n 3.
- Gil, A.C. (2008). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª Ed. São Paulo. Atlas.
- Glinski J, Wetzler S, & Goodman E. (2001). The psychology of gastric bypass surgery. *Obes Surg* 11: 581-8.
- Gradesso, M.A. (2000). Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Greenberg I, Perna F, Kaplan M, & Sullivan M.A. (2005). Behavioral and psychological factors in the assessment and treatment of obesity surgery patients. *Obes Res*. 13:244–9.
- Guest, G., Bunce, A. & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods* 18: 59-82.

- Langaro, F., et al . (2011). Características de personalidade de mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica. *Aval. psicol.*, Porto Alegre, v. 10, n. 1.
- Langaro, F., Vieira, A. P. K., Poggere, L. C. & Trentini, C. M. (2011). Características de personalidade de mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica. *Aval. psicol.* [online]. Vol.10, n.1, pp. 71-79.
- Lanyon, R.I., & Maxwell, B.M. (2009). Predictors of long-term outcome after gastric bypass surgery. *Obes Surg* 19:439-445
- Leal, C. W., & Baldin, N. (2007). O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.* Vol.29, n.3, pp. 324-327.
- Libeton, M., Dixon, J.B., Laurie, C. & O'Brien, P. (2004). Patient motivation for bariatric surgery: characteristics and impact on outcomes. *Obes Surg* 14: 392-8.
- Lynch, C. S., Chang, J. C., Ford, A. F., & Ibrahim, S. A. (2007). Obese African-American women's perspectives on weight loss and bariatric surgery. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 908-914
- Machado, C. E., Zilberstein, B., Ceconello, I. & Monteiro, M. (2008). Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. *ABCD, arq. bras. cir. dig.* Vol.21, n.4, pp. 185-191.
- Magdalenojr., R., Chaim, E. A., & Turato, E. R. (2009). Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.* Vol.31, n.1, pp. 73-78.
- Marcelino, L. F.; Patricio, Z. M. (2011). A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12.
- Marchesini, S. D. (2010). Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *ABCD, arq. bras. cir. dig.* Vol.23, n.2, pp. 108-113.

- Moliner, J. & Rabuske, M. M. (2008). Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. *Psicologia: teoria e prática*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 44-60.
- Moré, C.L.O.O & Crepaldi, M.A. (2012). O mapa de rede social significativa como instrumento de investigação no contexto da pesquisa qualitativa. *Nova Perspectiva Sistêmica*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 84-98.
- Morin, E. (2011). *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina.
- Najmanovich, D.(2002). El lenguaje de los vínculos: de la independencia absoluta a la autonomía relativa. In: Dabas, E.; Najmanovich, D. *Redes: lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y El fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires: Paidós. p.33-75.
- O'Brien, P.E.(2010). Bariatric surgery: mechanisms, indications and outcomes. *J Gastroenterol Hepatol*. 25: 1358–65.
- Oliveira, J. H. A. & Yoshida, E. M. P.(2009). Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois de Cirurgia Bariátrica. *Psicol. Reflex. Crit.* Vol.22, n.1, pp. 12-19.
- Oliveira, V. M., Linardi, R. C. & Azevedo, A. P. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Rev. psiquiatr. clín.* Vol.31, n.4, pp. 199-201.
- Pawlow, L.A., O'Neil, P.M., White, M.A., & Byrne, T.K.(2005). Findings and outcomes of psychological evaluations of gastric bypass applicants. *Surg Obes Relat* 1:523–527; discussion 28–29.
- Petribu, K., Ribeiro, E., Oliveira, F.M.F., Braz, C.I.A., Gomes, M.L.M., Araujo, D.E. Almeida, N.C.N., Albuquerque, P.C. & Ferreira, M.N.L (2006). Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife - PE. *Arq Bras Endocrinol Metab*. Vol.50, n.5, pp. 901-908.

- Pinheiro, A. R. O., Freitas, S. F. T. & Corso, A. C. T. (2004). Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev. Nutr.* Vol.17, n.4, 523-533
- Pinto, M. S.; Bosi, M. L. M. (2010). Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2.
- Portaria nº 492 de 31 de agosto de 2007. Ministério da Saúde do Brasil.
- Prado, Marli Borges. (2011). “ Eu achei que ia resolver para o resto da vida, pelo contrário é um controle para o resto da vida”: percepção de sujeitos que se submeteram à cirurgia bariátrica a respeito do processo de voltar a ganhar peso após a cirurgia. Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia, Unisul, Palhoça.
- Pull, C. B. (2010). Current psychological assessment practices in obesity surgery programs: what to assess and why. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(1), 30-36.
- Ray, E.C., Nickels, M.W., Sayeed, S. & Sax, H.C. (2003). Predicting success after gastric bypass: the role of psychosocial and behavioral factors. *Surgery* 134: 555–564
- Resolução nº 1947, de 05 de fevereiro de 2010. Conselho Federal de Medicina.
- Rosa, T.V. & Campos, D. T. F. (2009). Aspectos psicodinâmicos em sujeitos que fizeram a cirurgia bariátrica sem indicação médica. *Rev. Mal-Estar Subj.*, 9(1).
- Rosenberger, P.H., Henderson, K.E. & Grilo CM. (2006). Correlates of body image dissatisfaction in extremely obese female bariatric surgery candidates. *ObesSurg.* 16(10):1331–1336
- Rutledge, T., Adler, S. & Friedman R. (2010). A prospective assessment of psychosocial factors among bariatric versus non-bariatric surgery candidates. *ObesSurg.* 21(10): 1570-9.

- Sampieri, R.H., Collado, C.F. & Lucio, P.B. (1991). *Metodologia da investigação*. México.McGraw-Hill
- Sarwer, D.B., Wadden, T.A. &Fabricatore, A.N. (2005).Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery.*Obes Res*13:639-48.
- Segal, A. & Fandino, J. (2002). Indicações e contraindicações para realização das operações bariátricas. *Rev. Bras. Psiquiatr.* Vol.24, suppl.3, pp. 68-72.
- Silva, S. & Maia, A. C. (2010). Experiências adversas na infância e tentativas de suicídio em adultos com obesidade mórbida. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.* Vol.32, n.3, pp. 69-72.
- Sluzki, C.E. (1997). *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo. Casa do Psicólogo
- Snyder, A. G. (2009). "Psychological assessment of the patient undergoing bariatric surgery."*Ochsner J* 9(3): 144-148
- Sogg, S. & Mori, D.L. (2004). The Boston interview for gastric bypass: determining the psychological suitability of surgical candidates. *ObesSurg*14: 370-380.
- Souza, E. B .(2010). Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. *Cadernos UniFOA*. Volta Redonda, Ano V, n. 13.
- Steinmann, W.C., Suttmoeller, K.,Chitima-Matsiga, R., Nagam, N., Suttmoeller, N.R. &Halstenson, N.A. (2011). Bariatric surgery: 1-year weight loss outcomes in patients with bipolar and other psychiatric disorders. *Obes Surg.* 21(9):1323-9
- Strauss, A.L. & Corbin, J. (1990). Grounded theory research: procedures, canons and evaluative criteria. *QualitativeSociology*, 13, 3-21.
- Toledo, C., Camilo,G.B., Guimarães, R.L.,Moraes, F.R. & Soares, C. (2010). Qualidade de vida no pós-operatório tardio de pacientes

submetidos a cirurgia bariátrica. *Rev. APS*. Vol. 13, no. 2, p. 202-209.

Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C. & Cunha, S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Aná. Psicológica*, set. Vol.22, no. 3, p.533-550

Vallis, T.M., Butler, G.S., Perey, B., Veldhuyzen van Zanten, S.J., MacDonald, A.S. & Konok G. (2001). The role of psychological functioning in morbid obesity and its treatment with gastroplasty. *ObesSurg* 11: 716-25.

vanHout, G.C., Fortuin, F.A., Pelle, A.J. & van Heck, G.L. (2008). Psychosocial functioning, personality, and body image following vertical banded gastroplasty. *ObesSurg* 18:115-120

vanHout, G.C., Verschure, S.K., van Heck, G.L. (2005). Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *ObesSurg* 15:552-560

vanHout, G.C.M., Van Oudheusden, I., Krasuska, A.T., & van Heck, G. (2006). Psychological profile of candidates for vertical banded gastroplasty. *ObesSurg* 16: 67-74.

Vargas, T. V.P.; Maia, E. M.; Dantas, R. A. S. (2006). Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3.

Vasconcellos, M. J. E. (2007). *Pensamento Sistêmico: O novo paradigma da ciência*. (3rd ed.). São Paulo: Papyrus.

Vasconcelos, P. O. & Neto, S. B. C. (2008). Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. *Psico*. 39(1), 58-65.

Wadden TA, & Sarwer DB (2006). Behavioral assessment of candidates for bariatric surgery: a patient-oriented approach. *Obesity*. 14:53S-62S

- Walfish S, Vance D, &Fabricatore N.A. (2007). Psychological Evaluation of Bariatric Surgery Applicants: Procedures and reasons for Delay or Denial of Surgery. *ObesSurg* 17: 1578-1583
- Wing, R.R. & Jeffery, R.W. (1999). Benefits of recruiting participants with friends and increasing social support for weight loss and maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 132-138.
- Zijlstra, H., Larsen J.K., de Ridder D.T., van Ramshorst B., &Geenen R. (2009).Initiation and maintenance of weight loss after laparoscopic adjustable gastric banding. The role of outcome expectation and satisfaction with the psychosocial outcome.*Obes Surg*. 19:725-31.
- Zwaan, M., Mitchell, J.E., Howell, L.M., Monson, N., Swan-Kremeier, L., Crosby, R.D. & Seim, H.C. (2003). Characteristics of morbidly obese patients before gastric bypass surgery.*Compre Psychiatry* 44: 428-434.



## APÊNDICES

### Apêndice 1. – Entrevista semi-estruturada

#### Dados de Identificação

Nome: (Somente as iniciais): \_\_\_\_\_ Sujeito: \_\_\_\_\_:

F ( ) M ( ) Idade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

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

Profissão: \_\_\_\_\_ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

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

Comorbidades: \_\_\_\_\_ Diabetes ( ) P A ( )

Prob respiratórios ( ) \_\_\_\_\_

Problemas ortopédicos ( ) \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

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

#### Questionário

1. Como você foi encaminhado(a) para a cirurgia?
2. Conhece alguém que tenha feito a Cirurgia no seu círculo pessoal?
  - Se sim, qual foi influência que esse fato teve na sua decisão?
 Explorar com exemplos....
3. Qual foi o momento que você decidiu fazer a Cirurgia e como chegou esse momento, como foi que essa idéia se concretizou?
4. Desde quando a obesidade o (a) incomoda e como? Poderia citar algum exemplo?
5. Há outras pessoas com obesidade na sua família?
  - Se sim, é um tema comentado entre vocês? O que se fala sobre isso na sua família?
6. Que tipo de tratamento já fez para tratar a sua obesidade? Dietas, medicação, atividade física? Orientada ou por conta própria?
7. Como você espera ficar depois da cirurgia?
8. Que tipo de mudanças você espera que acontecerão com você e na sua vida depois da cirurgia?
9. O que você sente quando pensa na sua obesidade? E na Cirurgia? Como lida com esses sentimentos?
10. Quem são as pessoas que você julga importantes na sua vida?
11. Mapa de redes.
12. Quem são as pessoas que irão apoiá-lo no período pós-operatório?

## Apêndice 2 – Termo de Consentimento

Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Curso de Mestrado em Psicologia

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Juadir Antonio Copat, aluno do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Carmen L. Ojeda Ocampo Moré, peço a gentileza de sua colaboração para a realização de minha pesquisa de Mestrado.

Vimos através deste, convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada “CIRURGIA BARIÁTRICA: A TRAMA DOS SIGNIFICADOS PRÉVIOS À TOMADA DE DECISÃO”, que tem como objetivo caracterizar a tomada de decisão de pacientes que pretendem se submeter a realização da cirurgia bariátrica. Trata-se de estudo cuja relevância reside em compreendermos cada vez mais as motivações e sentimentos das pessoas que pretendem realizar esta cirurgia, fornecendo subsídios para uma assistência cada vez mais efetiva a essas pessoas.

A entrevista será gravada em áudio e, seguindo os preceitos éticos, seu nome, ou qualquer dado que possa identificá-lo(a), não será usado. Sua participação é voluntária. Caso não deseje participar, isto não trará qualquer penalidade ou prejuízo para você. Mantém-se o direito de desistir da participação a qualquer momento. Em caso de publicação dos resultados em revistas ou eventos científicos será assegurada a não identificação dos participantes, bem como da instituição da qual fazem parte.

Garantimos que serão feitos esforços para não haver desconforto ou constrangimento que possam causar qualquer efeito nocivo para os participantes. Firmamos o compromisso de zelar pelo respeito e dignidade de todos os participantes.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar da pesquisa, solicitamos a sua assinatura em duas vias, sendo que uma delas permanecerá em seu poder.

Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca desta pesquisa poderá ser obtido junto às pesquisadoras pelo telefone (48)3721-8579, do Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e

Comunidade da UFSC, ou pelo telefone (48) 3024-5067, do pesquisador principal.

Agradecemos sua participação, enfatizando que a mesma em muito contribuirá para a construção de um conhecimento atual nesta área.

Atenciosamente,

Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré  
Pesquisadora Responsável (Orientadora)

Juadir Antonio Copat  
Pesquisador Principal (Mestrando)

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro por meio deste documento, meu consentimento em participar da pesquisa “.....”. Declaro ainda que estou ciente dos objetivos da mesma, consentindo que a entrevista gravada em áudio seja realizada e utilizada para a coleta de dados, bem como de meus direitos de anonimato e de desistir a qualquer momento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

---

Assinatura



## ANEXOS

### **Anexo 1 – Exemplo de entrevista e aplicação de mapa de rede (participante 1)**

Juadir: qual tua idade?

Sujeito:25

Juadir:estado civil?

Sujeito:solteira

Juadir:teu nível de escolaridade?

Sujeito:segundo grau completo

Juadir:profissão?

Sujeito:vigilante

Juadir:há quanto tempo trabalha como vigilante?

Sujeito:3 anos já

Juadir:qual teu peso agora, tu sabes?

Sujeito: tá169

Juadir:E a tua altura?

Sujeito:1,71

Juadir:tu tens algum problema físico associado, tipo diabetes, pressão alta, etc

Sujeito:às vezes eu tenho pressão alta, mas não é... não tomo remédio controlado...só de vez em quando eu sinto a pressão que sobe um pouco...quando fico nervosa demais...daí eu vejo que sobe

Juadir:problemas ortopédicos, respiratórios, diabete...

Sujeito:não, que eu saiba não

Juadir:a tua família como é composta?

Sujeito:eu, meu pai e minha mãe... em casa

Juadir:quantas pessoas são no total?

Sujeito:três...em casa

Juadir:sim, em casa, mas tu tens irmãos?

Sujeito:não. Só tinha duas crianças que moravam lá com a gente... eles foram embora...a gente adotou por um tempo...deu uma ajuda prá eles...daí é como se fossem irmãos mesmo.... filha, filha mesmo, só eu mesmo....

Juadir:tu és filha única, então...

Sujeito:isso

Juadir:então, como tu fostes encaminhada para a a cirurgia?

Sujeito:como assim

Juadir:como tu chegou ao encaminhamento para a cirurgia?

Sujeito:eu vim na área ... e falei com o pessoal da área ... e elas me deram uma ajuda assim...já um tempo atrás quando eu trabalhava aqui, trabalhava aqui fora, na rua ali, um doutor até falou(que eu não lembro o nome) com uma amiga que trabalha aqui na frente, daí ela disse...ele comentou porque ela não faz a cirurgia, porque não conversa com ela para fazer a cirurgia. Agente dá um auxílio para ela aqui! Então foi assim. Eu falei que não. Na época eu disse que não porque eu tinha medo.

Juadir:há quanto tempo isso?

Sujeito:acho que faz quase um ano. Eu disse não. Eu tinha medo de fazer. Eu falei: Não, eu vou fazer academia que eu sei que eu consigo perder. Daí foi onde começou. Aí falei não, não quis. Aí agora há pouco eu decidi, não, que vou fazer.,porque eu tô assim... como eu trabalho aqui dentro eu não paro quieta, sou bem ativa, bem.. não consigo ficar quieta...tô muita sentindo dificuldade de respirar...mais por saúde... não é tanto estética...é prá ficar mais saudável...foi onde eu pensei: Não, chega!!! Agora deu! Vou fazer alguma coisa prá....

Juadir:e até esse ano atrás, quando o médico comentou, as tuas colegas comentaram, nunca tinha pensado em fazer a cirurgia?

Sujeito:já tinha pensado, mas tinha medo. Sempre tive medo.Não queria de jeito nenhum!

Juadir:nunca tinha pensado em fazer a cirurgia

Sujeito:não. não.

Juadir:o que te levou foi essa informação mais essa dificuldade de respirar?

Sujeito:é gora foi isso, essa coisa que nunca tinha sentido antes, essa dificuldade de respirar, essa falta de ar até para subir escada. Antes eu não sofriaagora to sofrendo. Tenho que subir devagar, se subir rápido não consigo respirar direito...

Juadir:tu conheces alguém que já tenha feito a cirurgia?

Sujeito:Conheço

Juadir:quem?

Sujeito:eu tenho uma amiga que trabalhava comigo e que agora não trabalha mais e uma ex- professora da escola, que era bem amiga minha. A gente conversava bastante. Ela fez e me incentivou: “não, faz!!” Só que são dois casos diferentes. A minha amiga fez a cirurgia aberta e a minha professora, como tinha convênio, fez a vídeo.

Juadir:e, assim, tu conversando com elas, qual foi a influência que elas tiveram...

Sujeito:bastante! Elas disseram que deu tudo certo, que correu tudo bem, o risco é só se eu não me cuidar. Disseram para mim me cuidar, fazer tudo direitinho, que dá tudo certo. Até essa professora, foi mais recente. Fez há3,4 meses e já conseguiu perder bastante peso, está seguindo a risca tudo...direitinho. para ela deu certo, funcionou.

Juadir:ela era era... tinha muito peso?

Sujeito:que nem eu

Juadir:parecido com teu peso atual?

Sujeito:isso, parecido comigo assim. Só que acho que ela tinha 140, 150Kg.

Juadir:há quanto tempo ela fez

Sujeito:há 4 meses. Eu vi ela. Ela tá bem mais magra. Ela diz que já conseguiu perder 40 kg .

Juadir:e a outra pessoa com quem tu falastes?

Sujeito:também ,ela já faz um bom tempinho já. Por que eu já tô há 3 anos na empresa e ela já tinha feito.

Juadir:e a conversa que tu tivestes com ela foi boa?

Sujeito:foi

Juadir:o que ela te colocou sobre a cirurgia?

Sujeito:ela colocou que pra ela foi muito bom, que gostou, se sentiu melhor, conseguiu perder peso...o único problema que eu tenho que sempre converso com elas é que eu tenho medo de fazer, sei lá...medo de morrer...de acontecer de ficar na mesa...

Juadir:teu medo é que na cirurgia em si tenha algum problema?

Sujeito:isso, esse é o meu medo só. Mas como elas falaram, é tudo seguro, confiável. Então disseram que vale a pena fazer.

Juadir:além do medo na mesa, tu tens algum outro tipo de medo, com relação a cirurgia? Além do medo da cirurgia em si, tem algum outro medo?

Sujeito:Não, só esse mesmo. De não dá certo...ocorrer alguma coisa... mas eu tô sentindo bastante confiança ... os médicos que estão me atendendo eles tão me deixando mais tranquila, me esclareceram quais o riscos, o que eu devo fazer, quais os procedimentos, aí to ficando mais calma...

Juadir:tás me dizendo que tu já tivestes alguma noção do acontece na cirurgia?

Sujeito:já, eles me falaram do negócio do pulmão, que pode ir algum pro sangue....

Juadir:alguma complicação que pode acontecer...

Sujeito:ou os pontos abrirem...assim..

Juadir:nessas conversas que tivestes te mostraram os riscos possíveis?

Sujeito:foram bem claros, bem específicos.

Juadir:o fato de ter falado com tuas amigas te ajudou a decidir pela cirurgia?

Sujeito:ajudou, ajudou sim! Essa última mesmo, a professora, foi a que mais me influenciou, a que eu fiquei com mais vontade de fazer. Então vou tentar...sabe como é que é... se deu certo prá... sabe como a gente é... se deu certo prá ela vai dar certo para mim também. Foi onde eu pensei então: vou tentar.

Juadir:pensando nisso tudo até agora, em que momento tu decidiu mesmo fazer a cirurgia, ir atrás para fazer a cirurgia?

Sujeito:é, foi nesse fato dessas minhas caminhadas (que eu não paro) essa minha falta de ar, essa minha dificuldade, essa minha preguiça... porque antes eu era mais ativa, eu tinha mais vontade de fazer as coisas, até prá ir na academia eu tô mais preguiçosa...tô mais assim... cansada...ofegante... foi onde eu tomei a decisão. Até o dia que eu fiz uma consulta com o Dr... D. que eu me pesei que tava com 169 kg, aí eu me apavorei e disse, não... chega!! DEU!!! Cheguei no meu limite...então vou fazer... aí foi que eu procurei.

Juadir:desde quando o peso te incomoda?

Sujeito:a desde pequena já.

Juadir:desde pequena quando?

Sujeito:Desde a fase do colégio .

Juadir:pode me dar um exemplo?

Sujeito:é tipo quando era mais novinha o preconceito do pessoal...

Juadir:tu sentiste muito o preconceito?

Sujeito: no começo sim, mas depois consegui me habituar e não dei mais bola...mas quando era mais noivinha, dos 8 aos 12 anos...depois dali não dei mais bola...o pessoal via, olhava, ria e eu não dava mais bola

Juadir:não te incomodava

Sujeito:não... tinha época quando eu vinha do colégio, em casa, eu chorava porque o pessoal tinha me xingado

Juadir:tás te referindo ao período anterior, quando era mais novinha, que idade?

Sujeito:dos 8 aos 12

Juadir:passado esse período, o teu peso continuava o mesmo, mas não te incomodava mais?

Sujeito:é é isso, não dava bola para o preconceito dos outros

Juadir:mesmo depois de adulta a coisa do peso não te incomodava mais?

Sujeito: hoje em dia incomoda um pouquinho, por ex, pelo fato de querer arrumar um namorado,uma coisa assim...eu me sinto...eu não vejo nos outros...as pessoas dizem aí não tem nada a ver, mas eu sinto que tem algo a a ver...muitas pessoas tem preconceito...ela é gordinha...eu acho que isso é que me interfere...pelo jeito das pessoas te olharem te tratarem...mas eu não ligo(tosse), não dou bola...já sofri bastante...mas gora já me acostumei, eu acho...

Juadir:tem muitas pessoas obesas na tua família?

Sujeito:o meu pai, só que ficou obeso aos 40 anos...era sempre magro e alto...minha mãe não...a minha vó ficou gordinha depois de mais velhinha...mãe do pai

Juadir:como se fala disso na tua família, sobre o peso?

Sujeito:o meu pai pega sempre no meu pé, sempre fala, foi o que mais me pega no pé...sempre fala para fazer regime. Até é um pouco turrão para falar... ele é mais grosseiro..eu sei que ele quer pro meu bem, que eu emagreça para ficar mais saudável e bonita, mas as vezes ele é um pouco rude na maneira de se expressar...eu sei que é pro meu bem, mas ás vezes me incomoda um pouco...mas é bem tranquilo assim...meus pais me incentivam bastante. A minha mãe tem medo de eu fazer essa cirurgia. Pelo fato de eu ser filha única ela tem um pouco de medo.

Juadir:Tu dissestes que teu pai é rude as vezes, e a tua mãe, fala alguma coisa também?

Sujeito:A mãe não. Ela me incentiva, mas conversa, é mais dócil, ela não é tão rude quanto o pai. O pai já não, ele pega pesado, ele diz “não, tem que emagrecer” não sei o quê...

Juadir:É com muita frequência que ele faz isso?

Sujeito:é, ele é bem rigoroso. Pega bastante no pé, fica persistente: “tens que emagrecer, tem que fechar a boca, tens que...”

Juadir:com bastante frequência, dá prá dizer que é todo dia que ele fala?

Sujeito:é, quase todo dia...

Juadir:mas, assim, ele é rude, falando do jeito que tu comes, do jeito que tu veste, do teu jeito? Com é que é?

Sujeito:do jeito que eu como..assim..diz que eu como demais...tens que emagrecer...quando andamos de carro e o carro raspa na lombada ele diz que tem que emagrecer ... ele pega no pé..é bem rigoroso..

Juadir: então, qualquer coisa que possa estar ligada o peso ele pega no teu pé?

Sujeito:pega no pé...isso me incomoda um pouco...mas eu já me acostumei...então...

Juadir:há muito tempo que ele faz isso?

Sujeito:faz tempinho que ele pega no pé...desde o colégio...

Juadir:além do teu pai e da tua mãe, há mais algum familiar tens mais familiares por perto?

Sujeito:não, só uma tia mora é em outro bairro.

Juadir:mais alguém comenta alguma coisa do teu peso?

Sujeito:as minhas amigas do trabalho conversam, mas não é rígida...ela conversa como era bom fazer acompanhamento médico para perder peso, era melhor pra ti, era mais saudável...

Juadir:na forma de conselho ou rude como teu pai?

Sujeito:sim, na forma de conselho

Juadir:alguém mais é rude como teu pai no jeito de falar sobre o teu peso?

Sujeito:não, só ele.

Juadir:o que tu já fizestes para tratar da obesidade?

Sujeito:quando eu era mais pequena ... eu vinha com a mãe..ela me trazia... eu tinha uns 12,13 ... ela q me trazia aqui no hospital mesmo, mas...até me receitaram remédio, mas eu não tomei...quando era pequena tinha dificuldade para engolir comprimido. O comprimido era grande então eu não tomei, não consegui tomar.

Juadir:além da medicação, te orientavam mais alguma coisa?

Sujeito:me orientavam para atividade física, caminhada, alimentação,

Juadir:consequia seguir algumas dessas orientações?

Sujeito:só as atividades físicas

Juadir:que tipo?

Sujeito:academia e vôlei na escola. Jogava vôlei

Juadir:quantas vezes na semana?

Sujeito:todos os dias... aí eu consegui perder bastante peso. Aí eu me formei no segundo grau e comecei a trabalhar de telemarketing. Aí no telemarketing eu trabalhava das três da tarde até as nove da noite. E era sentada. Eu fiquei muito sedentária. Perto do trabalho tinha uma lanchonete e a gente tinha um cartão e a gente comia e ficava mais a vontade. Então ajudou eu a engordar bastante.

Juadir:quer dizer que aquela atividade física toda que fazias, não fazias mais, e continuou a te alimentar como antes.

Sujeito:isso, daí eu fiquei parada e deixei de me cuidar...e o peso voltou de novo

Juadir:que idade tu tinhas quando começastes a trabalhar?

Sujeito:20 anos

Juadir:e agora que tu retornastes a fazer alguma coisa para tentar...

Sujeito: e, agora depois que eu parei, já to a um ano e pouco fazendo academia, todos os dias, embora eu falte alguns dias...me da uma preguiça...daí eu falto

Juadir: : e na academia, que exercícios tu fazes?

Sujeito: esteira, bicicleta, outro que não lembro o nome...elíptico

Juadir: como tu esperas ficar depois da cirurgia?

Sujeito: eu espero ficar saudável, mais magra do que já to, que já to não,... espero emagrecer ...magra...não quero ficar magra, magra, seca... quero ficar no meu peso ideal... que seja saudável para mim...minha meta é essa

Juadir: tens ideia que peso é esse?

Sujeito: eles conversaram comigo...eu não lembro agora...eu quero mesmo é sair dos três dígitos...que eu peso 169...quero chegar aos 80, 90 que é o ideal pra mim, pela minha altura...pretendo é sair dos três dígitos...

Juadir: que tipo de mudança tu esperas que vá acontecer na tua vida, contigo, depois da cirurgia

Sujeito: eu espero que vá ser bem melhor.. vai ser uma mudança radical, tanto na alimentação quanto na minha vida social...

Juadir: Na alimentação, que tipo de mudança ?

Sujeito: eu não. Vou comer bem menos do que agora...coisas saudáveis na alimentação...frutas e verduras...diminuir mesmo, assim, sabe. A minha meta mesmo, que tenho na cabeça é diminuir cem por cento as coisas, cortar o que me faz mal.

Juadir: e na vida social, que mudanças tu imaginas que vai ter?

Sujeito: vai ser melhor para minha auto estima, para lidar com as pessoas, vou ter menos vergonha, de ficar ...conversar...interagir mais com os colegas...assim eu já interajo legal, só que eu fico um pouco receosa...eu me tiro mais da sociedade...eu fico mais no canto pelo fato de eu me sentir inferior por ser gordinha....aí eu...mais é coisa da minha cabeça...vai ajudar bastante porque vou me sentir mais bonita...mais...entendeu?

Juadir:tu achas que te sentindo assim vais poder te aproximar mais das pessoas

Sujeito:é,isso...

Juadir:tu disseste que as vezes tu te retiras um pouquinho...

Sujeito:é que as vezes eu sinto um pouco de preconceito das pessoas...daí prá mim não me estressar, prá aquilo ali não me afetar, eu prefiro ficar na minha.

Juadir:o que sentes quando pensas na tua obesidade?

Sujeito:eu fico triste, eu fico triste de ser assim gordinha, ...diferente dos outros

Juadir:diferente como?

Sujeito:por ser maior, mais gordinha, maior que os outros, diferente... o fato de... não poder fazer coisas que as pessoas normais... (eu sou normal)...uma pessoa magra não faz

Juadir:que coisas?

Sujeito:como vou te explicar? Num todo assim....tem certos lugares que uma pessoa magra chega e é bem tratada e uma pessoa gordinha não...no fato de ir comprar roupa...qualquer loja tu encontra roupa boa para você, que sirva em você. Já eu, gordinha, tenho que ir em loja que sejam pra gordinhas. Prá comprar calçados, o vendedor já vem e olha e diz que não tem pro teu tamanho. Coisas desse tipo. Eu acho que vai ser diferente o tratamento, entendeu. Querendo ou não, o pessoal ainda tem preconceito. Eu ...driblo um pouco mas nem tanto. Não consigo...mais é o meu psicológico...tipo,uma pessoa te olha e eu tu acha que a pessoa já está pensando “Meu deus, que menina grande, enorme...”

Juadir:e quando acontece uma coisa dessas, tu sente que pessoa tá pensando isso, como tu lidas com isso, o que tu fazes?

Sujeito:eu deixo acontecer... não ...dependendo do meu estado eu até discuto, até xingo, xingo não, eu digo “tu não tem porque fazer isso, eu to pedindo um calçado, não é uma roupa, as vezes a gente fica nervosa. Acontece

Juadir:tu ficas nervosa com alguma observação que te fazem? À tu fala prá pessoa?

Sujeito:as vezes sim, as vezes não. As vezes pra não me estressar eu fico quieta, fico na minha, viro as costas, saio e vou embora. As vezes eu perco a paciência e sento a boca.

Juadir:normalmente como acaba isso?

Sujeito:geralmente eu vou embora...

Juadir:tu falas o que tem quem dizer?

Sujeito:É raro, mas geralmente eu falo: então tá, obrigado. Não fico discutindo. Não fico dando chance para a pessoa. Pego e saio

Juadir:essas situações ocorrem com muita frequência?

Sujeito:não

Juadir:tu tens algum exemplo? Que tenhas na memória ainda?

Sujeito:Não que eu lembre. Até faz tempo que eu não troco meu guarda-roupa.

Juadir:essa é uma situação que as vezes acontece?

Sujeito:raramente, mas acontece. As vezes a a pessoa não fala, mas agente vê no olhar, no jeito de tratar.

Juadir:O que tu sentes quando pensa na cirurgia?

Sujeito:eu sinto medo. Medo e ao mesmo tempo vontade de fazer, mas continua com medo. Também eu fico feliz, penso assim que vai dar tudo certo, sinto pensamento positivo assim: o pessoal que fez deu tudo certo não tem porquê logo eu dar errado, então eu acho que dar tudo certo então, vai ser melhor prá mim eu vou melhorar...acho assim

Juadir:quer dizer que tem dois sentimentos: medo e felicidade?

Sujeito:tem, eu fico com medo, mas ai quando eu vejo os casos que deu certo eu lembro e me dá ânimo para fazer, me dá vontade.

Juadir:quem são as pessoas que tu julgas importante na tua vida atualmente?

Sujeito:minha mãe e meus amigos, meus pais, no caso

Juadir:que amigos?

Sujeito:meus amigos do serviço. AS. que é uma amiga minha, desde a época do colégio e a minha mãe, que eu tenho mais...e o meu pai é também, mas nem tanto. Mas minha mãe é mais importante para mim.

Juadir:falastes da tua mãe e de amigos. Citastes uma amiga em especial a S. Ela é colega de trabalho, amiga próxima.

Sujeito:ela é amiga, amiga, tipo de eu conversar de ter mais liberdade com ela de se entender mais, como se fosse uma irmã que eu não tive. Passamos muita coisa juntas, tipo como época do colégio, época de menstruação a gente tava junta, a gente era amiga, a gente conversou, tirava dúvida uma com a outra, essas coisas de amiga assim. Momento engraçados e momentos tristes também, alguma coisa assim... a gente tem um elo...eu gosto muito dela...ela é bem minha amiga. Quando uma tá triste procura a outra pra conversar, pra se abrir, pra dar conselhos, ela também falou que se tu tá feliz, faz, faz mesmo que eu vou te apoiar bastante.

Juadir:acho que todas as coisas que a princípio eu queria te pedir a gente conversou. Eu só queria fazer contigo agora, um pequeno exercício que é com esse mapa. Deixa eu te apresentar. Esse é o mapa de rede, como a gente chama. Aqui a gente fala das pessoas com quem a gente convive, o meio que a gente vive. (Explico os quadrantes do mapa).

Juadir:Então, agente parte do princípio que tu estás aqui no centro e as pessoas mais próximas agente nesse círculo, (*explico os círculos*) Tens alguma dúvida?

Sujeito:No caso, é os nomes?

Juadir:isso, agente vai anotar algumas coisas, só pra te localizar. Então tu és esse ponto central. Gostaria que tu pensasse nessas quatro áreas, pessoas importantes que tu colocas como importante na tua vida. Está claro?

Sujeito:Sim

Juadir:então, entre as tuas amizades, quem seria a pessoa mais próxima de ti?

Sujeito:a S.

Juadir:podemos colocar aqui, próxima de ti?

Sujeito:sim

Juadir:tem mais alguém que é bem próxima de ti?

Sujeito:as minhas amigas aqui do serviço...tem a L. a T.

Juadir:tu colocarias elas tão próximas quanto a S.?

Sujeito:elas são próximas aqui, pq eu trabalho aqui, então eu convivo mais com elas

Juadir:colocaria mais como amizade ou relação de trabalho? Tem que escolher. Só encontras aqui no trabalho ou também fora daqui do trabalho... (colocou as duas no trabalho)

Sujeito:é...e tem a C., também, que pode ser colocada aqui, próxima.

Juadir:quem é a C.?

Sujeito:é uma amiga também, gordinha. Que ela ia fazer cirurgia, mas descobriu que estava grávida e teve que adiar.

Juadir:além da S. e C., tem alguém mais que você colocaria aqui?

Sujeito:tem, a G. É uma amiga que trabalhava aqui comigo. Vira e mexe a gente se vê só que não aqui. Eu converso quase todo dia no face ou telefone

Juadir:além dessas amigas, mais alguém?

Sujeito:não

Juadir:e as colegas de trabalho?

Sujeito:a L. a T. a J.

Juadir:colocarias aonde?

Sujeito:próximo

Juadir:essas pessoas que tu tás falando tu gostas de estar perto, tu te relacionas legal?

Sujeito:isso, por isso cito elas. São as mais próximas no serviço. Que eu converso, que eu procuro, conversa, convive mais junto.

Juadir:e nas questões de trabalho?

Sujeito:tranquilo

Juadir:o teu trabalho é de vigilante. Eu imagino que as vezes tenhas que substituir alguém em algum momento, etc. Vocês conseguem fazer isso?

Sujeito:conseguimos

Juadir:sempre

Sujeito:bem algumas vezes eu a J. temos um pouco de atrito, mas coisas profissionais mesmo, nada pessoal

Juadir:que tipo de atrito

Sujeito:divergências, opiniões diferentes...eu tenho uma opinião ela tem outra e discutimos, não brigamos, só discutimos.

Juadir:tens um exemplo?

Sujeito:Ah, tipo tinha uma situação acontecendo, agora há pouco, com a gente aqui, eu a J. Do nosso plantão tiraram as cadeiras dascatracas onde temos que ficar. Aí eu comentei com a J. e ela disse que era porque nós estávamos errando. Aí eu disse que da outra equipe não tiram e eles também estão errando. A gente discutiu aí, mas não foi nada pessoal. Ninguém fica de cara amarrada. Resolvido ali

Juadir:mais alguém do trabalho?

Sujeito:tem, tem a E. Só.

Juadir:na tua família

Sujeito:o pai e mãe

Juadir:próximos iguais?

Sujeito:sim

Juadir: mais alguém da família

Sujeito:sim, a tia B.

Juadir:quem é a tia B.

Sujeito:irmão do meu pai. Ela mora em I. vira e mexe a gente vai lá. Passo as férias .gosto der ir prá lá. Me divirto, descanso. Gosto dela pelo

jeito que me trata, conversa bastante comigo, ela é bem ...tem um papo legal apesar de ser mais velha que eu.

Juadir:mais alguém da família?

Sujeito: Não

Juadir:e entre as tuas relações da comunidade, no , lugar que tu vives?

Sujeito:tem a S. que é amiga lá do bairro, mais próxima. A gente conversa de vez em quando, conversa das coisas, ri, brinca. Fala sobre o que está acontecendo na comunidade

Juadir:mais alguém?

Sujeito:não

Juadir:profissionais da saúde

Sujeito:não

Juadir:das tuas colegas de trabalho, colocastes a E. mais afastada que as outras, tens mais alguém?

Sujeito:não

Juadir:tu acrescentarias mais alguém no mapa que ainda não tenhamos falado?

Sujeito:não. Essas pessoas são as que eu mais convivo, do meu cotidiano

Juadir:e pessoas que você encontre eventualmente?

Sujeito:não

Juadir:gostastes de fazer o mapa?

Sujeito:é legal. Foi bom. Na correria do dia-a-dia a gente acaba deixando de lado essas coisas.

Juadir:uma última pergunta. Quem vai te cuidar depois da cirurgia?

Sujeito:pois é, eu, meu pai e minha mãe estávamos conversando sobre isso. A gente ta pensando, analisando. A princípio vai ser minha mãe e o meu pai. Como meu pai tá na perícia agora, ele tá mais em casa e mais próximo de mim. Ele que vai me cuidar junto com a mãe.

Juadir:por que está na perícia?

Sujeito:porque tem problema no joelho e tornozelo, vai ficar dois anos na perícia. A mãe trabalha numa padaria perto de casa.

Juadir:são eles que, provavelmente, ficarão contigo no pós-cirúrgico, então?

Sujeito:sim

Juadir:de tudo que conversamos, tem mais alguma coisa tu gostarias de falar sobre a cirurgia que não tenhamos comentado?

Sujeito:não, acho que não. A única coisa que to mais assim é esse fato de eu ter medo. Ta me deixando mais nervosa.

Juadir:medo da cirurgia?

Sujeito:até foi engraçado, no dia que eu fiz uma cirurgia no meu punho, que eu quebrei meu punho, tiveram que adiar a cirurgia umas duas vezes por causa da minha pressão que eu fiquei muito nervosa por causa do medo.

Juadir:faz tempo?

Sujeito:dois anos

Juadir:qual era o teu receio então?

Sujeito:não sei...medo... de doer..de da alguma errada.

Juadir:tá ok então. Tu ficastes à vontade respondendo o questionário?

Sujeito:sim, foi bem...perguntas que consegui responder com facilidade, não foi nenhuma que me deixou constrangida.

Juadir:te agradeço muito por participar. Qualquer coisa que quiserem, no termo que assinastes tem meu telefone.... Obrigado pela tua disponibilidade.

## **Anexo 2 – Resolução do Conselho Federal de Medicina**

Resolução CFM nº 1.942/2010

(Publicada no D.O.U. de 12 de fevereiro de 2010, Seção I, p. 72)

Altera a Resolução CFM nº 1.766, de 13 de maio de 2005, publicada no Diário Oficial da União em 11 de julho de 2005, Seção I, página 114, que estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, respectiva e posteriormente alterados pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que o médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina é órgão supervisor da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgador e disciplinador da classe médica, cabendo-lhe zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente (art. 2º da Lei nº 3.268/57);

CONSIDERANDO a necessidade de normatização do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;

1. CONSIDERANDO a necessidade de atualização da Resolução CFM nº 1.766/05;

CONSIDERANDO o Parecer CFM nº 18/09, aprovado na sessão plenária de 12 de novembro de 2009;

CONSIDERANDO o decidido na sessão plenária de 4 de fevereiro de 2010,

RESOLVE:

Art. 1º Alterar o artigo 2º da Resolução CFM nº 1.766/05, que passa a ter a seguinte redação:

“Art. 2º Novos procedimentos, quando necessários, serão analisados pela Câmara Técnica sobre Cirurgia Bariátrica para Tratamento de Obesidade Mórbida”.

Art. 2º Alterar o anexo da Resolução CFM nº 1.766/05.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 5 de fevereiro de 2010

ROBERTO LUIZ D'AVILA  
Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA  
Secretário-geral

#### ANEXO DA RESOLUÇÃO 1.942/2010

##### 1. INDICAÇÕES GERAIS

Pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40 kg/m<sup>2</sup>.

Pacientes com IMC maior que 35 kg/m<sup>2</sup> e afetado por comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida, tais como diabetes tipo 2,

apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteo-artrites e outras.

Idade: maiores de 18 anos. Idosos e jovens entre 16 e 18 anos podem ser operados, mas exigem precauções especiais e o risco/benefício deve ser muito bem analisado.

Obesidade estabelecida, conforme os critérios acima, com tratamento clínico prévio insatisfatório de, pelo menos, dois anos.

Não uso de drogas ilícitas ou alcoolismo.

Ausência de quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados.

Compreensão, por parte do paciente e familiares, dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte sobre o tubo digestivo e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar, a longo prazo.

## 2. RISCO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO

Deve ser compatível com o procedimento cirúrgico proposto.

## 3. EQUIPE

Precisa ser capacitada para cuidar do paciente nos períodos pré e trans-operatório, e fazer o seguimento do mesmo.

COMPOSIÇÃO: cirurgião com formação específica, endocrinologista, nutrólogo ou nutricionista, psiquiatra ou psicólogo. A equipe de atendimento hospitalar deve estar familiarizada com as características da população atendida e os efeitos dos procedimentos cirúrgicos, sendo composta por anestesiológico, fisioterapeuta e equipe de enfermagem.

## 4. HOSPITAL

Precisa apresentar condições adequadas para atender pacientes portadores de obesidade mórbida, bem como possuir UTI e aparelho anestésico regulável para ciclagem com grandes volumes e baixa pressão.

## 5. PROCEDIMENTOS ACEITOS

### A) RESTRITIVOS

1- **BALÃO INTRAGÁSTRICO** - colocação de um balão intragástrico por via endoscópica, com cerca de 500 ml de líquido, objetivando diminuir a capacidade gástrica do paciente, provocando a saciedade e diminuindo o volume residual disponível para os alimentos. Método provisório: o balão deve ser retirado no prazo recomendado pelo fabricante.

**INDICAÇÃO:** adjuvante do tratamento de perda de peso, principalmente no preparo pré-operatório de pacientes com superobesidade (IMC acima de 50 kg/m<sup>2</sup>), com associação de patologias agravadas e/ou desencadeadas pela obesidade mórbida.

**CONTRA-INDICAÇÕES:** esofagite de refluxo; hérnia hiatal; estenose ou divertículo de esôfago; lesões potencialmente hemorrágicas, como varizes e angiodisplasias; cirurgia gástrica ou intestinal de ressecção; doença inflamatória intestinal; uso de anti-inflamatórios, anticoagulantes, álcool ou drogas e transtornos psíquicos.

**COMPLICAÇÕES:** aderências ao estômago; passagem para o duodeno; intolerância ao balão, com vômitos incoercíveis; úlceras e erosões gástricas; esvaziamento espontâneo do balão; obstrução intestinal por migração do balão; perfuração gástrica; infecção fúngica em torno do balão.

2- **GASTROPLASTIA VERTICAL BANDADA OU CIRURGIA DE MASON** - nesse procedimento é criado um pequeno reservatório gástrico na região da cárdia, com capacidade em torno de 20 ml, cuja saída é regulada por um anel de polipropileno. Essa intervenção provoca menor perda de peso que outros procedimentos cirúrgicos, e conseqüente melhoria das comorbidades de maneira menos intensa.

Em virtude da limitação da eficácia terapêutica dessa técnica, sua utilização deve ser reservada para casos excepcionais.

3- **BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL** - é uma prótese de silicone que, colocada em torno do estômago proximal, o faz ter a forma de uma

ampulheta ou câmara acima da banda. O diâmetro interno da banda pode ser regulado no pós-operatório por injeção de líquido no reservatório situado no subcutâneo, de fácil acesso.

**VANTAGENS:** método reversível, pouco agressivo, permite ajustes individualizados no diâmetro da prótese. Sua retirada possibilita realizar outros procedimentos bariátricos, mínimas repercussões nutricionais. Não há secção e sutura do estômago. Baixa morbimortalidade operatória e retorno precoce às atividades habituais.

**DESVANTAGENS:** perda de peso que pode ser insuficiente a longo prazo; exige estrita cooperação do paciente em seguir as orientações dietoterápicas; riscos inerentes ao uso permanente de corpo estranho; inadequada para alguns pacientes, comedores de doce, portadores de esofagite de refluxo e hérnia hiatal volumosa; possibilidade de ocorrência de complicações a longo prazo, como migração intragástrica da banda, deslizamento da banda e complicações com o reservatório.

**4- GASTRECTOMIA VERTICAL** - a gastrectomia vertical (gastrectomia em manga, gastrectomia longitudinal, gastrectomia sleeve) um dos novos procedimentos bariátricos do armamentário cirúrgico que tem recebido aceitação global, com bons resultados em múltiplos centros em vários países. Funciona com uma restrição gástrica, com remoção de 70% a 80% do estômago proximal ao antro, assim como um componente hormonal associado (redução da grelina). Como os demais procedimentos cirúrgicos bariátricos, deve ser realizada por equipes bem treinadas, com habilitação específica e suporte multidisciplinar adequado.

**VANTAGENS:** não exclui o duodeno do trânsito alimentar, portanto não interfere com o sítio de absorção de ferro, cálcio, zinco e vitaminas do complexo B. Pode ser transformada, em caso de insucesso, num procedimento com algum componente disabsortivo como o bypass gástrico em Y de Roux e a derivação bilio-pancreática com duodenal switch. Permite acesso às vias biliar e pancreática por métodos endoscópicos habituais.

**DESVANTAGENS:** método irreversível. Apesar de menor complexidade técnica, pode produzir complicações de alta gravidade e

difícil tratamento, como a fístula junto a ângulo de Hiss (esôfago-gástrico). Ainda não existem dados consistentes quanto à sua eficácia a longo prazo na perda e manutenção do peso.

## B) CIRURGIAS DISABSORTIVAS

Essas cirurgias, derivação jejuno-ileal e suas variantes de atuação puramente no intestino delgado, estão proscritas em vista da alta incidência de complicações metabólicas e nutricionais a longo prazo. O princípio fundamental das mesmas é a perda, pelas fezes, das calorias ingeridas. As complicações ocorrem pela grande quantidade de intestino desfuncionalizado, que leva a um supercrescimento bacteriano no extenso segmento intestinal excluído, provocando alta incidência de complicações digestivas tais como diarreia, cirrose, pneumatose intestinal e artrites. Pelo exposto, não mais devem ser realizadas.

## C) CIRURGIAS MISTAS

As cirurgias mistas para tratamento de obesidade mórbida associam restrição e disabsorção de nutrientes em maior ou menor grau pelo intestino, dependendo da técnica empregada e da extensão do intestino delgado excluído do trânsito alimentar, levando a perdas ponderais significativas.

Além disso, essas cirurgias têm efeitos independentes da perda de peso ao modificar a produção de hormônios gastrintestinais, cujos efeitos podem afetar a saciedade e a produção de insulina.

**1- CIRURGIAS MISTAS COM MAIOR COMPONENTE RESTRITIVO** - esse grupo de cirurgias compreende as diversas modalidades de derivação gástrica com reconstituição do trânsito intestinal em Y de Roux.

**CIRURGIA REGULAMENTADA:** cirurgia de gastroplastia com reconstituição em Y de Roux. Essa cirurgia, além da restrição mecânica representada pela redução gástrica, restringe a ingestão alimentar e modifica a produção de hormônios que modulam a fome e a saciedade. Acreditava-se que a colocação de um anel estreitando a passagem pelo reservatório antes da saída da bolsa para a alça jejunal retardaria o esvaziamento para sólidos, aumentando, ainda mais, a eficácia dos

procedimentos. Atualmente, a literatura aponta para resultados benéficos semelhantes com ou sem anel. Complicações nutricionais podem ser mais frequentes com a colocação do anel.

**VANTAGENS:** perda de peso adequada e duradoura, com baixo índice de insucesso. Tratam também a doença do refluxo.

Apresentam taxas aceitáveis de complicações a longo prazo. São potencialmente reversíveis, embora com dificuldade técnica.

Apresentam bons resultados em termos de melhoria da qualidade de vida e doenças associadas.

Essa operação também apresenta efeitos metabólicos independentes da perda de peso. Ocorrem modificações funcionais e hormonais do tubo digestivo, com efeitos benéficos adicionais sobre o controle ou reversão das comorbidades metabólicas, em especial sobre o diabetes tipo 2.

**DESVANTAGENS:** tecnicamente complexas; acesso limitado ao estômago excluído e ao duodeno para métodos radiológicos e endoscópicos; passíveis de complicações como deiscência de suturas; maiores chances de deficiências protéicas e anemia do que as cirurgias restritivas.

**2- CIRURGIAS MISTAS COM MAIOR COMPONENTE DISABSORTIVO** - são procedimentos que envolvem menor restrição da capacidade gástrica, o que permite maior ingestão alimentar, com predomínio do componente disabsortivo.

**CIRURGIAS REGULAMENTADAS:** a) cirurgia de derivação bílio-pancreática com gastrectomia horizontal (cirurgia de Scopinaro); b) cirurgia de derivação bílio-pancreática com gastrectomia vertical e preservação do piloro (cirurgia de duodenal switch).

Essas técnicas também apresentam efeitos independentes da perda de peso. Ocorrem modificações funcionais e hormonais do tubo digestivo, com efeitos benéficos adicionais sobre o controle ou reversão das comorbidades metabólicas, em especial sobre o diabetes tipo 2 e a dislipidemia.

**VANTAGENS:** há menor restrição da ingestão alimentar; são muito eficazes em relação à perda de peso e manutenção a longo prazo. O reservatório gástrico é completamente acessível aos métodos de investigação radiológica e endoscópica.

**DESVANTAGENS:** mais sujeitos às complicações nutricionais e metabólicas de controle mais complexo, tais como deficiência de vitaminas lipossolúveis, deficiência de vitamina B12, cálcio, e ferro; desmineralização óssea; úlcera de boca anastomótica; aumento do número de evacuações diárias, com fezes e flatos muito fétidos.