



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

ALINE ORLANDI CORADINI

**TRANSGERACIONALIDADE E DINÂMICA FAMILIAR NA
PERSPECTIVA DE MULHERES COM OBESIDADE MÓRBIDA**

FLORIANÓPOLIS, SC
2017

ALINE ORLANDI CORADINI

**TRANSGERACIONALIDADE E DINÂMICA FAMILIAR NA
PERSPECTIVA DE MULHERES COM OBESIDADE MÓRBIDA**

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

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Carmen L. O. O. Moré

FLORIANÓPOLIS, SC
2017

Aline Orlandi Coradini

Transgeracionalidade e dinâmica familiar na perspectiva de mulheres com obesidade mórbida

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, 23 de Junho de 2017.



Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes
(Coordenador - PPGP/UFSC)



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



Dra. Maria Aparecida Crepaldi
(PPGP - UFSC - Examinadora)



Dr. Emerson Leonildo Marques
(CCS - UFSC - Examinador)



Dra. Marina Menezes
(MPSGT - UNIVALI - Examinadora)

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

*Dedico este trabalho aos meus pais,
que sempre acreditaram que a
educação é a melhor herança que se
pode deixar aos filhos. Eis aqui uma
pequena amostra disso.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à Deus pela presença constante, por iluminar os caminhos da minha vida em todos os momentos.

À minha orientadora, professora Carmen Moré, pelos conhecimentos compartilhados, pelo incentivo e apoio constantes, dentro e fora do contexto acadêmico; por ser um exemplo de pessoa íntegra e de profissional ética. Obrigada por me guiar nessa trajetória com tamanho afeto e dedicação.

Aos meus pais, Marilene e Clodomir, que nunca mediram esforços para que meus sonhos se concretizassem, me apoiando em todas as circunstâncias. Ao meu pai, o grande incentivador da minha trajetória acadêmica, obrigada por persistir comigo na ideia de fazer esse mestrado. À minha mãe, cuja fé inabalável, o amor e a dedicação à nossa família me constituíram enquanto pessoa.

À minha irmã Amanda, com quem aprendo a compartilhar desde sempre. Ao meu sobrinho Bernardo, que nos momentos mais oportunos me presenteia com suas risadas e brincadeiras, me transportando para as minhas mais belas memórias infantis. A “Titi” não poderia ser mais grata.

Ao meu amor, Filipe, meu companheiro que esteve ao meu lado em cada etapa, compreendendo pacientemente as minhas ausências ao longo desse percurso. Obrigada por acreditar desde sempre que eu conseguiria.

À Mariana Backes, querida amiga que me acompanha desde o estágio em famílias no SAPSI, e à quem devo minha eterna gratidão pelas colaborações durante o processo seletivo para esse mestrado, sem o qual não teria sido possível chegar até aqui.

À Priscila Pellegrini, uma das gratas surpresas que a vida me deu nos últimos tempos. Minha grande parceira, com quem divido dilemas de co-terapia, e a quem agradeço imensamente pelas trocas enriquecedoras ao longo desse percurso. Obrigada por fazer parte do meu processo de construção enquanto terapeuta e por me ajudar a decifrar os intrigantes enigmas de ser como somos. É muito bom saber que posso contar com você!

Aos queridos amigos que o mestrado me deu, Bettieli, Luciano e Renato, e aos agregados, Poliana, Raquel, Isis, Lúcio e Lara. Com vocês o mestrado foi muito mais leve! Obrigada pelas risadas, churrascos, pizzas, ostras e chopps compartilhados.

Aos colegas do LABSFAC Marcos, Vanderléia, Scheila e Girlane por dividirem comigo as experiências da vida acadêmica. À Alessandra

e Francieli em especial pela contribuição nas leituras atenciosa dos artigos e na análise dos genogramas.

Às profissionais do serviço de psicologia, Rejane, Morgana, Nikole e Vanessa, as quais me auxiliaram enriquecendo as reflexões sobre a temática da obesidade e foram fundamentais para o processo de coleta de dados. À Cibele, pela leitura cuidadosa do método e cuja experiência como pesquisadora trouxe contribuições importantes para esse trabalho. Muito obrigada pelo acolhimento, meninas!

Aos professores, Cida, João David e Denise, e aos colegas do Familiar, que possibilitaram que as aulas da especialização fossem muito além da formação profissional. Em especial à Prof. Cida, que durante a graduação me inspirou a estudar famílias. Obrigada por essa linda co-construção!

À Mônica Gonçalves, supervisora competente, psicóloga acolhedora e “vidente” nas horas vagas. Muito obrigada por me permitir entrar em contato com tantas coisas. Pelo crescimento proporcionado e pelo apoio incondicional. Os teus “estou aqui se precisar” foram essenciais nos meus dias.

À Capes, pelo auxílio financeiro que me possibilitou a dedicação necessária a este trabalho.

Por fim, agradeço às mulheres participantes dessa pesquisa, por me permitirem conhecer uma parte de suas histórias e de suas famílias.

À todos vocês, que fizeram parte dessa trajetória, a minha eterna gratidão!

Coradini, A.O (2017). Transgeracionalidade e dinâmica familiar na perspectiva de mulheres com obesidade mórbida. Florianópolis, 2017. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina.
Orientadora: Dr^a Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré
Data da defesa: 23/06/2017

RESUMO

Na última década a obesidade enquanto fenômeno multideterminado tem se constituído progressivamente em um importante problema de saúde pública. Além de prejuízos à saúde física, a doença também acarreta problemas psicológicos e sociais. Entre as mulheres este fato se torna ainda mais evidente, já que para o sexo feminino a obesidade e as cobranças da sociedade em relação à aparência são considerados fatores causadores de sofrimento psíquico, afetando o modo como estas se percebem, bem como seus relacionamentos afetivos e sociais. Nessa perspectiva, o desenvolvimento da doença ocorre em meio a uma trama de relações que se sustenta em hábitos alimentares da família, envolvendo todos os seus membros. O presente estudo tem por objetivo compreender as relações entre o desenvolvimento da obesidade mórbida e a dinâmica relacional familiar na perspectiva das mulheres. A pesquisa foi realizada em um serviço de cirurgia bariátrica de um hospital-escola da região sul do Brasil. Participaram do estudo 12 mulheres, e a coleta dos dados ocorreu por meio da observação participante de campo, da entrevista semiestruturada e da aplicação do genograma. Os dados obtidos foram organizados e analisados utilizando os princípios da Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory), com auxílio do software Atlas-ti 7.5.7 e para a construção gráfica dos genogramas, utilizou-se o software Genopro 3.0.0.7. Os resultados revelaram a escassez de estudos que abordem especificamente a relação entre a história dos vínculos afetivos familiares e o desenvolvimento da obesidade. Identificou-se que para o sexo feminino, as experiências ligadas à maternidade e eventos estressores do ciclo vital, tais como lutos, rupturas de vínculos afetivos, mortes trágicas na família e violência familiar, são fatores importantes no surgimento da doença. Observou-se a dificuldade das mulheres com relação à autopercepção e ao autocuidado, o que pareceu contribuir para a invisibilização do problema, dificultando a adesão ao tratamento. A presença do estigma social e do preconceito com relação à obesidade foi observada tanto em seus relacionamentos afetivo-conjugais, como em seu entorno social. Os

resultados do estudo mostraram a estreita relação existente entre o desenvolvimento da obesidade e a dinâmica relacional familiar. Foi possível observar em termos transgeracionais a presença de padrões emaranhados com vínculos de superenvolvimento nas famílias investigadas, evidenciando a dificuldade destas no processo de diferenciação familiar e na busca pela autonomia de seus membros. Conclui-se sobre a necessidade de se trabalhar para promover a autonomia de indivíduos obesos, de forma a possibilitar uma melhor adesão ao tratamento. Sendo a obesidade um fenômeno complexo pela diversidade de elementos que nele se conjugam, ressalta-se a importância de se trabalhar conjuntamente as histórias médicas e as histórias dos vínculos afetivos na família.

Palavras-chave: obesidade, obesidade mórbida, dinâmica familiar, transgeracionalidade, mulheres.

ABSTRACT

In the last decade, obesity as a multidetermined phenomenon has progressively become an important public health problem. Besides damages to physical health, the disease also entails psychological and social problems. Among women, such fact becomes even more evident, since for females obesity and social pressure regarding appearance are considered factors that cause psychic suffering, influencing the way women perceive themselves and their affective and social relationships. In this perspective, the disease development process occurs in the midst of a web of relations based on family eating habits, involving all of its members. This study aims to understand the relationship between the morbid obesity development process and family relational dynamics, in the perspective of women. The research was conducted at a bariatric surgery center of a teaching hospital in the South Region of Brazil. Twelve women participated in the study, and data collection was carried out through field participant observations, semi-structured interviews and genogram implementation. The obtained data were organized and analyzed using the principles of Grounded Theory, with the aid of the software Atlas-ti 7.5.7, and genograms were designed using the software Genopro 3.0.0.7. Results revealed the lack of studies that specifically address the relationship between the history of family affective bonds and the development of obesity. It was noticed that for females, motherhood-related experiences and life-cycle stressors, such as mourning, rupture of affective bonds, tragic deaths in the family and family violence, are important factors to the onset of the disease. It was observed that these women had difficulty in terms of self-perception and self-care, which seemed to contribute to the invisibilization of the problem, making adherence to treatment more difficult. The existence of social stigma and obesity-related prejudice was observed both in their affective-conjugal relationships and in their social environment. The study data confirmed the close relationship between obesity development and family relational dynamics. In transgenerational terms, it was possible to observe the existence of entangled patterns with overinvolvement bonds in the investigated families, evidencing their difficulty in the process of family differentiation and in their members' search for autonomy. In conclusion, it is necessary to work to promote the autonomy of obese individuals, in order to allow better adherence to treatment. Since obesity is a complex phenomenon due to the diversity of elements combined in it, it is important to analyze medical history along with affective bond histories in the family.

Key words: obesity, morbid obesity, family dynamic, transgenerationality, women.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Etapas do processo de preparação e avaliação pré-cirúrgico.34
- Figura 2 - Exemplo de genograma com seus respectivos símbolos 44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação do IMC	23
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica das participantes	54
Tabela 3 - Caracterização das condições clínicas das participantes	56
Tabela 4 - Apresentação das categorias, subcategorias e elementos de análise.....	58

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	21
1.1 OBJETIVOS	29
1.1.1 Objetivo Geral	29
1.1.2 Objetivos Específicos.....	29
2. MÉTODO	31
2.1 CARACTERIZAÇÃO E DELINEAMENTO DA PESQUISA	31
2.2 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PESQUISA.....	32
2.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	37
2.4 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	39
2.4.1 Observação participante de Campo.....	39
2.4.2 Roteiro de Entrevista Semiestruturada.....	42
2.4.3 Genograma.....	43
2.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS E CUIDADOS ÉTICOS.....	47
2.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	50
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	53
3.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA .	53
3.2 APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DE ANÁLISE.....	57
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	63
4.1 ARTIGO 1: OBESIDADE, FAMÍLIA E TRANSGERACIONALIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	65
4.2 ARTIGO 2: O DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE E SEUS SIGNIFICADOS EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE OBESIDADE MÓRBIDA.	66
4.3 ARTIGO 3: AS HISTÓRIAS DOS VÍNCULOS AFETIVOS E O DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE OBESIDADE MÓRBIDA.	67
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
6. REFERÊNCIAS:	75

APÊNDICES	81
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	82
APÊNDICE B – INSTRUÇÕES PARA APLICAÇÃO DO GENOGRAMA.....	85
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	86
APÊNDICE D - CÁLCULO DE ACORDO DOS JUÍZES DO GENOGRAMA GENOGRAMA 1: (P3).....	88
APÊNDICE E – QUADRO COMPLETO DE CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DE ANÁLISE.	92
APÊNDICE F – GENOGRAMAS DAS FAMÍLIAS PARTICIPANTES	98
Genograma da família da P1.....	98
Genograma da família da P2.....	99
Genograma da família da P3.....	100
Genograma da família da P4.....	101
Genograma da família da P5.....	102
Genograma da família da P6.....	103
Genograma da família da P7.....	104
Genograma da família da P8.....	105
Genograma da família da P9.....	106
Genograma da família da P10.....	107
Genograma da família da P11.....	108
ANEXOS.....	111
ANEXO A - SÍMBOLOS DO GENOGRAMA ADAPTADOS POR WENDT & CREPALDI (2008).....	112
ANEXO B - PORTARIA Nº 424.....	113

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa insere-se na linha de pesquisa “Saúde e contextos de desenvolvimento psicológico” do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP-UFSC). A mesma também faz parte do conjunto de estudos que envolve a temática da dinâmica relacional familiar, elaborados pelo Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade (LABSFAC) da Universidade Federal de Santa Catarina. Pretende-se com esta pesquisa evidenciar as relações entre as temáticas de obesidade e dinâmica familiar, auxiliando no avanço dos conhecimentos sobre o tema, de forma a problematizar dados já revelados e lacunas dos estudos publicados até o presente momento.

A construção da proposta de investigação a respeito da temática decorre da trajetória acadêmica e profissional da autora, cujo interesse pelas relações familiares a fez optar pelo prosseguimento dos estudos no contexto da Terapia Relacional Sistêmica. Concomitantemente, as demandas de atendimento clínico relacionadas aos transtornos alimentares e aos distúrbios de autoimagem em sua atuação como terapeuta de família fizeram com que as inquietações dessas demandas se transformassem em questionamentos, que mobilizaram para a busca de suas respostas. Trata-se de um trabalho que visa a ampliar o olhar sobre o fenômeno da obesidade para além de uma doença de caráter biológico, de forma a entendê-lo como um processo que se sustenta no contexto familiar, social e cultural. Assim, busca-se integrar as informações obtidas de modo a oferecer dados qualitativos relevantes que auxiliem na melhor compreensão do fenômeno em questão.

Os crescentes índices de obesidade têm chamado a atenção para este recente fenômeno mundial, o qual vem sendo considerado como uma das maiores epidemias do século XXI. Nesse cenário, o número de pessoas obesas tem crescido consideravelmente entre a população, e em ritmo acelerado, o que coloca a doença como uma das maiores preocupações no âmbito da saúde pública atualmente. Segundo dados da nota descritiva nº 311 da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016), mais de 1 bilhão e 900 milhões de adultos acima dos 18 anos apresentam sobrepeso, sendo que, destes, mais de 600 milhões são considerados obesos em todo o mundo (dados relativos a 2014). A prevalência da obesidade mundial mais do que dobrou entre os anos de 1980 e 2014 e o índice entre a população adulta mundial é de aproximadamente 13%. O problema estende-se a todas as faixas etárias, incluindo as crianças, pois em 2014, mais de 42 milhões de crianças menores de cinco anos já apresentavam sobrepeso ou obesidade. Entre

os países com maior número de obesos entre a população estão, respectivamente, os Estados Unidos, a China, a Índia, a Rússia e o Brasil, que aparece em posição de destaque na 5ª colocação (OMS, 2016; Marie *et al.*, 2013).

No contexto brasileiro, a Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e divulgada, em 2015, apontou que 56,9% da população brasileira está com sobrepeso e 20,8% está obesa. Os dados da pesquisa também indicaram que o problema da obesidade é maior no sexo feminino, posto que 24,4% das mulheres brasileiras estão obesas, enquanto no sexo masculino este índice é de 16,8%. Para que se possa obter um comparativo em termos da evolução da doença, entre os anos de 2003 e 2013, observou-se que o índice de mulheres acima dos 20 anos que apresentavam obesidade passou de 14% para 25,2%. Já entre os homens da mesma faixa etária, o crescimento foi menor, passando de 9,3% para 17,5% neste mesmo período (IBGE, 2015). Tais dados são alarmantes e apontam para a necessidade cada vez maior de se entender este fenômeno.

A obesidade é definida, segundo a OMS (2016), como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura que pode ser prejudicial à saúde. A obesidade é considerada uma integrante do grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as quais têm como principais características uma história natural prolongada, diversos fatores de riscos complexos e fatores etiológicos desconhecidos, longo período assintomático e um curso clínico geralmente lento, prolongado e permanente (OMS, 2016; Pinheiro, Freitas, & Corso, 2004). Para a classificação da doença, o critério adotado pela OMS é o *Índice de Massa Corporal (IMC)*. Este índice é composto pelo cálculo do peso do indivíduo em quilogramas, dividido pelo quadrado de sua altura em metros, que pode ser expresso pela seguinte fórmula:

$$\text{IMC} = \text{PESO (Kg)} \div \text{ALTURA}^2 \text{ (m)}$$

Com base nesse índice, é possível analisar os diferentes graus da obesidade. Para compor esta classificação foram relacionados os níveis de IMC, conforme mostra a tabela 1:

Tabela 1 – Classificação do IMC

IMC	Classificação
< 18,5	Abaixo do peso
Entre 18,6 e 24,9	Normal
Entre 25,0 e 29,9	Sobrepeso
Entre 30 e 34,9	Obesidade Grau I
Entre 35 e 39,9	Obesidade Grau II
> 40	Obesidade Grau III (ou Obesidade Mórbida)

De acordo com a Tabela 1, indivíduos cujo IMC esteja entre 25 e 29,9 encontram-se com sobrepeso. Indivíduos cujo IMC seja igual ou superior a 30 são considerados obesos, sendo a obesidade subdividida progressivamente entre os graus I, II e III (OMS, 1995). Esta última, também denominada de obesidade mórbida, é a que representa maiores riscos à saúde dos indivíduos afetados, sendo o foco da presente pesquisa. É interessante destacar aqui que o IMC é uma medida classificatória científica amplamente reconhecida como referência para o diagnóstico da obesidade mórbida, tendo consenso na sua utilização na clínica, e sendo utilizado também como critério de inclusão de participantes na presente investigação. Por sua vez, registra-se que essa medida tem sido questionada pelos especialistas, os quais passaram a considerar novas formas de classificação, como o recíproco do índice ponderal¹, por esta medida ter apresentado maior robustez em estudos realizados. O questionamento em relação ao IMC se dá pelas limitações e restrições teóricas que este apresenta, pois o mesmo não é capaz de diferenciar a ampla variação de distribuição de gordura, além de desconsiderar diferenças populacionais e as proporções corporais (Ricardo & de Araújo, 2002; ABESO, 2009, Damasceno *et al.*, 2003).

No cenário atual, as alterações na rotina de alimentação e nos hábitos de vida da população são descritas como as principais responsáveis pelo aumento da prevalência de obesidade em nível mundial. A OMS aponta que os principais fatores desencadeadores dessa epidemia são o aumento na oferta de alimentos ricos em gorduras, sal e açúcares, juntamente com a diminuição das atividades físicas, sendo ambos os processos influenciados pela crescente urbanização e industrialização em todo o mundo. Concomitantemente, a produção científica sobre o tema apresenta a obesidade como uma doença multifatorial, na qual estão presentes tanto aspectos biológicos,

¹ O recíproco do índice ponderal (RIP), é calculado pela razão da altura (cm) dividida pela raiz cúbica do peso corporal (kg).

metabólicos e genéticos, quanto os aspectos culturais, sociais, econômicos e psicológicos (Nascimento, Bezerra, & Angelim, 2013; Pinheiro, Freitas, & Corso, 2004; Silva, 2005). Nesse contexto, a doença configura-se como um fenômeno multideterminado, cuja ocorrência se deve a diversos fatores que interagem entre si. Assim, faz-se necessária a utilização de uma perspectiva do fenômeno que considere todos esses elementos e suas relações, e que busque compreendê-los de maneira integrada, sem separá-los em níveis de análise distintos e desarticulados, requerendo para isso um olhar multidisciplinar e interdisciplinar.

Nesse sentido, os pressupostos epistemológicos que nortearam a compreensão do fenômeno da obesidade na presente pesquisa estão ancorados na Perspectiva da Complexidade, proposta por Edgar Morin (2011). Segundo o autor, para um fenômeno complexo convergem diferentes aspectos que se conjugam entre si, sendo que o seu entendimento passa, necessariamente, pela análise das inter-relações estabelecidas entre os múltiplos elementos que o constituem à luz de seu contexto. A multidimensionalidade do fenômeno complexo remete ao reconhecimento da impossibilidade de abarcar um conhecimento na sua totalidade, o que implica na busca pela articulação entre diferentes saberes para melhor compreensão do fenômeno, ou seja, pensar com base na perspectiva do pensamento complexo significa desenvolver e exercitar a interdisciplinaridade entre os saberes envolvidos.

O conjunto de elementos presentes no quadro de obesidade evidencia que o tratamento da doença se constitui em desafio para os especialistas das áreas da saúde, os quais vêm discutindo as possibilidades para a redução do peso dos pacientes. A busca pelo método mais eficaz é constante e cada vez mais surgem novos medicamentos e terapias que buscam atingir tal objetivo. O desafio no contexto do tratamento da obesidade mórbida é a manutenção do peso em longo prazo, que exige mudanças de hábitos alimentares e estilo de vida (Magdaleno Jr, Chaim, & Turato, 2009).

Entre as principais propostas de tratamentos utilizadas estão os fármacos, as dietas alimentares, as intervenções psicoterápicas, as atividades físicas e a cirurgia. Esta última, denominada cirurgia bariátrica, deve ser empregada como o último recurso e envolve a utilização de técnicas que atuam provocando o emagrecimento, seja por diminuição da ingestão de alimentos, seja por restrição da absorção alimentar (Nascimento, Bezerra, & Angelim, 2013). Recentemente, tem se constatado um número expressivo de pacientes que apresentam reganho de peso após a cirurgia bariátrica. Sobre esse aspecto, a literatura relacionada ao tema afirma que o tratamento cirúrgico da

obesidade é considerado como o mais eficaz para a perda efetiva de peso, mas sua realização não garante que os seus resultados serão permanentes, uma vez que o sucesso do procedimento está, sobretudo, na capacidade de adaptação do paciente aos novos hábitos de vida e padrões alimentares (Theodoro, 2015).

A cirurgia bariátrica apresenta diferentes técnicas cirúrgicas, entre as quais estão as restritivas, as desabsortivas e as mistas. As técnicas restritivas visam à diminuição da capacidade de ingestão dos alimentos, cuja intervenção é realizada no estômago, fazendo com que o seu volume seja reduzido. As técnicas desabsortivas atuam de modo a reduzir a capacidade de absorção de calorias e nutrientes pelo intestino. Já nas técnicas mistas são realizadas intervenções com características tanto restritivas, como desabsortivas. Entre as técnicas mistas, a mais utilizada é o ByPass Gástrico, conhecida também como Derivação Gástrica em Y de Roux ou cirurgia de Fobi-Capella, a qual corresponde a 75% das cirurgias realizadas no Brasil. Para obter a indicação cirúrgica, o indivíduo deve apresentar um índice de massa corporal (IMC) acima de 40 kg/m² ou maior que 35 kg/m² com comorbidades associadas, além de ter se submetido a tratamento clínico por pelo menos dois anos, sem alcance dos resultados esperados (SBCBM, 2017; Fandiño, Benchimol, Coutinho, & Appolinário, 2004).

Entre as preocupações relativas à obesidade mórbida está o fato de que sua presença pode elevar o risco de morte dos pacientes em até cinco vezes, devido à sua associação com outras doenças chamadas de comorbidades, como a hipertensão arterial, o *diabetes mellitus*, os problemas cardiovasculares e alguns tipos de câncer, como o de endométrio, mama e cólon. As consequências da obesidade mórbida abrangem ainda os aspectos psicológicos, pois aparecem comumente associados ao seu desenvolvimento sintomas como depressão, ansiedade, alterações de humor, além da formação de um autoconceito negativo, como a baixa autoestima, insegurança, vergonha etc. (Carvalho, 2005; Silva & Costa, 2005; Nascimento, Bezerra, & Angelim, 2013).

Os padrões estéticos estabelecidos pela sociedade atual envolvem a busca por corpos cada vez mais perfeitos e magros e a desvalorização do corpo “gordo”. Este fato é apontado como elemento gerador de sofrimento para indivíduos obesos, os quais não se encaixam nestes padrões. Assim, evidenciam-se prejuízos no âmbito relacional destes sujeitos, tais como discriminação, preconceito e isolamento social, além de sentimentos de rejeição e exclusão, sendo o obeso socialmente percebido e estigmatizado como alguém preguiçoso, feio, descuidado e

assexuado (Goldenberg & Ramos, 2007; Teichmann, Olinto, Costa, & Ziegler, 2006; Almeida, Zanatta, & Rezende, 2012).

Na contemporaneidade, a busca incessante para atingir aos padrões de beleza socialmente aceitos constitui-se em imperativo para o sexo feminino. Desta maneira, a autoimagem corporal de mulheres obesas é vivenciada sob o prisma da depreciação, o que pode influenciar as percepções em relação ao ambiente, modificando suas atitudes e o modo como elas se relacionam (Marcuzzo, Pich, & Dittrich, 2012; Cash & Pruzinsky, 2002; Almeida, Zanatta, & Rezende, 2012). Este fato reflete-se nas demandas dos serviços de saúde, como pode ser percebido nos atendimentos clínicos para a realização de cirurgias bariátricas nos hospitais gerais que atendem esta população, onde a maior parte da demanda é constituída pelo sexo feminino (Nascimento, Bezerra, & Angelim, 2013; Capitão & Tello, 2004).

Além dos aspectos culturais, também se fazem presentes nesse contexto a composição biológica do corpo da mulher, com todas as suas alterações hormonais, que tende a favorecer o ganho de peso ao longo de seu ciclo de vida. Em ambos os sexos, o ganho de peso é maior entre os 25 e 44 anos de idade; porém, durante este período, o homem ganha, em média, 4 quilos, enquanto a mulher ganha aproximadamente 7 quilos. Após os 50 anos de idade, o peso dos homens ao longo dos anos estabiliza-se, o que não ocorre entre as mulheres. Elas podem continuar ganhando peso até os 60 anos de idade, quando, só então, seu peso se estabiliza, ou passa a diminuir (Capitão & Tello, 2004). A experiência gestacional é apontada no conjunto de publicações sobre a temática como um fator de destaque nos processos de desenvolvimento da obesidade para o sexo feminino, pois, nesse período, ocorrem alterações em sua composição corporal que favorecem o ganho excessivo de peso (Nascimento, Bezerra, & Angelim, 2013; Ferreira & Benício, 2015).

O contexto no qual a mulher obesa encontra-se inserida também influencia e é influenciado por suas experiências pessoais, tornando-se um fator determinante, já que o estigma social vivenciado por elas repercute em suas relações sociais, familiares e profissionais (Pinto & Bosi, 2010; Nascimento, Bezerra, & Angelim, 2013; Copat, 2013). Nesse sentido, a família adquire centralidade, pois ela é o ambiente primário de interação e desenvolvimento humano, e onde se constroem os principais vínculos afetivos. A família é considerada um sistema complexo de organização que está em constante transformação, com uma dinâmica própria de funcionamento (Minuchin, 1990). Entende-se por dinâmica familiar as interações presentes nos comportamentos observáveis de seus membros, referindo-se ao modo como a família se

organiza, como mantém seus vínculos, como seus membros estabelecem seus papéis hierárquicos e de poder e como resolvem seus conflitos (Andolfi, 2003; Cervený, Berthoud, Coelho, & Oliveira, 2002).

Estudos têm demonstrado a importância da família, tanto no que se refere ao desenvolvimento da obesidade, como nas possibilidades de tratamento, sendo que o apoio recebido pelos familiares tem sido apontado como importante aliado nos processos de intervenção. Além disso, a obesidade na família apresenta-se como um problema recorrente, que se faz presente em vários de seus membros, em diferentes gerações. Os fatores genéticos são descritos como importantes elementos neste contexto, e estima-se que a carga genética seja de 40 a 70% responsável pelo problema. Assim, considera-se pertinente o questionamento a respeito das consequências e efeitos da presença da obesidade em longo prazo, uma vez que a repetição da doença no contexto familiar pode acarretar uma naturalização do processo de ganho excessivo de peso, dificultando, assim, a percepção acerca dos riscos envolvidos e da necessidade de tratamento para os indivíduos afetados (Pinto & Bosi, 2010; Marques-Lopes, Marti, Moreno-Aliaga & Martínez, 2004; Otto & Ribeiro, 2012).

A obesidade tem sido compreendida também como um fenômeno transgeracional, na medida em que sua transmissão ocorre entre diferentes gerações. Segundo Falcke e Wagner (2014), o conceito de transgeracionalidade diz respeito à transmissão de legados familiares de geração em geração por meio de uma perspectiva histórica. As autoras diferenciam ainda os termos “transgeracionalidade” e “intergeracionalidade”. O primeiro refere-se aos componentes que perpassam a história familiar e que permanecem ao longo das gerações, abrangendo assim um período maior do histórico familiar. Já o segundo diz respeito à noção de reciprocidade, que sugere a passagem de uma geração para a outra, envolvendo, deste modo, somente duas das gerações da família (Falcke & Wagner, 2014). Nesse sentido, o conceito escolhido para ser utilizado no presente estudo foi o de transgeracionalidade, uma vez que ele remete ao processo de transmissão da obesidade numa perspectiva longitudinal, entre as diversas gerações de uma mesma família.

Entre os aspectos presentes na transgeracionalidade da obesidade estão, além dos fatores genéticos, a construção do ambiente alimentar, o compartilhamento de hábitos alimentares, de valores e crenças desde a infância, os quais são considerados elementos importantes no desenvolvimento da doença dentro da família. Nessa perspectiva, torna-se necessário que, ao estudar o fenômeno, o pesquisador esteja atento ao

contexto em que o paciente se encontra inserido, buscando compreender as relações existentes entre o surgimento da doença e a dinâmica relacional familiar (Pinto & Bosí, 2010; Otto & Ribeiro, 2012; Tassara, 2012).

Diante do exposto, cabe neste momento apresentar algumas das indagações que norteiam esta investigação; são elas: Quais as relações entre família, obesidade e transgeracionalidade no contexto da produção científica atual? Quais os significados atribuídos à obesidade mórbida na perspectiva das mulheres? Como ocorre o desenvolvimento da obesidade na história individual e familiar das mulheres? Como se constroem os vínculos afetivos da família de origem e da atual, presentes na dinâmica familiar de mulheres com obesidade mórbida? Ao responder tais questionamentos, pretende-se oferecer subsídios para psicólogos e profissionais da saúde que atuam direta ou indiretamente com os efeitos e consequências da obesidade mórbida.

A presente investigação apoia-se no pressuposto de que as histórias dos vínculos afetivos que sustentam a trama relacional das famílias que lidam com a obesidade afetam, tanto o surgimento, como a manutenção desta doença crônica. Entende-se por vínculo afetivo as interações diádicas nas quais a proximidade com uma figura específica e especial, é mantida em razão da sensação de segurança proporcionada na relação (West & Sheldon-Keller, 1994). Assim, os vínculos afetivos se tornam um elemento importante da dinâmica familiar, uma vez que estes estabelecem a segurança e a proximidade emocional entre os membros da família.

Nesse sentido, as histórias dos vínculos afetivos que o indivíduo constrói ao longo de seu processo de desenvolvimento psicológico individual e familiar sustentam ações e hábitos alimentares, que contribuem para o surgimento deste quadro. Acredita-se que tais hábitos são naturalizados pelos membros da família de tal maneira, que estes parecem não adquirir o discernimento sobre os riscos e danos causados pela enfermidade. Assim, a relevância da presente pesquisa encontra-se na possibilidade de contribuir para o processo de visibilidade e de problematização aos membros da família a respeito da dinâmica que sustenta os seus hábitos alimentares.

Considera-se que, ao compreender os efeitos da obesidade mórbida na dinâmica familiar, podem-se encontrar informações que auxiliem os profissionais a desenvolver estratégias que se amparem numa posição de clínica ampliada e integrada, para pensar na prevenção e no tratamento deste problema. No que se refere à intervenção, busca-se com esta pesquisa evidenciar a necessidade de inclusão da família dos

pacientes nos protocolos de atendimento e nas políticas públicas de saúde voltadas para o tratamento da obesidade.

Dessa forma, a pergunta de pesquisa norteadora do presente estudo é a seguinte: Quais as relações entre o desenvolvimento transgeracional da obesidade mórbida e a dinâmica relacional familiar na perspectiva das mulheres?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

- Compreender as relações entre o desenvolvimento transgeracional da obesidade mórbida e a dinâmica relacional familiar, na perspectiva de mulheres atendidas em um serviço de cirurgia bariátrica.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar as relações entre família, obesidade e transgeracionalidade no contexto da produção científica atual.
- Analisar o desenvolvimento da obesidade na história individual e familiar das mulheres.
- Caracterizar os significados atribuídos à obesidade mórbida na perspectiva das mulheres.
- Identificar a história dos vínculos afetivos da família de origem e atual presentes na dinâmica familiar de mulheres com obesidade mórbida, na perspectiva transgeracional.

2. MÉTODO

2.1 CARACTERIZAÇÃO E DELINEAMENTO DA PESQUISA

O presente estudo se caracteriza por ser de natureza qualitativa, uma vez que esta tem por objetivo conhecer os significados das experiências dos participantes, bem como seus valores e seus pontos de vistas, no ambiente natural em que ocorrem (Sampieri, Collado & Lucio, 2006). Esta abordagem permite ao pesquisador obter informações sobre os fenômenos, tais como sentimentos, processos de pensamento e emoções que são, em geral, muito difíceis de serem acessados por outros métodos (Strauss & Corbin, 2008).

Tendo como pano de fundo a Epistemologia da Complexidade, a presente pesquisa está fundamentada em três princípios epistemológicos norteadores da pesquisa qualitativa, os quais embasaram a produção de conhecimento, e permitiram reconhecer a posição do pesquisador em campo. Estes princípios norteadores são: (1) *o conhecimento é uma produção construtivo-interpretativa*, o que significa que a produção de conhecimento está em constante construção pelo pesquisador, o qual faz parte da investigação, atribuindo significados e interpretando o que é trazido pelos participantes durante todo o percurso da pesquisa; (2) *o processo de produção do conhecimento tem caráter interativo*, já que a interação entre pesquisador e pesquisados em seu contexto é o que propicia o desenvolvimento da pesquisa em ciências humanas; e por fim, (3) *a singularidade é condição legítima na produção de conhecimento*, ou seja, os estudos com enfoque qualitativo se atêm às singularidades dos sujeitos, à qualidade, e aprofundamento dos relatos, e não à quantidade de participantes, buscando os detalhes envolvidos nos acontecimentos (González Rey, 2002).

O delineamento do presente estudo é transversal, uma vez que foram analisadas informações de um dado momento específico da vida das participantes. Tendo-se em vista os objetivos propostos, o estudo se caracteriza, também, como sendo exploratório-descritivo. A característica exploratória se deve ao intuito de proporcionar uma maior familiaridade com o fenômeno da obesidade mórbida e sua relação com a dinâmica relacional familiar, possibilitando torná-lo mais explícito. Já o lado descritivo do estudo se explica pela tentativa de explicitar as características de determinada população, através do levantamento de suas opiniões, crenças e atitudes com relação a determinado assunto (Gil, 2002).

2.2 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PESQUISA

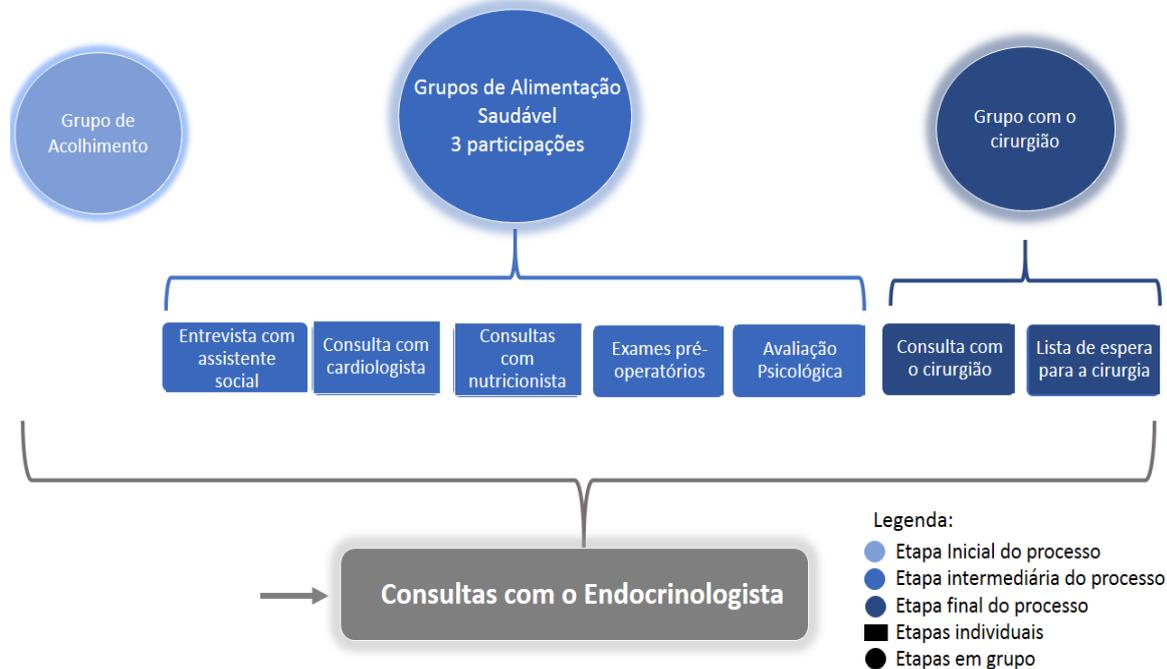
A presente pesquisa foi desenvolvida em um hospital-escola público da região sul do Brasil, sendo esta uma instituição federal, que atende unicamente aos usuários do SUS (Sistema Único de Saúde). Trata-se de um hospital de referência na realização de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade, como a cirurgia bariátrica e que tem uma expressiva demanda de atendimentos para esta finalidade, já que é um dos poucos hospitais públicos que realiza este tipo de cirurgia no estado. Em 2016 foram realizadas ao todo 46 cirurgias bariátricas no referido hospital, sendo 34 em mulheres e 12 em homens, observando-se que há predominância do sexo feminino na procura por este tipo de procedimento.

As participantes da presente pesquisa foram mulheres com diagnóstico de obesidade mórbida que se encontravam em um processo multidisciplinar de preparação para a cirurgia bariátrica. O processo de preparação multidisciplinar está de acordo com as diretrizes da Portaria nº 424 de 19 de março de 2013 do Ministério da Saúde (Brasil, 2013) a qual estabelece a garantia de assistência terapêutica multiprofissional pré e pós-operatória para o tratamento da obesidade no SUS (Anexo B). Nesse sentido, o processo de preparação dos pacientes para a realização da cirurgia bariátrica nesta instituição compreende também as avaliações dos especialistas exigidas nos casos de indicação para o procedimento. Assim, o fluxo adotado no serviço de cirurgia bariátrica do hospital prevê que ambos os processos aconteçam de forma simultânea e integrada. O encaminhamento das pacientes para o hospital é realizado por médicos da rede de saúde de municípios de todo o estado que, ao identificarem a necessidade de realização de cirurgia bariátrica, fazem o encaminhamento para a referida instituição.

Ao chegarem ao hospital, os pacientes começam a ser preparados pela equipe multiprofissional para as mudanças que ocorrerão a partir da realização da cirurgia. A equipe inclui os seguintes profissionais: Nutricionistas, assistentes sociais, endocrinologistas, cardiologistas, cirurgiões e psicólogos. Para que obtenha a autorização para realização da cirurgia bariátrica, o paciente deve ter participado das consultas e ter sido avaliado e aprovado por cada um destes profissionais, sendo este um requisito indispensável para a realização da cirurgia. Se o profissional identificar, em qualquer etapa do processo de preparação, alguma dificuldade ou impossibilidade na realização da cirurgia, em alguns casos os processos cirúrgicos podem ser adiados ou até mesmo recusados.

No intuito de facilitar a compreensão do processo de preparação e avaliação pré-cirúrgico, optou-se por dividi-lo em três fases, as quais foram nomeadas da seguinte forma: Fase Inicial, Fase Intermediária, e Fase Final. A figura 1 foi elaborada com o objetivo de favorecer a visualização de cada uma das etapas deste processo, sendo que as informações detalhadas a respeito destas etapas estão descritas a seguir. Destaca-se que para a elaboração deste diagrama considerou-se as principais etapas constituintes do processo de avaliação da instituição, as quais podem ser alteradas de acordo com as especificidades que se apresentam em cada caso clínico.

Figura 1 – Etapas do processo de preparação e avaliação pré-cirúrgico.



Fonte: Elaborado pela autora

A etapa inicial do processo compreende uma primeira consulta com o endocrinologista, que avalia a necessidade de realização da cirurgia, as condições clínicas gerais de cada caso, e é também quem seguirá acompanhando os pacientes em cada uma das etapas subsequentes. Após essa consulta inicial, o endocrinologista realiza os encaminhamentos necessários para os demais especialistas e para os encontros de grupo. O primeiro deles, denominado de *Grupo de Acolhimento*, se caracteriza por promover o contato inicial entre os pacientes que pretendem realizar a cirurgia e a equipe da instituição. O principal objetivo deste grupo é apresentar aos pacientes cada uma das etapas do processo de preparação e esclarecer as dúvidas em relação ao processo de avaliação para a cirurgia. O *Grupo de Acolhimento* é conduzido pelas profissionais de nutrição em conjunto com as profissionais de psicologia nas dependências do hospital. A partir de então dá-se sequência ao acompanhamento com os demais especialistas.

A etapa intermediária é a mais longa, uma vez que envolve a participação dos pacientes em diversas consultas, nos grupos de *Alimentação Saudável*, e na realização de todos os exames pré-operatórios. Ressalta-se que nesta etapa não há uma ordem definida para as consultas com os especialistas, uma vez que as vagas nas consultas obedecem a lista de espera e a disponibilidade da agenda do hospital. Concomitantemente à realização das consultas com os especialistas, acontecem os encontros dos grupos de *Alimentação Saudável*. O procedimento da instituição prevê a participação dos pacientes em pelo menos três destes encontros, que têm frequência mensal e são coordenados pelas nutricionistas em conjunto com as psicólogas. Eles são realizados em grupo, dentro das dependências do hospital e tem como objetivo apresentar aos pacientes e seus familiares informações e dicas sobre como fazer mudanças em sua alimentação, para que obtenham um estilo de vida mais saudável e ativo. Nesses encontros os pacientes são orientados e incentivados, desde o primeiro momento, a iniciarem as mudanças nos hábitos alimentares e no estilo de vida que serão necessárias após a realização da cirurgia, atingindo dessa forma um processo gradual de adaptação. Além disso, são repassadas aos pacientes informações relevantes sobre como se dará a alimentação destes no período pós-operatório imediato, que inclui a dieta líquida e a dieta pastosa.

Uma das especialidades que faz parte dessa etapa intermediária é o Serviço Social. A entrevista com a assistente social tem como objetivo avaliar a situação socioeconômicas dos pacientes, buscando garantir que estes tenham condições de adquirir os alimentos indicados para

consumo após a cirurgia. Além disso, a assistente social atua no sentido de investigar sobre as redes de apoio dos pacientes no processo pré e pós cirúrgico. Dando continuidade ao acompanhamento dos especialistas, na consulta com o cardiologista são averiguadas as condições clínicas cardíacas para o operação, enquanto nas consultas com as nutricionistas são avaliadas as mudanças alimentares já realizadas e o processo de adesão ao tratamento. Constatando-se a necessidade, os pacientes podem ser encaminhados repetidas vezes para as consultas nutricionais, uma vez que esta especialidade dá sustentação à aprovação no processo de avaliação pré-cirúrgico. A realização dos exames pré-operatórios vão acontecendo paralelamente às consultas com os especialistas, sendo necessária antecedência no seu agendamento diante da expressiva demanda na realização de exames no hospital.

A avaliação psicológica costuma ser realizada no final da etapa intermediária, sendo esta a última especialidade a avaliar os pacientes. O serviço de psicologia conta com uma psicóloga exclusivamente responsável pelo setor de cirurgia bariátrica e duas estagiárias. A avaliação psicológica é realizada com auxílio de um protocolo desenvolvido pelos profissionais e busca identificar as dificuldades encontradas pelos pacientes durante o período de acompanhamento pré-cirúrgico, suas motivações e expectativas para a cirurgia, além de prepará-los para as mudanças que ocorrerão após sua realização. Os psicólogos buscam investigar sobre a história de vida dos pacientes, sobre suas redes de relações, além de auxiliar na identificação de estratégias de enfrentamento diante da obesidade e de possíveis entraves neste processo. Nas consultas, os psicólogos também atuam no sentido de dar orientações sobre a possibilidade de surgimento de sentimentos comuns nos processos pós-cirúrgicos, e de promover a adesão ao tratamento, auxiliando os pacientes na conscientização e responsabilização de suas próprias escolhas.

Ao finalizar as consultas com os especialistas na etapa intermediária, mediante aprovação em cada uma delas, o paciente chega à etapa final do processo de preparação e avaliação pré-cirúrgico. O protocolo interno do hospital prevê uma última reunião em grupo com os pacientes e um dos membros da equipe cirúrgica, a fim de sanar as principais dúvidas, bem como esclarecer os riscos e cuidados envolvidos na operação. Esta reunião é coordenada pelas psicólogas do serviço e costuma contar com a presença de familiares próximos aos pacientes. A última parte do processo consiste na consulta com o cirurgião, em que será avaliada a melhor opção de técnica cirúrgica para cada caso e explicadas todas as etapas do procedimento.

Ao findar este percurso os pacientes são então incluído na lista de espera pela cirurgia, em que aguardam os profissionais do hospital agendarem a sua data de realização. O tempo decorrido em todo o processo de preparação e avaliação pré-operatório da instituição varia de acordo com diversos fatores. Ressalta-se que não existe tempo limite para a finalização desse acompanhamento, que pode ser modificado de acordo com as demandas específicas de cada um dos pacientes e a urgência do quadro clínico, sendo prioritários os casos em que o paciente corre risco de morte. Isto posto, estima-se que o tempo médio entre o início e o final do processo de preparação e avaliação seja de um ano a um ano e meio.

2.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do presente estudo 12 mulheres com diagnóstico de obesidade mórbida que haviam finalizado o processo de preparação e avaliação pré-cirúrgica para cirurgia bariátrica. O número de participantes foi definido de acordo com a constatação do estudo desenvolvido por Guest, Bunce, e Johnson (2006) cujo objetivo era definir parâmetros para estabelecer o número adequado de participantes em pesquisas qualitativas. De acordo com os resultados do estudo, a partir da sexta entrevista começa a ocorrer a repetição dos dados, e a partir da décima segunda entrevista ocorre a saturação destes, em que costuma haver repetição das informações trazidas pelos participantes, sem acrescentar novos elementos relevantes para a criação de novas categorias de análise.

Os critérios de inclusão para a participação neste estudo foram:

- a) Mulheres classificadas dentro da escala de IMC com obesidade mórbida (Maior ou igual a 40) conforme preconizado pela OMS;
- b) Mulheres que participaram do acompanhamento clínico realizado pelos profissionais do hospital;
- c) Mulheres maiores de 18 anos de idade;
- d) Mulheres que ainda não haviam passado pelo procedimento cirúrgico (cirurgia bariátrica);
- e) Mulheres que já haviam realizado a avaliação psicológica pela equipe de psicologia do serviço de referência.

A partir dos diálogos com os profissionais responsáveis pelo serviço de psicologia, entendeu-se que a melhor etapa para realizar a entrevista seria no final do processo de avaliação para a cirurgia, devido

a dois fatores: O primeiro deles é de que as participantes que chegaram até esta etapa já haviam sido avaliadas e aprovadas pelo serviço de psicologia e não apresentariam restrições cognitivas ou psíquicas para a participação no estudo, tais como transtornos graves de humor, ansiedade ou outro sofrimento psíquico intenso. O segundo fator analisado foi de que a entrevista ocorresse em um momento em que as participantes já haviam obtido a autorização de todos os profissionais para realizar a cirurgia, minimizando assim as possibilidades de interferências e de indução de respostas. Além disso, o critério de inclusão de mulheres que ainda não haviam passado pela cirurgia bariátrica justifica-se pela necessidade de delimitar a abordagem dos aspectos referentes especificamente ao fenômeno da obesidade mórbida, uma vez que ao realizarem a cirurgia as pacientes já começam a vivenciar o processo de emagrecimento, o que diverge dos objetivos propostos pelo presente estudo.

O acesso às participantes foi intermediado pela psicóloga responsável pelo setor de cirurgia bariátrica. A psicóloga do serviço foi uma peça-chave em toda a etapa de coleta de dados, pois com ela foi estabelecida o que Moré e Crepaldi (2004) denominam de “Aliança Estratégica do Pesquisador”. As autoras destacam a importância que tem para a pesquisa qualitativa esse tipo de parceria, entre algum integrante significativo da equipe de saúde e o pesquisador, como forma de minimizar as repercussões e o estranhamento da entrada deste último no contexto a ser pesquisado.

Decidiu-se juntamente com a equipe de psicologia que as entrevistas seriam realizadas no período de internação das pacientes, nos dias que antecedem a cirurgia. Os procedimentos da equipe médica do hospital para a operação iniciam cerca de dois ou três dias antes de sua realização, com a administração de medicamentos e uma dieta pré-operatória. Assim, a escolha por realizar as entrevista neste período se deu por considerar-se este um momento propício para o diálogo, em que as pacientes se encontram mais acessíveis e com tempo livre para responder às perguntas, já que aguardam somente pela realização da cirurgia. Além disso, segundo a psicóloga responsável pelo setor, é também neste momento que os vínculos familiares e afetivos se apresentam de maneira mais evidente, vindo à tona algumas atitudes por parte dos familiares que até aquele momento não eram percebidas em função da necessidade de aprovação no processo de avaliação pré-cirúrgica.

2.4 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Para coleta de dados desta pesquisa foram utilizados a Observação Participante de Campo, em que foi elaborado um diário de campo, e aplicados dois instrumentos: a) Roteiro de entrevista semiestruturado e b) Genograma.

2.4.1 Observação participante de Campo

A observação participante de campo é um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de determinada situação social, afim de realizar uma investigação científica. Esta, permite ao pesquisador apreender a realidade pesquisada através do contato direto com o fenômeno observado. A observação participante possibilita uma relação direta entre o pesquisador e seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando de seu cotidiano, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de coletar dados que auxiliem na compreensão do contexto de pesquisa. Este recurso está fundamentado na necessidade que todo pesquisador social tem de relativizar o espaço social de onde provém, aprendendo a se colocar no lugar do participante, e sua importância está na capacidade de compreensão de aspectos que afloram a partir das interações sociais, que seriam impossíveis de serem observados com outros instrumentos e técnicas (Minayo, 2012).

A observação participante também possibilita ao pesquisador integrar-se ao meio, compartilhando hábitos e papéis do grupo pesquisado, o que facilita a compreensão das vivências deste (Laville & Dionne, 1999). A importância científica da observação na pesquisa qualitativa também foi ressaltada por Moré e Crepaldi (2004), que afirmam que as impressões do pesquisador devem ser registradas concomitantemente ao processo de observação e se constituem em informações privilegiadas que auxiliam na compreensão dos significados atribuídos à realidade dos participantes, bem como de suas próprias ações. Os registros dos dados do diário de campo são considerados “dados integradores” relevantes na análise junto a outros instrumentos, uma vez que permitem uma melhor compreensão e contextualização do campo de pesquisa (Boing, Crepaldi & Moré, 2008).

A observação participante de campo ocorreu durante todo o processo de coleta de dados, em que a pesquisadora esteve no contexto

de estudo e participou das seguintes atividades do serviço de psicologia da instituição:

Grupo de acolhimento: Com frequência mensal, os assuntos tratados nesse grupo se repetem a cada mês (os objetivos do grupo estão descritos na seção 2.2.). Dessa forma, um encontro foi observado para fins de coleta de dados.

Grupo de alimentação saudável: Foram observados dois encontros, acompanhando a proposta da equipe ao abordar as questões relacionadas à alimentação e às mudanças de hábitos alimentares (a descrição das atividades do grupo encontra-se na seção 2.2). Nesse grupo foi possível acompanhar as orientações nutricionais repassadas aos pacientes e as principais dificuldades apresentadas por eles na adaptação aos novos hábitos de vida.

Reunião com o cirurgião: Esse grupo realizado ao final do processo de acompanhamento pré-operatório tem frequência mensal e foi observado um único encontro. O acompanhamento da pesquisadora nesse grupo permitiu identificar as principais dúvidas e temores dos pacientes ao realizarem o procedimento cirúrgico.

Grupo de pacientes pós-cirúrgicos: Grupo com caráter de apoio psicológico, tem como objetivo acompanhar os pacientes no período pós-operatório tardio e promover uma melhor adesão ao tratamento. Considerando que o enfoque desse grupo era, de fato, os aspectos psicológicos envolvidos na adaptação pós-cirúrgica, foram observados 5 encontros grupais, com frequência mensal. O formato do grupo estava estruturado para um número menor de pessoas e era conduzido exclusivamente pela equipe de psicologia, o que permitiu um espaço de acolhimento para a abordagem mais aprofundada das questões pessoais, sociais e familiares dos pacientes. Desta forma, as narrativas produzidas a partir desses encontros foram importantes para que se pudesse compreender as repercussões da cirurgia na vida e nos relacionamentos dos pacientes, além de possibilitar a observação dos aspectos dificultadores e facilitadores no processo de adesão ao tratamento.

Assim, a participação a todo em nove destes encontros grupais, possibilitou à pesquisadora entrar em contato direto com as falas e depoimentos dos pacientes em diferentes momentos do processo de acompanhamento. Foi possível observar durante os grupos, desde as principais dúvidas e medos mencionados por eles no primeiro contato com a equipe, bem como as dificuldades encontradas e estratégias de enfrentamento utilizadas durante o processo de mudança nos hábitos alimentares e estilo de vida, até a reflexão a respeito das repercussões da cirurgia em suas vidas após o procedimento. Considera-se que este

percurso de participação nos grupos foi importante para que fosse possível obter uma visão ampliada de todo o processo de acompanhamento, tanto pré como pós-cirúrgico, contribuindo na integração das informações obtidas durante as entrevistas.

Supervisões com a equipe do serviço: Além disso, entre os meses de março a dezembro de 2016, a pesquisadora participou das 21 reuniões quinzenais de supervisão com a equipe do serviço de psicologia, com duração média de 4 horas. Participar desses encontros possibilitou um maior reconhecimento dos processos envolvidos no trabalho da equipe, uma vez que foi possível conhecer as situações vivenciadas pelos profissionais, suas principais dificuldades e sua dinâmica de trabalho. Assistir às supervisões permitiu também participar das discussões dos casos atendidos pela psicóloga e pelas estagiárias do serviço, além de acompanhar a discussão de textos que auxiliaram no embasamento destas discussões, o que possibilitou um aprofundamento teórico acerca das causas e do tratamento da obesidade. Foi possível ainda, perceber como eram estabelecidos os relacionamentos interpessoais entre os profissionais da equipe de saúde e residentes com os pacientes e seus familiares.

Todas as impressões da pesquisadora foram registradas em um “diário de campo”, que se trata de um registro de todas as informações que não fazem parte do material formal das entrevistas (Minayo, 2012). Esses registros contemplam as dinâmicas relacionais estabelecidas, os aspectos não verbais, tais como gestos, olhares, e particularidades específicas do cotidiano do campo de pesquisa. A construção de um diário de campo objetiva maior detalhamento dos aspectos observados, o que possibilita apreender elementos implícitos no contexto da pesquisa (Moré & Crepaldi, 2004).

O diário de campo foi composto de Registros de Campo e Registros do Pesquisador. O primeiro se refere às descrições sobre situações e eventos observados durante as interações, sendo apontados o contexto físico e social em que ocorreram, as pessoas envolvidas e suas ações, bem como seus aspectos emocionais. Estes registros foram realizados no momento seguinte das observações, procurando detalhar os diálogos, as expressões utilizadas e outras formas de comunicação, como gestos e expressões não-verbais, reações e outras atitudes implícitas. O segundo, Registros do Pesquisador, foi realizado em diferentes momentos, sendo algumas vezes realizado imediatamente após a observação propriamente dita, e outras vezes, após este período. Estes registros se referiam às impressões e pensamentos da pesquisadora acerca das situações observadas no contexto durante as interações.

Há que se destacar que o processo de trabalho de campo vai para além das informações acumuladas e leva, constantemente, o pesquisador à reformulação de seus pressupostos e dos caminhos da pesquisa, sendo a todo momento, repensadas estas questões. Assim, na pesquisa qualitativa o trabalho do pesquisador em campo se caracteriza por ser um momento relacional, capaz de produzir reflexões, sensações e impressões sobre o contexto observado, que servirão de “pano de fundo” na análise dos dados coletados (Minayo, 2012).

2.4.2 Roteiro de Entrevista Semiestruturada

O roteiro de entrevista semiestruturada permite o acesso a um nível mais profundo de informações, como fatos, ideias, crenças, opiniões e sentimentos considerados elementos subjetivos, que só podem ser obtidos pelas falas dos atores sociais envolvidos (Minayo, 2012). Além disso, a utilização do roteiro na entrevista permite instigar as narrativas dos participantes, ao mesmo tempo em que mantém o fluxo do diálogo em torno do foco principal de investigação (Moré, 2015). O roteiro de entrevista (Apêndice A) foi elaborado a fim de alcançar os objetivos específicos deste estudo, e abordou: O desenvolvimento da obesidade e o diagnóstico de obesidade mórbida, a descrição dos significados atribuídos à obesidade, a descrição dos aspectos presentes na dinâmica familiar e social que facilitam ou dificultam a vivência cotidiana com a obesidade mórbida, e a identificação das repercussões da obesidade mórbida na história dos vínculos afetivos da família de origem e atual. Diante disso, a entrevista semiestruturada foi composta por perguntas que contemplaram os seguintes temas centrais:

1) Dados de identificação e sociodemográficos das participantes

Constituiu-se em informações sobre idade, escolaridade, ocupação/profissão, número de filhos, estado civil, renda familiar, religião, tempo de relacionamento atual e presença de comorbidades.

2) Aspectos do desenvolvimento da obesidade e o diagnóstico de obesidade mórbida

Esta etapa da entrevista tinha por objetivo compreender como ocorreu o desenvolvimento da obesidade na história de vida das participantes, identificando o momento em que elas perceberam o problema, quais foram os sintomas e as limitações percebidas ao longo de seu desenvolvimento, além de identificar as reações observadas após

o diagnóstico de obesidade mórbida. Esta etapa teve seu início a partir de perguntas genéricas sobre o encaminhamento até o hospital, o que serviu como um aquecimento para que as participantes relatassem as perguntas subsequentes. Além disso, também foram feitas perguntas a respeito da tomada de decisão pela cirurgia, e sobre a preocupação de familiares a respeito de sua realização, buscando já identificar os vínculos afetivos mais importantes.

3) A descrição dos significados atribuídos à obesidade

Neste item buscou-se identificar os significados que as mulheres atribuíam ao fenômeno da obesidade de acordo com suas singularidades e experiências pessoais, por meio de descrições tanto de fatos ocorridos, como de sentimentos e emoções despertados na vivência com o problema.

4) Descrição dos aspectos presentes na dinâmica familiar e social que facilitam ou dificultam a vivência cotidiana com a obesidade mórbida.

Nesta etapa questionou-se as participantes a respeito de como elas têm enfrentado o desenvolvimento da obesidade, explorando sobre suas estratégias de enfrentamento. Também investigou-se sobre as principais redes de apoio destas mulheres e as principais facilidades e dificuldades enfrentadas por elas na convivência com a obesidade dentro e fora da família. O objetivo destes questionamentos era identificar a percepção das participantes acerca dos padrões familiares e sociais que podem agir para sustentar ou para interromper o desenvolvimento da obesidade.

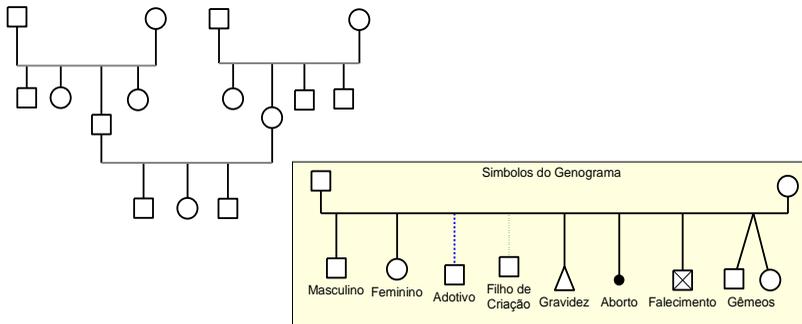
5) Identificação das repercussões da obesidade mórbida na história dos vínculos afetivos da família de origem e atual.

Neste item procurou-se identificar os principais eventos estressores no ciclo de vida das participantes e suas famílias, tais como situações de violência, uso e abuso de álcool e drogas, doenças, mortes trágicas, entre outros. Também foram questionados os aspectos referentes às repercussões causadas pela obesidade em suas relações familiares, sobretudo na família atual e todas estas narrativas puderam ser aprofundadas com a construção do genograma.

2.4.3 Genograma

O outro instrumento utilizado nesta proposta de investigação foi o genograma. No contexto das pesquisas qualitativas, este é um instrumento que representa graficamente, tanto a estrutura, como a dinâmica familiar estabelecidas. O genograma é capaz de resgatar a história afetiva dos vínculos, possibilitando uma reconstrução dos eventos historicamente significativos, das emoções e dos registros que permanecem na memória dos membros da família (Crepaldi, Moré & Schultz, 2014). Atualmente, este vem sendo considerado um bom instrumento para a visualização de processos de adoecimento, permitindo à família uma melhor compreensão sobre o desenvolvimento de suas doenças, possibilitando também visualizar o processo de transmissão transgeracional da obesidade e suas comorbidades dentro da família. Além disso, o instrumento é capaz de demonstrar os padrões relacionais estabelecidos ao longo das diferentes gerações e etapas do ciclo de vida familiar e, por isso, demonstra-se adequado para ser utilizado em estudos que englobam a dinâmica e a estrutura familiar (Wendt & Crepaldi, 2008). A seguir apresenta-se um exemplo de genograma, com os principais símbolos utilizados no instrumento:

Figura 2 - Exemplo de genograma com seus respectivos símbolos



Fonte: Elaborado pela autora.

No presente estudo construiu-se junto com a participante o genograma de três gerações de sua família, conforme as instruções para aplicação do instrumento (Apêndice B), solicitando-lhe as informações sobre cada um dos membros dessas gerações. Foram investigados tanto eventos significativos durante a vida, tais como os casamentos, nascimentos, mortes, acidentes e mudanças, como o desenvolvimento de doenças que pudessem estar direta ou indiretamente relacionadas ao fenômeno da obesidade. Além disso, também foram solicitadas informações a respeito da dinâmica relacional com a família de origem e

com a família atual da participante, bem como sua percepção a respeito das repercussões da obesidade em seus vínculos afetivos. Foram investigadas ainda as mudanças ocorridas ao longo do tempo, como separações, divórcios e o desenvolvimento de outras doenças. Para tanto, foram utilizados os símbolos adaptados por Wendt e Crepaldi (2008) e pelo software Genopro 3.0.0.7, especialmente relativos aos vínculos e padrões de interação familiar, conforme consta no Anexo A, e seguiu-se as etapas, conforme sugestão de Crepaldi, Moré e Schultz (2014):

1) Etapa de preparação para a aplicação

Esta etapa aconteceu concomitantemente à preparação para a entrevista, pois diz respeito à escolha de local de aplicação do instrumento, privilegiando um espaço tranquilo, no qual as participantes se sentissem acolhidas e à vontade. Também previu o estabelecimento do *rapport* com as participantes e informações sobre os procedimentos éticos ao participar voluntariamente da pesquisa.

2) Etapa de aquecimento / Estimulação da memória e reconhecimento do desenho do genograma e dos símbolos a serem utilizados

Esta etapa serviu como aquecimento para estimular as memórias sobre a família, com os respectivos integrantes, os tipos de interação entre eles e os eventos que marcaram a vida dos mesmos. Foi utilizada uma folha branca de cartolina medindo 29,7 x 42 cm, lápis, borracha e canetas coloridas para que a pesquisadora desenhasse o mapa da família da participante a partir de sua narrativa, permitindo que a mesma visualizasse a todo momento o que estava sendo construído. Foram apresentados à participante, em uma folha impressa, os símbolos mais comuns utilizados na construção do genograma, como o gênero dos membros da família, a utilização de álcool ou drogas, morte, além dos respectivos símbolos representativos dos relacionamentos.

3) Aplicação propriamente dita

Para esta etapa foi elaborado um roteiro (conforme consta no Apêndice B), com instruções claras e simples conforme sugerido por Crepaldi, Moré e Schultz (2014) questionando acerca das peculiaridades dos integrantes da família, tais como posição na fratria, profissões, doenças, entre outros dados. À medida que o genograma ia sendo

construído, solicitava-se que elas escolhessem os símbolos que melhor representavam o tipo de relação estabelecida com cada membro da família. Nessa etapa foi possível ter acesso à uma série de informações e lembranças a respeito das relações entre os membros da família, o que enriqueceu as narrativas. Ainda conforme sugerido pelas autoras os questionamentos foram sendo alternados e comentários empáticos foram feitos sempre que necessário, demonstrando assim cuidado com a condução do instrumento. A pesquisadora procurou manter-se atenta aos sinais verbais e não-verbais que pudessem sinalizar incômodos, já que esse instrumento costuma remeter à fatos da família que produziram sofrimento a algumas das participantes.

4) Etapa de conclusão de aplicação do genogramas

Ao final da aplicação do genograma, as participantes foram convidadas a observarem o produto do trabalho realizado e solicitadas a verbalizar sobre suas impressões gerais e sobre a experiência de construí-lo. Solicitou-lhes ainda que as mesmas se certificassem de que todos os membros citados estavam presentes no desenho e se haviam informações relevantes a serem acrescentadas. Esta etapa foi importante na integração dos dados levantados por meio do genograma, o que gerou reflexão para as participantes do estudo.

Com cada participante foi realizada primeiramente a entrevista e logo em seguida a construção do genograma, já que a primeira serviu para subsidiar a construção do segundo. Esta ordem de aplicação possibilitou à pesquisadora reconhecer nas falas das participantes ainda durante a entrevista os membros da família, de forma a organizar de maneira mais clara a posterior construção do genograma.

É importante destacar que antes de ir à campo a pesquisadora principal foi treinada por outra pesquisadora da Universidade Federal de Santa Catarina com reconhecida experiência na aplicação dos referidos instrumentos e técnicas, de forma a possibilitar a adequação das perguntas e postura da pesquisadora perante as participantes. Além disso, também foi realizado antes do início das entrevistas o que Moré (2015) denomina de um “estudo de sensibilização”, em que foram aplicados ambos os instrumentos com uma das pacientes. O objetivo dessa etapa era observar se as questões elencadas no roteiro de entrevista respondiam aos objetivos específicos do presente estudo. Após aplicação dessa primeira entrevista, percebeu-se que as perguntas responderam as propostas do estudo, sendo incluída uma pergunta sobre violência na família, visto que essa temática foi abordada na narrativa da

paciente. Diante da relevância dos dados obtidos, optou-se por incluir esta primeira entrevista no estudo, que constou como Participante 1 (P1).

2.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS E CUIDADOS ÉTICOS

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de maio a setembro de 2016. Após o projeto da referida pesquisa ser aprovado por banca examinadora de qualificação da Universidade Federal de Santa Catarina em dezembro de 2015, realizou-se uma reunião com a equipe de psicologia do setor de cirurgia bariátrica do hospital, a fim de apresentar a pesquisadora à equipe e explicar os objetivos e as etapas da pesquisa. Após a autorização da responsável do setor, o projeto foi devidamente registrado e autorizado pela direção do hospital, que emitiu seu parecer favorável quanto à viabilidade de realização da pesquisa. Após esta etapa, o projeto foi então submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina/SES, conforme previsto na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e aprovado sob o parecer consubstanciado número 1.518.274.

A partir de então, iniciou-se um levantamento com a psicóloga responsável, em que foram verificadas as possibilidades de acesso às participantes e esclarecidos os critérios de inclusão no estudo. Assim, o convite para participação no estudo foi mediado ou pela psicóloga responsável, ou pelas estagiárias de psicologia, como forma de minimizar estranhamentos e desconfiças na abordagem. O convite era feito durante uma visita ao leito das pacientes que estavam internadas no hospital, no momento em que aguardavam pela cirurgia, que ocorreria dias depois. Nessa visita as psicólogas procuravam investigar como a paciente estava se sentindo com a aproximação da operação, e se apresentava alguma dificuldade durante esta etapa. Ao final da conversa, a paciente era então apresentada à pesquisadora, que explicava que o estudo estava sendo realizado com mulheres que tinham diagnóstico de obesidade mórbida e que a conversa envolveria temas familiares. A pesquisadora então questionava sobre seu interesse em participar do estudo e agendava o melhor horário com ela para realização da entrevista.

Em alguns casos, era a psicóloga ou a estagiária do serviço que mencionava a realização da pesquisa e fazia o convite, e em caso da resposta de participação no estudo ser afirmativa, as psicólogas

repassavam à pesquisadora os dados da paciente, que era posteriormente contatada pessoalmente no leito do hospital. Ao serem abordadas, somente uma das mulheres negou participação no estudo e justificou sua desistência por estar sentindo dores nas costas, o que a impediria de permanecer sentada de forma confortável durante a condução da entrevista.

Como o convite para participação no estudo dependia do fluxo de cirurgias realizadas pelo hospital, que previa em média, a realização de duas cirurgias por semana, em determinados momentos houve dificuldade em acessar novas participantes devido ao cancelamento de algumas das operações programadas. Desta forma, para que o processo de coleta de dados não fosse prejudicado, solicitou-se à psicóloga responsável os dados e o contato das próximas mulheres da lista de espera pela cirurgia, já que estas também se encontravam aprovadas na avaliação pré-operatória. Assim, realizou-se o contato telefônico com seis pacientes que preenchiam os critérios de inclusão no estudo e fez-se o convite. Preferencialmente, agendava-se as entrevistas com estas pacientes no mesmo dia em que elas realizariam consultas ou exames pré-operatórios no hospital, de forma a otimizar o deslocamento destas e minimizar possíveis impactos em suas rotinas de vida. Durante esses contatos telefônicos, uma das mulheres recusou o convite devido à impossibilidade de locomover-se de sua residência até o hospital para realização da entrevista. As outras cinco mulheres concordaram em participar da pesquisa. Em todos os casos, seja por contato pessoal ou telefônico, a pesquisadora se apresentava, explicava às mulheres o objetivo da pesquisa e as convidava a participar do estudo. Mediante sua aceitação, era agendado o melhor horário para realização da entrevista, conforme a disponibilidade da participante.

Ao iniciar a coleta de dados, foram acessados os prontuários médicos das pacientes em que encontrava-se registrado todo seu histórico clínico, com a descrição do processo de acompanhamento nas consultas com os outros profissionais, o histórico de variação de peso e IMC destas, bem como as principais comorbidades e demais condições de saúde apresentadas. A leitura do prontuário contribuiu para que se pudesse ter maior compreensão sobre o histórico de desenvolvimento da obesidade, entre outros aspectos, como desistências e retomadas no tratamento, que puderam ser melhor investigados no decorrer da entrevista.

Todas as entrevistas foram realizadas de forma individual, em uma sala privativa dentro das dependências do hospital, que permitiu a privacidade e o acolhimento necessários para a sua realização. As salas

foram escolhidas de forma a priorizar ambientes com pouca circulação de pessoas e com poucos ruídos externos para evitar interrupções na condução da entrevista, ou prejudicar a acústica adequada para a gravação dos dados em áudio. Ao adentrar a sala, solicitou-se que as participantes escolhessem onde gostariam de se sentar, de forma que estas se sentissem à vontade e confortáveis para a condução da entrevista, tendo em vista a dificuldade encontrada por muitas delas no que se refere à mobilidade devido ao excesso de peso.

Na fase inicial da entrevista foram reforçadas as informações repassadas às participantes no momento do convite: Que se tratava de uma pesquisa de mestrado e que os resultados obtidos poderiam servir como embasamento para ajudar outras pessoas com obesidade. Essa conversa inicial permitiu estabelecer uma primeira aproximação com as participantes, deixando-as à vontade para falar em um ambiente acolhedor e confiável. Foi informado ainda sobre sua participação de caráter voluntário e sobre a garantia de anonimato, sigilo e privacidade, conforme preconizado pela resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) no qual estavam explicitadas todas essas informações foi lido com as participantes, e após concordância integral do Termo, este foi assinado por ambas em duas vias, uma para a pesquisadora e outra para a participante.

Pelo fato de a entrevista ter sido realizada em um momento de vida muito esperado pelas participantes, foi possível perceber o alto nível de expectativas positivas geradas na eminência da realização da cirurgia bariátrica. Houve participantes que em determinados momentos evidenciaram certa mobilização emocional pelos temas abordados durante as entrevistas. Por sua vez, foram observadas reações otimistas e de esperança de uma vida melhor após o procedimento. Destaca-se que, no momento em que se percebeu a mobilização emocional das participantes, estas foram questionadas sobre a possibilidade de interromper a condução da entrevista, sendo que em todos os casos a resposta obtida foi favorável ao seu prosseguimento. Considera-se que as reações otimistas observadas nas participantes durante o processo favoreceram para que estas optassem por dar continuidade à entrevista.

No término das entrevistas, as participantes demonstraram reconhecimento ao trabalho da equipe do hospital e ressaltaram as reflexões geradas a partir de sua participação na pesquisa no que se refere aos padrões relacionais familiares estabelecidos, à repetição da obesidade nas diferentes gerações e aos efeitos da presença do problema em suas famílias. As participantes evidenciaram a satisfação ao serem

ouvidas, conforme ilustrado a seguir no trecho da entrevista da participante 10:

Foi legal. Porque... os obesos sofrem né? E.. não tem ninguém que ouça eles.. [...] E... tipo assim, o que eu falei aqui vai ajudar outras pessoas... que assim como eu... tem outras pessoas que também tão nessa escuridão [...]A gente sabe coisas que há anos atrás várias coisas melhoraram com pesquisas, com os erros, que foram aperfeiçoando, então.. pra mim é gratificante. (P10, 30 anos).

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio com o consentimento das participantes e transcritas posteriormente. Todo o processo de aplicação dos instrumentos (Entrevista Semiestruturada e Genograma) teve duração total de 18 horas e 35 minutos de gravação, sendo que a entrevista de menor duração teve 1h12min e a de maior duração teve 02h05min. As entrevistas foram transcritas respeitando a literalidade das narrativas.

De acordo com os procedimentos éticos em pesquisa, para que fossem mantidas em sigilo as informações e as identidades de cada uma das 12 mulheres, optou-se por identificá-las na discussão dos resultados com a letra P, seguida do número estabelecido pela ordem de entrevista (P1, P2, P3 e assim sucessivamente).

2.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A organização e análise dos dados obtidos foram realizadas com base na Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory) proposta por Strauss e Corbin (2008). Posteriormente à transcrição das entrevistas foram realizadas leituras sucessivas do material composto pelas narrativas e pelos desenhos dos genogramas de modo que a pesquisadora pudesse se familiarizar com os dados e compreender o significado das falas apresentadas pelas participantes.

A proposta de análise dos dados baseada na Grounded Theory é utilizada nas pesquisas qualitativas, pois esta é sensível aos contextos, o que ajuda no entendimento de situações ou fenômenos sociais, já que nesta teoria a explicação para a realidade que se apresenta é obtida por meio dos significados atribuídos às experiências dos indivíduos envolvidos na pesquisa. Desta forma, na etapa inicial realizou-se a **codificação aberta**, que consiste em desmembrar os dados, separando-os em partes e categorizando-os de acordo com suas especificidades.

Esse processo permitiu a análise dos aspectos comuns e das diferenças encontradas nas narrativas das participantes. Em seguida, realizou-se a **codificação axial**, a qual consiste em reagrupar os elementos identificados na codificação aberta, de forma a possibilitar a relação das categorias com as subcategorias de análise. Por meio da **codificação seletiva**, os dados foram então integrados e refinados com base nos itens identificados, o que permitiu a relação entre subcategorias e elementos de análise, que contribuíram para a sustentação das categorias principais. Finalmente, com base nas narrativas das participantes, as categorias foram nomeadas conforme os pontos centrais encontrados na análise de dados, o que auxiliou na descrição e compreensão do fenômeno central da presente pesquisa. A partir disso, obteve-se o quadro geral de categorias, que se sustenta em uma triangulação de dados que emergiram das entrevistas realizadas, dos genogramas, da observação participante e da literatura pesquisada.

Destaca-se que os símbolos utilizados pela pesquisadora nos genogramas foram submetidos à uma análise de juízes (Apêndice D). Solicitou-se que duas terapeutas de formação sistêmica e pesquisadoras com experiência na aplicação do instrumento, lessem as transcrições de três das entrevistas na íntegra e visualizassem os genogramas construídos pela pesquisadora principal, assinalando as concordâncias e discordâncias acerca dos símbolos utilizados para classificar as relações familiares (conforme as definições de Wendt e Crepaldi, 2008). Posteriormente, os símbolos dos padrões relacionais atribuídos pelos juízes a cada família foram comparados entre si, e o índice de acordo entre eles foi calculado, gerando respectivamente, os valores de 78, 88 e 96%. Após a realização do cálculo das concordâncias, as divergências encontradas foram apresentadas a um terceiro juiz igualmente qualificado para a tarefa, que ponderou as alterações necessárias nos símbolos utilizados inicialmente pela pesquisadora principal. Assim, considerou-se que os símbolos utilizados nos genogramas no presente estudo estavam de acordo com os descritos na literatura.

Todo o processo de análise de dados foi facilitado por meio da utilização do software Atlas.Ti 7.5.7, programa voltado para a análise de dados qualitativos, que possibilitou a organização e sistematização de grande quantidade de informação, estabelecimento de categorias e conexões entre elas (Muh, 2004). A utilização de tal programa permitiu o gerenciamento dos dados de forma ágil e minuciosa. Já para a construção gráfica dos genogramas, utilizou-se o software Genopro 3.0.0.7, que possibilitou o desenho da estrutura de cada família com seus

respectivos membros, além dos símbolos correspondentes a cada uma das relações existentes.

Ao final do processo de análise percebeu-se que o conjunto de categorias construídas a partir da narrativa das participantes respondia aos objetivos propostos e contribuíram para a compreensão do fenômeno central estudado. O conjunto total dos dados, códigos e famílias, foi organizado em um quadro de análise estruturado em categorias, subcategorias e elementos de análise.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo estão contemplados os principais resultados deste estudo, estando dividido em duas partes. Na primeira delas apresenta-se os dados sociodemográficas das participantes, bem como suas condições clínicas, obtidos nas entrevistas e nos prontuários médicos destas. A segunda parte, obtida por meio do processo de codificação aberta, axial e seletiva a que foram submetidas todas as narrativas, refere-se às categorias, subcategorias e elementos de análise que as compõem, juntamente com as definições de cada categoria.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

As informações a respeito das condições sociodemográficas e clínicas das participantes, obtidas tanto pelo questionário aplicado na primeira parte da entrevista como pelos prontuários médicos estão explicitadas nas tabelas 2 e 3 a seguir.

Na tabela 2 são apresentados os dados sociodemográficos das participantes. Observa-se que a idade das mulheres variou entre 27 e 63 anos, com média de 41,08 anos. No que se refere ao grau de escolaridade declarado por elas, destaca-se que 7 das 12 participantes não haviam completo o Ensino Fundamental, uma delas não concluiu o Ensino Médio, 3 haviam completado o Ensino Médio, e uma fez o Ensino Técnico. Nenhuma das participantes chegou a cursar o Ensino Superior. Quanto à religiosidade, 7 participantes se declararam como católicas, 4 delas evangélicas, e uma como testemunha de Jeová. As ocupações profissionais variaram entre balconista, cuidadora de idosos, autônoma em vendas, auxiliar de serviços gerais, sendo que 3 das 12 participantes eram domésticas, 3 eram do lar, e 2 aposentadas, sendo uma delas por invalidez. A renda familiar variou entre R\$ 1500,00 e R\$ 4.000,00 por família, sendo que a média foi de R\$ 2.633,33, o que equivale a 2,8 salários mínimos.

No que tange ao estado civil, 6 das participantes se declararam casadas, 4 delas tinham união estável, uma era solteira, e uma separada. O tempo de seus relacionamentos atuais variou de 4 a 42 anos. Quanto ao número de filhos, a média obtida foi de 1,66 por entrevistada, sendo que uma delas tinha 5 filhos, e outras duas não tinham nenhum filho.²

² Como uma das participantes era mãe adotiva, considerou-se para o cálculo da média que esta tinha um filho.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica das participantes

Participante	Idade	Religião	Estado Civil	Tempo de relacionamento atual	Escolaridade	Ocupação/ Profissão	Renda Familiar	Nº de Filhos (e idades)
1	27	Evangélica	Separada	-	Médio Completo	Balconista	R\$ 2.500,00	-
2	42	Católica	União Estável	14 anos	Médio Incompleto	Doméstica	R\$ 4.000,00	3 (24, 20 e 17)
3	36	Católica	União Estável	7 anos	Fundamental Incompleto	Doméstica	R\$ 3.500,00	1 (4)
4	34	Católica	Solteira	-	Ensino Técnico	Cuidadora de Idosos	R\$ 1.500,00	-
5	56	Católica	Casada	34 anos	Fundamental Incompleto	Do lar	R\$ 4.000,00	5 (33, 29, 21, 18 e 16)
6	38	Testemunha de Jeová	Casada	16 anos	Fundamental Incompleto	Autônoma Vendas	R\$ 2.000,00	2 (15 e 9)
7	28	Evangélica	Casada	4 anos	Fundamental Incompleto	Aux. Serviços Gerais	R\$ 4.000,00	1 (9)
8	58	Católica	Casada	42 anos	Fundamental Incompleto	Aposentada	R\$ 1.500,00	1 (34)
9	43	Evangélica	Casada	23 anos	Fundamental Incompleto	Doméstica	R\$ 2.000,00	2 (22 e 17)
10	30	Evangélica	União Estável	13 anos	Médio Completo	Do lar	R\$ 3.000,00	1 (11)
11	38	Católica	União Estável	13 anos	Fundamental Incompleto	Do lar	R\$ 1.800,00	1 (13)
12	63	Católica	Casada	37 anos	Médio Completo	Aposentada (Invalidez)	R\$ 1.800,00	3 (37, 33 e 30)

A tabela 3 se refere aos dados sobre as condições clínicas das participantes, os quais foram obtidos por meio dos registros nos prontuários médicos da instituição. As informações contidas nos prontuários foram registradas durante todo o percurso de preparação pré-cirúrgico das mulheres no hospital, no qual eram acompanhadas as variações de peso e IMC a cada nova consulta. Assim, optou-se por incluir no quadro 2 o registro do peso e do IMC das participantes em dois momentos: O primeiro obtido na primeira consulta no hospital, logo no início do processo, e o segundo, obtido na última consulta pré-cirúrgica, na etapa final do acompanhamento. Este recorte possibilitou a comparação do peso das participantes em diferentes fases, o que permitiu visualizar a evolução e adesão ao tratamento das mulheres durante o processo de acompanhamento pré-cirúrgico.

Observa-se que, ao se comparar o peso e o IMC das participantes 2 (P2) e 11 (P11) entre o início e o final do processo de preparação e avaliação, houve um aumento nos valores obtidos. Cabe mencionar que este fato por si só não é determinante para a reprovação do paciente no processo de avaliação pré-cirúrgico, uma vez que a equipe da instituição reúne informações de todo o período de acompanhamento, integrando diversos elementos sobre as possíveis causas e considerando as especificidades e comorbidades presentes em cada caso. Assim, em alguns deles os profissionais podem optar por dar parecer favorável à realização da cirurgia.

A média de altura das participantes foi de 1,60m, sendo que esta variou de 1,48m a 1,70m. A média de peso obtida na primeira consulta foi de 132,81 kgs e a média de IMC neste mesmo período foi de 51,59 kg/m². Já na última consulta pré-cirúrgica, a média de peso obtida foi de 123,87 kgs, enquanto o valor médio de IMC das participantes passou para 48,02 kg/m². Em relação à presença de comorbidades e demais condições clínicas, observou-se que somente 2 das 12 participantes não apresentavam qualquer tipo de problema de saúde adicional, sendo as condições mais comuns os quadros de hipertensão arterial, que foram observados em 8 das participantes, e a diabetes, que estava presente em 5 delas. Outras 5 participantes apresentavam problemas musculoesqueléticos como artrite e artrose, tendinite ou hérnia de disco. Uma das participantes tinha histórico de Acidente Vascular Cerebral (AVC), e outra de Hepatite B. Além disso, foi observada a presença de problemas cardíacos e respiratórios, bem como problemas de tireoide e ovários policísticos. Também foram constatados sintomas ligados a aspectos psicológicos como histórico de depressão e fibromialgia em 4 das 12 participantes.

Tabela 3 - Caracterização das condições clínicas das participantes

Participante	Idade	Altura	Peso (1ª consulta)	IMC (1ª consulta)	Peso (Última consulta pré-cirúrgica)	IMC (Última consulta pré-cirúrgica)	Comorbidades e demais condições clínicas
1	27	1,67m	142 kg	51,07 kg/m ²	120 kg	43,2 kg/m ²	Diabetes, Hipertensão Arterial, Problemas de tireoide e Ovários policísticos.
2	42	1,55m	105,8 kg	43,75 kg/m ²	111 kg	45,3 kg/m ²	Histórico de Depressão
3	36	1,70m	145 kg	50,17 kg/m ²	137 kg	47,2 kg/m ²	-
4	34	1,64 m	125 kg	46,5 kg/m ²	117 kg	43,5 kg/m ²	-
5	56	1,67m	148 kg	52,98 kg/m ²	128 kg	45 kg/m ²	Pré-diabetes, Hipertensão Arterial, Artrite e Artrose.
6	38	1,60m	113 kg	44,1 kg/m ²	111,5 kg	43,5 kg/m ²	Artrite, Artrose, Hipertensão Arterial, Hérnia de disco, Depressão e Fibromialgia.
7	28	1,68m	169 kg	59,9 kg/m ²	148 kg	52,4 kg/m ²	Hipertensão Arterial
8	58	1,53m	100 kg	42,73 kg/m ²	96 kg	41 kg/m ²	Hipertensão Arterial, Diabetes, Artrite, Artrose, Problemas cardíacos.
9	43	1,48m	138 kg	62,7 kg/m ²	127 kg	58 kg/m ²	Diabetes e Hipertensão Arterial, histórico de depressão.
10	30	1,70m	155 kg	53,6 kg/m ²	154 kg	53,3 kg/m ²	Hipertensão Arterial, Asma e Tendinite nos pés.
11	38	1,50m	119 kg	52,9 kg/m ²	122 kg	54,2 kg/m ²	Diabetes, Colesterol, Hepatite B.
12	63	1,52m	134 kg	58,7 kg/m ²	115 kg	49,7kg/m ²	Hipertensão Arterial, Artrite degenerativa, Histórico de AVC e Depressão.

3.2 APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DE ANÁLISE

Os dados que emergiram das narrativas das participantes e dos genogramas, foram organizados em sete categorias centrais, além de suas respectivas subcategorias e elementos de análise. Tal processo buscou agrupar os núcleos dos discursos das participantes com base nas regularidades temáticas apresentadas por estas. É importante mencionar que o conjunto de categorias formuladas no presente trabalho não foi inteiramente discutido nos artigos, uma vez que estas serão abordadas oportunamente, em novas produções. Nesse sentido, a seguir será apresentado um quadro resumido, contendo somente as categorias abordadas na construção dos artigos (Tabela 4). O quadro de categorias completo encontra-se nos Apêndices (Apêndice E).

A construção de cada categoria de análise se sustentou em um processo recursivo entre todos os seus componentes. Desta forma, destaca-se que todas as categorias criadas se afetam recursivamente, sendo que para a compreensão do fenômeno investigado, todas as categorias precisam ser compreendidas em seu conjunto, de forma consonante aos pressupostos epistemológicos deste estudo.

Tabela 4 - Apresentação das categorias, subcategorias e elementos de análise

Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
1. Processo de auto-percepção e o desenvolvimento da obesidade	1.1 Início do reconhecimento da Obesidade	1.1.1 Adolescência 1.1.2 Gravidez 1.1.3 Desde a infância 1.1.4 Fase Adulta 1.1.5 Vivências de luto
	1.2 Presença e/ou ausência de comorbidades	1.2.1 Desconhecimento de sintomas clínicos/ estado de saúde 1.2.2 Alterações físico-orgânicas (ovários policísticos, diabetes, tireóide, hipertensão) 1.2.3 Variações do peso corporal 1.2.4 Presença de sintomas psicológicos (Depressão, Compulsão alimentar, comportamentos auto-destrutivos)
	1.3 Ganho progressivo de peso	1.3.1 Não percepção do peso 1.3.2 Despreocupação com o peso 1.3.3 “Só fui engordando, engordando...”
	1.4 Limitações e Preconceito por ser obesa	1.4.1 “Todo mundo fica olhando” 1.4.2 Dificuldades no vestuário 1.4.3 Dificuldades de locomoção 1.4.4 Limitações nas atividades cotidianas e de lazer 1.4.5 Dificuldade nos relacionamentos amorosos
	1.5 Sentimentos despertados na vivência com a obesidade	1.5.1 Tristeza/Depressão/ Ansiedade /Insegurança/ Sofrimento 1.5.2 Humilhação/ Frustração/Impotência/ Vergonha/ Decepção/Rejeição 1.5.3 Problemas de autoestima/Isolamento social e Temor da morte
	1.6 Significados atribuídos à obesidade enquanto processo	1.6.1 Ligados à experiências de privação 1.6.2 Ligados à falta de controle 1.6.3 Ligados à algo não saudável/doença 1.6.4 Ligados ao desconforto com o corpo/autoimagem

2. Busca pelo Tratamento da Obesidade	2.1 Na rede de atenção primária	2.1.1 “O médico nunca me falou nada/ Desleixo” 2.1.2 Encaminhamento para especialista no âmbito Público e Privado
	2.2 Tomada de decisão pelo tratamento	2.2.1 “Não posso ficar assim!” 2.2.2 Possibilidade de agravamento 2.2.3 Frente ao preconceito 2.2.4 Corpo pedindo ajuda 2.2.5 Gravidez de risco 2.2.6 Dúvidas/desistência do tratamento/cirurgia
	2.4 Tentativas e fracassos dos tratamentos realizados	2.4.1 Medicação/ Dietas/ Shakes/Atividade física 2.4.2 “Loucuras”/Jejum 2.4.3 Participação da família na dieta 2.4.4 Perda de peso no pré-operatório 2.4.5 Mudanças de hábitos de vida e alimentares no pré-operatório
3. Reconhecimento da Obesidade enquanto doença	3.1 A partir de eventos do ciclo vital	3.1.1 Resistências do cônjuge frente à possibilidade de emagrecimento 3.1.2 Reconhecimento da obesidade no momento da separação 3.1.3 Reconhecimento da obesidade após o nascimento do filho 3.1.4 Preocupação com a obesidade do filho
	3.2 Contexto em que foi dado o diagnóstico	3.2.1 Posto de saúde – Atenção primária 3.2.2 Endocrinologista – Atenção secundária 3.2.3 No hospital – Alta complexidade
	3.3 Reação ao diagnóstico de obesidade mórbida	3.3.1 Tristeza/Desespero/Chateada/ Muito Difícil 3.3.2 Susto/Surpresa 3.3.3 Nunca recebeu/Desconhecimento sobre o diagnóstico 3.3.4 Despreocupação sobre o diagnóstico/Passividade
	3.4 Riscos da obesidade mórbida	3.4.1 Relacionados aos riscos à saúde 3.4.2 Relacionados às limitações 3.4.3 Relacionados à maternidade
	3.5 Significados atribuídos à	3.5.1 Risco de vida elevado/Falta de cuidado

	obesidade enquanto doença	<p>3.5.2 Horrível/muito ruim</p> <p>3.5.3 Não conseguir andar/ Falta de mobilidade</p> <p>3.5.4 “Ser maior do que eu sou”</p> <p>3.5.5 Perda da auto-estima/Identidade feminina</p>
6. A Obesidade no contexto das histórias dos vínculos afetivos	6.1 Aspectos da dinâmica familiar da família de origem	<p>6.1.1 Transgeracionalidade/Ausência da obesidade e suas comorbidades na família de origem</p> <p>6.1.2 Presença/Ausência de Conflitos e Rupturas de vínculos na família de origem</p> <p>6.1.3 Presença/Ausência de Alcoolismo e drogadição na família de origem</p> <p>6.1.4 Presença/Ausência de violência/morte trágica/abuso sexual na família de origem</p>
	6.2 Padrões de relacionamento na família de origem	<p>6.2.1 Padrão de emaranhamento na família nuclear</p> <p>6.2.2 Padrão de desligamento na família nuclear</p> <p>6.2.3 Padrão de emaranhamento na família extensa</p> <p>6.2.4 Padrão de desligamento na família extensa</p>
	6.3 Aspectos da dinâmica familiar da Família Atual	<p>6.3.1 Transgeracionalidade/Ausência da obesidade e suas comorbidades na família atual</p> <p>6.3.2 Presença/Ausência de Conflitos e Rupturas de vínculos na família atual</p> <p>6.3.3 Presença/Ausência de violência/morte trágica na família atual</p> <p>6.3.4 Presença/Ausência de Alcoolismo e drogadição na família atual</p> <p>6.3.5 Repercussões da obesidade nos vínculos afetivos na família atual</p> <p>6.3.6 Repercussões da obesidade no contexto da conjugalidade</p>
	6.4 Padrões de relacionamento na família atual	<p>6.4.1 Padrão de emaranhamento na família atual</p> <p>6.4.2 Superproteção materna</p> <p>6.4.3 Padrão de emaranhamento na família extensa</p> <p>6.4.4 Padrão de desligamento na família extensa</p>

	6.5 Relação da família com a comida no contexto transgeracional	6.5.1 A comida em evidência 6.5.2 Má qualidade dos alimentos consumidos 6.5.3 Ausência de regras/limites na alimentação da família
	6.6 Lealdades Invisíveis	6.6.1 Sentimento de pertencimento ao grupo familiar 6.6.2 Lealdade à mãe 6.6.3 Alimentação como expressão de afetividade

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo apresenta os principais resultados encontrados e a discussão dos mesmos. Objetivando otimizar o processo de compartilhamento do conhecimento com a comunidade científica, os resultados foram apresentados sob formato de três artigos. Cada um dos artigos apresentados a seguir, corresponde a um ou mais objetivos específicos da dissertação, buscando assim responder ao fenômeno central sob estudo, em torno do qual foram nucleados os dados. É interessante destacar que, as narrativas das participantes trouxeram uma dimensão de dados que foram além das respostas aos objetivos específicos, tais como as referidas nas categorias em torno da tomada de decisão pela cirurgia e as metáforas elaboradas pelas entrevistadas. A emergência desses dados resultantes da análise minuciosa e em profundidade das narrativas, será abordada em futuras publicações.

O primeiro artigo, intitulado “Obesidade, Família e Transgeracionalidade: Uma revisão integrativa da literatura” teve como objetivo apresentar uma revisão integrativa das produções científicas *nacionais e internacionais* sobre as relações entre obesidade, família e transgeracionalidade. Este artigo referia-se ao objetivo específico “Identificar as relações entre família, obesidade e transgeracionalidade no contexto da produção científica atual”. Seu intuito foi compreender os fatores familiares que influenciam no desenvolvimento da obesidade entre as gerações no contexto da produção científica. Considera-se que a construção deste artigo foi relevante para subsidiar o embasamento das discussões abordadas nos artigos seguinte, possibilitando uma melhor articulação e integração dos dados obtidos. Destaca-se que este artigo de revisão integrativa pode ser encontrado na íntegra em Coradini, Moré & Scherer (2017) (no prelo).

O segundo artigo, intitulado “O desenvolvimento da obesidade e seus significados em mulheres com diagnóstico de obesidade mórbida” teve como objetivo compreender o desenvolvimento da obesidade na perspectiva de mulheres com obesidade mórbida. As categorias e unidades de análise que compõem esse artigo referem-se aos objetivos específicos “Caracterizar os significados atribuídos à obesidade mórbida na perspectiva das mulheres” e “Analisar o desenvolvimento da obesidade na história individual e familiar das mulheres”.

Por sua vez, no último artigo, intitulado “As histórias dos vínculos afetivos e o desenvolvimento da obesidade em mulheres com diagnóstico de obesidade mórbida” o objetivo foi identificar a relação entre a história dos vínculos afetivos e o desenvolvimento da obesidade

em mulheres com diagnóstico de obesidade mórbida. Este artigo refere-se ao objetivo específico “Identificar a história dos vínculos afetivos da família de origem e atual presentes na dinâmica familiar de mulheres com obesidade mórbida, na perspectiva transgeracional.”

Seguindo a proposta epistemológica do presente trabalho, a produção dos artigos que respondem ao fenômeno central investigado se articulam estreitamente entre si, e de forma dialógica. Ou seja, cada um deles aporta um olhar sobre o fenômeno em questão e a interação entre os três pretende responder aos questionamentos norteadores deste trabalho.

4.1 ARTIGO 1: OBESIDADE, FAMÍLIA E TRANSGERACIONALIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Resumo: A obesidade como doença crônica é considerada atualmente uma epidemia mundial. Este artigo apresenta uma revisão integrativa das produções científicas *nacionais e internacionais* sobre as relações entre obesidade, família e transgeracionalidade, com o intuito de compreender os fatores familiares que influenciam no desenvolvimento da obesidade. Foi realizada busca nas bases de dados *LILACS*, *Scopus*, *Web of Science* e *Medline*, no período de 2006 a 2016. Foram utilizados os seguintes descritores: “Obesity”, “Family”, “Intergenerational relations”, “Generations”, “Genogram” e “Family Dynamic”. Após seleção de acordo com critérios estabelecidos, de um total de 384, foram incluídos 15 artigos que constituem o *corpus* do presente trabalho. Os resultados apontaram que ocorre a repetição da obesidade entre as gerações e que o ambiente familiar e hábitos alimentares são fatores que influenciam o desenvolvimento da obesidade desde a infância. Destaca-se a escassez de estudos que abordem especificamente a relação entre a história dos vínculos afetivos familiares e o desenvolvimento da obesidade. Conclui-se que há necessidade de uma maior produção científica em torno da compreensão dos padrões relacionais estabelecidos pela família ao longo do tempo, pois estes se constituem em recursos importantes de prevenção e intervenção no contexto da obesidade.

Palavras-chave: obesidade, família, transgeracionalidade, genograma, relações familiares.

4.2 ARTIGO 2: O DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE E SEUS SIGNIFICADOS EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE OBESIDADE MÓRBIDA.

Resumo: O fenômeno da obesidade tem sido considerado um dos maiores problemas de saúde pública em nível mundial, sendo que as taxas de prevalência entre as mulheres são consideradas maiores do que a dos homens em diversos países. O presente estudo objetivou compreender o desenvolvimento da obesidade na perspectiva de mulheres com obesidade mórbida. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que foi realizada com 12 mulheres com diagnóstico de obesidade mórbida atendidas em um serviço de cirurgia bariátrica. A coleta de dados foi realizada por meio da observação participante de campo e da entrevista semiestruturada. Os dados obtidos foram organizados e analisados utilizando os princípios da Teoria Fundamentada nos Dados, com auxílio do software Atlas.Ti 7.5.7. Os resultados obtidos evidenciaram que a obesidade iniciou-se durante a gestação, sendo também associada a eventos estressores do ciclo de vida das mulheres, tais como lutos, rupturas de vínculos afetivos, mortes trágicas na família e violência familiar. As experiências relacionadas à maternidade foram consideradas um elemento importante também na busca pelo tratamento da obesidade. Foram identificadas dificuldades de autopercepção e/ou de autocuidado, o que pareceu contribuir para a invisibilização do problema. O processo de reconhecimento da doença foi demarcado por avanços e retrocessos e caracterizou-se pela presença de ações pessoais e familiares ambivalentes e/ou contraditórias com relação à necessidade de tratamento e da realização da cirurgia bariátrica. Destacaram-se as narrativas presentes na conjugalidade das participantes, que pareceram influenciar diretamente na adesão ao tratamento. Conclui-se sobre a importância de fazer uma abordagem ampliada do problema, incluindo a família e sua rede de relações, com vistas à problematizar dúvidas, ambivalências e contradições presentes no desenvolvimento da obesidade, as quais confrontam as propostas de adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Obesidade; Obesidade mórbida, Mulheres, Cirurgia bariátrica, Família.

4.3 ARTIGO 3: AS HISTÓRIAS DOS VÍNCULOS AFETIVOS E O DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE OBESIDADE MÓRBIDA.

Resumo: O recente fenômeno da epidemia de obesidade, devido às suas características transgeracionais e multifatoriais, tem chamado a atenção de pesquisadores em todo o mundo. Dentro do contexto familiar, as vivências e os vínculos afetivos construídos entre os membros da família necessitam ser melhor compreendidos, pois estes podem influenciar no ganho excessivo de peso. O presente estudo objetivou compreender a relação entre a história dos vínculos afetivos e o desenvolvimento da obesidade em mulheres com diagnóstico de obesidade mórbida. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que foi realizada com 12 mulheres com diagnóstico de obesidade mórbida atendidas em um serviço de cirurgia bariátrica. A coleta de dados foi realizada por meio da observação participante de campo, da entrevista semiestruturada e da aplicação do genograma. Os dados obtidos foram organizados e analisados utilizando os princípios da Teoria Fundamentada nos Dados, com auxílio dos softwares Atlas.Ti 7.5.7 e Genopro 3.0.0.7. Os resultados evidenciaram que as vivências de situações de violência e conflitos, as rupturas de vínculos afetivos e o alcoolismo/drogadição foram importantes fatores gerados de estresse no sistema familiar. Os padrões de relacionamento emaranhados com vínculos de superenvolvimento foram identificados, indicando que em famílias com membros obesos há uma maior dificuldade de percepção das fronteiras entre os diferentes subsistemas, gerando sobrecarga emocional entre seus membros. Destaca-se o papel da comida na identidade familiar, a qual é a base de sustentação para a construção dos hábitos alimentares. Por fim, destaca-se a importância da abordagem familiar nos processos de intervenção da doença, com a finalidade de promover a diferenciação dos pacientes dentro deste sistema, possibilitando uma maior autonomia destes.

Palavras-chave: obesidade; obesidade mórbida; dinâmica familiar, mulheres; transgeracionalidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao findar o presente estudo, considera-se necessário ressaltar alguns dos aspectos que auxiliaram a pesquisadora na compreensão do fenômeno da obesidade mórbida, a qual foi ancorada na Perspectiva da Complexidade. Tal aporte teórico foi importante no processo de construção deste trabalho, pois permitiu a visualização do fenômeno da obesidade em suas diversas facetas, identificando os pontos convergentes entre elas, o que resultou em um diálogo profícuo. Com base na concepção da obesidade como um fenômeno complexo, foi possível verificar que no surgimento da doença estão presentes diversos elementos que se conjugam entre si, sendo que a sua compreensão ocorre nas interfaces entre estes elementos, em seu respectivo contexto de atuação.

O primeiro artigo trouxe importantes apontamentos descritos na literatura sobre os principais fatores familiares que influenciam a transmissão da obesidade entre as gerações. Os distintos enfoques dados pelos estudos evidenciaram a variedade de aspectos e elementos que se fazem presentes no desenvolvimento da obesidade na família, tais como o ambiente, os hábitos alimentares, o caráter hereditário e as lealdades e crenças familiares. Neste contexto, pode-se identificar a escassez de estudos que abordem especificamente a temática das histórias dos vínculos afetivos familiares e o desenvolvimento da obesidade. Assim, o presente trabalho buscou acrescentar novos elementos ao conjunto de investigações sobre a relação entre os vínculos afetivos familiares e o desenvolvimento da obesidade, contribuindo com esta área de estudo.

Esta pesquisa deteve seu foco de investigação nas mulheres e, corroborando o que afirma a literatura, observou-se que o desenvolvimento da doença no sexo feminino é influenciado por fatores como os componentes biológicos da mulher, as alterações hormonais sofridas durante todo o ciclo de vida, além das mudanças provocadas no corpo após a maternidade. Do mesmo modo, também se destaca nesse contexto o aspecto social, pois culturalmente também é delegada a ela a tarefa de gerir o ambiente alimentar da família, além das questões que abrangem as exigências frente aos padrões de beleza. O conjunto destes aspectos coaduna-se com o sexo feminino e parecem contribuir para que as mulheres sejam, além das principais afetadas pelo problema, também as principais responsáveis pela transmissão da obesidade dentro da família, devido à centralidade de suas funções na dinâmica familiar. Considera-se que outro ponto revelador nos dados da pesquisa foi o destaque dos vínculos mãe-filhos, uma vez que tanto na literatura

pesquisada, como nos resultados do presente estudo, os vínculos estabelecidos entre mães e filhos pareceram exercer uma influência significativa na dinâmica da família, no desenvolvimento da obesidade, e na busca pelo tratamento do problema.

Considera-se relevante a reflexão a respeito dos aspectos socioeconômicos das participantes, os quais se caracterizaram pelo baixo nível de instrução. Este fato desafia as propostas de intervenção para o problema da obesidade no contexto da saúde pública, uma vez que exige dos profissionais habilidades de comunicação que favoreçam o discernimento sobre os riscos que envolvem a doença por meio da construção de mensagens claras para esta população. Desta forma, enfatiza-se a necessidade de adequação das propostas de prevenção e tratamento da doença de acordo com as características e particularidades apresentadas pelos pacientes e seus contextos psicossociais.

Cabe apontar também a utilização do IMC como critério de classificação da obesidade no presente estudo. Este índice é amplamente conhecido em nível mundial e tem sido utilizado pelas equipes de saúde para realização do diagnóstico da doença. Considera-se relevante destacar a problematização em torno de sua utilização no âmbito científico, sendo este um debate atual entre os especialistas da área. Os impactos gerados pela utilização deste critério de classificação ainda precisam ser mais bem compreendidos, uma vez que sua aplicação de forma descontextualizada pode acarretar divergências substanciais na atribuição dos riscos e da gravidade da doença para cada caso.

Os elementos que emergiram com base nas narrativas foram se entrelaçando e evidenciando a trama relacional que sustenta os processos de desenvolvimento da obesidade mórbida. Pode-se afirmar que os pressupostos que nortearam a construção do presente trabalho foram confirmados, na medida em que se identificou a estreita relação existente entre a dinâmica familiar e o desenvolvimento da obesidade. Durante todo o estudo, defendeu-se a ideia de que as histórias dos vínculos afetivos sustentam ações, hábitos alimentares e padrões relacionais que são determinantes para o desenvolvimento deste quadro no contexto familiar. Assim, os resultados obtidos evidenciaram que a construção dos vínculos afetivos afeta, tanto o surgimento da obesidade na família, como a sua manutenção.

Pode-se constatar ainda que o surgimento da obesidade está arraigado aos padrões de relacionamento emaranhados da família, aos vínculos de superenvolvimento e às histórias médicas familiares. Nessa perspectiva, considera-se importante destacar que a compreensão deste fenômeno não pode ocorrer sem se considerar a interação constante

entre as histórias dos vínculos afetivos e o histórico biomédico dos indivíduos afetados. Como faces de uma mesma moeda, ambas devem ser trabalhadas concomitantemente, pois afetam diretamente a construção de propostas de tratamento, as questões envolvidas na prevenção do problema e a educação em saúde para a população afetada. Diante desse fenômeno, uma das armadilhas para os profissionais que lidam com esta questão é negligenciar os aspectos que envolvem os vínculos afetivos na família, uma vez que estes são relevantes para a questão da adesão ao tratamento.

Denota-se que o fato de os padrões de relacionamento emaranhados e de os vínculos de superenvolvimento terem sido evidenciados na realização do estudo trazem à tona como este tipo de relação afeta a autonomia dos indivíduos. Do mesmo modo, os eventos estressores do ciclo de vida, tais como lutos, alcoolismo, drogadição e violência nas famílias investigadas evidenciam a sobrecarga gerada no sistema familiar diante de tais conflitos. Nesse sentido, os pacientes obesos parecem estar aprisionados em propostas relacionais com altos níveis de dependência e controle. Tal “aprisionamento” mostra-se como consequência da vigilância dos familiares sobre seus comportamentos, tolhendo-os em suas próprias escolhas, o que se relaciona diretamente aos processos de diferenciação ao longo do ciclo vital. Com base nos resultados encontrados é possível pressupor que o desenvolvimento da obesidade se gesta nos processos de indiferenciação familiar, uma vez que os trabalhos já publicados e que envolvem a temática da transgeracionalidade enfatizam a questão da co-dependência estabelecida entre a família e o obeso.

Nos últimos anos, o fracasso que envolve o tratamento da obesidade tem sido considerado um importante desafio para os profissionais. Considera-se que o alicerce das questões que incluem a adesão ao tratamento da obesidade está nos processos de diferenciação, uma vez que, ao não se promover a autonomia dos pacientes, estes permanecem “presos” ao ciclo de dependência, cujos cuidados e vigilância passam a ser delegados da família para a equipe multiprofissional. Nessa perspectiva, enfatiza-se a necessidade de se gerar um campo de reflexão com estes pacientes, a fim de que estes alcancem o protagonismo que envolve os resultados de seu tratamento, responsabilizando-os por suas próprias escolhas.

A riqueza emergida com base nas narrativas permitiu que este estudo fosse além dos objetivos inicialmente propostos. Assim, as informações coletadas abrangeram um universo de dados que integraram outros elementos relevantes, tais como o processo de tomada de decisão

pela cirurgia e os aspectos facilitadores e dificultadores no enfrentamento da doença nas famílias e nas redes sociais significativas das entrevistadas. Além disso, também foram trazidos à tona fatores que envolvem as lealdades familiares imbricadas nos processos de desenvolvimento da obesidade e as metáforas utilizadas pelas mulheres diante das vivências de estigmas sociais. Tais dados serão foco de futuros artigos, que oportunamente aprofundarão outras questões que abrangem essa temática.

Em termos metodológicos, considera-se importante destacar a imersão da pesquisadora no contexto da pesquisa, tanto no sentido de possibilitar o reconhecimento das conversas, das linguagens e das dinâmicas estabelecidas com os pacientes, como também entre eles e a equipe. A observação participante de campo foi considerada um elemento facilitador no desenvolvimento do estudo, uma vez que permitiu estabelecer relações entre teoria e prática durante todo o processo de coleta de dados, a fim de atingir os objetivos propostos. Durante as observações, foi possível entrar em contato com os desafios enfrentados pela equipe na busca pela adesão dos pacientes ao tratamento. Além disso, a imersão no contexto de pesquisa possibilitou perceber a diversidade de estratégias e as ações utilizadas pelos pacientes e seus familiares no convívio com a doença, que evidenciam a dificuldade enfrentada por estas pessoas nas mudanças de hábitos alimentares e estilo de vida. Este processo deu sustentação às articulações entre as categorias e as subcategorias do presente estudo, o que resultou em aprofundamento das reflexões sobre a temática.

As dificuldades encontradas neste percurso compreendem as características do contexto em que a pesquisa foi realizada, um hospital público, cuja falta de recursos como, por exemplo, a escassez de leitos para a internação dos pacientes leva à sobrecarga nos atendimentos, e, conseqüentemente, o aumento nas demandas de atendimento pelos profissionais. As poucas vagas disponíveis nos leitos acarretaram a diminuição na quantidade de cirurgias realizadas, que acabaram estendendo o processo de coleta dos dados. À medida que estas dificuldades iam se apresentando, as mesmas foram sendo contornadas com base nos contatos feitos durante a imersão da pesquisadora no campo, que buscou adequar as estratégias de acesso às participantes.

No que se refere ao apontamento de futuras pesquisas, sugere-se que sejam investigadas as relações entre a dinâmica familiar e o papel das redes sociais significativas nos processos de desenvolvimento da obesidade em adolescentes. A realização de estudos que abordem as fases iniciais de desenvolvimento é importante para que se possa melhor

compreender como os processos de diferenciação, que começam a acontecer nesta etapa do ciclo de vida, podem influenciar o surgimento de quadros como a obesidade. Além disso, os estudos que envolvem esta temática poderão auxiliar no trabalho que cerca as questões preventivas do problema durante a adolescência. Outra possibilidade de investigação são as narrativas, presentes na conjugalidade de pacientes obesos, que atuam impedindo a busca pela autonomia destes, influenciando diretamente sua adesão ao tratamento.

Conclui-se que este trabalho gerou importantes subsídios para a intervenção junto aos pacientes obesos, uma vez que sua realização possibilitou visibilizar a importância dos vínculos afetivos familiares na construção dos processos que causam a obesidade. Ressalta-se que, ao problematizar a dinâmica familiar e a história dos vínculos afetivos, permite-se também criar melhores condições para a adesão ao tratamento. Finaliza-se este trabalho com um trecho da fala de uma das participantes, frase esta que sintetiza alguns dos aspectos mais importantes aqui evidenciados. A narrativa da participante traz à tona a importância atribuída ao autocuidado e à busca pela autonomia para o tratamento da obesidade:

Eu acho assim ó, se a pessoa tá um pouquinho acima do peso, vai se cuidar, vai se tratar, não deixa chegar assim no ponto que eu fiquei, né? E a família assim, você não pode se importar muito, se você tem a família que te apoia tudo bem, mas se você não tem... você que tem que fazer por você mesma, né? Você tem que pensar em você né? No que é melhor pra você, e você que tem que fazer né? Porque ninguém vai fazer por você. Eu penso assim, né? Tem que partir de você mesma, né? E sempre ter determinação pelas coisas... porque se a gente não tiver, se a gente não amar a gente mesmo, quem vai amar né? Eu tenho que me amar! (P9, 43 anos).

6. REFERÊNCIAS:

ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. (2009). *Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica*. - 3.ed. - Itapevi, SP: AC Farmacêutica.

Almeida, S. S., Zanatta, D. P. & Rezende, F. F. (2012). Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 17(1): 153-160.

Andolfi, M. (2003). *Manual de psicología relacional*. La dimensión familiar. Colombia: Corporación Andolfi-González, Academia de Psicoterapia della Famiglia.

Brasil (2013) Ministério da Saúde. *Portaria nº 424, de 19 de março de 2013*. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União. Brasília (DF).

Boing, E., Crepaldi, M.A., & Moré, C.L.O.O. (2008). Pesquisa com famílias: aspectos teórico-metodológicos. *Paidéia*, 18(40), 251-266.

Brasil (2016) Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2016: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF.

Carvalho, J. E. Q. (2005). Risco de doença e custo da obesidade. In: Silva, R. S. & Kawahara, N. T. (Orgs.). *Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade*. Porto Alegre: AGE; 34-38.

Capitão, C. G., & Tello, R. R. (2004). Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas. *Revista Psicologia Hospitalar*; 2(2).

Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (2002). *Body Image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. Nova Iorque: Guilford Press.

Cervený, C. M. O., Berthoud, C. M. E., Coelho, M. R. M. V. P. & Oliveira, A. L. (2002). *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Copat, J.A. (2013). *Cirurgia Bariátrica: A trama dos significados prévios à tomada de decisão*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

- Coradini, A.O., Moré, C.L.O.O., & Scherer, A.D. (2017). Obesidade, família e transgeracionalidade: uma revisão integrativa da literatura. *Nova Perspectiva Sistêmica*, Vol.26, Num.58 (no prelo).
- Crepaldi, M.A., Moré, C.L.O.O. & Schultz, N.C.W. (2014). Genograma na pesquisa qualitativa. In: Cervený, C.M.O. (2014). *O livro do genograma*, pp. 197-210. São Paulo: Roca.
- Damasceno, V.O., Dutra, L.N., Ribeiro, L.G., Vianna, V.R.A., Vianna, J.M., Novaes, J.S. & Lima, J.R.P. (2003). Índice de massa corporal e recíproco do índice ponderal na identificação de sobrepeso e obesidade. *Rev. Bras. Cineantrop. & Desempenho Humano*. 5(2): 44-53.
- Falcke, D. & Wagner, A. (2014). A dinâmica familiar e o fenômeno da transgeracionalidade: Definição de conceitos. In: A. Wagner (coord). *Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares* (pp. 25-45). Porto Alegre: EdIPUCRS.
- Fandiño, J., Benchimol, A.K., Coutinho, W.F., & Appolinário, J.C. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Rev. psiquiatr. Rio Grd. Sul*, 26(1), 47-51.
- Ferreira, R.A.B. & Benicio, M.H.D.A (2015). Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. *Rev Panam Salud Publica*; 37(4/5): 337.
- Gil, A.C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª Ed. São Paulo: Atlas.
- Goldenberg, M., & Ramos, M. S. (2007). *A civilização das formas: o corpo como valor*. In M. Goldenberg (Org.). In: Nu e vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro/São Paulo: Record; 19-40.
- González-Rey, F.L. (2002). *Pesquisa qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015). *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Ciclos de Vida*. Rio de Janeiro. Recuperado de: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf> em 11 de março de 2017.

- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. (Trad.) H. Monteiro, & F. Settineri. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Magdaleno Jr, R., Chaim, E, A., & Turato, E.,R. (2009). Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. *Rev Psiquiatr RS*, 31(1), 73-78.
- Marcuzzo, M., Pich, S., Dittrich, M. G. (2012). A construção da imagem corporal de sujeitos obesos e sua relação com os imperativos contemporâneos de embelezamento corporal. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 16 (43): 943-54.
- Marie, N.G *et al.* (2013). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*; 384: 766 – 781.
- Marques-Lopes, I.; Marti, A., Moreno-Aliaga, M.J., & Martínez, A. (2004). Aspectos genéticos da obesidade. *Revista de Nutrição*, 17(3), 327-338.
- Minayo, M. C. S. (Org.). (2012). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. 31a Ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias, funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: ArtMed.
- Moré, C. L. O. O. (2015). A entrevista em profundidade ou semiestruturada, no contexto da saúde. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais/Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales*, Vol. 3, pp. 126-131.
- Moré, C. L. O. O., & Crepaldi, M. A. (2004). O campo de pesquisa: Interfaces entre a observação, interação e o surgimento dos dados. *Conferência Internacional do Brasil de Pesquisa Qualitativa/NPF – Núcleo de Pesquisa da Família*. Taubaté, São Paulo.
- Morin, E. (2011). *Introdução ao pensamento complexo*. 4ª ed. Porto Alegre: Sulina.
- Muhr, T. (2004). ATLAS/ti the knowledge workbench. V 5.0 Quick tour for beginners. Berlin: *Scientific Software Development*.

- Nascimento, C.A.D., Bezerra, S.M.M.S & Angelim, E.M.S. (2013). Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 18(2): 193-201.
- OMS (1995). Organização Mundial da Saúde. *Expert Committee on Physical Status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO expert committee*. Genebra.
- OMS (2016). Organização Mundial da Saúde. *Nota descritiva N°311. Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/em> 19 de março de 2017.
- Otto, A.F.N., & Ribeiro, M.A. (2012). Unidos em torno da mesa: A dinâmica familiar na obesidade. *Estudos de Psicologia*, 17(2), 255-263.
- Pinheiro, A.R.O., Freitas, S.F.T., & Corso, A.C.T. (2004). Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição*, 17(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 Revista de Saúde Coletiva*; 20 (2): 443-457.
- Ricardo, D.R. & de Araújo, C.G.S (2002). Índice de Massa Corporal: Um Questionamento Científico Baseado em Evidências. *Arq. Bras. Cardiol.*,79(1), 61-69.
- Sampieri, R.H., Collado, C.F. & Lucio, P.B (2006). *Metodología de la investigación*. 4ª Ed. Mexico D.F: McGraw-Hill.
- Silva, A. L. M. C., & Costa E. (2005). Avaliação psicológica pré-operatória. In R. S. Silva & N. T. Kawahara (Orgs.), *Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade*. Porto Alegre: AGE; 106-113.
- SBCBM - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2017). *Técnicas Cirúrgicas*. Recuperado de: <http://www.sbcm.org.br/wordpress/tratamento-cirurgia-cirurgia-laparoscopica/> em 01 de maio de 2017.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2a Ed. Porto Alegre: Artmed.

Tassara, V. (2012). Obesidade na Infância e Interações Familiares: Uma Trama Complexa. *Revista Brasileira de Terapia de Família*, 4(1), 45-56.

Teichmann, L., Olinto, M. T. A., Costa, J. S. D., & Ziegler, D. (2006). Fatores de risco associados ao sobrepeso e à obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*; 9: 360-373.

Theodoro, L. (2015). Evolução da perda de peso e ganho de peso. In: C. Benedetti, & L. Theodoro (2015). *Depois de Magro. A ação do psicólogo na manutenção do peso após o emagrecimento induzido por cirurgia*. São Paulo: Vetor.

Wendt, N.C. & Crepaldi, M.A. (2008). A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2): 302-310.

West, M. L. & Sheldon-Keller, A. E. (1994). *Patterns of relating: An adult attachment perspective*. New York: The Guilford Press.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Dados de identificação e sócio demográficos: Participante: _____

Nome: (somente as iniciais) _____ **Idade:** _____

Estado Civil: () Casada () União Estável () Solteira

() Viúva () Divorciada/Separada () Namorando

Há quanto tempo? _____

Nível de escolaridade: _____

Ocupação/Profissão: _____ Há quanto tempo? _____

Renda Familiar: _____

Religião: () Nenhuma () Católica () Evangélica () Espírita ()

Outra Qual? _____

Genograma: Filhos: () Não () Sim Quantos: _____ Idades: _____

Comorbidades? () Não () Sim Quais: _____

2. Aquecimento:

a) Há quanto tempo está em acompanhamento pré-cirúrgico?

b) Poderia me contar como foi o seu encaminhamento para o hospital?

3. O desenvolvimento da obesidade e o diagnóstico de obesidade mórbida:

a) Em que momento da sua história de vida você percebeu que a obesidade era um problema para ti como mulher?

b) Em que época tu recebestes o diagnóstico de obesidade mórbida?

Poderia me relatar como foi isso? Como se sentiu?

c) Que tipos de tratamento você já fez para tratar a obesidade? Dietas, medicação, atividade física? Com orientação ou por conta própria?

d) Como a sua família participou nesta questão da dieta?

e) Há outras pessoas com obesidade na sua família?

Se sim, este é um tema comentado entre vocês? O que se fala sobre isso na sua família?

f) Qual foi o momento que você decidiu fazer a cirurgia e como foi que a ideia se concretizou?

g) Quem da sua família está preocupado com a cirurgia?

4. Significados atribuídos à obesidade:

- a) Para você, o que é a obesidade? E a obesidade mórbida, o que é isso para você?
- b) O que significa para você, ser uma mulher com Obesidade Mórbida? Que sentimentos isto te desperta? Poderia me relatar uma situação ou fato da sua vida que dê um exemplo deste sentimento?

5. Descrição dos aspectos presentes na dinâmica familiar e social que facilitam ou dificultam a vivência cotidiana com a obesidade mórbida.

- a) A partir do que tu falas, como você vem enfrentando essa questão da obesidade? Tem algo que te ajuda a enfrentá-la?
- b) Tem alguma pessoa que te ajuda a lidar com a obesidade? Quem? **Como** ela te ajuda?
- c) Diante de toda esta situação que você está me contando, na sua opinião, que aspectos presentes na sua família te ajudam a conviver com a obesidade? Poderia me citar algum exemplo?
- d) E que aspectos presentes na sua família você considera que dificultam a conviver com a obesidade? Pode me citar algum exemplo?
- e) E das pessoas de fora da sua família, há alguém que te ajuda/ajudou nessa situação? (amigos, vizinhos, colegas de trabalho...)
- f) E das pessoas de fora da sua família, há alguém que você considera que dificulta a convivência com a obesidade? *Por exemplo, dificulta a questão da adesão ao tratamento, a fazer as dietas..*

6. Identificação das repercussões da obesidade mórbida na história dos vínculos afetivos da família de origem e atual:

Aqui se introduz o genograma: Se explicita à participante as características do instrumento e o seu objetivo.

- a) Quem são as pessoas com Obesidade na família? Que outras doenças?
- b) Como é a sua relação com os seus pais, irmãos? (Explorar aspectos da dinâmica da família de origem, mortes, doenças, separações, divórcios e outros eventos estressores como uso de álcool e drogas).
- c) Você presenciou na sua família alguma situação de violência?
- d) E em sua família atual, como é a relação de vocês? (Marido, filhos).
- e) Após o seu diagnóstico de obesidade, como você vê que ficou o relacionamento com seus filhos? (Explorar as reações dos membros)
- f) Com o seu companheiro, como ficou o relacionamento após o desenvolvimento da obesidade?

g) Como você percebe a relação com a comida na sua família?

h) Na sua opinião, qual é o papel da família na questão do enfrentamento da obesidade?

i) A partir de tudo isso que você me contou, que conselhos tu darias a outras mulheres que estão passando pelo mesmo problema que você com relação à família e/ou às reações da família?

Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar? Como foi participar dessa entrevista?

APÊNDICE B – INSTRUÇÕES PARA APLICAÇÃO DO GENOGRAMA

Uma das partes da minha pesquisa é a construção de um mapa familiar, onde desenhamos todas as pessoas que fazem parte da família, as relações entre elas e os acontecimentos importantes. Eu gostaria que você me ajudasse a desenhar o mapa da sua família: seus pais, irmãos e, inclusive, aquelas pessoas que não são parentes, mas que estão muito próximas e são muito íntimas de ti. A construção desse mapa dura aproximadamente 1 hora e pode ser interrompida por mim ou por você se houver necessidade. Podemos começar agora?

Para começar a fazer o desenho da sua família, gostaria que você contasse quem são as pessoas que fazem parte da família, as idades, as ocupações, as coisas boas e ruins que marcaram as famílias (núcleo atual e da família de origem)...

Precisamos marcar no desenho as pessoas que já faleceram ou que apresentam alguma condição especial... Você pode começar por onde quiser... Nós representamos os homens por quadrados e as mulheres por círculos.

Ao final da entrevista de aplicação do genograma, a pesquisadora irá possibilitar que a participante acrescente mais informações se julgar necessário ou que queira compartilhar.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Centro de Filosofia e Ciências Humanas Programa de Pós-Graduação em Psicologia Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Aline Orlandi Coradini, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), peço a gentileza de sua colaboração para participar da realização de minha pesquisa de Mestrado intitulada “Dinâmica Relacional Familiar na Perspectiva de Mulheres com Obesidade Mórbida” sob orientação da Prof^a. Dr^a. Carmen L. Ojeda Ocampo Moré.

Esta pesquisa tem por objetivo compreender as repercussões da obesidade mórbida na dinâmica relacional familiar na perspectiva das mulheres. Os dados obtidos com este estudo contribuirão para a compreensão de como a obesidade afeta o relacionamento dos membros da família e, de como estes enfrentam tal situação. Além disso, a relevância do estudo está em poder contribuir para o aperfeiçoamento de estratégias dos profissionais que atendem pacientes com obesidade, auxiliando, desta forma, no processo de tratamento da mesma.

A sua participação ocorrerá por meio do seu consentimento em entrevista-la através de um roteiro de perguntas relacionadas ao tema da pesquisa, assim como a construção de um genograma. A entrevista será gravada em áudio e, seguindo os preceitos éticos, seu nome, ou qualquer dado que possa identifica-la, não será utilizado. Sua participação é absolutamente voluntária e não será remunerada. A sua recusa em participar da pesquisa não implicará qualquer penalidade ou prejuízo. Além disso, você poderá desistir da participação neste estudo 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.

Garantimos que serão feitos esforços para não haver desconforto ou constrangimento que possam causar qualquer efeito nocivo para os participantes. Os riscos provenientes da situação da entrevista referem-se à possibilidade de emergência de lembranças desagradáveis, o que pode causar desconforto. Caso em algum momento você se sinta desconfortável e entender que gostaria de falar sobre o assunto, a pesquisadora se compromete a conversar com você sobre isso, se for o seu desejo, e/ou sugerir a busca do serviço de apoio psicológico da

instituição para que você possa conversar posteriormente. Salienta-se que a sua participação não interferirá no tratamento que vem recebendo no hospital. Ressaltamos ainda, que a pesquisadora possui os conhecimentos técnicos que são necessários para a condução da entrevista, comprometendo-se a realizar a devida atenção psicológica, caso em algum momento, você se sinta mobilizada. Firmamos o compromisso de zelar pelo respeito e dignidade de todos os participantes. A pesquisadora responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar da pesquisa, solicitamos a sua assinatura em duas vias deste documento, onde devem ser rubricadas todas as páginas. Uma destas vias permanecerá em seu poder, sendo esta a garantia de seus direitos como participante da pesquisa. Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca desta investigação poderá ser obtido junto à pesquisadora, pelos telefones (48)3249-5078 ou (48)9663-0163.

Caso possua alguma dúvida quanto aos aspectos éticos em torno do desenvolvimento desta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo telefone (48) 3721-9206, pelo e mail: cep.propesq@contato.ufsc.br ou dirigir - se ao prédio da Reitoria II, da Universidade, nono andar, sala 902. Poderá, também, contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria Estadual de Saúde (SC), pelos telefones (48) 3212-1660, 3212-1644 ou pelo e mail: cepses@saude.sc.gov.br.

Aline Orlandi Coradini
Pesquisadora principal
Mestranda

Prof^a Dr^a. Carmen L.O.O Moré
Pesquisadora responsável
Orientadora

Eu, _____ ,
declaro por meio deste documento meu consentimento em participar da pesquisa: “Dinâmica relacional familiar na perspectiva de mulheres com obesidade mórbida”. Declaro ainda, que estou ciente dos seus objetivos e métodos, 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.

Florianópolis, ____ de _____ de 2016.

Assinatura da participante da pesquisa
RG:

APÊNDICE D - CÁLCULO DE ACORDO DOS JUÍZES DO GENOGRAMA GENOGRAMA 1: (P3)

Cálculo de concordância dos juízes do Genograma

Genograma 1: (P3)

Relação	Envolvidos	Juiz 1	Juiz 2	Acordo	Desacordo
Conflituosa	P3 com o pai			X	
	P3 com a madrasta			X	
Harmônica	P3 com o irmão A		Distante		X
	P3 com o sobrinho J.F			X	
Próximo	P3 e o marido			X	
	P3 e o sogro			X	
	P3 e o irmão A.			X	
	P3 e a irmã R.			X	
	O pai e a mãe de P3.			X	
	Irmão A. com o pai			X	
	Irmã R com o pai			X	
Muito próximo	P3 com a mãe		Fusionado		X
	Marido de p3 com o filho	Fusionado			X
Fusionados	P3 com o filho			X	
Distante	P3 com a sogra	Conflituosa	Conflituosa		X
	P3 com a irmã M.			X	
	P3 com os cunhados			X	
	P3 com a vó paterna			X	
	P3 com o vó paterno			X	

$$\text{Cálculo: } x = \frac{\Sigma A}{\Sigma A + \Sigma D} \times 100$$

CÁLCULO DA CONCORDÂNCIA DE JUIZES GENOGRAMA 1 = 78,94%

Genograma 2: (P6)

Relação	Envolvidos	Juiz 1	Juiz 2	Acordo	Desacordo
Rompimento	P6 com a cunhada L.			X	
Harmônica	P6 com o sogro			X	
	P6 com a sogra			X	
	Avô e avó paternos			X	
Próximo	P6 e o marido			X	
	O marido de p6 e a filha			X	
	P6 e o irmão T.			X	
	P6 e a avó paterna			X	
Muito próximo	P6 e o avô materno			X	
Fusionados	P6 e o filho			X	
	P6 e a filha			X	
Fundidos	Mãe de p6 e o irmão T.	Fundido e Conflitual			X
Fundido e Conflitual	A mãe de P6 e a irmã B.	Conflituoso			X
Violento	O pai e a mãe de P6			X	
	P6 e o pai	Distante			X
Conflituoso	P6 e o cunhado			X	
	Irmã B com o irmão T.			X	
	Irmã B com o irmão A.			X	
	Irmão A com a mãe de P6.			X	
	Pai de p6 com a avó paterna			X	
	Vó e vó maternos			X	
Distante	P6 com a avó materna			X	
	P6 com sua mãe			X	
	P6 com a irmã B.			X	
	P6 com o irmão A.			X	
	P6 com os sobrinhos			X	

CÁLCULO DA CONCORDÂNCIA DE JUIZES GENOGRAMA 2 = 88,46%

Genograma 3: (P11)

Relação	Envolvidos	Juiz 1	Juiz 2	Acordo	Desacordo
Rompimento	P11 com a mãe			X	
Distante	P11 com a meia-irmã			X	
	P11 com o avô paterno			X	
	P11 com o pai			X	
	P11 com o irmão G.			X	
	P11 com o irmão R.			X	
	P11 com as sobrinhas A e L.			X	
Próximo	P11 e o marido			X	
	P11 e o sogro			X	
	P11 e a sogra			X	
	P11 e a avó materna			X	
	P11 e o avô materno			X	
	Marido de p11 e seu pai			X	
	Marido de p11 e sua mãe			X	
	Pai de p11 e sua avó paterna			X	
	Pai de p11 e seu avô paterno			X	
	Avós paternos			X	
	Mãe de p11 e sua avó materna			X	
	Mãe de p11 e seu avô materno			X	
Muito próximos	Marido e a filha			X	
Fundido e conflitual	P11 e sua irmã J.			X	
Violento	P11 e a cunhada L.			X	

Superenvolvimento com violência	Mãe e pai de p11			X	
	Avô e avó maternos			X	
Conflituoso	P11 e a cunhada S			X	
	P11 e a cunhada I.			X	
	P11 e seu irmão G.(34)			X	
	P11 e seu irmão G (36)			X	
	P11 e a sua mãe		Rompido e distante		X
Harmônico	P11 com o irmão G.(43)			X	
	P11 com o irmão I.			X	
	P11 com a cunhada A.			X	
Fundido	P11 com a filha			X	

CÁLCULO DA CONCORDÂNCIA DE JUIZES GENOGRAMA 3 = 96,96%

APÊNDICE E – QUADRO COMPLETO DE CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DE ANÁLISE.

Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
1. Processo de auto percepção e desenvolvimento da obesidade	1.1 Início do reconhecimento da Obesidade	1.1.1 Adolescência 1.1.2 Gravidez 1.1.3 Desde a infância 1.1.4 Fase Adulta 1.1.5 Vivências de luto
	1.2 Presença e/ou ausência de comorbidades	1.2.1 Desconhecimento de sintomas clínicos/ estado de saúde 1.2.2 Alterações físico-orgânicas (ovários policísticos, diabetes, tireóide, hipertensão) 1.2.3 Variações do peso corporal 1.2.4 Presença de sintomas psicológicos (Depressão, Compulsão alimentar, comportamentos auto-destrutivos)
	1.3 Ganho progressivo de peso	1.3.1 Não percepção do peso 1.3.2 Despreocupação com o peso 1.3.3 “Só fui engordando, engordando...”
	1.4 Limitações e Preconceito por ser obesa	1.4.1 “Todo mundo fica olhando” 1.4.2 Dificuldades no vestuário 1.4.3 Dificuldades de locomoção 1.4.4 Limitações nas atividades cotidianas e de lazer 1.4.5 Dificuldade nos relacionamentos amorosos
	1.5 Sentimentos despertados na vivência com a obesidade	1.5.1 Tristeza/Depressão/ Ansiedade /Insegurança/ Sofrimento 1.5.2 Humilhação/ Frustração/Impotência/ Vergonha/ Decepção/Rejeição 1.5.3 Problemas de autoestima/Isolamento social e Temor da morte

	1.6 Significados atribuídos à obesidade enquanto processo	<p>1.6.1 Ligados à experiências de privação</p> <p>1.6.2 Ligados à falta de controle</p> <p>1.6.3 Ligados à algo não saudável/doença</p> <p>1.6.5 Ligados ao desconforto com o corpo/autoimagem</p>
2. Busca pelo Tratamento da Obesidade	2.1 Na rede de atenção primária	<p>2.1.1 “O médico nunca me falou nada/ Desleixo”</p> <p>2.1.2 Encaminhamento para especialista no âmbito Público e Privado</p>
	2.2 Tomada de decisão pelo tratamento	<p>2.2.1 “Não posso ficar assim!”</p> <p>2.2.2 Possibilidade de agravamento</p> <p>2.2.3 Frente ao preconceito</p> <p>2.2.4 Corpo pedindo ajuda</p> <p>2.2.5 Gravidez de risco</p> <p>2.2.6 Dúvidas/desistência do tratamento/cirurgia</p>
	2.4 Tentativas e fracassos dos tratamentos realizados	<p>2.4.1 Medicação/ Dietas/ Shakes/Atividade física</p> <p>2.4.2 “Loucuras”/Jejum</p> <p>2.4.3 Participação da família na dieta</p> <p>2.4.4 Perda de peso no pré-operatório</p> <p>2.4.5 Mudanças de hábitos de vida e alimentares no pré-operatório</p>
3. Reconhecimento da Obesidade enquanto doença	3.1 A partir de eventos do ciclo vital	<p>3.1.1 Resistências do cônjuge frente à possibilidade de emagrecimento</p> <p>3.1.2 Reconhecimento da obesidade no momento da separação</p> <p>3.1.3 Reconhecimento da obesidade após o nascimento do filho</p> <p>3.1.4 Preocupação com a obesidade do filho</p>
	3.2 Contexto em que foi dado o diagnóstico	<p>3.2.1 Posto de saúde – Atenção primária</p> <p>3.2.2 Endocrinologista – Atenção secundária</p>

		3.2.3 No hospital – Alta complexidade
	3.3 Reação ao diagnóstico de obesidade mórbida	3.3.1 Tristeza/Desespero/Chateada/Muito Difícil 3.3.2 Susto/Surpresa 3.3.3 Nunca recebeu/Desconhecimento sobre o diagnóstico 3.3.4 Despreocupação sobre o diagnóstico/Passividade
	3.4 Riscos da obesidade mórbida	3.4.1 Relacionados aos riscos à saúde 3.4.2 Relacionados às limitações 3.4.3 Relacionados à maternidade
	3.5 Significados atribuídos à obesidade enquanto doença	3.5.1 Risco de vida elevado/Falta de cuidado 3.5.2 Horrível/muito ruim 3.5.3 Não conseguir andar/Falta de mobilidade 3.5.4 “Ser maior do que eu sou” 3.5.5 Perda da auto-estima/Identidade feminina
4. Estratégias de enfrentamento da obesidade	4.1 Negação do problema	4.1.1 Auto-boicote 4.1.2 Dissociação 4.1.3 Recusa
	4.2 Motivadores no enfrentamento da obesidade	4.2.1 O processo de emagrecimento pré-cirúrgico e a cirurgia bariátrica 4.2.2 Auto aceitação e resgate da autoestima 4.2.3 Atenção com sua saúde 4.2.4 Permanecer junto aos filhos
	4.3 Aspectos familiares facilitadores na convivência com a obesidade	4.3.1 Apoio da família nuclear 4.3.2 Apoio da família extensa 4.3.3 Conversas com os familiares sobre o problema 4.3.4 Necessidade de mudanças nos hábitos de vida da família
	4.4 Aspectos familiares dificulta-	4.4.1 Não percepção de fatores dificultadores 4.4.2 Momentos de refeição

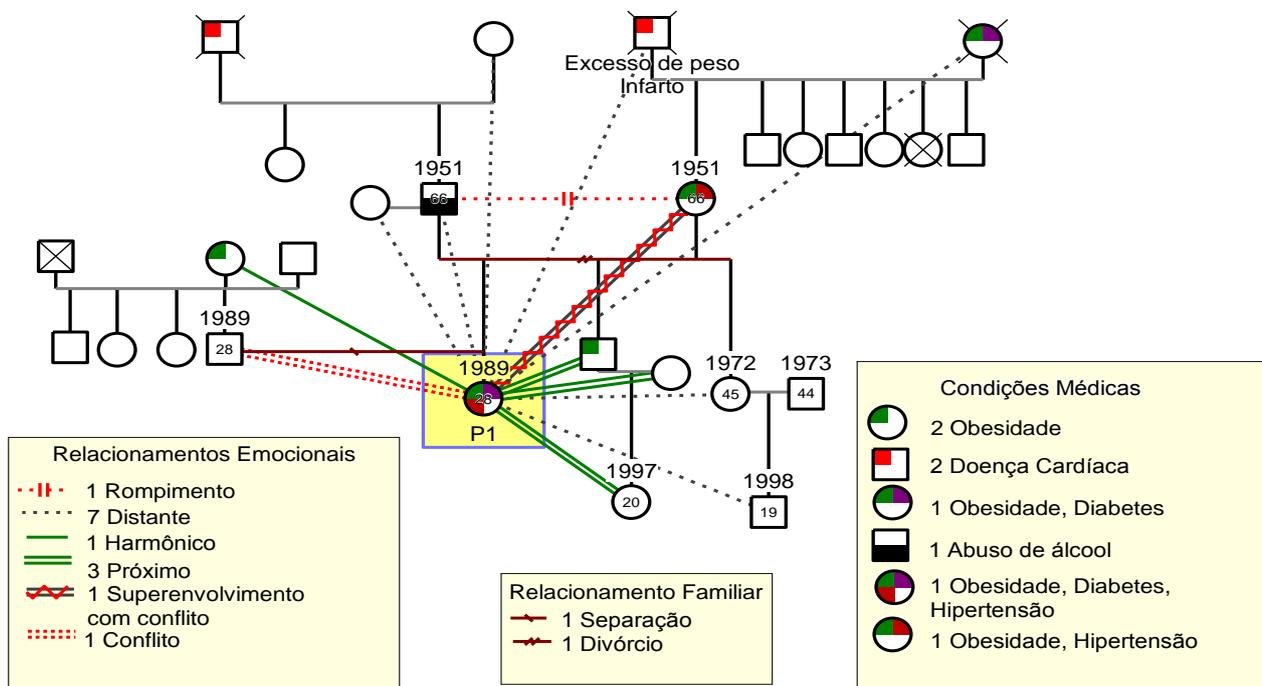
	<p>dores na convivência com a obesidade</p>	<p>em família/Grande quantidade de comida 4.4.3 Desprezo e falta de apoio da família 4.4.4 Exclusão e preconceito da família 4.4.5 Família não seguir a mesma dieta 4.4.6 Desistência do tratamento por saudades dos familiares</p>
	<p>4.5 Aspectos da rede social facilitadores na convivência com a obesidade</p>	<p>4.5.1 Apoio de amigos/vizinhos/comunidade religiosa 4.5.2 Apoio dos patrões/colegas de trabalho 4.5.3 Apoio de conhecidos 4.5.4 Apoio da equipe multiprofissional 4.5.5 Importância das palavras de incentivo</p>
	<p>4.6 Aspectos da rede social dificultadores na convivência com a obesidade</p>	<p>4.6.1 Palavras negativas/Desencorajadoras 4.6.2 Piadas e Discriminação 4.6.3 Não reconhecimento de aspectos dificultadores na rede social</p>
<p>5. Tomada de decisão pela cirurgia</p>	<p>5.1 Constatação da necessidade de cirurgia</p>	<p>5.1.1 Pela impossibilidade de emagrecimento 5.1.2 Pela questão estética 5.1.3 Pela redução dos riscos à saúde/Dependência de outras pessoas 5.1.4 Visão fantasiosa – “Passe de mágica” 5.1.5 Pelas redes pessoais significativas 5.1.6 Busca de informações do procedimento</p>
	<p>5.2 Temores em relação à cirurgia</p>	<p>5.2.1 Insegurança quanto ao procedimento cirúrgico 5.2.2 Medo da morte 5.2.3 Pelas mudanças provocadas na rotina familiar</p>
	<p>5.3 Momento da decisão pela cirurgia</p>	<p>5.3.1 Nas consultas pré-operatórias 5.3.2 Ao ouvir o diagnóstico 5.3.3 Confirmação da decisão</p>

		<p>5.3.4 Subordinada ao nascimento do filho 5.3.5 Expectativas da cirurgia</p>
	<p>5.4 Revelação aos familiares da decisão pela cirurgia</p>	<p>5.4.1 Desde o princípio do processo 5.4.2 Depois de tomada a decisão 5.4.3 Não revelação para a família extensa</p>
<p>6. A Obesidade no contexto das histórias dos vínculos afetivos</p>	<p>6.1 Aspectos da dinâmica familiar da família de origem</p>	<p>6.1.1 Transgeracionalidade/Ausência da obesidade e suas comorbidades na família de origem 6.1.2 Presença/Ausência de Conflitos e Rupturas de vínculos na família de origem 6.1.3 Presença/Ausência de Alcoolismo e drogadição na família de origem 6.1.4 Presença/Ausência de violência/morte trágica/abuso sexual na família de origem</p>
	<p>6.2 Padrões de relacionamento na família de origem</p>	<p>6.2.1 Padrão de emaranhamento na família nuclear 6.2.2 Padrão de desligamento na família nuclear 6.2.3 Padrão de emaranhamento na família extensa 6.2.4 Padrão de desligamento na família extensa</p>
	<p>6.3 Aspectos da dinâmica familiar da Família Atual</p>	<p>6.3.1 Transgeracionalidade/Ausência da obesidade e suas comorbidades na família atual 6.3.2 Presença/Ausência de Conflitos e Rupturas de vínculos na família atual 6.3.3 Presença/Ausência de violência/morte trágica na família atual 6.3.4 Presença/Ausência de Alcoolismo e drogadição na família atual 6.3.5 Repercussões da</p>

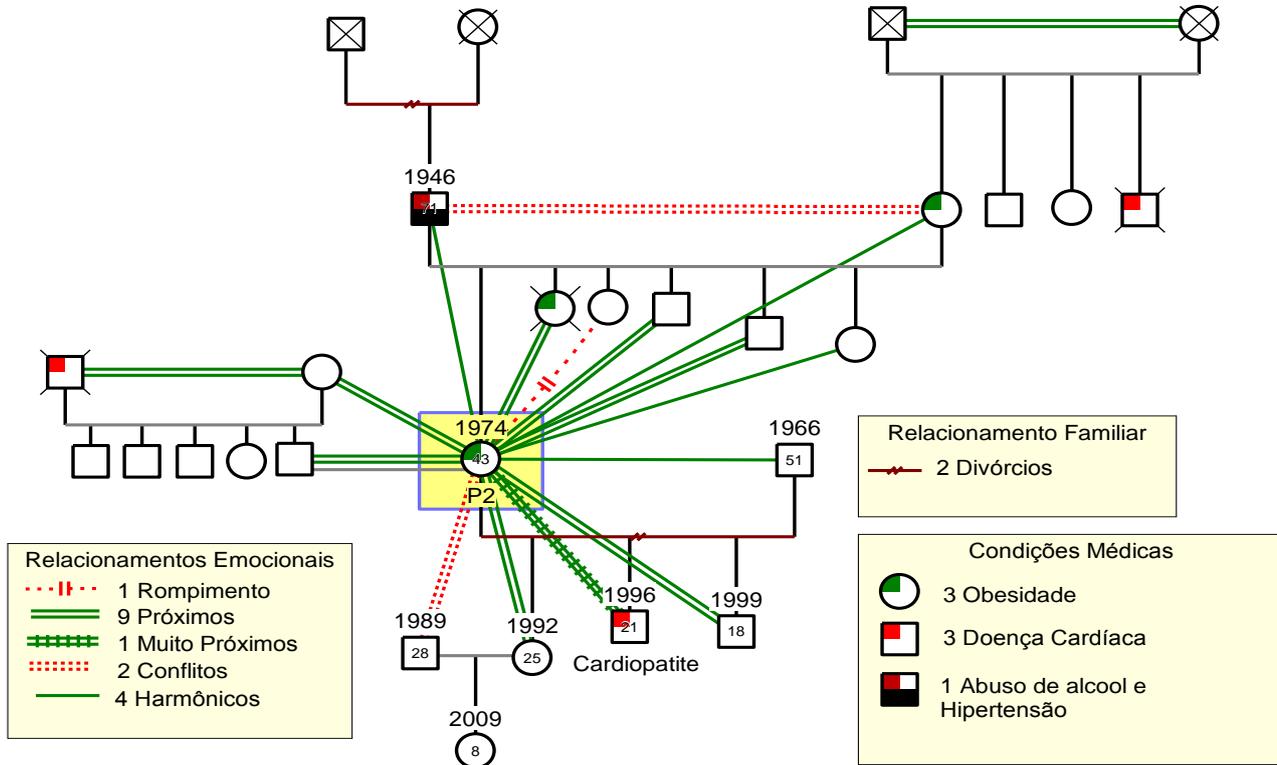
		obesidade nos vínculos afetivos na família atual 6.3.6 Repercussões da obesidade no contexto da conjugalidade
	6.4 Padrões de relacionamento na família atual	6.4.1 Padrão de emaranhamento na família atual 6.4.2 Superproteção materna 6.4.3 Padrão de emaranhamento na família extensa 6.4.4 Padrão de desligamento na família extensa
	6.5 Relação da família com a comida no contexto transgeracional	6.5.1 A comida em evidência 6.5.2 Má qualidade dos alimentos consumidos 6.5.3 Ausência de regras/limites na alimentação da família
	6.6 Lealdades Invisíveis	6.6.1 Sentimento de pertencimento ao grupo familiar 6.6.2 Lealdade à mãe 6.6.3 Alimentação como expressão de afetividade
7. Metáforas	7.1 Relacionadas aos estigmas sociais	7.1.1 “Parece que tu tem uma doença contagiosa, sabe?!”
	7.2 Relacionadas ao ganho excessivo de peso	7.2.1 “Eu acho que só com o cheiro da comida eu engordo!”
	7.3 Relacionadas ao diagnóstico	7.3.1 “Mesma coisa que tu disser assim ó: Ah, tais com câncer, tu vai morrer amanhã!”
	7.4 Relacionados a auto percepção como obeso	7.4.1 “Ai, assim, eu me sinto as vezes como se eu fosse um monstro!”

APÊNDICE F – GENOGRAMAS DAS FAMÍLIAS PARTICIPANTES

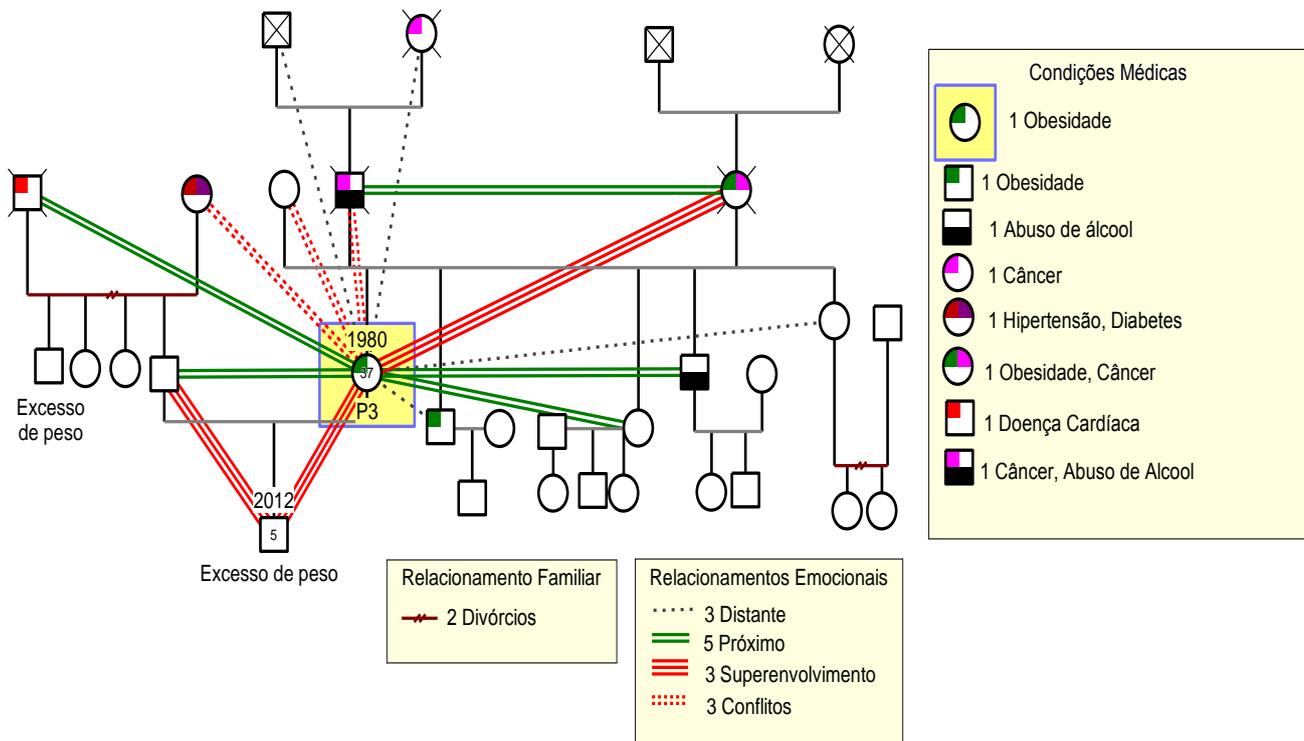
Genograma da família da P1



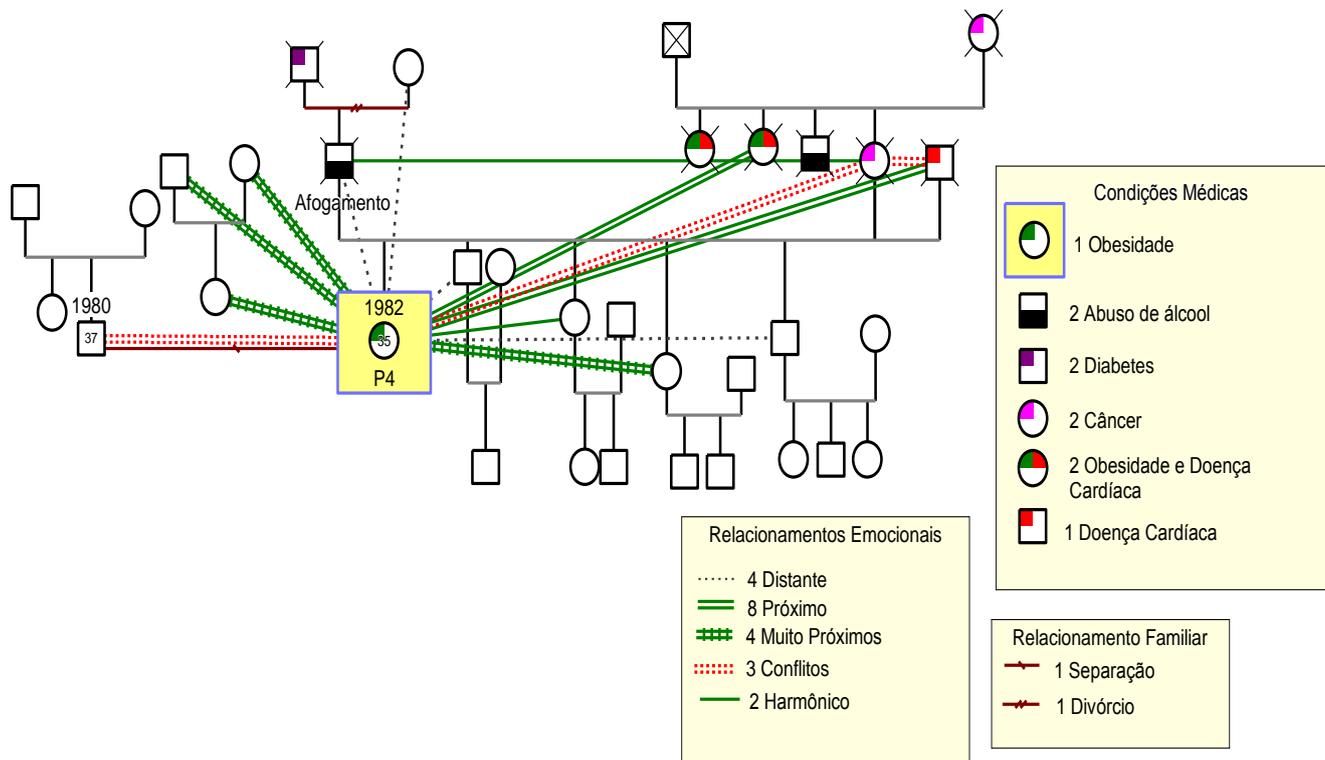
Genograma da família da P2



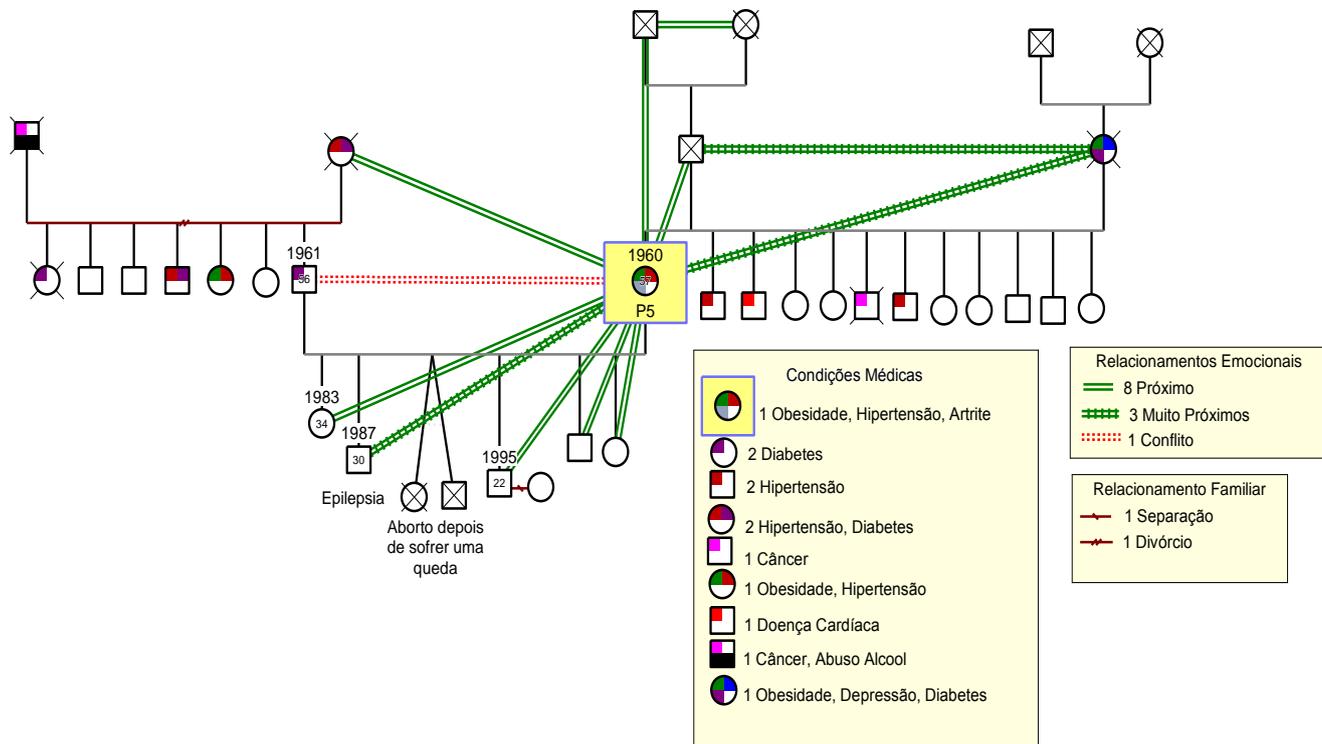
Genograma da família da P3



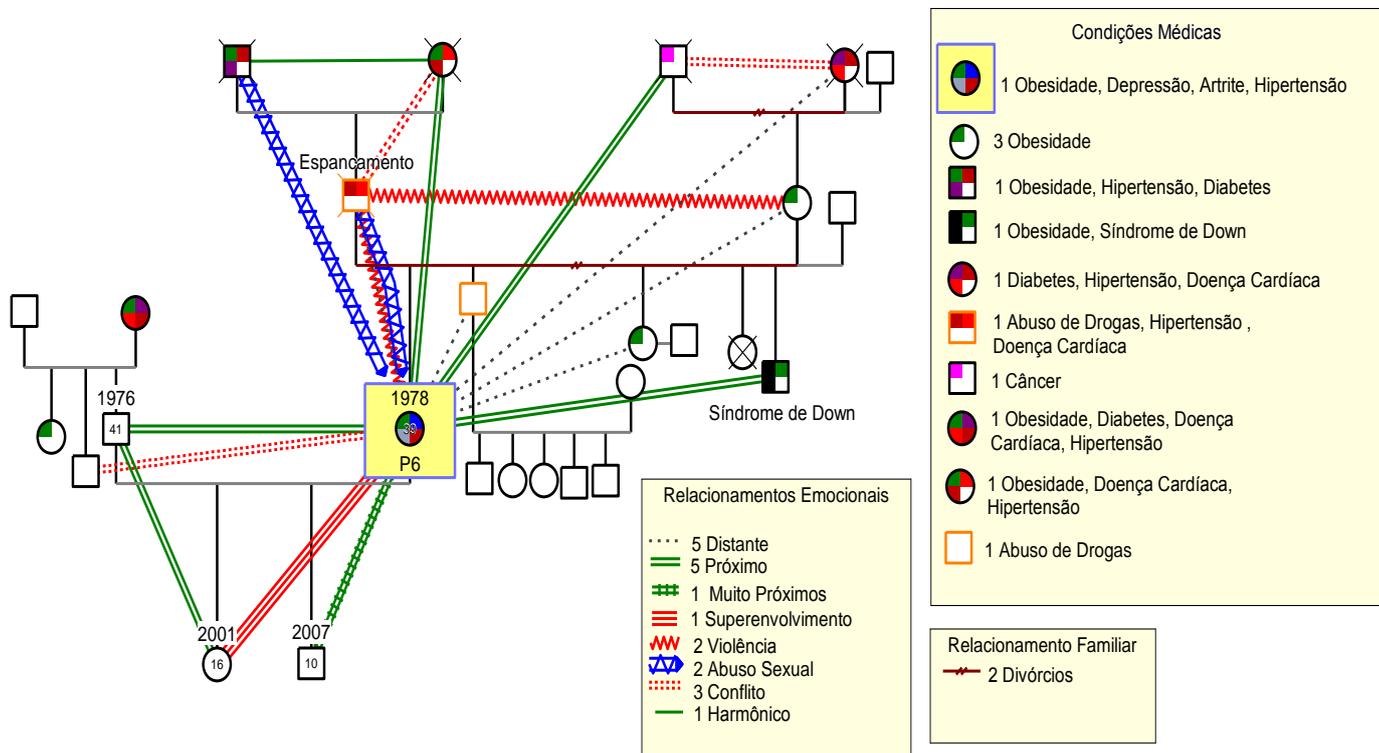
Genograma da família da P4



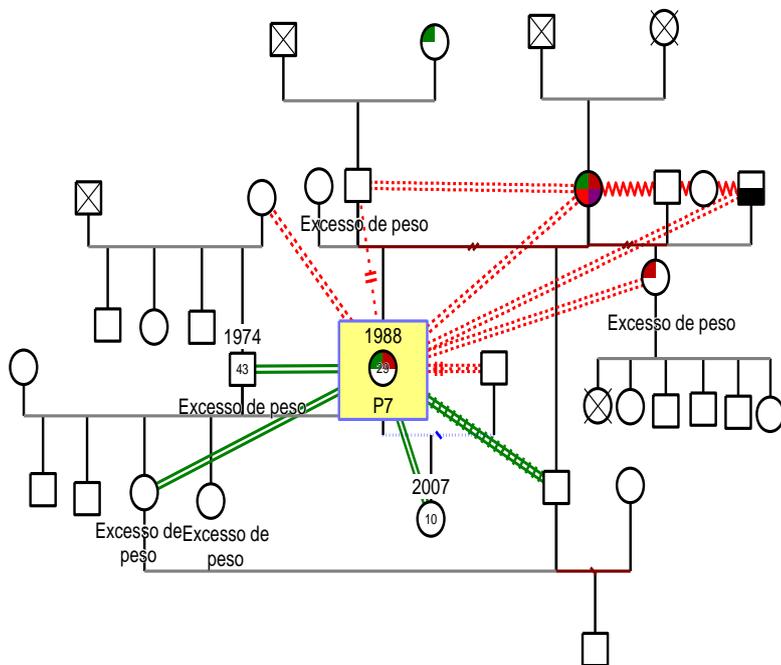
Genograma da família da P5



Genograma da família da P6



Genograma da família da P7



Relacionamento Familiar

- 1 Separação
- - - 2 Divórcios
- 1 Relação casual e separados

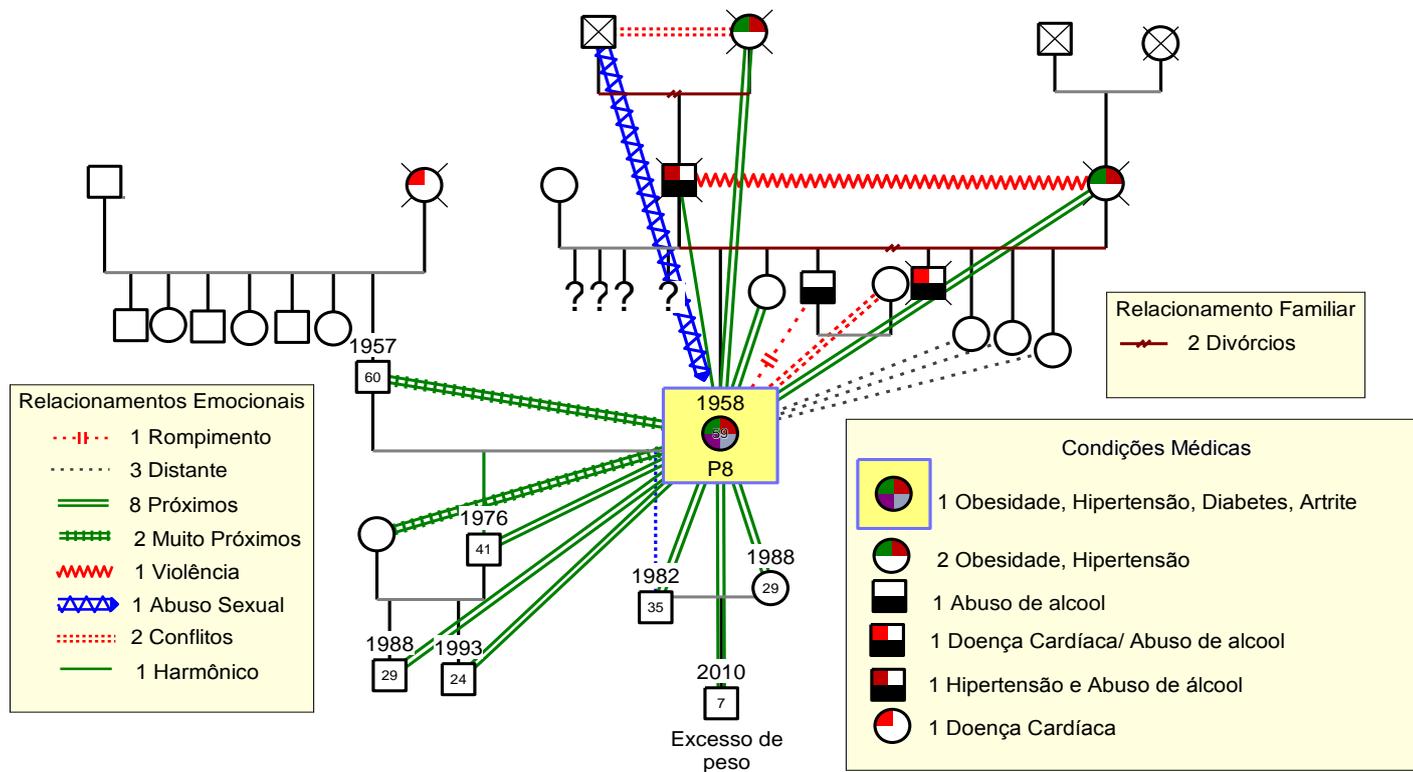
Condições Médicas

- 1 Obesidade, Hipertensão
- 1 Abuso de drogas e/ou álcool
- 1 Obesidade
- 1 Obesidade, Hipertensão, Doença Cardíaca, Diabetes
- 1 Hipertensão

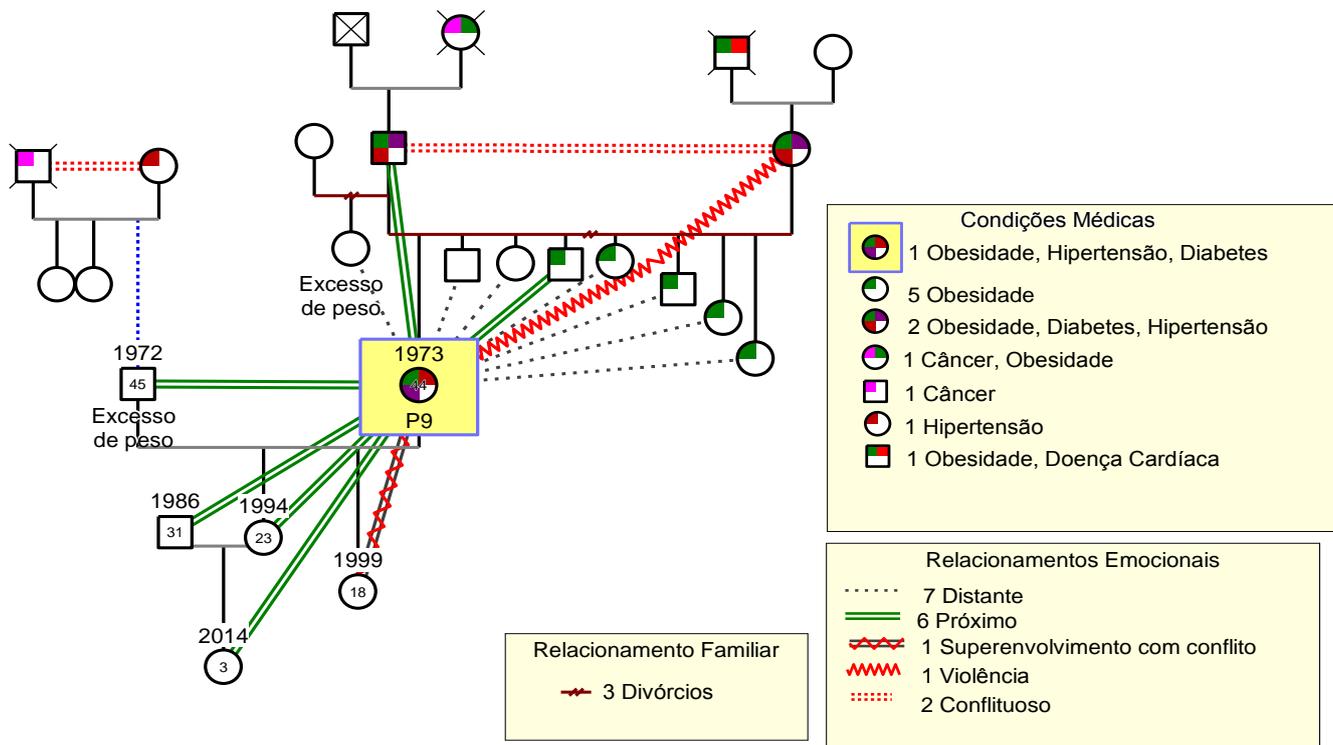
Relacionamentos Emocionais

- 2 Rompimentos
- 3 Próximo
- - - 1 Muito Próximos
- ~~~~~ 1 Violência
- 6 Conflitos

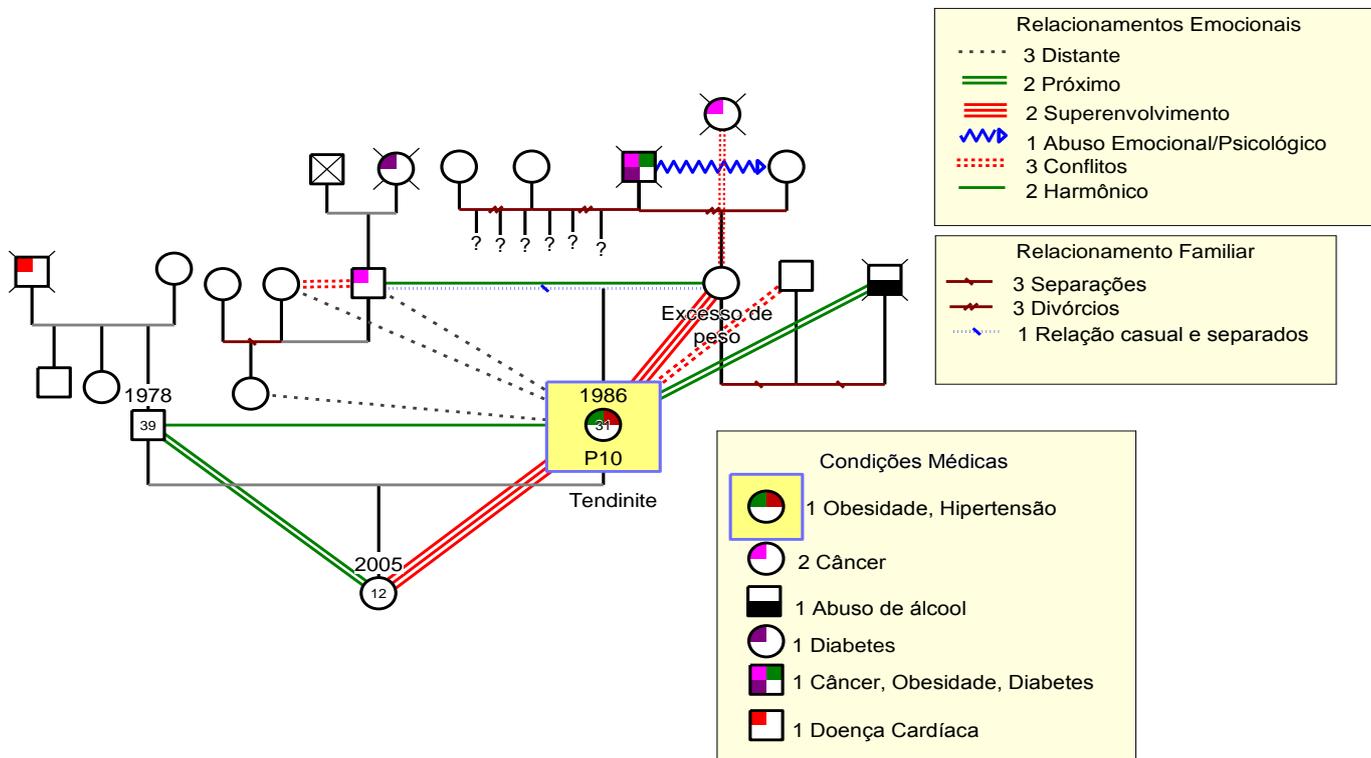
Genograma da família da P8



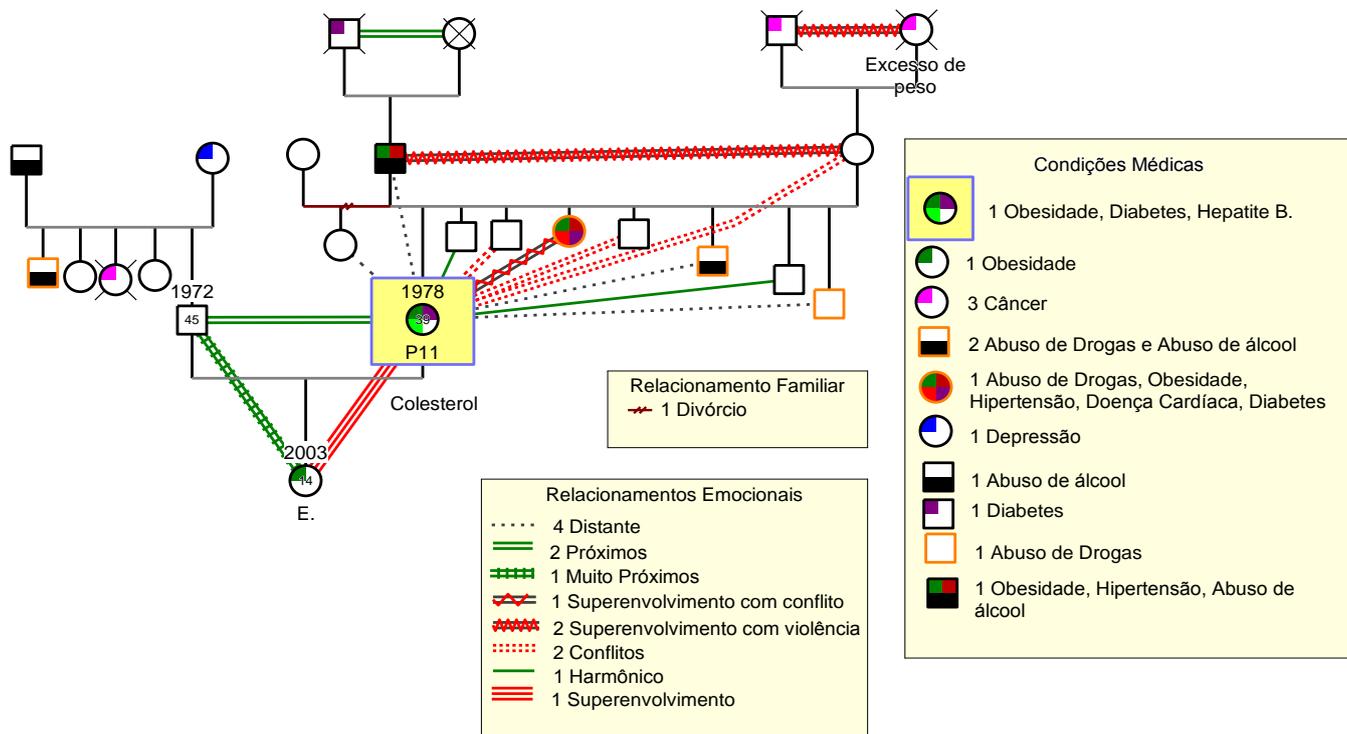
Genograma da família da P9



Genograma da família da P10

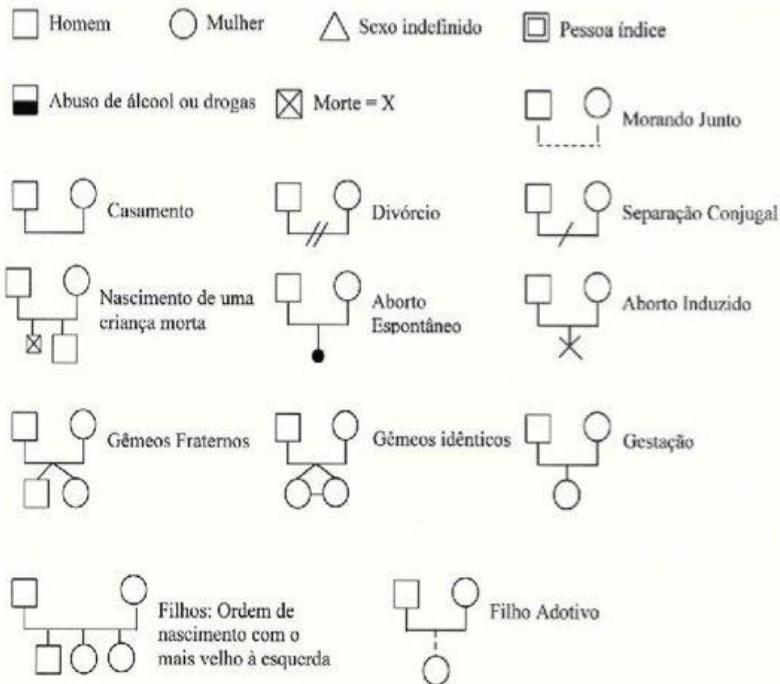


Genograma da família da P11

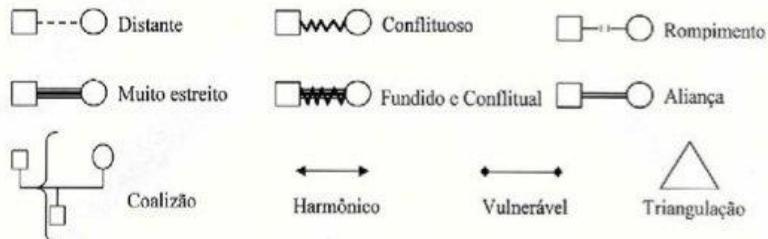


ANEXOS

ANEXO A - SÍMBOLOS DO GENOGRAMA ADAPTADOS POR WENDT & CREPALDI (2008)



Relacionamentos:



ANEXO B - PORTARIA Nº 424

PORTARIA Nº 424, DE 19 DE MARÇO DE 2013

Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 719/GM/MS, de 7 de abril de 2011, que institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria nº 2.715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição;

Considerando a Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, precipuamente o que estabelece o parágrafo único de seu art. 10, ao dispor que os critérios definidos para implantação e financiamento das linhas de cuidado priorizadas e de cada

um dos seus componentes devem ser regulamentados em atos normativos específicos a serem editados pelo Ministério da Saúde;

Considerando a Portaria nº 23/SVS/MS, de 9 de agosto de 2012, que estabelece o repasse de recursos financeiros do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, aos Estados, Distrito Federal e capitais e Municípios com mais de um milhão de habitantes, para implantação, implementação e fortalecimento das ações específicas de vigilância e prevenção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil;

Considerando a Resolução nº 1/CAISAN, de 30 de abril de 2012, que institui o I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN 2012/2015);

Considerando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011- 2022;

Considerando que a obesidade é uma condição crônica e um fator de risco para outras doenças e uma manifestação de insegurança alimentar e nutricional que acomete a população brasileira de forma crescente em todas as fases do curso da vida;

Considerando a necessidade de garantir nos serviços de saúde a infraestrutura, bem como mobiliário e equipamentos adequados para o cuidado dos indivíduos com obesidade;

Considerando os referenciais dos Cadernos de Atenção Básica, do Guia Alimentar para a população brasileira, dos materiais de apoio do Programa Academia da Saúde e do Programa Saúde na Escola para fortalecimento da promoção à saúde e da prevenção do sobrepeso e da obesidade e qualificação do cuidado desses usuários no âmbito do SUS;

e

Considerando a necessidade de ações de promoção e proteção da alimentação adequada e saudável que incluem a educação alimentar e nutricional e a melhoria da qualidade nutricional, o controle e a regulação de alimentos, resolve:

Art. 1º Esta Portaria redefine as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Art. 2º A organização das ações e serviços de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observará as seguintes diretrizes:

I - diagnóstico da população assistida no SUS, de modo a identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade a partir da

classificação de seu estado nutricional de acordo com a fase do curso da vida, ou seja, enquanto crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos;

II - estratificação de risco da população de acordo com a classificação do seu estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades;

III - organização da oferta integral de cuidados na Rede de Atenção a Saúde (RAS) por meio da definição de competências de cada ponto de atenção, do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, bem como da garantia dos recursos necessários ao seu funcionamento segundo o planejamento de cada ente federativo e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

IV - utilização de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, gestão de casos e regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços;

V - investigação e monitoramento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade;

VI- articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou recuperação do peso saudável;

VII - garantia de financiamento adequado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;

VIII - formação de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

IX - garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento do sobrepeso e da obesidade, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas; e

X - garantia da oferta de práticas integrativas e complementares para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das pessoas com sobrepeso e obesidade.

Art. 3º Para os fins desta Portaria, as atribuições gerais dos pontos de atenção à saúde do SUS para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade serão definidos a partir da classificação do estado

nutricional do indivíduo segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) para adultos.

§ 1º Para organização do cuidado aos indivíduos nas demais fases do curso da vida que apresentem sobrepeso e obesidade, deverá ser observada a equivalência dos critérios de classificação por IMC e as especificidades do tratamento.

§ 2º Os critérios de classificação para o sobrepeso e a obesidade nas diferentes fases do curso da vida devem seguir as referências do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

§ 3º No caso de indivíduos adultos, considera-se com sobrepeso aqueles que apresentem $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ e $< 30 \text{ kg/m}^2$ e com obesidade aqueles com $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$, sendo a obesidade classificada em:

I - Grau I: indivíduos que apresentem $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ e $< 35 \text{ kg/m}^2$;

II - Grau II: indivíduos que apresentem $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ e $< 40 \text{ kg/m}^2$; e

III - Grau III: indivíduos que apresentem $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$.

Art. 4º Para a prevenção e o tratamento do sobrepeso e da obesidade, os Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas exercerão especialmente as seguintes atribuições:

I - Componente Atenção Básica:

a) realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade;

b) realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos e cultura locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física;

c) apoiar o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável;

d) prestar assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m^2 , de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas;

e) coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que, esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, necessitarem de outros pontos de atenção, quando apresentarem $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ com comorbidades ou $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$;

f) prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade

após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Hospitalar; e

g) garantir o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da atenção básica, incluindo os Pólos de Academia da Saúde;

II - Componente Atenção Especializada:

a) Subcomponente Ambulatorial Especializado:

1. prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde;

2. prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos indivíduos adultos com IMC ≥ 30 kg/m² com comorbidades, e aos indivíduos com IMC ≥ 40 kg/m², quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, de acordo com as demandas encaminhadas através da regulação;

3. diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhar a demanda através da regulação;

4. prestar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória aos usuários com indicação de realização de procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade;

5. prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Hospitalar;

6. organizar o retorno dos usuários à assistência na Atenção Básica de acordo com as diretrizes estabelecidas localmente; e

7. realizar contra-referência em casos de alta para os serviços de atenção básica, bem como comunicar periodicamente os municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento; e

b) Subcomponente Hospitalar:

1. realizar avaliação dos casos indicados pela Atenção Especializada Ambulatorial e/ ou Regulação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais, dispostas no Anexo I e protocolos locais de encaminhamentos e regulação;

2. organizar o acesso à cirurgia, considerando e priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde;

3. realizar tratamento cirúrgico da obesidade de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais dispostas no Anexo I e normas

de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos específicos;

4. realizar cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, conforme critérios dispostos em atos normativos específicos do Ministério da Saúde;

5. garantir assistência terapêutica multiprofissional pós-operatória aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade;

6. organizar o retorno dos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade à assistência terapêutica multiprofissional na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou na Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas gerais estabelecidas no Anexo I; e

7. realizar contra-referência em casos de alta para os serviços de atenção básica e/ ou atenção ambulatorial especializada, bem como comunicar periodicamente aos Municípios e às equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento; e

c) Subcomponente Urgência e Emergência: prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento, se necessário, dos indivíduos com complicações agudas decorrentes do sobrepeso e obesidade, bem como do pós operatório da cirurgia bariátrica, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades; e

III - Componentes Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos:

a) realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento da obesidade, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado da obesidade;

b) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da obesidade e pós-tratamento cirúrgico da obesidade, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado da obesidade; e

c) realizar o transporte sanitário eletivo e de urgência para os usuários com obesidade, por meio de veículos adaptados, quando necessário.

Parágrafo único. A organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com sobrepeso ou obesidade será executado pelo Componente Regulação, que atuará de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde.

Art. 5º As Comissões Intergestores Bipartite (CIB), Comissões Intergestores Regionais (CIR) e o Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) pactuarão planos

regionais para organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade a partir do estabelecido nesta Portaria e da estratificação de risco da população adstrita, nos quais deve constar a oferta de cuidado nos diferentes pontos de atenção, bem como a regulação do acesso às ações e serviços dos Componentes Atenção Especializada, subdivisões Ambulatorial Especializado e Hospitalar e Sistemas de Apoio, conforme os Anexos I e II.

§ 1º Caso a região de saúde tenha Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP), a pactuação da linha de cuidado de obesidade será a ele integrado.

§ 2º A elaboração dos planos regionais para organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade observará as diretrizes clínicas dispostas no Anexo I.

§ 3º A pactuação de que trata o "caput" é pré-requisito para habilitação de Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade, conforme normas de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos específicos.

§ 4º O Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade será regulamentado em ato normativo específico do Ministério da Saúde.

Art. 6º Aos indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade será garantida a realização de cirurgia plástica reparadora, cujos critérios constarão em atos normativos específicos do Ministério da Saúde.

Art. 7º O financiamento da organização das ações e serviços de promoção da saúde, prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Básica será realizado por meio do Piso de Atenção Básica, do Piso de Vigilância e Promoção da Saúde, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, do Programa Academia da Saúde, do Programa Saúde na Escola, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e do apoio para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional.

Art. 8º O financiamento da organização das ações e serviços no âmbito do Componente Atenção Especializada será realizado conforme ato normativo específico do Ministério da Saúde, mediante pactuação prévia na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e estará condicionado à construção regional da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade.

Art. 9º O Ministério da Saúde disponibilizará manuais instrutivos e cadernos temáticos para orientar a organização local de linhas de

cuidado do sobrepeso e obesidade e a construção de diretrizes clínicas regionais.

Art. 10. Ficam revogadas:

I - a Portaria nº 1.569/GM/MS, de 28 de junho de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção I, de 2 de julho de 2007, página 51; e

II - a Portaria nº 1.570/GM/MS, de 28 de junho de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção I, de 25 de julho de 2007, página 56.

Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

DIRETRIZES GERAIS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

O tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal, conforme descrito nesta Portaria. O tratamento cirúrgico é indicado apenas em alguns casos, cujas indicações estão descritas abaixo, portanto é apenas uma ação dentro do toda da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade.

1. Indicações para cirurgia bariátrica:

a. Indivíduos que apresentem IMC ≥ 35 Kg/m²;

b. Indivíduos que apresentem IMC ≥ 30 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

c. Indivíduos com IMC > 35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

Os seguintes critérios devem ser observados:

I. Indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

II. Respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade,

porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir:

a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;

III. O indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;

IV. Compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastro-enterológica e anestésica).

2. Contra indicações para cirurgia bariátrica:

a. Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;

b. Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicativos obrigatórios à cirurgia;

c. Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;

d. Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;

e. Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.

3. Avaliação para tratamento cirúrgico para obesidade

A avaliação deve contemplar todos os critérios de indicação e contra indicação do tratamento cirúrgico da obesidade descritos nos itens 1 e 2 deste Anexo I, devendo ser realizada por equipe multiprofissional na Atenção Especializada.

4. Assistência pré e pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade

A assistência pré-operatória e pós-operatória deve ser realizada conforme orientações definidas pelo Ministério da Saúde em portaria específica.

5. Indicações para cirurgia plástica reparadora:

O paciente com aderência ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetido à cirurgia plástica reparadora do abdômen, das mamas e de membros, conforme orientações para indicação de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, definidas pelo Ministério da Saúde em portaria específica.