



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**  
**JOSIANE TEREZINHA DE ÁVILA RODRIGUES**

**“PENSEI QUE TUDO IRIA MUDAR!”**  
**PACIENTES SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA E SUA PERCEPÇÃO**  
**ACERCA DA IMAGEM CORPORAL**

Palhoça  
2009

**JOSIANE TEREZINHA DE ÁVILA RODRIGUES**

**“PENSEI QUE TUDO IRIA MUDAR!”  
PACIENTES SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA E SUA PERCEPÇÃO  
ACERCA DA IMAGEM CORPORAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Graduação em Psicologia da  
Universidade do Sul de Santa Catarina, como  
requisito parcial à obtenção do título de Psicólogo.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Alessandra d'Avila Scherer, Msc

Palhoça

2009

**JOSIANE TEREZINHA DE ÁVILA RODRIGUES**

**“PENSEI QUE TUDO IRIA MUDAR!”  
PACIENTES SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA E SUA PERCEPÇÃO  
ACERCA DA IMAGEM CORPORAL**

Este trabalho de conclusão foi julgado adequado à obtenção do título de Psicólogo e aprovado em sua forma final pelo curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, 17 de novembro de 2009.

---

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Alessandra d'Avila Scherer, Msc  
Universidade do Sul de Santa Catarina

---

Prof.<sup>a</sup>.Simone Vieira de Souza, Msc  
Universidade do Sul de Santa Catarina

---

Médico. Sérgio Campos de Mello Júnior  
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho á meu pai, Miguel, em especial, por sempre ter estado ao meu lado desde o início da minha vida e que foi minha razão e força para eu iniciar e concluir esta graduação.

Pai, mesmo quando você estava doente, você nunca desanimou e também dizia para mim que você queria que eu fosse feliz, assim deixando sempre eu fazer minhas escolhas, porém, sempre demonstrando através de suas palavras e gestos, que respeito, dignidade, humildade, família, fé, perseverança são fundamentais para que possamos caminhar, sonhar e assim concretizar nossos sonhos. Pai, você não está mais entre nós, partiste em 2004, porém, sinto você perto de mim, e hoje é um dia muito especial, pois estou concluindo minha graduação e sei que você está feliz por eu estar conquistando um grande sonho que parecia ser impossível mais eu consegui, apesar das dificuldades encontradas eu sempre estava disposta a superá-las e com muitas lutas, mais valeu e venci.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu esposo, Andrei, pelo apoio, carinho e compreensão nesta longa jornada, que acompanhou todos os meus passos desde o começo, incentivando-me e me ajudando a lutar pelos meus sonhos, principalmente por esta graduação. Obrigada pela oportunidade de crescermos juntos e compartilharmos uma vida, com amor, respeito e compreensão e por estar ao meu lado e fazer parte desta conquista, pois ela é nossa.

Agradeço aos meus sogros, Arnaldo e Caçula, que me incentivaram e me deram força, obrigada pela confiança e pelo amor que vocês têm por mim, pois vocês sabem mais do que ninguém, o quanto foi difícil eu conseguir me manter nesta faculdade, e vocês não mediram esforços para que eu conseguisse concretizar este sonho, o meu eterno agradecimento a vocês que considero mais que meus sogros considero meus segundos pais e um presente de Deus.

Agradeço à minha mãe, que sempre me ajudou e nunca mediu esforços para cuidar de mim e principalmente de meu pai, mãe você é uma bênção e meu orgulho muito de você, te amo muito.

Agradeço a Luiza, pelas orações e pelas palavras que você me dava me deixando mais forte para superar os obstáculos que a vida nos proporciona e sempre dizendo que não existem vitórias sem lutas, e que elas servem para nos fortalecerem ainda mais.

Agradeço a todos os amigos, que fizeram parte desse processo de alguma forma. Um agradecimento especial para, Amanda, Eliete, Tatiane, Ana Cláudia, Ângela, Rudmar.

Agradeço minha amiga Gi, e que a considero minha irmã de coração, obrigada pelos momentos alegres que sempre compartilhamos e também pelos momentos de tristezas.

Agradeço a Adri, pela amizade que construímos durante a graduação e dizer que você é muito especial para mim, e sempre me ajudando a lutar para conseguir superar as dificuldades encontradas na vida acadêmica e que nos fez crescer muito e chegar até aqui, valeu a pena amiga.

Agradeço à professora Simone, do qual tenho uma grande admiração, pela profissional e pessoa que você é com o seu jeito de ser, sabe nos ensinar e

mais do que isto fazer com que nos apropriamos deste processo de conhecimento e amadurecimento, como aluna, mais principalmente como pessoa. Professora muito obrigada por tudo e também por fazer parte da minha banca do qual você pôde contribuir ainda mais para o meu crescimento acadêmico, também vou sentir saudades de suas supervisões na clínica do serviço de Psicologia (SP), obrigada por tudo.

Agradeço ao médico Sérgio, que me proporcionou um conhecimento mais aprofundado na área da cirurgia bariátrica, e assim permitindo que eu pudesse conhecer a prática do cirurgião bariátrico no ambulatório do hospital do qual você trabalha, e assim eu pude acompanhar os atendimentos com seus pacientes no processo de pré e pós-operatório e com isso contribuindo para o sucesso da minha pesquisa, e muito obrigada por ter aceitado fazer parte da minha banca.

Agradeço especialmente a minha orientadora, Alessandra Scherer, que investiu no tema deste trabalho, abrindo-me portas, mostrando que eu sou capaz, me incentivando, e com isso fazendo com que este trabalho de conclusão de curso, fosse um prazer para mim. Pois, enquanto alguns colegas do curso me perguntavam se eu estava muito estressada com o TCC eu respondia que, estava tranqüila e adorando fazer este trabalho. Ale, obrigada por tudo, pelas supervisões do hospital do qual você também foi minha orientadora, pelas palavras que você me deu nos momentos que eu precisei e principalmente por ser esta profissional, do qual eu aprendi muito e só tenho a agradecer. E, este trabalho não vai parar por aqui, pois pretendo continuar nesta área que tanto necessita de profissionais da Psicologia para atuar com estes pacientes bariátricos.

Por fim, quero agradecer a Deus que me deu muita força, coragem, e que me fez descobrir o potencial que eu tenho, no decorrer da minha graduação, e assim a cada dia eu fui superando as dificuldades e crescendo como acadêmica e principalmente como pessoa. Portanto, sonhar é necessário, porém, temos que ir a busca para realizar e concretizar nossos sonhos e assim nos tornando autores da nossa história.

## RESUMO

A presente pesquisa contempla uma temática do mundo contemporâneo, a cirurgia bariátrica, mais conhecida pelo senso comum como cirurgia de redução de estômago. Independente da técnica cirúrgica utilizada, dentre as diferentes possibilidades existentes, sabe-se que na maioria dos casos ocorre uma busca pela mudança na imagem corporal, sendo esta uma questão de fundamental importância para o paciente que se submete a esta intervenção. Com o intuito de atingir o objetivo geral que consiste em investigar a percepção de pacientes submetidas à cirurgia bariátrica acerca de sua imagem corporal, este estudo, inicialmente, procurou identificar as expectativas relacionadas à imagem corporal em pacientes submetidas à cirurgia bariátrica, assim como, descrever as emoções e sentimentos relacionados à imagem corporal dessas pacientes no pós-operatório tardio e, por fim, verificar a percepção destas pacientes sobre as possíveis mudanças ocorridas no âmbito familiar, social e profissional. Para alcançar estes objetivos, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com cinco mulheres que se submeteram a este procedimento cirúrgico e que tinham, no mínimo um e no máximo cinco anos de realização da cirurgia. Esta pesquisa é de caráter exploratório e de natureza qualitativa. Os dados obtidos foram analisados e categorizados a partir de categorias à *posteriore*, relacionadas aos objetivos específicos da pesquisa. As categorias foram analisadas de acordo com seu conteúdo e relacionadas aos resultados obtidos em campo com a fundamentação teórica e a construção de argumentos da pesquisadora. Os principais resultados obtidos mostraram que a maioria das participantes perceberam que a cirurgia bariátrica exige uma considerável adaptação frente às mudanças impostas pela cirurgia, tais como, o novo padrão alimentar, a nova imagem corporal e, também os possíveis conflitos psicológicos que poderão emergir impondo ao paciente a necessidade de ajustar-se a estas modificações. Os resultados também apontam que a cirurgia bariátrica por si só, poderá perder o seu “poder” de emagrecer, pois não é uma “mágica” e sim uma técnica cirúrgica que apresenta restrições a serem seguidas para o resto da vida, necessitando de acompanhamento clínico, nutricional e psicológico continuamente.

**Palavras-chave:** Imagem corporal. Obesidade. Cirurgia Bariátrica. Equipe Interdisciplinar.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>09</b>
1.1 PROBLEMÁTICA .....	10
1.2 OBJETIVOS .....	12
<b>1.2.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>12</b>
<b>1.2.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>13</b>
1.3 JUSTIFICATIVA .....	13
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>16</b>
2.1 IMAGEM CORPORAL .....	16
<b>2.1.1 Obesidade</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1.2 Aspectos Clínicos-Cirúrgicos da Cirurgia Bariátrica</b> .....	<b>22</b>
<b>2.1.3 Avaliação no pré-operatório</b> .....	<b>27</b>
<b>2.1.4 Aspectos Psicológicos no pós-operatório da Cirurgia Bariátrica</b> .....	<b>30</b>
<b>2.1.5 Aspectos Nutricionais da Cirurgia Bariátrica</b> .....	<b>32</b>
<b>2.1.6 Equipe Interdisciplinar</b> .....	<b>35</b>
<b>3 MÉTODO DE PESQUISA</b> .....	<b>37</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA .....	37
3.2 PARTICIPANTES .....	38
3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS .....	38
3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE .....	38
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	39
3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	39
<b>3.6.1 Seleção das participantes</b> .....	<b>39</b>
<b>3.6.2 Contato com as participantes</b> .....	<b>40</b>
<b>3.6.3 Coleta e registro de dados</b> .....	<b>41</b>
<b>3.6.4 Organização, tratamento e análise dos dados</b> .....	<b>42</b>
<b>4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS</b> .....	<b>43</b>
4.1 EXPECTATIVAS RELACIONADAS À IMAGEM CORPORAL .....	43
<b>4.1.1 Melhorar a relação com a imagem corporal</b> .....	<b>45</b>
<b>4.1.2 Buscar melhores condições de empregabilidade</b> .....	<b>46</b>



<b>4.1.3 Buscar melhores condições à saúde física .....</b>	<b>48</b>
<b>4.1.4 Estigma com a obesidade .....</b>	<b>49</b>
<b>4.2 EMOÇÕES E SENTIMENTOS RELACIONADOS À IMAGEM CORPORAL NO PÓS-OPERATÓRIO .....</b>	<b>51</b>
<b>4.2.1 Vergonha .....</b>	<b>52</b>
<b>4.2.2 Satisfação .....</b>	<b>55</b>
<b>4.2.3 Tristeza .....</b>	<b>58</b>
<b>4.2.4 Ansiedade .....</b>	<b>60</b>
<b>4.2.5 Medo .....</b>	<b>62</b>
<b>4.3 PERCEPÇÕES SOBRE AS POSSÍVEIS MUDANÇAS OCORRIDAS NO ÂMBITO FAMILIAR, SOCIAL E PROFISSIONAL .....</b>	<b>64</b>
<b>4.3.1 Estranhamento .....</b>	<b>66</b>
<b>4.3.2 Motivação .....</b>	<b>68</b>
<b>4.3.3 Decepção .....</b>	<b>71</b>
<b>4.3.4 Aceitação .....</b>	<b>73</b>
<b>4.3.5 Isolamento .....</b>	<b>75</b>
<b>4.3.6 Valorização .....</b>	<b>77</b>
<b>4.3.7 Frustração .....</b>	<b>79</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>92</b>
<b>APÊNDICE A: Roteiro de entrevista .....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE C: Termo de Consentimento para Gravações .....</b>	<b>97</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como objetivo investigar a percepção de pacientes submetidas à cirurgia bariátrica acerca de sua imagem corporal.

Os objetivos da pesquisa são apresentados, a fim de esclarecer o que se propõe alcançar ao longo deste estudo. Já a justificativa expõe as contribuições almeçadas, apresentando a importância deste estudo para a sociedade, suas contribuições para a comunidade científica e para população interessada.

É importante esclarecer que, o interesse por este estudo por parte da pesquisadora partiu do projeto de estágio obrigatório de graduação em Psicologia da UNISUL, que está vinculado ao Núcleo Orientado da Saúde. Diante disto, houve a necessidade de integrar a proposta central do estágio ao trabalho de conclusão de curso, contribuindo com pesquisas pertinentes ao contexto para a prática da psicologia hospitalar.

O Núcleo Orientado discute as questões acerca da saúde, a partir do viés psicológico relacionado ao campo de estágio.

Sendo assim, o presente estudo contempla uma temática do mundo contemporâneo, as cirurgias bariátricas. Independente da finalidade deste procedimento sabe-se que existe uma busca pela mudança na imagem corporal, assim podendo “emergir” alguns conflitos psicológicos que antes não estavam presentes ou estavam “por trás” da obesidade.

Nesta especialidade da medicina, talvez mais do que em qualquer outra, há a possibilidade de ter pacientes com os mais variados distúrbios psicológicos associados à imagem corporal e, freqüentemente com uma noção irreal das possibilidades do cirurgião. Para que uma cirurgia bariátrica tenha um resultado satisfatório, é necessário avaliar se esta trará benefícios reais para o paciente, verificando o grau de entendimento do indivíduo sobre tal processo, suas expectativas e possibilidades frente às mudanças que serão advindas deste procedimento cirúrgico.

## 1.1 PROBLEMÁTICA

Percebe-se que é cada vez maior o número de pessoas obesas que são atendidas em postos de saúde, em hospitais gerais, ou em clínicas de atendimentos ambulatoriais. Um exemplo disso, segundo uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em maio de 2008, 41 % dos brasileiros está com sobrepeso e / ou são obesos. (MALAFAIA, 2009).

Conforme Fandiño e outros (2004), a obesidade é vista como um fenômeno preocupante de saúde pública, pois o número de pessoas obesas vem crescendo, e com isso, a ocorrência das consequências para saúde, que se referem às co-morbidades, ou seja, as doenças associadas à obesidade como, por exemplo, diabetes, hipertensão arterial, afecções coronarianas, dentre outras.

Esse fenômeno também está relacionado a alguns componentes, tais como: fatores genéticos, comportamentais, psicológicos, sociais, metabólicos e endócrinos. (FANDIÑO, 2004).

A obesidade é o excesso de peso à custa do tecido adiposo, com índices de massa corporal acima de  $40\text{kg/m}^2$  ou acima de  $35\text{Kg/m}^2$  com doenças associadas. (MARCHESINI, 2006).

Segundo - Organização Mundial da Saúde (OMS) a obesidade é:

[...] o Índice de massa Corpórea (IMC). A faixa de peso IMC considerada normal varia de 19 a  $24,9\text{Kg/m}^2$ . Pessoas com IMC de 25 A 30 são consideradas acima do peso (sobrepeso), enquanto aquelas entre 30 e 40 são classificadas como obesas e acima de 40 são portadoras de obesidade mórbida (FANDIÑO, 2004, p.1).

No século XX é atribuído à obesidade um aspecto negativo, tendo em vista que um novo padrão de corpo é considerado - o corpo magro. Sendo assim o excesso de peso passa a ser tratado como motivo de piadas e acerca dessa atribuição um novo padrão de estética e beleza são considerados. (STENZEL, 2002). Cada sociedade possui um padrão estético, e o corpo está submetido a ela: às suas leis, regras, valores, cultura e suas representações. Sant'Anna (1995 apud STENZEL, 2002, p. 19), afirma que o “[...] corpo é uma realidade multifacetada e, sobretudo, um objeto histórico.”

Sendo assim, a desaprovação com relação à obesidade é parte de um contexto histórico-social extenso que abrange a moda, mídia, medicina, ciência, arte, religião e questões de gênero como uma série de códigos éticos e morais. (STENZEL, 2002).

De acordo com Stenzel (2002), a moda e a publicidade também passaram a dar um novo viés para a obesidade, divulgando a dieta e incentivando os seus telespectadores e leitores com a prática do exercício físico, a modificarem seus hábitos alimentares, instruindo-os a outros tipos de informações, alertando-os também sobre os perigos da obesidade e, assim, apresentando novas possibilidades sobre a cultura da beleza e da saúde. Ainda, segundo a autora (STENZEL, 2002), iniciou-se um movimento de estigma à obesidade, atingindo profundamente a auto-imagem e o comportamento das pessoas.

Como alternativa a obesidade mórbida, em 1951, surge a cirurgia bariátrica (CB). Esta é indicada para adultos com idade entre 18 e 65 anos que apresentam IMC igual ou maior a  $40\text{kg}/\text{m}^2$  e que já passaram por tratamentos clínicos mal sucedidos, (tais como a terapia tradicional, que é composta pelo exercício físico, modificação do padrão de comportamento alimentar e /ou tratamento medicamentoso, por no mínimo 2 anos), ou pessoas que possuam algum tipo de co-morbidade com índice de massa corporal acima de 35Kg. (CLAUDINO; ZANELLA, 2005).

A cirurgia bariátrica tem como objetivo dificultar a entrada de alimento no organismo, diminuir a fome, e assim, fazer com que a pessoa sinta-se satisfeita com uma quantidade menor de alimento, ou seja, sinta uma satisfação gástrica. (FANDIÑO, 2004).

Este procedimento cirúrgico pode gerar mudanças na vida do indivíduo, ou seja, na percepção sobre a sua imagem social e corporal, relacionadas aos âmbitos familiar, pessoal e profissional.

Segundo Castilho (2001), a imagem que o indivíduo tinha de si, muitas vezes, vem seguida de crenças em relação a que poderá mudar em sua vida. A imagem corporal entra neste aspecto como algo a ser considerada e acompanhada por um Psicólogo, já que nem sempre a pessoa está preparada para tal mudança, e, assim, é necessário tratar o sujeito em sua totalidade, ou seja, percebendo-o de forma biopsicossocial.

Segundo Castilho (2001), a imagem corporal constitui-se desde a infância e, assim, a pessoa vai percebendo-se através de vários fatores, sejam positivos ou negativos. Dessa forma, intervenções psicológicas são fundamentais para estes pacientes, pois, vão auxiliá-los a elaborar estratégias de enfrentamento saudáveis para lidar com o corpo que sofreu, ou poderá sofrer mudanças seja, pela cicatriz que a cirurgia ocasiona ou pelas alterações no hábito alimentar e, também na sua imagem corporal. Por isso, é importante considerar a possibilidade da ocorrência de transtornos alimentares e psicológicos no pós-operatório imediato e tardio.

Neste sentido, cabe ao Psicólogo intervir e auxiliar os pacientes a perceberem as mudanças saudavelmente em relação à forma de experienciar o próprio corpo, especialmente no que se refere às expectativas, pensamentos, emoções e atitudes ligadas a sua imagem corporal.

Diante de todo o exposto, é através da presente pesquisa que se almeja responder a seguinte questão:

**Qual a percepção de pacientes submetidas à cirurgia bariátrica acerca de sua imagem corporal?**

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral

Investigar a percepção de pacientes submetidas à cirurgia bariátrica acerca de sua imagem corporal.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar as expectativas relacionadas à imagem corporal em pacientes submetidas à cirurgia bariátrica;
- b) Descrever as emoções e sentimentos relacionados à imagem corporal de pacientes no pós-operatório;
- c) Verificar a percepção destas pacientes sobre as possíveis mudanças ocorridas no âmbito familiar, social e profissional.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

Com as mudanças do mundo moderno, a exigência de um modelo ideal de corpo magro e ou esbelto passa a ser valorizado culturalmente. Em decorrência desse processo, a vida vem sofrendo ameaças, atingindo o indivíduo em sua totalidade, deixando-o propenso ao adoecimento.

A busca pelo conhecimento de novos paradigmas, que compreendam o ser humano e sua relação com o processo saúde-doença tem se mostrado relevante para os profissionais da área da saúde, principalmente no que diz respeito aos profissionais da Psicologia.

A compreensão sobre os aspectos psicológicos relacionados à imagem corporal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica mostrou-se como interesse da pesquisadora durante o período de estágio curricular obrigatório no Hospital de Caridade, situado na cidade de Florianópolis, no 2º semestre do ano de 2008.

Com esta experiência pôde ser observado, prioritariamente, em uma das enfermarias em que o estágio é realizado, que é cada vez maior o número de pessoas obesas que sofrem das co-morbidades, ocasionadas pela obesidade ou que estão nos hospitais gerais para a realização da cirurgia bariátrica.

Esta pesquisa será com pacientes mulheres, tendo em vista a constatação, através da literatura, de que elas possuem um cuidado maior com a

imagem corporal, devido à cobrança social e cultural, na maior parte das vezes. (CASTILHO, 2001).

Compreende-se, assim, que esta pesquisa caracteriza-se como relevante por possibilitar uma compreensão do processo de adoecimento e da sua recuperação, uma vez que profissionais da área da saúde bem como pacientes terão a possibilidade de reconhecer que os aspectos psicológicos podem causar sofrimento, muitas vezes influenciando na origem da obesidade e na manutenção desta.

De acordo com Almeida e Santos (2002), os aspectos físicos da obesidade têm sido documentados com detalhes, contudo os correlatos psicológicos do excesso de peso carecem ainda de mais estudos. Nesse contexto, “[...] entre as variáveis psicossociais que carecem de estudos, coloca-se a imagem corporal, assim como a sua associação com a obesidade.” (ALMEIDA; SANTOS, 2002, p. 2).

Portanto, refletir sobre a relação da imagem corporal e as implicações dela sobre o indivíduo na sua totalidade traz a possibilidade de ampliar as práticas interdisciplinares, o que poderá contribuir com o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais saudáveis para o paciente.

É importante salientar a relevância acadêmica desta pesquisa no sentido de oferecer subsídios sobre o tema aos alunos do curso de Psicologia e demais cursos da área da saúde. E ainda, investigar a percepção de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em relação a sua imagem corporal, é relevante para atuação dos estagiários e dos profissionais de Psicologia no âmbito hospitalar, e nas demais áreas de atuação profissional.

Acredita-se que, com um conhecimento mais aprofundado sobre a percepção desses pacientes acerca da imagem corporal, possibilitará à equipe de saúde do hospital geral mais uma ferramenta a ser utilizada para o processo de recuperação da saúde no âmbito biopsicossocial do indivíduo que está hospitalizado.

A relevância social sustenta-se no fato de que estudos que mencionam o tema imagem corporal, possivelmente, auxiliam os pacientes que passam pela cirurgia bariátrica. Este processo poderá causar alterações no corpo, assim como, na percepção que estes pacientes têm dele. Essas alterações poderão implicar em uma imagem negativa e causar sofrimento em torno da nova imagem que representará para si mesmo e para o outro. Segundo Castilho (2001), a imagem

corporal negativa está relacionada com a percepção que a pessoa tem da sua imagem do corpo. Sendo assim, o descontentamento com a imagem corporal poderá ocasionar disfunções psicológicas e fisiológicas.

A relevância científica nesta área torna-se fundamental para possibilitar resultados satisfatórios nos tratamentos para estes pacientes. Caberá aos profissionais e pesquisadores da área de saúde, especificamente da Psicologia, refletir e produzir conhecimento teórico, dentro das suas especialidades, sobre as diferentes formas de assistência à saúde, podendo contribuir para o ajustamento dos fatores e estressores psicológicos dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, bem como, nas demais patologias encontradas em pacientes no âmbito hospitalar.

Dessa forma, é importante ressaltar a fundamental presença de Psicólogos nos hospitais gerais, e para isto necessita-se de uma reflexão maior e pesquisas científicas sobre as práticas do psicólogo hospitalar incluindo a necessidade de criar novas Políticas Públicas para este contexto.

Deste modo, esta pesquisa tem com objetivo, investigar a percepção de pacientes submetidas à cirurgia bariátrica acerca de sua imagem corporal.

De acordo com a literatura, sentimentos ligados à imagem corporal estão presentes neste processo cirúrgico. Acredita-se, assim, que a percepção da imagem corporal seja uma das possíveis mudanças apresentadas pelo indivíduo que passa pela cirurgia bariátrica, especialmente em pacientes do sexo feminino.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico vai possibilitar a compreensão do tema que se pretende explorar, no qual serão apresentados alguns conceitos que fazem parte desta pesquisa. Serão abordados os conceitos de: Imagem Corporal; Obesidade; Aspectos Clínicos Cirúrgicos; Nutricionais; Psicológicos e Equipe interdisciplinar.

### 2.1 IMAGEM CORPORAL

A relação conceitual de imagem corporal tem significados diferentes conforme cada época e de uma cultura para outra. No decorrer da história, mostra-se um ideal de beleza que vai modificando-se ao longo do tempo.

Castilho (2001, p.13) descreve: “[...] a concepção Grega de beleza incluía o exterior do indivíduo bem como suas qualidades internas [...]” O corpo masculino era considerado mais fisicamente do que o feminino, neste contexto o homem representava a sua masculinidade através da sua forma física, enquanto a mulher era aquela que tinha suas formas arredondadas. (CASTILHO, 2001).

A busca pelo ideal de corpo e da imagem de beleza atualmente assume uma grande dimensão pelo sujeito na percepção de sua imagem corporal.

Da mesma forma, Stenzel (2002), considera que a moda, cinema, alimentos dietéticos e academias reforçam, a todo momento, que beleza, sucesso, auto-estima e felicidade estão associadas ao modelo ideal de corpo magro.

Sendo assim, a insatisfação constante com o corpo e a necessidade de fazer dieta, especialmente pessoas do sexo feminino, pode ser atribuída em grande parte, à cultura na qual estamos inseridos. (STENZEL, 2002).

Sendo assim, a imagem corporal é compreendida como um fenômeno complexo na literatura, pois é entendida com suas variáveis em diferentes correntes psicológicas.

Neste trabalho será utilizado o conceito de imagem corporal da teoria cognitiva e na psicanálise.

Ao estudar o tema imagem corporal não se pode deixar de apresentar as contribuições que Paul Schilder atribuiu ao tema, tanto no âmbito da Psicanálise, da Sociologia e da Medicina. (CASTILHO, 2001).

Schilder (1999) considera que a imagem corporal é a representação da imagem mental que o corpo humano apresenta, da forma que, este corpo tem um significado para si e para o outro. Segundo o autor, o esquema corporal é uma imagem tridimensional que o sujeito tem de si mesmo podendo ser considerada de imagem corporal.

Schilder (1999) aborda a imagem corporal, ultrapassando as perspectivas neurológicas, pois ele percebeu que as distorções da imagem corporal estão além das patologias cerebrais, e que necessitam ser consideradas além da fisiologia cerebral e, assim, considerando o psicológico neste aspecto.

Portanto, desconsidera que esta imagem seja uma simples sensação ou representação do corpo, mas sim, que envolve uma percepção corporal compreendida através dos sentidos ligados ao movimento psicológico de cada sujeito.

Outra autora, Daniela Barros (apud SANTOS, 2005), realizou uma pesquisa bibliográfica sobre o termo imagem corporal e esquema corporal. A partir deste estudo teórico a autora verificou que a imagem corporal é mais utilizada na área da psicologia e o esquema corporal é mais utilizado na área da neurologia. (BARROS apud SANTOS, 2005). Segundo Schilder (1999), a questão da imagem corporal é uma estrutura dinâmica, resultante de memórias e percepções do sujeito, e que estará sendo construída e elaborada continuamente.

Com isso, o autor considera a imagem corporal mediadora na vida do sujeito, por exemplo: desde uma escolha de vestimenta, e também considerando sua empatia em relação às emoções dos outros, ou seja, se estamos sendo considerados ou não.

Capisano (1992), também aborda com um olhar psicanalítico este fenômeno: “A imagem do corpo é construída em nossa mente, na relação que o sujeito tem com si próprio e com o mundo que o cerca.” O autor considera que o inconsciente, constitui em sua formação atribuições anatômicas, fisiológicas, neurológicas e sociológicas, dentre outras. (CAPISANO, 1992. p. 179).

Portanto, a imagem corporal não é uma mera imaginação por si só; é elaborada através dos sentidos visuais, táteis bem como é atribuída socialmente e pela própria percepção do sujeito.

A autora Castilho (2001) tem compreensão de que a criança aos dois anos de idade já é capaz de reconhecer a imagem de si refletida no espelho, sendo assim, para a autora a imagem corporal vai se formando no início da infância. A criança vai constituindo a sua representação de corpo e começa a perceber como as outras pessoas percebem sua aparência. (CASTILHO, 2001).

A partir da interação da criança com o outro, ela começa a perceber como são vistas suas características físicas, pelo meio social no qual está inserida, obtendo um significado do que é considerado positivo, atraente, e assim pode-se ocorrer possíveis sentimentos de autovalor. (CASTILHO, 2001). Segundo a autora, ter uma imagem corporal positiva, não significa ter uma boa aparência, e sim, é um estado de espírito. (CASTILHO, 2001).

Castilho (2001) aborda fatores que levam os sujeitos a se relacionarem com o seu corpo de modo positivo ou não, sendo estes fatores divididos em duas categorias: Influências históricas e atuais. As influências históricas vivenciadas por cada sujeito podem influenciar na sua percepção frente a sua própria aparência. (CASTILHO, 2001). As influências atuais são as experiências que o sujeito tem na sua vida diariamente, como ele pensa, percebe, sente e reage a sua aparência através da sua percepção. (CASTILHO, 2001). Portanto, a imagem corporal segundo Castilho (2001), pode ter influências na vida do sujeito, tais como: baixa-estima, ansiedade interpessoal, depressão e transtornos alimentares com anorexia nervosa (AN) e bulimia (BN), e assim o deixar propenso ao adoecimento.

Para Castilho (2001), a baixa estima está relacionada a um sentimento de inadequação, levando o sujeito a se auto-desvalorizar. Para a mesma autora, a ansiedade pessoal está relacionada ao fato do sujeito não aceitar a sua aparência e assim acreditar que os outros também não a consideram.

A depressão, ainda segundo Castilho (2001), está relacionada a um contexto vicioso, acarretando na insatisfação com a aparência e baixa da auto-estima.

E por último, os transtornos alimentares, que são associados à anorexia nervosa e à bulimia nervosa, ou seja, sujeitos que realizam dietas erroneamente sem orientação clínica, poderão ter um descontrole alimentar, alterando a sua

imagem corporal, conseqüentemente, acarretando no surgimento destes transtornos. (CASTILHO, 2001).

Castilho (2001) considera a imagem corporal como “[...] uma impressão digital, ou seja, cada indivíduo possui uma experiência corporal que é única e, por isto, deve ser considerado em sua singularidade.”

### **2.1.1 Obesidade**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (FANDINÕ, 2004), a obesidade é uma doença e vem crescendo de forma epidêmica mundialmente, sendo considerada como parte integrante do quadro de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis.

A Organização Mundial de Saúde (FANDINÕ, 2004) define a obesidade por meio de um Índice de Massa Corpórea (IMC) - peso em kg do sujeito dividido por sua altura elevada ao quadrado igual ou maior a 30 kg/m<sup>2</sup>.

Sendo assim, o acúmulo de gordura corporal excessivo em um sujeito pode acarretar prejuízos à sua saúde. Outra forma de delinear a obesidade é através do tamanho da circunferência da cintura e a relação cintura/quadril do indivíduo. (FANDINÕ, 2004).

Existem níveis diferentes de obesidade, que acarretam em prejuízo à saúde do sujeito, como as comorbidades. Segundo a OMS (FANDINÕ, 2004), a obesidade caracteriza-se como obesidade do tipo I (IMC entre 30 e 34,9kg/m<sup>2</sup>), que apresenta um grau moderado de risco de comorbidades; obesidade tipo II (IMC entre 35 e 39,9kg/m<sup>2</sup>), apresentando um grau severo de risco; e obesidade tipo III (IMC > ou igual a 40 kg/m<sup>2</sup>), que representa um risco muito severo de comorbidades > ou igual a 40 kg/m<sup>2</sup>). As comorbidades são doenças que podem estar associadas à obesidade tais como: problemas respiratórios, dermatológicos e do aparelho locomotor, doenças cardiovasculares, diabete tipo II, dislipidemias (disfunções do colesterol), doenças da vesícula biliar e até certos tipos de câncer. (FANDINÕ, 2004).

Estudos realizados nos Estados Unidos, segundo a autora Nunes, mostram que cerca de 61% dos diagnósticos de diabetes tipo II, 17% das doenças arteriais coronarianas, e outros 17% dos casos de hipertensão arterial podem ser atribuídos à obesidade. (NUNES et al., 2006).

Vivemos em um mundo que está contribuindo para que tal epidemia cresça cada vez mais. Os bons hábitos alimentares, as práticas de atividades físicas e o equilíbrio emocional são essenciais para evitar o acarretamento de problemas de saúde, como por exemplo, a obesidade. Porém, contrário a tudo isso, vive-se cada vez mais um estilo de vida moderno e urbano, na qual os alimentos industrializados contribuem para o aumento da obesidade. (STENZEL, 2002). É possível identificar a variedade de alimentos disponíveis em supermercados, propagandas, nos meios de comunicações e em Fast Foods, que incentivam o comer, e assim, muitas vezes, a pessoa “vive para comer ao invés de comer para viver.” (STENZEL, 2002)

Segundo Franques (2006, p.255) a obesidade pode ser definida como:

Uma doença multifatorial de regulação do apetite e do metabolismo energético, envolvendo genética, fisiologia, bioquímica e neurociências. Sabe-se que inúmeros são os fatores que dificultam o emagrecimento; entre eles estão todas as possíveis causas descritas anteriormente além da alta ingestão alimentar e do baixo gasto de energia decorrente da inatividade física e quando se referem ao aumento de peso, as pessoas sempre associam a fatores psicológicos (ansiedade, nervosismo, e preocupação). Problemas familiares, traumas depressão, sedentarismo, menopausa, entre outros.

Portanto, os fatores acima expostos, principalmente os psicológicos, tendem a aumentar cada vez mais, pois, ao mesmo tempo em que a mídia incentiva o comer, trás consigo uma imagem ideal de corpo magro nas propagandas, revistas e jornais, mostrando imagem de pessoas magras, como atrizes e modelos.

Segundo a autora Stenzel (2002), tais propagandas tendem a apresentar duplas mensagens: incentivando a provar mais alimentos saborosos, entretanto exibem o corpo escultural por trás destes alimentos deliciosos. (STENZEL, 2002).

Também é possível ver outra forma de falar sobre um corpo magro em revistas, que ilustram dietas milagrosas, porém, se observarmos além de indicarem tais dietas traz também receitas de doces.

Sabe-se que cada vez mais é exigido um modelo ideal de corpo, porém, segundo a autora Stenzel (2002), é perceptível que em mulheres a exigência deste

padrão é mais reforçada do que em homens e, assim, é possível perceber as questões de gênero.

“As diferenças de gênero homem e mulher são socialmente construídas e podem estar a serviço de interesses e necessidades sociais.” (STENZEL, 2002. p. 65). Segundo a autora, espera-se que homens sejam de um jeito e mulheres de outro, tais como: isto é coisa de homem e isto é coisa de mulher. E a partir disso, vão sendo constituído, em nossos valores e conceitos, o que é ser homem e mulher em nossa sociedade.

Neste sentido, os homens são estimulados a ser fortes, praticar esportes, enquanto as mulheres, são estimuladas a serem frágeis, passíveis e preocupadas com a beleza física. Sendo assim, o contexto sócio-histórico em que vivemos pode interferir nas formas de significados sociais e, assim, a questão de gênero passará por este processo.

A arte, o cinema, e a poesia também nos mostram o significado do que é, e do que era, ser belo em nosso histórico cultural. Entre os séculos - XIV e XVII, a magreza era considerada como sinônimo de pobreza ou de doença, e o corpo robusto eram sinônimos de saúde, abundância, prosperidade. (STENZEL, 2002). Porém, esse padrão de beleza foi modificando-se no decorrer do século XX, e adquirindo outros significados e valores à magreza e à obesidade.

A Obesidade é um problema atual, considerado uma preocupação e relacionado com o preconceito social. A sociedade idealiza o corpo magro e rejeita e ignora o obeso. (STENZEL, 2002). A compreensão de obesidade vem mudando desde então, porém algumas coisas ainda são percebidas da mesma maneira.

Apesar de multifatorial em sua etiologia, a causa fisiológica do ganho de peso é um balanço positivo na ingestão de energia durante um período considerável de tempo. Quando ocorre uma maior ingestão de calorias do que de gastos por um tempo considerável (FANDINÕ, 2004) o sujeito está propenso a obesidade. Este processo neurobiológico pode ser explicado através dos processos de regulação da fome, do apetite e da saciedade.

Em um indivíduo considerável saudável a ingestão de energia (alimentar) e o gasto energético (metabolismo basal e exercício físico) são relacionados com exatidão, resultando em um balanço de energia que mantém o peso corpóreo estável. (APPOLINÁRIO, 2006). Quando o sujeito obeso chega ao um IMC considerável com um fator de risco para sua saúde podendo acarretar em

comorbidades advindas da obesidade, bem como, risco de morte, ele poderá ser indicado para a cirurgia bariátrica, porém, deverá passar por um processo de avaliação.

Vale ressaltar, que a obesidade atinge diretamente parte da população brasileira, sendo considerado um problema de saúde pública e conseqüentemente, o número de pessoas em busca da cirurgia no país vem crescendo de forma acentuada. (ABESO, 2009). Segundo Santos (2005), o melhor tratamento para a obesidade é a prevenção, porém, para que isto ocorra é essencial que as pessoas se conscientizem fazendo refeições de baixa caloria, atividades físicas, assim promovendo a qualidade de vida na saúde física, emocional e social.

No Brasil, a cirurgia Fobi-Capella foi introduzida por Arthur B. Garrido Jr, em 1999, porém, o Ministério da Saúde reconheceu a necessidade do tratamento cirúrgico para a obesidade mórbida em 26 de abril de 2001, criando uma portaria nº 628/GM no Sistema Único de Saúde (SUS), assim disponibilizando a Cirurgia bariátrica para a população brasileira de forma gratuita. (SANTOS, 2005). Mesmo assim, o autor (2005), ressalta que o índice de mortalidade de obesos mórbidos frente à espera do procedimento cirúrgico em hospitais públicos é em média 2,4%. Outro aspecto considerável por Santos (2005) é o índice de obesidade infanto-juvenil que vem crescendo no país nos últimos 20 anos ocorrendo um aumento em média de 240%, o que aumenta a incidência de jovens a procura da cirurgia. Devido a preocupação com o aumento da obesidade, o Ministro da Saúde, José Serra, em 1999 instituiu, por meio da Portaria n. 144, o “Dia Nacional de Combate à Obesidade”, a ser comemorado em 11 de outubro de cada ano, sendo considerado uma luta contra a doença. (SANTOS, 2005).

### **2.1.2 Aspectos Clínicos-Cirúrgicos da Cirurgia Bariátrica**

A cirurgia bariátrica é área de conhecimento da medicina que abrange o tratamento cirúrgico dos pacientes obesos mórbidos. (FRANQUES et al., 2006). Segundo Nunes (2006), a obesidade mórbida é uma condição clínica cada vez mais prevalente em nosso país e frequentemente está associada a outras doenças,

necessitando de uma intervenção interdisciplinar que propicie a redução de peso, bem como, uma melhora nas doenças que a ela estão associadas.

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), o indivíduo que está com sobrepeso ou com obesidade deverá passar por um processo de avaliação clínica em que primeiro deverá entrar numa fila de espera para então realizá-la. Depois de ser realizada a avaliação clínica e identificada a necessidade de um tratamento, será encaminhado a Secretaria da Saúde do Estado que o incluirá num programa nutricional com acompanhamento psicológico e/ ou psiquiátrico. Neste segundo momento, o objetivo não é encaminhá-lo para a cirurgia, mas, sim, que ele passe por um período de tratamento. Porém, se o tratamento não obtiver sucesso, o paciente deverá ser encaminhado para a cirurgia bariátrica. (FRANQUES, 2006).

Segundo Franques (2006, p. 244), a indicação de tratamento cirúrgico da obesidade deve fundamentar-se em vários aspectos clínicos do doente como:

Presença de morbidez que resulta da obesidade ou é por ela agravada, como apnéia do sono, as artropatias que dificultam a locomoção, o diabetes, a hipertensão arterial e as hiperlipemias; Resistência por mais de 2 anos de excesso de peso de pelo menos 45Kg, ou índice de massa corporal (IMC) acima de 40Kg +(estes limites podem reduzir-se para 40 Kg ou IMC maior que 35 Kg/m em presença de complicações severas da obesidade); Fracasso de métodos conservadores de emagrecimento bem conduzidos; Ausência de causas endócrinas de obesidade, como hipopituitarismo ou síndrome de Cushing; Avaliação favorável das possibilidades psíquicas de o paciente suportar transformações radicais de comportamento impostas pela operação.

Entretanto é necessário, para que seja realizada a cirurgia bariátrica, uma equipe multidisciplinar de profissionais da área da saúde, tais como: endocrinologistas, intensivistas, psicólogos, psiquiatras, cirurgiões, nutricionistas e outros profissionais atuantes no âmbito de obesidade. (FRANQUES et al., 2006).

Outro aspecto importante, ressaltado pela autora, é a necessidade de se estabelecer o vínculo entre esta equipe de saúde, pois, assim, a equipe poderá agregar informações que poderão ajudar e estabelecer diretrizes no tratamento do paciente, bem como, proporcionará uma maior aceitação deste em relação ao tratamento.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (SBCB), é importante incluir dentro deste processo cirúrgico uma boa avaliação pré-operatória e uma continuação no pós-operatório para que ocorra melhora significativa na



qualidade de vida do paciente, possibilitando uma diminuição de riscos e complicações associadas à cirurgia. Segundo Nunes (2006), atualmente, o processo cirúrgico é a alternativa com melhores resultados alcançados, porém há riscos de complicações a curto, médio e longo prazo, se não houver um acompanhamento rigoroso clínico, nutricional e psicológico com uma equipe experiente em obesidade.

Segundo a autora Nunes (2006), as opções cirúrgicas no tratamento da obesidade ocorrem desde 1950, porém, inúmeras técnicas cirúrgicas eram sugeridas e empregadas, com resultados não insatisfatórios.

Sendo assim, percebe-se que, no transcorrer destes anos, foram estudados e implementados novos métodos cirúrgicos, tais como: de procedimentos restritivos, restritivos-desabsortivos e o estimulador muscular das fibras gástricas (marca-passo gástrico). Portanto, para realização da cirurgia será escolhido um tipo de técnica, e esta será avaliada pela equipe de saúde para que seja aplicado o método mais adequado ao estado clínico do paciente em questão.

Segue abaixo o quadro ilustrando estes tipos de procedimentos e suas técnicas:

Quadro 1: Procedimentos Cirúrgicos.

TIPOS DE PROCEDIMENTOS	TÉCNICAS	DENOMINAÇÃO	ILUSTRAÇÃO DA TÉCNICA
RESTRITIVOS	Balão intragástrico	Balão	
	Banda gástrica ajustável	Banda	
	Gastroplastia vertical com bandagem	Cirurgia de Mason	

Continua.

Conclusão.

TIPOS DE PROCEDIMENTOS	TÉCNICAS	DENOMINAÇÃO	ILUSTRAÇÃO DA TÉCNICA
RESTRITIVO - DESABSORTIVOS	Derivação (Bypass) Gástrica ou gastroplastia em Y-de Roux	Cirurgia de Fobbi-Capela	
	Derivação biliopancreática com gastrectomia distal	Cirurgia de Scopinaro	
	Derivação Biliopancreática com Gastrectomia vertical e preservação do piloro	Duodenal switch ou cirurgia de Hess-Marceau	
ESTIMULADOR MUSCULAR	Marca passo gástrico	IGS	

Fonte: Nunes et al., (2006, p 354).

Segundo Nunes e outros (2006, p. 355), os procedimentos restritivos, restritivos- desabsortivos e estimulador muscular são compreendidos da seguinte maneira:

Os procedimentos restritivos são aqueles em que há uma restrição do conteúdo gástrico, provocando saciedade precoce com pequena quantidade de alimento ingerido, por meio da diminuição do volume gástrico "Os procedimentos restritivos-desabsortivos são aqueles que além de provocar restrição evitam a absorção de nutrientes por meio de uma derivação no intestino delgado, diminuindo a área absorptiva do intestino. O procedimentos estimulador muscular é um gerador de pulsos elétricos acompanhado de eletrodos bipolares (similar ao marco passo cardíaco). Estes eletrodos são implantados cirurgicamente na parede (camada muscular) do estômago, submetendo-o a impulsos elétricos sincronizados, que inibem o apetite.

Nesse sentido, as técnicas aplicadas pelo processo cirúrgico terão uma intervenção diferenciada uma das outras, de acordo com a necessidade de cada paciente, conforme será exposto abaixo:

- A técnica de Balão intragástrico consiste na colocação de um balão de silicone, dentro do estômago, com cerca de 500 ml de líquido, com 10 % de azul de metileno. É realizada por meio de endoscopia digestiva alta, com o intuito de

diminuir o reservatório gástrico e seu volume disponível para os alimentos, provocando sensação de plenitude constante. (NUNES et al., 2006).

Ainda, segundo esta autora, este procedimento é provisório, devendo ser retirado no prazo máximo de seis meses. O objetivo dessa técnica é reduzir peso no processo pré operatório do paciente com IMC igual ou acima de 50 kg/m<sup>2</sup>.

- A técnica de banda gástrica ajustável consiste num anel ou cinta de silicone que suporta externamente um balonete, também de silicone, anelado e inflável e totalmente implantável (colocado na região pré-esternal ou sobre o gradial costal. (Nunes et al., 2006). A parte superior dessa banda deverá ser posicionada acerca de 2cm da cárdia, envolvendo o estômago em toda a circunferência, assim, criando um neo estômago (reservatório gástrico) acima da banda com uma cavidade de 20 a 30 ml. Este procedimento é feito via oral com um balão no qual se insufla de 20 a 30 ml de ar atmosférico para orientar a modelação e o posicionamento da banda. Esta técnica possibilita regular o tamanho do estômago proporcionando uma perda de peso em casos de necessidades extremas. (NUNES et al., 2006).

- A técnica de gastroplastia vertical com bandagem (cirurgia de Mason) consiste em um fechamento de uma parte do estômago por uma costura, assim, formando um pequeno estômago de 20 ml de volume na região cárdia, restringindo a saída do compartimento formado pelo uso de um anel de polipropileno. (NUNES et al., 2006). Essa técnica proporciona uma perda média de 30 % de peso nos primeiros anos. Porém, hoje, praticamente não é utilizada, tendo em vista a causa de vômitos em alto índice. (NUNES et al., 2006).

- A técnica de bypass gástrica em Y-de-Roux (cirurgia de Fobbi-Capella) consiste na realização de uma bolsa gástrica, que é um grampeamento (pouch) do estômago com grampeadores, deixando duas linhas de suturas para cada lado e separando o estômago remanescente do neo-estômago. (NUNES et al., 2006). Realiza-se uma restrição à entrada de alimentos, o que propicia a dilatação do pouch com uma pequena quantidade de alimento, gerando uma saciedade no paciente. Outra parte dessa mesma técnica consiste na promoção da desabsorção de nutrientes por meio da exclusão de 75 a 100 cm do intestino delgado proximal. (NUNES et al., 2006). Esse procedimento pode ser realizado via aberta (laparotômica) ou laparoscopia (minimamente invasiva). A meta é atingir uma perda significativa de 65 a 80% do excesso de peso nos cinco anos após a cirurgia. (NUNES et al., 2006).

- A técnica de Derivação biliopancreática com gastrectomia distal (DBPGD) cirurgia de Scopinaro consiste em uma gastrectomia distal, é realizada com uma válvula ileocecal (alça comum= 50 cm), e uma alça alimentar deve ser de 200 ml. (NUNES et al., 2006). A DBPGD tem como objetivo a perda e manutenção de peso pela limitação de absorção intestinal. Assim, um mecanismo digestão-absorção é baseado no volume reduzido do estômago que rapidamente esvazia o intestino, reduzindo de forma considerável o apetite. (NUNES et al., 2006)

- A Técnica de Derivação Biliopancreática com gastrectomia vertical e preservação do piloro-cirurgia Duodenal switch ou de Hess-Marceau consiste em uma gastrectomia vertical, criando um estômago com volume de aproximadamente 100 ml. (Nunes et al., 2006). O Duodeno é dividido por um grampeamento cirúrgico de 4 a 5 cm distal ao piloro. (NUNES et al., 2006).

- Por ultimo, a técnica de Marca passo gástrico implantável (implantable gastric stimulator – IGS), consiste no uso de eletrodos bipolares (similar ao marca passo cardíaco), no qual estes são implantados cirurgicamente na parede (camada muscular) do estômago, submetendo-a a impulsos elétricos sincronizados que inibem o apetite. (NUNES et al., 2006). A média de perda de peso, resultante desse procedimento é de 24 % do excesso de peso, mantida por 30 meses. Mediante aos aspectos expostos neste sub capítulo, o paciente, antes de fazer a CB, deverá ser encaminhado pelo seu cirurgião a um profissional capacitado como, psicólogo e ou psiquiatra, para que seja realizada uma avaliação psicológica conforme sub item abaixo.

### **2.1.3 Avaliação no pré-operatório**

O paciente obeso em preparação para a cirurgia bariátrica deverá ser encaminhado ao Psicólogo e, geralmente, é o cirurgião quem faz o encaminhamento, tendo em vista a necessidade de uma avaliação psicológica para que ele tenha uma devida preparação emocional. (FRANQUES, 2006). Neste primeiro momento, cabe ao Psicólogo acolher o paciente, tranquilizando-o com

informações sobre o que é e como será feita a avaliação psicológica. (FRANQUES, 2006).

Cabe ressaltar que o Psicólogo deve estar atento ao paciente, pois, geralmente, este é uma pessoa que pode ter passado por uma infinidade de tratamentos mal sucedidos ou, até mesmo, ter passado por discriminações sociais, pelo fato de ter uma doença impossível de esconder, pois ele mostra a sua obesidade por onde quer que vá.

Castilho (2001) considera que a autenticidade e a empatia são mais importantes que o método e a técnica neste primeiro contato entre o psicólogo e paciente, dessa forma, considera-se importante que o local esteja adequado para o paciente, com poltronas apropriadas ao seu tamanho e peso para não causar maiores constrangimentos.

Outro aspecto importante e fundamental para um paciente se submeter à CB é investigar se há indicação cirúrgica, através de exames clínicos, psicológicos e psiquiátricos.

A autora Nunes et al. (2006), destaca a importância de alguns fatores que se constituem em contra-indicações para a realização da CB tais como: clínicos graves, psicológicos e psiquiátricos :

- O fator clínico poderá ser tal como: angina instável, infarto recente, diabetes descompensada que pode aumentar significativamente o risco cirúrgico.
- Como fatores psicológicos de contra-indicação cirúrgica estão os transtornos alimentares, dependência química, funcionamento de humor, entre outros.

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria (ADA, 1995), esses transtornos causam severas perturbações no comportamento alimentar. Dentre elas, a compulsão alimentar se apresenta como sério fator de risco para pacientes submetidos à CB. Tal compulsão é diagnosticada quando o indivíduo é capaz de ingerir num mínimo intervalo de tempo, uma quantidade de alimento consideravelmente maior que o comum entre a maioria das pessoas que consomem em um mesmo período. (FRANQUES et al., 2006). Sendo assim, o indivíduo não se percebe como capaz de ter controle sobre tal compulsão, ou seja, surge o sentimento de perda de controle em relação ao comportamento alimentar. (FRANQUES et al., 2006).

A compulsão pode torna-se um fator desencadeante para obesidade, pois geralmente, este transtorno alimentar, provoca oscilações de peso no corpo, deixando a pessoa mais propensa à obesidade, bem como, poderá levá-la a morte. (FRANQUES et al., 2006). Destaca-se, então, a necessidade que sejam realizadas intervenções psicológicas para que ocorra uma mudança neste comportamento alimentar compulsivo.

Uma avaliação psicológica criteriosa para identificar tal comportamento, torna-se primordial, pois caso um indivíduo sofra de compulsão alimentar e seja submetido à cirurgia, poderá sofrer várias complicações no pós-operatório. (NUNES et al., 2006). Com a cirurgia, um novo padrão alimentar será necessário para a manutenção da saúde deste paciente para obter sucesso no tratamento para a redução de peso. Segundo a autora Franques e outros (2006), o comportamento compulsivo pode causar na esfera psíquica do indivíduo, características tais como: transtornos de ansiedade e distúrbio dismórfico corporal.

O transtorno de ansiedade, segundo o autor Dalgarrondo (2002), caracteriza-se por sintomas ansiosos excessivos. Na maior parte dos dias, pelo menos seis meses, o sujeito vive tenso, angustiado, preocupado, nervoso ou irritado causando um sofrimento clinicamente significativo podendo intervir na vida social do sujeito.

O distúrbio dismórfico corporal (DDC) caracteriza-se por uma preocupação excessiva com a imagem corporal. (STENZEL, 2002). Segundo a mesma autora, esse distúrbio está relacionado com os distúrbios alimentares como a anorexia e a bulimia.

- Os fatores psiquiátricos podem ser quaisquer transtornos que impeçam o paciente de compreender e aderir ao tipo de tratamento que deverá ser seguido no pós-operatório como: déficit cognitivo, psicoses, depressão severa, alcoolismo ou ser usuário de drogas, entre outros. Estes poderão colocar a sua saúde em risco, portanto, se identificada tais alterações clínicas, psicológicas e psiquiátricas, poderá ocorrer contra- indicação temporária do procedimento cirúrgico, até que seja realizado o tratamento e/ ou acompanhamento mais adequado para o possível manejo destas disfunções, a fim de estabilizá-las previamente. (FRANQUES et al., 2006). Também é necessário que este acompanhamento seja feito no pós-operatório, tendo em vista que o sujeito que passa pelo processo de CB deverá ter

um acompanhamento interdisciplinar para poder adaptar-se as mudanças advindas deste procedimento cirúrgico e aderir ao tratamento.

#### **2.1.4 Aspectos Psicológicos no pós-operatório da Cirurgia Bariátrica**

O acompanhamento psicológico é tão necessário no pós-operatório quanto no pré-operatório. O paciente submetido à CB passará por mudanças advindas dessa cirurgia que poderá acarretar em desafios relacionados ao novo padrão de vida a que deverá se adaptar, padrão este, relacionado às mudanças do hábito, assim como, a alteração da percepção sobre a nova imagem corporal.

Segundo Gleiser (2006, p. 189), “[...] as mudanças na auto-imagem são os aspectos mais delicados e fundamentais do trabalho clínico com esses pacientes.”

O psicólogo por ser o profissional apto a entrar neste mundo de significados, compreendendo cada sujeito em sua singularidade, estabelecerá um vínculo com o paciente para que o mesmo possa ter uma adesão ao tratamento. Sendo assim, o papel da psicologia, neste momento, é identificar junto ao paciente os aspectos emocionais que precisam ser trabalhados na psicoterapia, tais como, os transtornos emocionais e os problemas psiquiátricos citados anteriormente no sub item da avaliação no pré-operatório.

Os transtornos psiquiátricos mais recorrentes no pós-operatório de pacientes bariátricos são o suicídio, seguido do alcoolismo e transtornos alimentares (NUNES, 2006).

Segundo Nunes (2006, p. 370), o suicídio é considerado como um “[...] ato impulsivo, e está relacionado com a baixa capacidade de adaptação do indivíduo às mudanças advindas do pós-cirúrgico [...]” Vale ressaltar que tais impulsos ou tendências suicidas podem estar presentes antes da cirurgia, porém, mascaradas pela obesidade e pela alimentação excessiva. (CAPELLA, apud FRANQUES, 2006, p. 371).

Os transtornos alimentares também podem surgir no pós-operatório, sendo os mais comuns a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN). A

anorexia nervosa e a bulimia nervosa são patologias interligadas por caracterizarem como sintomas comuns de uma percepção alterada da imagem corporal.

Segundo Busse (2004), a anorexia nervosa (AN) é caracterizada por limitações dietéticas auto-impostas pelo paciente, associada ao medo de torna-se obeso. Neste sentido, o paciente recusa-se a ingerir alimentos, principalmente os ricos em carboidratos e gorduras. Essa patologia é comum em mulheres do que em homens, de 8 a 10 vezes maior a prevalência em mulheres do que em homens segundo o autor Busse (2004). Neste caso, a AN, em pacientes bariátricos, está relacionada ao temor de voltar a aumentar o peso, pois, no pós-cirúrgico, dependendo da singularidade e da técnica cirúrgica utilizada, cada paciente terá uma redução de peso mais ou menos significativa.

O DSM-IV-TR (2002) classifica a AN através dos seguintes critérios diagnósticos:

- Medo intenso da obesidade;
- Perda de 25 % ou mais do peso esperado, com distorção da imagem corporal;
- Distúrbio da imagem corporal; e
- Ausência de doenças físicas.

Ainda para o DSM IV-TR (2002), outras características para o diagnóstico de AN seria o sujeito utilizar-se de pesagens excessivas, medições obsessivas de partes do corpo e o uso excessivo de espelho, para olhar as áreas do corpo percebidas por ele como acima do peso desejado, ou seja, considerando-se sempre gordos.

Outro fator importante no diagnóstico da anorexia nervosa, segundo o DSM IV-TR (2002), é que a redução de peso ocorre geralmente, por meio de redução da ingestão alimentar total, embora sujeitos possam começar retirando de sua dieta alimentos altamente calóricos, a maioria termina com uma dieta muito restrita, por vezes limitada a apenas a poucos alimentos.

A bulimia nervosa (BN) é caracterizada pela preocupação exagerada com o controle de peso corporal, porém, o indivíduo ingere grande quantidade de alimentos de maneira compulsiva e depois tem um forte sentimento de culpa pelo ato excessivo, ocasionando vômitos auto-induzidos. (BUSSE, 2004). Métodos adicionais utilizados por sujeitos com BN para reduzir o peso corpóreo é a inclusão de purgação, ou seja, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes ou diuréticos e exercícios intensos ou excessivos sem controle. (BUSSE, 2004).



Segundo o DSM IV-TR (2002), a auto avaliação dos sujeitos é considerada exagerada pela forma e pelo peso do qual ele percebe no que diz respeito às características diagnósticas da bulimia nervosa, e as mesmas consistem de episódios de hiperfagia e métodos compensatórios considerados impróprios para evitar o ganho de peso. A BN resulta em crises bulímicas recorrentes em que uma crise é caracterizada por dois aspectos, segundo o DSM IV-TR (2002, p. 564):

(1) ingestão, em um período limitado de tempo, aproximadamente duas horas de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares.

(2) um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio, ou seja, um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o tipo e a quantidade de alimento.

Considerando-se os fatores acima, é importante que estes pacientes continuem em processo de psicoterapia e, também, com os demais acompanhamentos clínicos necessários para que a cirurgia CB não venha acarretar em maiores complicações psicológicas mas que venha a ter uma adaptação mais positiva na vida dos pacientes que a ela foram submetidas.

Entretanto, para o paciente ter um novo padrão alimentar na sua vida no pós-cirúrgico ele também deverá ter um acompanhamento com um profissional da Nutrição, conforme será exposto no sub item abaixo, em relação aos aspectos nutricionais da cirurgia bariátrica.

### **2.1.5 Aspectos Nutricionais da Cirurgia Bariátrica**

O acompanhamento nutricional de pacientes bariátricos é tão importante no pré-operatório como no pós-operatório. No pré-operatório o paciente deverá ter um acompanhamento nutricional para que possa reduzir peso. Também é necessário que sejam esclarecidos aos pacientes sobre a importância e a necessidade do acompanhamento nutricional no pós-operatório. O nutricionista irá acompanhar o paciente, identificando a necessidade da suplementação vitamínica,

pois é possível ocorrer déficit de algumas vitaminas e sais minerais, devido ao processo cirúrgico. (SANCHES, apud FRANQUES, 2006).

Segundo a mesma autora, o paciente no pós-operatório terá que adaptar-se ao um novo padrão alimentar, sendo que, no primeiro mês, com dieta líquida pastosa, branda para geral.

Vale ressaltar que a alimentação, depois deste período, continuará tendo modificações, o que torna necessário que o paciente bariátrico tenha consciência da necessidade da adesão ao acompanhamento nutricional.

Segundo Nunes e outros (2006), a alimentação deverá respeitar algumas recomendações:

- Comer um alimento de cada vez e em pequenas quantidades;
- A mastigação dos alimentos deve ser feita de forma vagarosa para que todos sejam dissolvidos na boca;
- Não consumir de forma alguma mel, doces e açúcar;
- Evitar bebidas alcoólicas ou refrigerantes, pois podem causar distúrbio gástrico e;
- É importante complementar a nutrição com vitaminas e outros suplementos alimentares o resto da vida.

Essa modificação terá que ser aderida pelo paciente para que o resultado da cirurgia venha a ser positivo e não acarrete em complicações. As recomendações podem variar de um profissional para outro, assim como, a tolerância alimentar dependerá de cada paciente.

É comum que estes pacientes venham a sentir náuseas e vômitos, que normalmente são causadas por uma superalimentação ou pela deglutição de alimentos em pedaços maiores, ou seja, acarretando na síndrome de dumping. Os autores Reppeto e Rizzolli (2006), caracterizam a Síndrome de Dumping como um mal-estar que o paciente sente após ingerir alimentos de altas calorias, tais como, doces e alimentos. Esse mal-estar pode vir acompanhado de alguns sintomas como: sudorese, tremores, palpitações e diarreias. A desidratação torna-se mais comum nestes pacientes, devido a baixa ingestão de líquidos. Vômitos e a diarreia também podem aumentar a ocorrência da desidratação.

Outro problema recorrente nestes pacientes, segundo a autora Sanches (apud FRANQUES, 2006), é desnutrição protéica e a deficiência de vitaminas.

A desnutrição protéica está relacionada à dificuldade do paciente ingerir carnes e derivados protéicos nos primeiros meses do pós-operatório, devido à má absorção intestinal. (NUNES et al., 2006). Segundo a autora esta ocorrência é mais comum em pacientes que passaram pelo procedimento restritivo-desabsortivos.

Em relação à deficiência de vitaminas B12, ácido fólico e complexo B, pode estar presente no pré-operatório sendo muitas vezes, secundária às dietas prévias ou aos erros alimentares, devendo ser investigada e tratada previamente. (NUNES et al., 2006).

A reposição da vitamina B12 deverá ser feita por complexos de vitaminas, tais como: reposição de complexo B intramuscular, que deverá ser prescrito pelo médico ou nutricionista. (NUNES et al., 2006).

A deficiência de ferro e anemia ferropriva é mais frequente em pacientes que passaram pelo procedimento bypass gastrointestinal e pode estar presente no pós-operatório, devendo ser investigada e tratada. (NUNES et al., 2006).

Segundo a autora, a deficiência de ferro é mais comum em mulheres que tenham um fluxo menstrual aumentado. Geralmente, inicia-se após o segundo mês do pós-operatório, e pode por um longo período. A reposição dessa vitamina deverá ser feita uma ou duas vezes por semana, longe das refeições e de preferência com sucos cítricos. (NUNES et al., 2006). Por último, a deficiência de cálcio, vitaminas D e hiperparatireoidismo secundário.

Essas alterações ocorrem, geralmente, após um ano do pós-operatório. A falta de vitamina pode acarretar em desmineralização óssea, níveis baixos de 25 (OH) D, cálcio e níveis elevados de paratormônio (PTH). (REPETTO; RIZZOLLI, 2006). A reposição é realizada via oral e recomenda-se o uso profilático de cálcio e vitaminas D, isso para todos os pacientes submetidos às cirurgias desabsortivas. (REPETTO; RIZZOLLI, 2006).

A CB é uma excelente ferramenta terapêutica para a redução de peso, mas a adesão ao tratamento pelo paciente é fundamental para obter bons resultados. (REPETTO; RIZZOLI, 2006).

Ainda, segundo esses autores, o acompanhamento nutricional, clínico, psicológico entre outros é essencial para atenuar ou evitar complicações crônicas. Portanto, quem passa por cirurgia de obesidade só terá sucesso se for acompanhado adequadamente por uma equipe interdisciplinar pelo resto da vida. (REPETTO; RIZZOLI, 2006).

Sendo assim, uma equipe interdisciplinar, torna-se um fator primordial para a manutenção e atuação do processo de adaptação dos pacientes bariátricos. A psicologia, por sua vez, irá trabalhar a subjetividade de cada sujeito, ou seja, na sua singularidade.

### **2.1.6 Equipe Interdisciplinar**

A obesidade é uma doença que pode acarretar várias complicações para o obeso, tanto em seu organismo e psiquicamente, assim possui uma estrutura complexa necessitando da compreensão de diversas áreas do conhecimento. A cirurgia bariátrica é uma alternativa para esses obesos, porém, o resultado poderia ser perfeito “[...] se a mente humana não costumasse burlar os mecanismos que promovem a perda de peso na cirurgia antiobesidade.” (XIMENES, 2009, p.1). Dessa forma um equipe interdisciplinar se torna primordial no contexto da cirurgia bariátrica que deverá ser composta por médicos, cirurgiões, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeuta, educador físico entre outros, com intuito de buscar uma melhor qualidade de vida aos pacientes. Essa equipe possibilitará que o paciente seja considerado em sua totalidade. A presença de um profissional da Psicologia/Psiquiatria na equipe da cirurgia bariátrica é obrigatória e foi oficialmente instituído por uma resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.766/05, publicada no diário oficial da união em 11 de julho de 2005, seção I, p. 114. (XIMENES, 2009). Segundo a autora, essa resolução assegura a atuação de uma equipe interdisciplinar no tratamento da obesidade mórbida e possibilitando ao paciente ser atendido em todos os aspectos envolvidos na doença.

Ximenes (2009), afirma que o pré-operatório é a melhor forma de trabalhar com este paciente, fazendo uma avaliação clínica e psicológica, para investigar as condições no momento de submeter-se a tal procedimento cirúrgico, e possibilitando a eles esclarecimento de dúvidas e expectativas em relação a cirurgia. Vale ressaltar, que estes profissionais devem ter um conhecimento na área da cirurgia bariátrica para possibilitar um aprimoramento na equipe bariátrica.

Outra questão que Ximenes (2009) aborda é que infelizmente em diversos estados brasileiros, profissionais da Psicologia sem experiência em cirurgia bariátrica, sendo procurados por pacientes para dar “apenas laudo”, liberando-os para a cirurgia. Muitas vezes esses profissionais não possuem um conhecimento sobre a cirurgia da obesidade, ou não tem toda a clareza da importância e das modificações que tal procedimento poderá ocasionar na vida do paciente. (XIMENES, 2009). Dessa forma, quem trabalha com a cirurgia bariátrica deve ter responsabilidade de acompanhar o paciente por muitos anos, uma vez que a obesidade não tem cura, e o sucesso da cirurgia dependerá do acompanhamento pós-operatório continuado. Portanto fica evidenciada a importância de promover nas equipes da CB um atendimento integrado com os profissionais especializados da área afim, possibilitando um atendimento dentro de um “modelo biopsicossocial”.

### 3 MÉTODO DE PESQUISA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

A caracterização desta pesquisa é de natureza qualitativa, onde buscou-se obter o conhecimento de um fenômeno psicológico, através de um instrumento de pesquisa que proporcionou investigar e qualificar um determinado fenômeno e não quantificar o mesmo, ou seja, investigar a percepção de pacientes submetidas à cirurgia bariátrica, acerca de sua imagem corporal.

A pesquisa de natureza qualitativa, segundo Silva e Menezes (2001), caracteriza-se na relação de uma dinâmica entre o sujeito e o seu mundo real, onde existe um vínculo interligado entre a subjetividade e a objetividade que não podem ser compreendidas em números. Sendo assim, para natureza da pesquisa qualitativa foi necessário um ambiente natural, que foi a peça chave para se coletar os dados e o pesquisador tornando-se o instrumento essencial para a realização da pesquisa.

Este estudo tem caráter exploratório e descritivo, pois, visa conhecer a população a ser estudada, construir hipóteses e conceber aspectos variados relativos ao tema abordado nesta pesquisa, tais como: descrever as características da população pesquisada, com o objetivo de verificar associações entre as variáveis e as possíveis relações entre elas. (GIL, 2002). A pesquisa exploratória, segundo Gil (2002), objetiva aprofundar em idéias ou encontrar intuições, visando compreender o fenômeno estudado em maior profundidade. A pesquisa descritiva, segundo Gil (2002) caracteriza-se por descrever características de uma população ou de um fenômeno, sendo assim estabelecendo relações entre variáveis.

### 3.2 PARTICIPANTES

Os participantes desta pesquisa foram mulheres que já fizeram à cirurgia bariátrica, e que já estavam no pós-operatório tardio (que tinham no mínimo um ano e no máximo cinco anos de pós- cirúrgico). O critério de escolha das participantes deu-se por intermédio de indicação intencional de profissionais da área da saúde, mais especificamente pela Professora e Psicóloga Alessandra Scherer e pelo Médico e cirurgião do aparelho digestivo Sérgio Campos de Mello Jr.

### 3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Para a realização desta pesquisa foi necessário a utilização de recursos matérias tais como: caneta, papel, gravador e a entrevista que foram utilizados como instrumento de coleta de dados, sendo estes recursos todos de responsabilidade da própria pesquisadora.

### 3.4 SITUAÇÃO AMBIENTE

As entrevistas foram realizadas no Serviço de Psicologia (SP) da UNISUL e em um hospital geral da Grande Florianópolis. Para a realização da entrevista, a pesquisadora utilizou a sala do Serviço de Psicologia disponibilizada pela UNISUL e um consultório médico. Isto porque, este local foi o mais apropriado, uma vez que o fluxo de pacientes e profissionais é menor e as condições do espaço físico como: iluminação adequada e ventilação propiciaram um ambiente mais favorável para a realização da entrevista.

### 3.5 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, a entrevista individual semi-estruturada (Apêndice A) desta pesquisa. Segundo Gil (2002), este tipo de entrevista é compreendido de um modo mais natural e não tão fechado quanto à entrevista do tipo estruturada e, assim, possibilitando ao participante contribuir com respostas mais abertas. A entrevista foi gravada, com a permissão das entrevistadas, para que fosse possível colher dados da maneira mais fidedigna.

Sendo assim, a pesquisadora buscou, através desse método, alcançar o objetivo geral e os específicos, proposto na referida pesquisa.

### 3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

#### **3.6.1 Seleção das participantes**

A escolha das participantes desta pesquisa foi feita a partir da sua população alvo. Sendo utilizada uma amostra de cinco (5) indivíduos, considerando o critério de serem pessoas do sexo feminino que foram submetidas à cirurgia bariátrica, e que a cirurgia tenha sido realizada num tempo mínimo de um (1) ano e no máximo cinco (5) anos.

Para a realização da pesquisa foi necessário coletar dados de identificação pessoais das participantes como: idade, escolaridade, profissão, tempo de cirurgia, peso antes da cirurgia, peso que perdeu no pós operatório tardio e o peso atual. Para garantir a identidade dos sujeitos da pesquisa e as informações coletadas, as participantes foram nomeadas a partir de nomes fictícios que foram escolhidos por elas e, assim, cumprindo as questões éticas relativas ao processo de pesquisa, onde será apresentado nos quadros abaixo.



Quadro 2: Dados de identificação das participantes da pesquisa

SUJEITO	IDADE	ESCOLARIDADE	TEMPO DE CIRURGIA	Profissão
Giselli	46	3º GRAU COMPLETO	5 ANOS	Técnica administrativa
Elaine	46	4ª SÉRIE PRIMARIO	4 ANOS	Dolar
Nice	45	4ª SÉRIE PRIMARIO	5 ANOS	Dolar
Suzi	33	3º GRAU COMPLETO	1 ANO E 6 MESES	Pedagoga
Nina	55	5ª SÉRIE GINÁSIO	2 ANOS E 8 MESES	Recpcionista

Fonte: Elaboração da pesquisadora, 2009.

Quadro 3: Dados referentes ao Peso das participantes

SUJEITO	PESO ANTES DA CIRURGIA	PESO QUE PERDEU NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO	PESO ATUAL
Giselli	112	38	74
Elaine	122	60	72
Nice	149	43	140
Suzi	106,600 GRAMAS	47	59
Nina	154,90 GRAMAS	70	82

Fonte: Elaboração da pesquisadora, 2009.

### 3.6.2 Contato com as participantes

O contato com as participantes da pesquisa ocorreu no início do segundo semestre do ano de dois mil e nove, assim que foram retomadas as atividades acadêmicas e após a aprovação do Comitê de Ética da UNISUL, com o devido conhecimento da orientadora do TCC- Profª. Alessandra d'Avila Scherer.

Após a autorização, os indivíduos foram previamente contatados pela pesquisadora, sendo duas via contato telefônico e as outras três no consultório do

médico e cirurgião do qual a pesquisadora teve o privilégio de acompanhar alguns atendimentos e em seguida por intermédio deste fazer o convite para estas participantes.

A partir deste contato, foi esclarecido a estes indivíduos que a pesquisadora é acadêmica do curso de Psicologia da UNISUL e que estava realizando uma pesquisa com pessoas que foram submetidas à cirurgia bariátrica. Sendo assim, foi feito o convite para estes participarem da pesquisa. Foi informado sobre os objetivos do estudo, a gratuidade de sua participação, bem como, as questões ética e de sigilo da pesquisa que será utilizada para fins científicos. Também, foi acordado com cada participante, a data, local e o horário mais adequado aos mesmos. Para maior legitimidade dos dados a serem coletados, foi verificado com cada participante a possibilidade da utilização do recurso do gravador. Também foi informado se caso houvesse desconforto, por parte do sujeito da pesquisa, a mesma seria interrompida imediatamente, sendo o sujeito acolhido pela pesquisadora, sobre a supervisão da professora orientadora Alessandra Scherer. Se necessário, o sujeito poderia ser encaminhado ao atendimento psicológico gratuito oferecido pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

### **3.6.3 Coleta e registro de dados**

Após o contato inicial, com cada participante e marcado a data, horário e local para a realização da entrevista, foi iniciada a coleta dos dados. Dos cinco indivíduos convidados a participar da pesquisa, todos concordaram com sua participação na realização deste estudo. Cada indivíduo foi informado sobre as questões referentes ao sigilo das informações, foram novamente informados sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a sua participação efetiva na pesquisa, bem como, seu consentimento em gravar a entrevista através do Termo de Consentimento para gravações. Portanto, foram descrito estas informações no Termo de Consentimento para gravações que foi apresentado para os sujeitos da pesquisa e com o consentimento desde, foi solicitado a sua

assinatura, e em seguida entregue uma cópia à participante, ficando a outra com a pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas em locais apropriado, distantes de ruídos e movimentação de pacientes e outros profissionais da saúde. Sendo duas entrevistas realizadas no Serviço de Psicologia (SP) da UNISUL e as outras três em um consultório médico de um hospital Geral da Grande Florianópolis.

Após a coleta, as entrevistas foram transcritas e o material coletado foi registrado pela pesquisadora em seu computador, ficando esta responsável pelo arquivamento das informações obtidas, bem como pelo sigilo destas.

#### **3.6.4 Organização, tratamento e análise dos dados**

Os dados foram categorizados em categorias a posteriori, criadas a partir da fala e do conteúdo de cada participante e de acordo com as ocorrências mais significativas e persistentes para a pesquisa.

Os dados coletados foram analisados a partir das categorias elaboradas, para que então, fossem tratados a partir das repostas de cada sujeito da pesquisa e o referencial teórico proposto pelo presente estudo. Desta forma, a análise de dados foi realizada pela técnica de análise de conteúdos.

## 4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo serão apresentados a descrição e análise de dados coletados por meio das entrevistas com as participantes, e a discussão dos mesmos, com intuito de alcançar o objetivo geral desta pesquisa que busca Investigar a percepção de pacientes submetidas à cirurgia bariátrica acerca de sua imagem corporal. Também serão identificados os objetivos específicos que são três, sendo que o primeiro é Identificar as expectativas relacionadas à imagem corporal em pacientes submetidas à cirurgia bariátrica (a), o segundo descrever as emoções e sentimentos relacionadas a imagem corporal dessas pacientes no pós-operatório(b), e por último verificar a percepção destas pacientes sobre as possíveis mudanças ocorridas no âmbito familiar, social e profissional (c).

Para a construção da descrição e análise de dados foram construídas categorias a posteriori, que foram relacionadas aos objetivos específicos da pesquisa, citados acima (a, b,c), bem como a partir da fala e do conteúdo de cada participante, de acordo com as ocorrências mais significativas e persistentes neste estudo. As categorias foram, portanto, elaboradas em quadros temáticos e analisadas de acordo com o seu conteúdo, no intuito de relacioná-las aos resultados obtidos em campo, principalmente, com os conhecimentos científicos presentes na fundamentação teórica do presente estudo e a construção de argumentos da pesquisadora.

### 4.1 EXPECTATIVAS RELACIONADAS À IMAGEM CORPORAL

As categorias a seguir são referentes ao objetivo específico “a”, encontrando-se divididas em: melhorar a relação com a imagem corporal, buscar melhores condições de empregabilidade, buscar melhores condições físicas relativas à saúde e estigma com a obesidade, conforme a tabela abaixo:

EXPECTATIVAS RELACIONADAS À IMAGEM CORPORAL		
CATEGORIA	FALA DO SUJEITO	FREQÜÊNCIA
Melhorar a relação com a Imagem corporal	<i>“Em função de eu me sentir muito incomodada em ter <b>que passar em roletas de ônibus, eu me sentia diferente das outras pessoas, porque eu tinha um peso corporal fora do padrão eu me sentia meio o patinho feio da história.</b>”</i>	5
Buscar melhores condições de empregabilidade	<i>“Antes, pelo excesso de peso eu ia pedir emprego ou fazer alguma entrevista de emprego <b>eles não olhavam o meu currículo, mais olhavam para a minha imagem.</b> Eu imagino que não passava uma coisa boa, eu passava uma imagem de professora obesa, acima do peso.”</i>	4
Buscar melhores condições relativas á saúde física	<i>“O interesse inicial foi pessoal mesmo, <b>porque eu sentia já muitas dores nos joelhos, eu trabalhava em prédio que tinha 3 andares e eu tinha que subir as escadas normalmente eu chegava muito mal , eu tinha que fazer paradas em cada andar e ir para o banheiro para descansar e depois poder continuar subindo , então o primordial foi pela saúde.</b>”</i>	4
Estigma com a obesidade	<i>“A minha filha quando saía comigo <b>ela se sentia mal, porque os outros ficavam olhando, ficavam cochichando atrás da gente daí ela se sentia mal com isso, porque ela sabia que não era minha culpa de eu estar assim né.</b>”</i>	4

Tabela 1: Expectativas relacionadas à imagem corporal.  
 Fonte: Elaboração da pesquisadora, 2009.

#### 4.1.1 Melhorar a relação com a imagem corporal

Castilho (2001), considera que nenhuma maneira que o indivíduo tem de pensar sobre si mesmo é tão importante quanto a sua própria imagem, ou seja, é a sua identidade para o mundo.

Capisano (1992), também afirma a importância da nossa imagem corporal e considera que ela se estrutura a partir do olhar que cada indivíduo tem de si mesmo e do olhar dos outros, ou seja, como os outros as percebem. Estas evidências foram percebidas pela pesquisadora através dos relatos das participantes. As cinco entrevistadas relataram que queriam melhorar a relação com a imagem corporal, por não se sentirem bem com a imagem que tinham de si, como mostra o relato da participante Nice:

*“Eu queria poder chegar a uma loja e encontrar uma roupa que servisse em mim, pois eu pesava 149 quilos.”*

A participante Giselli também relata:

*“Eu quase não me olhava no espelho, não gostava de me ver no espelho. Espelho nem pensar, também não gostava de comprar roupas.”*

Bem como no relato da participante Suzi:

*“Eu evitava olhar no espelho, e se eu olhasse não olhava para o meu corpo, e também eu evitava sair de casa, pois era difícil ir a alguns lugares como: cinema, parques. Não passava em catracas de ônibus, pois eu era muito grande e nada é adaptado para nós gordinhos.”*

Esses relatos são corroborados por Castilho (2001, p. 27) ao afirmar que “[...] a imagem corporal tem um papel mediador em todas as coisas desde uma escolha de vestimenta, passando por preferências de estéticas, até a habilidade de empatizar com as emoções dos outros.”

Ainda, corroborando com esses relatos, Castilho (2001) explica porquê as mulheres são mais insatisfeitas com a imagem corporal, pois em geral são mais estimuladas pela sociedade a estarem com um modelo de corpo idealizado e, assim, não estando dentro desse padrão, são consideradas sem um valor de atração física, ou seja, estão mais vulneráveis a uma imagem corporal negativa e aos incômodos a ela relacionadas.

Diante do acima exposto foi possível perceber que as expectativas destas mulheres, em relação a buscar melhores condições a sua imagem corporal, estavam relacionadas a poderem ir a lugares que gostavam de ir e que não iam mais por causa da obesidade, também por não se sentirem bem com a sua imagem corporal por devido às dificuldades tais como: de encontrar roupas para si em lojas, dificuldade de passar em catracas de ônibus, sentar em poltronas nos cinemas, entre outros. A percepção que cada participante tem de si, implica diretamente na forma que elas vivenciam e lidam com as situações e influências do contexto social do qual estão inseridas.

#### **4.1.2 Buscar melhores condições de empregabilidade**

A categoria “buscar melhores condições de empregabilidade”, também está presente nos relatos trazidos por quatro participantes da pesquisa, em relação às expectativas sobre a sua imagem corporal.

Segundo Stenzel (2002, p.47), “[...] a forma do corpo ganhou espaço no terreno do trabalho, ela serve como julgamento para a capacidade produtiva do indivíduo, bem como parâmetro para o sucesso profissional.” A mesma autora mostra que o mercado de trabalho é muito competitivo e, além das habilidades pessoais, valoriza muito aos atributos físicos, sendo que a obesidade se torna-se um fator de influência na seleção de indivíduos no mercado de trabalho. Essas evidências tornaram-se perceptíveis a pesquisadora através dos relatos das participantes.

Quatro entrevistadas relataram que queriam buscar melhores condições de empregabilidade, como mostra no relato da participante [Elaine](#):

*“Eu pensava que iria arrumar um emprego, pois ninguém dava emprego para mim, mas acho engraçado, pois a cirurgia não muda a cabeça da gente, continua a mesma coisa, acho que gordos ou magros todos são iguais, mas as empresas não pensam assim.”*

A participante **Nina** também relata:

*“Eu não conseguia mais trabalhar, fazer minhas atividades da minha casa, como ia conseguir um emprego nesta situação.”*

Bem como no relato da participante **Suzi**:

*“Eu imagino que não passava uma coisa boa para as escolas, pois era uma professora acima do peso e ia dar aula para crianças, e também podia ter crianças obesas e como eu ia passar alguma coisa boa para essas crianças!”*

Stenzel (2002), corrobora com os relatos acima ao afirmar que as pessoas obesas têm maiores dificuldades em conseguir um emprego do que as que possuem um peso dentro do padrão considerado pela sociedade. A autora cita uma pesquisa que foi realizada em uma empresa brasileira onde 16% dos empregadores entrevistados disseram que não dariam emprego a mulheres obesas sob nenhuma condição, enquanto 44% impuseram certas condições, tais como: dariam cargos de menores salários. (STENZEL, 2002).

Diante do exposto pelas entrevistadas percebeu-se que estas mulheres buscavam melhores condições de empregabilidade, pois se sentiam excluídas do mercado de trabalho ou tinham dificuldades de manterem-se no mesmo. Algumas delas tinham experiências profissionais mais isso não era considerado devido à obesidade.



### 4.1.3 Buscar melhores condições à saúde física

A categoria “buscar melhores condições à saúde física” é explicitada no relato de quatro entrevistadas e mostra-se referente à dificuldade que estas apresentam devido às doenças que estavam associadas à obesidade.

Segundo a OMS (FANDINÕ, 2004), estas doenças associadas trazem sérias consequências à vida destas pessoas tais como: problemas respiratórios, problemas do aparelho locomotor, doenças cardiovasculares, diabetes tipo II, dislipidemias (disfunções do colesterol), doenças da vesícula biliar entre outras.

A participante **Nina** relata:

*“Eu não conseguia mais andar direito, eu sentia muitas dores no joelho, não subia e nem descia mais escada, tinha que ter alguém me segurando para eu me apoiar por causa do meu peso.”*

A participante **Nice** também relata:

*“Tinha muitas dores como reumatismo, pressão alta, quase não podia andar, tudo isso pelo excesso de peso, também nunca fiz atividade física.”*

Bem como no relato da participante **Elaine**:

*“Estava afetando a minha saúde física, pois comecei a ter pressão alta, dores nas articulações, problemas respiratórios, entre outras doenças”.*

Esses correlatos corroboram com a Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Esta desenvolveu uma Campanha Nacional de Combate à Obesidade com o objetivo de conscientizar a sociedade sobre os riscos da doença e promover estilos de vida mais saudáveis. (ABESO, 2009). Uma pesquisa realizada pela ABESO em junho de 2009, mostra

que 43% da população brasileira está acima do peso e 20% tem obesidade moderada e ou mórbida.

Ainda, segundo a ABESO (2009), a obesidade é um dos maiores problemas de saúde pública no país. Crianças com sobrepeso ou obesas, têm mais chances de se tornarem adultos obesos, segundo a ABESO. Portanto, os pais precisam estimular estas crianças a fazerem atividades físicas ou mesmo que sejam lúdicas, tais como: brincar de correr, jogar bola, pular corda, pois é cada vez maior o número de crianças que tem preferência por atividades sedentárias tais como: assistir televisão, brincar no computador, entre outras. (ABESO, 2009).

A partir do relato das mulheres percebe-se que estas mulheres buscavam melhores condições à saúde, tendo em vista o acarretamento de sérias complicações para a sua saúde física e a impossibilidade de fazerem atividades comuns tais como: caminhar, trabalhar, entre outras.

#### 4.1.4 Estigma com a obesidade

A categoria “estigma com a obesidade”, também está presente nos relatos trazidos por quatro participantes da pesquisa em relação as suas expectativas a sua imagem corporal.

Segundo Castilho (2001), estar com excesso de peso ou obeso é uma condição altamente estigmatizante em nossa sociedade. Estas evidências foram percebidas pela pesquisadora através do relato da participante **Suzi**, conforme exposto abaixo:

*“[...] O que me levou fazer a **cirurgia foi o preconceito das pessoas que é muito forte e abala muito a gente, mexe muito com a gente e abala toda a tua vida [...].”***

A participante **Giselli** também relata:

*“Aonde a gente vai chama a atenção, pois o obeso por onde anda todo mundo olha. Não adianta, é um preconceito que a gente não sabe conviver, é uma coisa que fica marcada”.*

Bem como no relato da participante [Elaine](#):

*“A sociedade recria muito, sei, pois, quando eu ia comer, as pessoas olhavam o meu prato, ou quando eu ia sentar, as pessoas riam e diziam: não vai quebrar a cadeira, eram brincadeiras mais que me deixavam muito mal”.*

Castilho (2001), diz que o estigma da obesidade pode afetar de forma negativa a vida destas mulheres, seja nas oportunidades de trabalho, no meio social, educacional entre outras. “Mulheres com excesso de peso namoram com menos frequência e quando namoram, experienciam mais críticas do parceiro do que os homens com sobrepeso ou homens e mulheres de peso normal.” (CASTILHO, 2001,p. 21).

Ainda corroborando com esta perspectiva do estigma, Stenzel (2002, p. 20) afirma: “[...] criou-se uma nova linha divisória na sociedade moderna, a linha que separa os magros e os gordos, e que tem como consequência a vergonha, a culpa, o isolamento daqueles que não correspondem aos padrões [...]” Esta afirmação pode ser comprovada através da entrevista [Nice](#), conforme abaixo:

*“Eu não tinha e não tenho mais vontade de sair de casa, porque sei onde eu for vai ter comentários, então estou me recolhendo. Já não tenho mais coragem de sair de casa.*

Esta entrevistada depois de três anos voltou a ganhar peso e está com o peso igual ao anterior à cirurgia, por isso traz em sua fala que não tem mais coragem de sair, pois já sabe como é o preconceito das pessoas e por isso está se isolando. Também foi possível perceber, através do relato da participante, que ela, não fez o acompanhamento como necessário no pós-operatório, com a equipe interdisciplinar: psicólogo, nutricionista entre outros. Neste momento é importante pontuar a fala desta participante onde ela diz:

*“[...] é, tem que caprichar, caprichar bastante, depois de voltar a engordar é mais difícil, pois é tão fácil perder peso nos primeiros seis (6) meses, mais não é nenhuma mágica, tem que se cuidar para não voltar a engordar, olha como eu estou de novo.”*

Aída Franques (2009, p. 99), corrobora com este aspecto e afirma: “[...] emagrecer depois de um tratamento cirúrgico, chegar a um peso saudável, não significa batalha vencida [...]”. Segundo a autora, se não houver modificação no padrão alimentar e, muitas vezes, elaboração de aspectos emocionais, não se pode dizer que a obesidade está sob controle. Portanto a atenção e o cuidado em relação à predisposição a aumentar de peso, que infelizmente o cirurgião não poderá tirar com seu bisturi, deverão acompanhar o paciente por toda a vida. (Franques, 2009).

Diante do acima exposto por essas quatro participantes, foi possível perceber que elas buscavam melhorar a sua relação com o estigma à obesidade, e com isso minimizar o preconceito da qual elas eram submetidas por não estarem dentro de um padrão corporal esperado pela sociedade.

#### 4.2 EMOÇÕES E SENTIMENTOS RELACIONADOS À IMAGEM CORPORAL NO PÓS- OPERATÓRIO

As categorias a seguir são referentes ao objetivo específico “b”, encontrando-se divididas em: vergonha, satisfação, tristeza, ansiedade e medo.



EMOÇÕES E SENTIMENTOS RELACIONADOS À IMAGEM CORPORAL NO PÓS-OPERATÓRIO		
CATEGORIA	FALA DO SUJEITO	FREQÜENCIA
Vergonha	<i>“Meu braço sobra muita pele, Deus me livre eu pegar um ônibus com os braços de fora, <b>tenho vergonha, fica todo mundo olhando, então prefiro andar assim de manga comprida e ninguém vê.</b>”</i>	2
Satisfação	<i>“Não tenho mais vergonha de andar na rua, foi à melhor coisa que eu fiz para mim mesmo, estou muito feliz graças a Deus. <b>Não há coisa melhor de que você se sentir bem contigo mesmo.</b>”</i>	2
Tristeza	<i>“Quando perdi os 30 quilos era melhor, para colocar uma roupa, pra tudo. <b>Eu colocava uma roupa e me enxergavam, porém, hoje voltei a engordar, eu só olho a minha cabeça e não olho o corpo. Não é fácil, não é fácil mesmo.</b>”</i>	1
Ansiedade	<i>“Quando me <b>incomodo com os filhos, eu como belisco uma coisa ali. Como, como, como, pois não consigo falar, então eu fico quieta e vou comer.</b>”</i>	1
Medo	<i>“Emagreci muito, e tudo que eu comia, eu vomitava, <b>fiquei com muito medo de entrar num quadro de anorexia.</b>”</i>	1

Tabela 2: Emoções e sentimentos relacionados à imagem corporal no pós-operatório.  
Fonte: Elaboração da pesquisadora, 2009.

#### 4.2.1 Vergonha

A categoria “vergonha” está presente nos relatos trazidos por duas participantes da pesquisa em relação as suas emoções e sentimentos relacionados à imagem corporal no pós- operatório.

Segundo Benedetti (2003), as transformações emocionais em pacientes bariátricos estão vinculadas à mudança, ao grau de satisfação e ao efeito que essa mudança exercerá sobre a auto-estima destes pacientes. Estas evidências foram percebidas pela pesquisadora no relato da participante Elaine, conforme exposto abaixo:

*“Em relação ao meu corpo, quando estou sem roupas eu sinto muita vergonha, pois quando eu era gordinha estava tudo no lugar, e agora está muito feio, sobra muita pele, muita pele mesmo, acho que fiquei pior tenho muita vergonha.”*

A participante Giselli também relata:

*“Acho que seria melhor se eu conseguisse fazer uma plástica, pois sobra muito tecido tenho vergonha então, eu até brinco, que eu sou como um kinder ovo, risos, vestidinha muito bonitinha, mas quando tiro a roupa, surpresa, sobra muita pele, muita pele mesmo.”*

As participantes Elaine e Giselli perderam muito peso no pós-operatório, acarretando em um excesso de pele em seu corpo, assim, tornando-se necessário fazer uma cirurgia plástica, contudo, as mesmas não têm condições financeiras para fazer, e estão aguardando serem chamadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para a realização da mesma, porém já estão há mais de três anos em uma fila de espera.

Com o correlato dessas é possível identificar que elas têm muita vergonha do seu corpo. Apesar de terem emagrecido, as mesmas apresentam ainda, uma insatisfação com a sua imagem corporal atual.

Gleiser (2006), diz que o acompanhamento psicoterapêutico com pacientes bariátricos torna-se fundamental para que estes possam evitar recaídas e venham a atingir um equilíbrio emocional em relação às mudanças na auto-imagem advindas do processo cirúrgico. Neste sentido, o paciente deve continuar com o acompanhamento psicológico no pós-operatório, porém, a autora considera desafiador, já que a maioria destes pacientes não adere ao tratamento. (GLEISER, 2006). Ainda, segundo, esta perspectiva, Gleiser (2006, p. 191), indaga “[...] porque

após a CB muitos pacientes não retornam a psicoterapia para continuar o acompanhamento psicológico?” A autora, compreende que esta interrupção prematura do tratamento está associada às prováveis dificuldades emocionais dos pacientes. (GLEISER, 2006). O isolamento e o afastamento vão levar essas pacientes a enfrentarem sozinhas as mudanças que serão advindas do processo cirúrgico, da transformação do corpo, cuja psique exige uma reflexão. (GLEISER, 2006). Portanto, quando o paciente entende que a CB não é uma mágica, mais sim uma grande auxiliadora no tratamento de uma doença, o mecanismo de idealização será tratado e ele poderá refletir e se dar conta dos possíveis problemas que encontrará no futuro.

Em relação a continuidade do tratamento após a cirurgia, Fortes (2006), fala também da necessidade do paciente fazer a atividade física, pois esta é essencial para os pacientes, tanto no pré, quanto no pós-operatório auxiliando-os na perda de massa corpórea e também na definição da musculatura, já que, a redução de peso sem atividade física poderá acarretar na perda de uma tonificação da pele, resultando numa maior perda de elasticidade do corpo. Dessa forma a atividade física irá ajudar o paciente bariátrico a ter uma redução de peso mais saudável, contudo, mesmo assim, a maioria destes pacientes vão necessitar de uma cirurgia plástica, dependendo de cada pessoa e do grau de obesidade que esta tinha anteriormente à cirurgia. (GLEISER, 2006). Em relação ao exposto acima, também possível identificar na fala da participante Elaine conforme abaixo:

*“Eu emagreci muito e com isso sobrou muita pele, eu também tinha muitas estrias, e agora ficou tudo flácido. Preciso fazer uma cirurgia plástica, porém, não tenho dinheiro. Também eu teria que fazer atividade física, mais não faço.”*

Percebe-se através do relato dessa paciente, que a mesma não fez atividade física no pré-operatório e nem no pós, mesmo sabendo da necessidade, porém optou por não fazê-la. Neste momento é importante pontuar a fala de outra participante a Suzi: onde ela fez atividade física, acompanhamento psicológico e nutricional no pré e pós-operatório e obteve um resultado satisfatório.

*“Antes da cirurgia eu caminhava três vezes ao dia, e fazia aeróbica duas vezes por semana e depois da cirurgia também. Após a autorização do meu*

*médico eu voltei a fazer estas atividades, então não precisei fazer a cirurgia plástica e me sinto muito bem, não tenho mais vergonha do meu corpo.”*

Neste momento, vale ressaltar que a paciente que não aderiu ao tratamento no pré e pós-operatório, sente-se muito envergonhada em relação às mudanças no seu corpo relacionadas ao excesso de pele no seu corpo. Enquanto a paciente que aderiu ao tratamento, encontra-se realizada com o resultado do processo cirúrgico. Ainda, de acordo com esta perspectiva Gleiser (2006), diz que o acompanhamento psicológico é necessário no pós-operatório, pois as mudanças que advirão na imagem corporal devido a CB, terão de ser passíveis de acompanhamento emocional e de acordo com a organização subjetiva de cada sujeito. A autora diz que o paciente bariátrico precisa deste acompanhamento psicológico para que seja possível o reconhecimento de sua nova condição física e psíquica diante de tantas modificações advindas na sua vida depois da cirurgia. (GLEISER, 2006).

Diante do relatado por essas mulheres, foi possível perceber que elas buscavam melhorar a sua relação com a imagem corporal, porém, também foi possível perceber que estas pacientes ainda continuam insatisfeitas com a imagem atual, embora tenham reduzido muito o peso corporal. O excesso de pele ocasionado pelo emagrecimento, possivelmente, fez emergir nelas uma insatisfação ocasionando um sentimento de vergonha frente a nova imagem corporal.

#### **4.2.2 Satisfação**

A categoria “satisfação” está presente nos relatos trazidos por duas participantes da pesquisa, em relação as suas emoções e sentimentos relacionados à imagem corporal no pós-operatório.

Segundo Benedetti (2003, p. 62), “[...] a cirurgia para obesidade mórbida não só reduz o peso corporal como também acarreta melhora da auto-estima e da qualidade de vida destes pacientes.” Estas evidências foram percebidas pela pesquisadora por meio no relato da participante **Nina**, conforme exposto abaixo:



*“Foi a melhor coisa que eu fiz por mim esta cirurgia, eu digo para todos que me perguntam que estou muito satisfeita, voltei a viver.”*

A participante Suzi também relata:

*“Depois da cirurgia eu comecei a viver, foi à melhor coisa que eu fiz, se tivesse que fazer de novo eu faria, mesmo tendo que passar pelo processo de recuperação que é delicado, mais o resultado para mim foi satisfatório, mais do que eu esperava.”*

Segundo Santos (2005), o paciente bariátrico, após o primeiro mês da cirurgia, já começa a ver resultados, principalmente na redução de peso e com isso também já consegue fazer algumas atividades que anteriormente não conseguia anteriormente, o que traz uma sensação de bem estar e satisfação ao paciente. Gleiser (2006), corrobora ao afirmar que quando o paciente entende que a cirurgia não é uma “mágica”, mas sim uma alternativa para o tratamento este poderá tratar-se refletir e dar-se conta dos possíveis problemas que encontrará mais tarde, porém, com um acompanhamento interdisciplinar terá suporte para superar tais dificuldades. Também é importante ressaltar que mesmo o paciente tendo uma recuperação tranquila, isso não pode ser um motivo para ele parar o acompanhamento clínico, nutricional, entre outros do qual terá que fazer para o resto de sua vida. (GLEISER, 2006).

Segundo Benedetti (2003), o emagrecimento para os pacientes bariátricos pode ser compreendido de diferentes formas, tais como: resgate da autonomia, a conquista de uma melhor aparência física, sentimento de aceitação nas relações interpessoais, passar a não ser mais ridicularizado e humilhado e principalmente poder encontrar e comprar roupas que antes consistia numa dificuldade para o paciente, devido ao tamanho que era fora do padrão normalmente encontrado nas lojas. Essas evidências foram percebidas pela pesquisadora, conforme exposto abaixo, através do relato da participante Nina:

*“Mudou tudo na minha vida. Hoje ando na rua e as pessoas não me olham mais com indiferença, tenho mais vontade de sair de casa e até visto*

*roupas de minhas filhas que eu nunca imaginava que um dia poderia vestir, também eu vou a uma loja e encontro roupa para mim, coisa que antes eu tinha que mandar fazer, pois era muito difícil encontrar algo que servisse em mim.”*

De acordo com essas evidências, Benedetti (2003) enfatiza que a satisfação com o corpo em pacientes bariátricos melhora muito em relação aos distúrbios relacionados com a imagem corporal. No entanto, a autora pontua que embora esses pacientes tenham demonstrado uma satisfação com o seu próprio corpo após o emagrecimento, foi percebido que tal relação é mais em decorrência de estar mais próximo de um padrão ideal de corpo exigido pela sociedade do que propriamente da beleza física do novo corpo. (BENEDETTI, 2003). Isso foi percebido pela pesquisadora por meio do relato das entrevistadas, em que possivelmente a satisfação estava mais relacionada ao padrão normal de corpo do que o de ser mais bonita ou atraente conforme o relato de Nina:

*“Estou satisfeita. Hoje ando na rua e não chamo mais atenção das pessoas, eu posso ir onde eu quero, e comprar a roupa que tenho vontade, pois sei que agora posso.”*

Portanto, apesar do emagrecimento ter diferentes impactos na vida dessas pacientes, o significado da experiência foi considerado por elas como uma forma de sentirem-se e passarem a ser mais aceitas pelo meio social no qual estão inseridos.

Diante destas evidências, foi possível perceber que essas duas pacientes estão satisfeitas com o resultado obtido pela cirurgia bariátrica. Porém, percebeu-se, no relato que a relação da qual elas falam da satisfação está mais possivelmente relacionada ao fato de se sentirem dentro de um padrão ideal de corpo, sentido-se incluídas e mais aceitas pela sociedade, pois possivelmente para elas ser magra foi uma possibilidade de torná-las dentro do padrão de normalidade exigido socialmente .

### 4.2.3 Tristeza

A categoria “tristeza”, está presente no relato trazido por uma participante da pesquisa, em relação as suas emoções e sentimentos relacionados à imagem corporal no pós- operatório.

Segundo Santos (2005), a cirurgia bariátrica é uma alternativa para combater a obesidade e tem com objetivo de aliviar ou eliminar esta doença que normalmente gera muitas comorbidades, tais como: problemas respiratórios, problemas nas articulações, dentre outros.

Para o autor as consequências psíquicas e sociais dessa intervenção cirúrgica e das mudanças dela advindas são mais complexas do que se possa imaginar. No entanto, o autor afirma, que “[...] as mudanças físicas são praticamente certas, mas as psíquicas e sociais não; elas precisam ser provocadas de outras maneiras, e não por meio do bisturi com o paciente inconsciente [...]” (SANTOS, 2005, p. 35). Essas evidências foram percebidas pela pesquisadora no relato da participante **Nice**, conforme exposto a seguir:

*“Quando eu emagreci, eu me olhava no espelho colocava uma roupa e me sentia bem, pois eu tinha emagrecido, **mas agora engordei tudo de novo. Olha como estou, que tristeza.**”*

É importante ressaltar que esta paciente perdeu 43 quilos no pós-operatório tardio, porém depois de três anos voltou a engordar e está com o mesmo peso anterior à cirurgia e, assim, sentindo-se triste com a nova realidade.

Santos (2005) ainda ressalta que, para a cirurgia ter um resultado satisfatório é necessário que o paciente passe por mudanças internas com o intuito de adaptar-se ao novo padrão de vida que lhe será exigido devido ao processo cirúrgico. Sendo assim, não basta só emagrecer, mas, principalmente manter - se no seu peso ideal. Torna-se, contudo, essencial que o paciente continue fazendo acompanhamento interdisciplinar com uma equipe ou possua conhecimento sobre os aspectos da cirurgia bariátrica para que possa compreender e intervir sobre as diversas mudanças que este procedimento pode acarretar na vida dos pacientes.

Deste modo, o psicólogo deve encontrar um sentido para o conjunto de informações que este paciente trás, devendo considerar o que é relevante e significativo e, assim, para este paciente e assim conhecer os motivos mais profundos da vida emocional desta pessoa. (SALOMÃO, 2006). A respeito desta questão, a autora ainda enfatiza, que “[...] o psicólogo que atua na equipe bariátrica deve conhecer, compreender e com isso ter como objetivo a compreensão da personalidade como um todo, neste caso referindo-se a todo sofrimento do paciente [...]” (Salomão, 2006, p.30).

Na maioria das vezes os aspectos psicológicos envolvidos em pessoas obesas não são percebidos, e aí entra o olhar da psicologia, já que, principalmente, após a cirurgia bariátrica aparecem muitas questões emocionais advindas da mudança corporal, das restrições alimentares e físicas, dentre outras. (SALOMÃO, 2006).

Franques (2006), também corrobora com esta situação, considerando que os pacientes bariátricos precisam continuar o acompanhamento psicológico no pós-operatório, pois é neste momento que as mudanças rápidas vão acontecer, tais como: emagrecimento e os novos hábitos alimentares. Sendo assim, vão exigir destes pacientes uma adaptação frente a tais mudanças. Sobre este aspecto é importante pontuar outra fala de Nice:

*“De pouquinho em pouquinho eu fui engordando de novo, então eu acho que vou ter que fazer a cirurgia de novo, não sei o que fazer, estou me sentindo muito mal!”*

É possível perceber no relato dessa paciente um sentimento de tristeza devido a mesma ter voltado a engordar, deixando-a mais insatisfeita com a sua imagem atual. Franques (2006) diz que a pessoa portadora da obesidade apresenta um sofrimento psicológico resultante do preconceito social com a obesidade, e também com as características do seu comportamento alimentar. A paciente Nice relatou que, antes de fazer a cirurgia ela saía de casa, mesmo enfrentando o olhar preconceituoso das pessoas, mas agora que voltou a engordar não consegue mais, pois, não tem coragem de enfrentar o olhar dos outros.

Diante destas das evidências relatadas é possível perceber que, a paciente Nice apresenta uma tristeza frente à situação da qual ela está novamente

passando, devido à obesidade. Contudo, percebe-se no relato desta entrevistada que ela não faz acompanhamento psicológico e nutricional, pois a mesma diz não ter condições financeiras de pagar tais profissionais e também questiona por que o SUS não disponibiliza esses atendimentos na cidade na qual reside, localizada no interior do estado.

#### 4.2.4 Ansiedade

A categoria “ansiedade”, está presente nos relatos trazidos por uma participante da pesquisa, em relação as suas emoções e sentimentos relacionados à imagem corporal no pós- operatório.

Segundo Benedetti (2003, p.36), “[...] o tratamento para obesidade não é só uma questão médica, mais psicológica também [...]”

Franques (2006) ressalta que pessoas obesas apresentam maiores níveis de sintomas ansiosos, depressivos, alimentares e de transtornos de personalidade, contudo a obesidade também poderá ser resultado de comportamentos inadequados na alimentação. Estas evidências foram percebidas pela pesquisadora no relato da participante Nice:

*“Quando eu fico chateada ou brigo com alguém, eu não consigo falar, daí eu começo a comer, é só eu ficar nervosa eu como muito. Como muito mesmo.”*

Neste momento é possível perceber através no relato desta que a participante, não consegue lidar com seus conflitos internos e assim usa a comida como uma forma de lidar com esses. Segundo Benedetti (2003), o ato de comer muitas vezes vai além das necessidades biológicas de sobrevivência. O indivíduo às vezes come para enfrentar sentimentos de inadequação pessoal, ou seja, usa a comida como resposta a para suas tensões emocionais, com isso, percebendo o alimento como gratificação e, assim, substitui o afeto por comida e considerando-uma compensação ou recompensa. Isso torna-se visível quando a participante

significa o ato de comer como uma saída para enfrentar seus conflitos à mesma não se dá conta disso e ainda fala:

*“Não sei se eu voltei a engordar de novo por causa do meu sistema nervoso!”*

Ximenes (2009), informa que, na consulta nutricional, o padrão alimentar do paciente é avaliado, e cada aspecto relatado é fundamental e, merece atenção. Sendo assim, considerando os tipos de alimentos ingeridos em cada refeição, a quantidade e a frequência de refeições por dia e até mesmo os sentimentos que este trás em relação ao seu padrão alimentar. Dessa forma a autora ressalta a importância do trabalho interdisciplinar, pois na área de alterações psíquicas, o nutricionista, possivelmente, não tenha tantas habilidades, de acordo com a sua formação tornando-se necessário uma análise com um profissional da Psicologia. Que poderá identificar episódios de compulsão alimentar periódica, sintomas de bulimia, anorexia, dentre outros característicos de transtornos do comportamento alimentar.

Ainda, para a mesma autora (2009), os arranjos emocionais, de cada paciente devem ser trabalhados, fazendo com que encontrem novas estratégias de enfrentamento e assim, aprendam a lidar com um novo hábito alimentar considerado mais saudável. Ximenes (2009, p. 66), também afirma que “[...] assim como uma corda ou um cristal que, quando submetido a uma pressão específica ,romper-se-ão em seus pontos de maior fragilidade, funcionam também assim nossos arranjos emocionais [...]”

Contribuindo com os aspectos emocionais, Franques (2006), considera que o paciente bariátrico necessita ter uma compreensão do novo papel da comida em sua vida podendo encontrar outras formas de saciar suas angústias, ansiedades e com isso evitar o comportamento compulsivo do comer.

Quanto ao comportamento compulsivo, Benedetti (2003), explicita que é uma maneira que o indivíduo encontra para se livrar-se de alguma angústia. Em relação a esses aspectos, observa-se evidências que comprovam na fala de Nice quando ela diz:

*“Quando eu fico ansiosa, nervosa, não sei como agir, e quando me deparo já estou comendo de novo.”*

A respeito destas questões, torna-se evidente que esta paciente precisa de um acompanhamento psicoterápico. Sendo assim, o psicólogo precisa investigar o que está por trás desta angústia e intervir, possibilitando que este sujeito encontre novas estratégias para lidar com estes comportamentos. Ximenes (2009, p. 111), afirma que “[...] o paciente candidato a cirurgia bariátrica muitas vezes são portadores de transtorno alimentar, geralmente de transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) e ou transtorno do comer noturno (TCN).” Desta forma, quando identificado algum transtorno no paciente no pré-operatório, deve-se encaminhá-lo para atendimento psiquiátrico e ou psicológico, porém, após a remissão desses sintomas o paciente poderá ser encaminhado para cirurgia. Contudo, Ximenes (2009) ressalta que tal compulsão pode voltar podendo ser uma compulsão alimentar, ou até mesmo transformando-se em outra compulsão tais como: por bebida, por cigarro, por compras, por sexo. Portanto torna-se necessário que o paciente bariátrico consiga controlar seu ato compulsivo de comer, tanto no que se refere à quantidade como na qualidade dos alimentos, pois, por si só a cirurgia bariátrica pode perder o seu “poder” de emagrecer, já que não é uma mágica e sim uma técnica e que tem restrições a serem seguidas para o resto da vida. Em relação a este aspecto, vale ressaltar finalizando com a fala de Nice, conforme abaixo:

*“A cirurgia não é uma mágica, no início é fácil perder peso, mais manter é o mais difícil.”*

#### **4.2.5 Medo**

A categoria “medo” está presente nos relato trazido por uma participante da pesquisa em relação as suas emoções e sentimentos relacionados à imagem corporal no pós- operatório.

Segundo Ximenes (2009), é comum alguns pacientes após a cirurgia sentirem medo, pois, adaptar-se ao novo padrão alimentar será um desafio. Sendo assim, no primeiro mês, a dieta deverá ser líquida e pastosa, e, no segundo mês, começa a ingerir os alimentos sólidos (XIMENES, 2009). Contudo, a autora ainda corrobora que náuseas e vômitos são comuns neste período, pois o paciente precisará mastigar bem os alimentos e, também aprender a comer uma quantidade pequena, acostumando-se com o funcionamento do seu novo organismo.

Esta afirmação pode ser evidenciada no relato de Giselli:

*“Durante muito tempo, mais de anos, eu praticamente vomitava todos os dias, eu comecei a ficar com medo, muito medo, pois eu vomitava muito.”*

A respeito destas evidências, Reppeto e Rizzolli (2006) dizem que é comum ocorrer este mal estar seguido de vômitos, onde é caracterizado como a síndrome de dumping, sendo que o paciente após ingerir alimentos de alto valor calórico, possivelmente, sentirá alguns sintomas como: sudorese, tremores, palpitações e diarreias. Portanto, torna-se necessário que o paciente venha a fazer uma dieta balanceada, evitando comer alimentos contra- indicados tais como: doces e alimentos gordurosos e assim evitando maiores desconfortos. Em relação a isso, é possível identificar através de outro relato de Giselli que a mesma não fez acompanhamento nutricional no pós-operatório conforme indicação médica, comendo alimentos que são contra-indicados:

*“Eu como de tudo um pouco, mas se eu comer batata frita eu não consigo comer um bife, porque eu passo mal, então eu tenho medo das reações que sinto quando como.”*

Conforme o relato de Giselli percebe-se a presença de medo frente às mudanças que foram advindas da cirurgia. Com isso, leva-se a pensar que ela poderia não estar preparada para tal mudança, não tendo procurado um profissional da saúde para tirar suas dúvidas frente ao novo padrão alimentar.

Isso pode ser corroborado por Sanches (apud FRANQUES, 2006) quando afirma que pacientes bariátricos precisam fazer acompanhamento nutricional periodicamente, pois o organismo vai precisar de alguns complexos vitamínicos do



qual o paciente muitas vezes desconhece. Outro aspecto relevante é a desidratação que se torna- mais comum nestes pacientes, devido á baixa ingestão de líquidos, alimentação inadequada, ocasionando vômitos e diarréia. (SANCHES, apud FRANQUES, 2006).

Ainda relacionando-se a esse assunto, Pacheco (2006) diz que esse medo pode ser minimizado e até superado quando o paciente adere ao acompanhamento psicoterápico no pós-operatório. O acompanhamento poderá ser trabalhado em grupos quinzenais, em que os pacientes podem, entre si, relatar as suas dificuldades, expectativas, frustrações e satisfações frente às mudanças ocasionadas pelo processo cirúrgico. (PACHECO, 2006). Contudo, cabe ao psicólogo ser um facilitador, orientar e fazer as intervenções necessárias, auxiliando o paciente a compreender suas necessidades, orientá-lo quando aparecem dúvidas pertinentes à área de outro profissional da equipe, estimulando-o paciente a procurar o profissional em questão para esclarecer suas dúvidas e para depois trazer a informação para o grupo psicoterapêutico.

Sendo assim, o paciente que adere ao acompanhamento no pós-operatório, possivelmente se adaptará mais facilmente ao novo padrão de comportamento que deverá ser seguido para o resto de sua vida e com isso evitar complicações, emocionais e biológicas, dentre as quais pode-se citar a desnutrição, os transtornos alimentares e psicológicos, etc.

Com o acompanhamento adequado o paciente poderá superar seus medos e inseguranças, assim contribuindo para o sucesso de sua recuperação e manutenção de uma vida mais saudável.

#### 4.3 PERCEPÇÕES SOBRE AS POSSÍVEIS MUDANÇAS OCORRIDAS NO ÂMBITO FAMILIAR, SOCIAL E PROFISSIONAL.

As categorias a seguir são referentes ao objetivo específico “c”, encontrando-se divididas em subcategorias: âmbito familiar, social e profissional.

A categoria âmbito familiar encontra-se dividida em: estranhamento, motivação e decepção. A categoria âmbito social encontra-se dividida em: aceitação

e isolamento. E por fim, a categoria âmbito profissional encontrando-se dividida em: valorização e frustração.

<b>PERCEPÇÕES SOBRE AS POSSÍVEIS MUDANÇAS OCORRIDAS NO ÂMBITO FAMILIAR</b>		
<b>CATEGORIA</b>	<b>FALA DO SUJEITO</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>
<i>Estranhamento</i>	“As vezes os filhos diziam a mãe emagreceu demais, <b>esta diferente. Foi difícil, eles antes me chamavam de minha gordinha, agora me chamam de minha magrinha.</b> ”	<b>3</b>
<i>Motivação</i>	“ <b>Eu saia mais com meu esposo e filhos, foi muito bom, eu ia em festas, na igreja.</b> ”	<b>3</b>
<i>Decepção</i>	“ <b>3 anos depois voltei a engordar 40 quilos, foi muito difícil, pois a cirurgia não é nenhuma mágica, você tem que caprichar, bastante pois não é nenhuma mágica.</b> ”	<b>1</b>

Tabela 3: Percepções sobre as possíveis mudanças ocorridas no âmbito familiar.  
Fonte: Elaboração da pesquisadora, 2009.

<b>PERCEPÇÕES SOBRE AS POSSÍVEIS MUDANÇAS OCORRIDAS NO ÂMBITO SOCIAL</b>		
<b>CATEGORIA</b>	<b>FALA DO SUJEITO</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>
<i>Aceitação</i>	“ <i>Hoje eu saio na rua e as pessoas não me olham como antes com aquele olhar de maldade, hoje sou normal.</i> ”	<b>4</b>
<i>Isolamento</i>	“ <i>3 anos depois voltei a engordar tudo de novo, então me recolhi de novo, não saio mais de casa, não tenho mais coragem.</i> ”	<b>1</b>

Tabela 4: Percepções sobre as possíveis mudanças ocorridas no âmbito social.  
Fonte: Elaboração da pesquisadora, 2009.

PERCEPÇÕES SOBRE AS POSSÍVEIS MUDANÇAS OCORRIDAS NO ÂMBITO PROFISSIONAL		
CATEGORIA	FALA DO SUJEITO	FREQUÊNCIA
Valorização	<i>“Voltei a trabalhar e me sinto muito bem as pessoas me tratam como as outras não tem mais aquela diferença de eu ser gordinha.”</i>	4
Frustração	<i>“Eu pensava <b>que emagrecendo ia arrumar emprego, mais não consegui, pois a cabeça da gente continua a mesma</b>, acho que fiquei pior, não me sinto melhor, magro ou gordo você é a mesma pessoa.”</i>	1

Tabela 5: Percepções sobre as possíveis mudanças ocorridas no âmbito profissional.

Fonte: Elaboração da pesquisadora, 2009.

#### 4.3.1 Estranhamento

A categoria “estranhamento”, está presente no relato trazido por três das participantes da pesquisa em relação a sua percepção acerca das mudanças no seu âmbito familiar.

Segundo Benedetti (2003), é comum acontecer estranhamento, tanto pelo paciente bariátrico quanto por seus familiares, devido às mudanças que a cirurgia pode acarretar na imagem corporal. Isso foi possível perceber na fala da participante

**Nina:**

*“Meus filhos e meu esposo estranharam muito esta mudança, pois emagreci muito.”*

Ainda segundo Benedetti (2003), a psicologia considera que estas mudanças podem acarretar em benefícios para estes pacientes, mas também a percebe com menos entusiasmo, pois, sabe que a questão do emagrecimento

rápido promovido pelas técnicas cirúrgicas, muitas vezes, poderá ocasionar alguns conflitos psíquicos. A autora (2003, p. 57) afirma que “[...] não se trata apenas fazer perder peso, mas também de proteger das consequências psíquicas dessa perda e uma vez atingida essa meta deve-se ajudar a manter o peso”. Diante dessas afirmações, é possível perceber que a cirurgia bariátrica trás benefícios ao o paciente, porém, sempre, deve-se considerar que ela é somente um passo para as mudanças, sendo assim, o paciente deverá adaptar-se aos novos hábitos que serão exigidos e contribuir para que ocorra um resultado positivo e duradouro.

Também, através do relato da participante da pesquisa, percebeu-se uma compreensão da mesma quanto ao estranhamento que pode se manifestar diante das mudanças na imagem corporal consequentemente influenciar no tratamento e na recuperação do paciente, como na fala de **Nina**:

*“Eu emagreci, muito, foi estranho para mim também, mais eu digo uma coisa, se a pessoa vai fazer a redução de estômago ela tem que ter vontade e tem que estar preparada, pois, se você não estiver preparada não vai agüentar, devido às mudanças. No início é assim mesmo, muito estranho, o teu próprio familiar não te reconhecer, mas vale a pena.”*

Outra questão que aparece em relação a perda de peso é a alteração da estrutura do corpo e dos seus efeitos sobre a imagem corporal. Sobre estas mudanças, Benedetti (2003) ressalta que o efeito do emagrecimento pode ser causador de muitos aspectos na vida do paciente como não ser mais reconhecido pelos outros devido a mudança na imagem corporal e até mesmo por si próprio. Isso pode ser evidenciado na fala da participante **Suzi**:

*“E mudei muito, o meu cabelo mudou, meu rosto mudou, tudo mudou em mim. No começo foi difícil, algumas pessoas da minha família passavam por mim e não me reconheciam muitas só acreditavam que era eu quando ouviam a minha voz.”*

Bem como no relato de **Elaine**:

*“Emagreci muito rápido, meus familiares, estranharam muito, pois, eles estavam acostumados comigo gorda, então, foi muito estranho para eles também se adaptarem com a minha mudança física.”*

Ainda corroborando com esta perspectiva, Gleiser (2006), considera que quando o paciente emagrece muito por vezes, de forma acelerada, ocasiona uma mudança brusca na imagem corporal, sendo que, possivelmente a mente não conseguirá assimilar com tanta rapidez a nova imagem do corpo. Percebe-se então, que o acompanhamento psicológico, neste momento, é extremamente importante para que a participante venha dar-se conta destas mudanças e à medida que forem surgindo tais dificuldades, ela aprenda a enfrentar estas situações de maneira mais saudável.

Benedetti (2003), também ressalta que a velocidade dessa mudança parece ser significativa, não só pela capacidade do paciente reconhecer-se como magro, mas, principalmente, como esse vai se reconhecendo como pessoa, considerando que o enfrentamento também não é só em relação a sua mudança de estrutura corporal, mas do seu próprio eu em suas relações. Portanto, é muito importante que os profissionais da saúde, mas especificamente os psicólogos, considerem esses aspectos façam as intervenções necessárias com os pacientes.

Desta forma, a pesquisadora compreende que acompanhar esses pacientes bariátricos em sua trajetória, oferecendo preparo e suportes psicológicos para que assim possam aproximar-se ao máximo de si mesmos e com isso facilitar que os resultados esperados frente a nova condição de vida que buscam.

#### **4.3.2 Motivação**

A categoria “motivação” está presente no relato trazido por três das participantes da pesquisa em relação a sua percepção acerca das mudanças no seu âmbito familiar.

Segundo Ximenes (2009), para muitos pacientes bariátricos a relação familiar melhora muito depois do emagrecimento. A motivação, por exemplo, é muito

comum acontecer com alguns desses pacientes. Estas evidências foram percebidas no relato de três das participantes conforme abaixo:

A participante **Giselli** relatou que:

*“Os meus familiares diziam: como você emagreceu. Eu voltei a passear com eles, ir mais às festas na igreja, eles ficaram muitos motivados com o resultado que eu tive, e isso me motivou também.”*

A participante **Suzi** também relatou que:

*“Nossa Suzi como você ficou melhor, você está mais bonita, mais alegre, isso nos motiva muito ver você assim.”*

Bem como no relato de **Nina**:

*“Meus familiares não queriam que eu fizesse a cirurgia, mais agora eles dizem: foi à melhor coisa que você fez, pois você está mais animada e isso nos deixa muito feliz.”*

Ximenes (2009), ainda ressalta que a vida se transforma para estes pacientes, os que emagrecem mantêm a saúde tanto física quanto psíquica, sentem-se mais capazes de fazerem coisas que antes não faziam, tais como: namorar, sair de casa para dançar, constituir uma família, e ganham mais disposição em relação a sua vida familiar. Isso foi possível perceber no relato destas três participantes, tendo em vista que voltaram a fazer atividades que devido à obesidade não faziam e com isso começaram a sair mais de casa, ir ao cinema, teatro, e até mesmo ir mais à casa de seus familiares.

A mesma autora ainda, diz que, o paciente tendo o apoio e reconhecimento de seus familiares ganha uma motivação para que consiga superar as dificuldades surgidas em relação ao procedimento cirúrgico. Sendo assim, para muitos pacientes a vida começa a ter um significado diferente desde a satisfação com o seu próprio corpo e sucessivamente refletindo em realizações tanto pessoais,

como o simples prazer em trabalhar, brincar mais com os filhos, e com isso trazendo a ele um sentimento de vitória. (XIMENES, 2009).

Ainda corroborando com esta perspectiva, Franques (2006), diz que a mudança física é uma motivação para estes pacientes já que, muitos passam a ter mais expectativa de vida começam a fazer novos projetos de vida, passam a ter mais disposição para enfrentar as dificuldades e sente-se mais valorizados e respeitados pela sociedade e até mesmo por seus familiares. Dessa forma, também foi possível perceber no relato destas três participantes acima que a vida melhorou muito para elas, tanto no relacionamento com seus filhos e principalmente com seus maridos. É possível evidenciar esta relação entre os relatos trazidos por Suzi:

*“Meu marido diz você esta mais motivada, mais carinhosa, mais atraente. Isso me fez sentir mais vontade de fazer coisas que devido à obesidade eu já não sentia mais prazer em fazer, como por exemplo, ter relações sexuais mais prazerosas com ele.”*

O depoimento desta paciente evidência uma motivação frente às mudanças e o ganho que ela teve com o resultado da cirurgia bariátrica em sua vida, sendo assim, possibilitando-lhe a ela um sentimento de realização em relação ao seu casamento.

Santos (2005) ressalta que a pessoa começa a fazer as pazes com o seu corpo, começa a melhorar sua auto-estima e a sexualidade fica mais “aflorada”. Deste modo, além do reconhecimento ocorrido no âmbito familiar, percebeu-se que as três participantes consideram que as mudanças foram positivas, deixando-as mais motivadas, contribuindo para que sua adaptação frente ao novo padrão de vida fosse mais adequado, o que possivelmente facilitará a manutenção deste processo.

A autora Ximenes (2009), enfatiza que “recuperar” a auto-estima é uma possibilidade que os pacientes tem de poder viver coisas que antes não conseguiam ou deixavam de fazer devido às limitações muitas vezes impostas pela obesidade. Assim, esta nova condição possibilitou uma interação melhor com seus familiares, e contribuiu possivelmente para a realização pessoal destas pacientes. Contudo, Ximenes (2009, p.137), afirma “[...] que as mudanças certamente acontecerão, mas as particularidades de sua vida sexual e dos demais laços que os unem é que determinarão o futuro de relacionamento.”

Diante de tudo isso, é importante que o paciente faça a cirurgia sabendo que ocorrerão mudanças, porém devem estar preparados, pois nem sempre tais mudanças podem estar de acordo com o que esperavam, podendo muitas vezes, ao invés de ter um resultado considerado positivo, acarretar em uma desmotivação.

#### 4.3.3 Decepção

A categoria “decepção” está presente no relato trazido por uma das participantes da pesquisa em relação a sua percepção acerca das mudanças no seu âmbito familiar.

Segundo Benedetti (2003), quando um paciente chega a um hospital ou uma clínica a procura da cirurgia bariátrica, traz consigo na maioria das vezes uma história de muitas tentativas de reduzir o seu peso corporal com tratamento medicamentoso, psicoterapia, regimes, atividades físicas, entre outras. Porém muitos destes pacientes relatam a dificuldade de manter o peso após tais tentativas e voltam a recuperá-lo. (BENEDETTI, 2003).

Ainda de acordo com esta perspectiva, a autora considera que a cirurgia da obesidade torna-se a última alternativa para estes pacientes conseguirem alcançar seu objetivo que é o emagrecimento.

É possível evidenciar no relato de Nice quanto a essas situações apresentadas, como mostra a seguir na fala da participante:

*“Eu tentei de tudo para emagrecer, mais nada dava certo, então a cirurgia foi a minha última esperança, porém, mesmo com a cirurgia eu voltei a ganhar peso depois de dois anos, e recuperei todo o peso que tinha perdido.”*

Para esta paciente e para seus familiares, a cirurgia era a última alternativa que ela tinha para emagrecer, pois as outras tentativas não tiveram um resultado positivo. A paciente relata ainda que a cirurgia nos primeiros dois anos apresentou um resultado satisfatório, pois a perda de peso foi muito grande. Contudo, Nice não conseguiu falar sobre este período e sim da decepção na qual



ela estava sentido com a reincidência do ganho ponderal, assim como sobre os possíveis sentimentos de seus familiares em sua percepção. Com relação a isso, ainda afirma que apesar da família não falar sobre o assunto com ela, diz “perceber” a decepção que eles sentem através do comportamento não verbal que apresentam, conforme exposto abaixo:

*“Mãe, você não deve ficar assim triste, vamos passear, nós não vamos permitir que alguém fale alguma coisa que possa deixar a mãe triste, **nós sabemos que a senhora tentou, mais se não deu certo fazer o que!**”*

Bem como no relato de seu esposo:

*“Você pode tentar de novo, pois você já fez a cirurgia então, **deve ter alguma forma de você emagrecer de novo.**”*

Para estes pacientes, a cirurgia é uma possibilidade de alcançar muitas mudanças na vida, sendo muitas vezes considerada de forma errônea como uma “salvação”. (BENEDETTI, 2003). Com a expectativa de que a cirurgia será uma salvação, muitos pacientes deixam de fazer o acompanhamento adequado conforme necessário, e acabam se decepcionando com o resultado no pós-operatório tardio, pois muitos desses voltam a ganhar peso, como no caso de [Nice](#).

A autora (p. 64) ainda considera que “[...] a incapacidade de lidar com as questões que afloram a partir da ocorrência do emagrecimento [...]” pode, no caso de intervenções conservadoras, levarem o paciente a desistir do tratamento. Estas intervenções conservadoras podem ser desde um medo de enfrentar situações desconhecidas, não ser aceito socialmente, entrar em contato com aspectos emocionais desconhecidos e, até mesmo, não se reconhecer mais devido à mudança advinda da imagem corporal devido ao emagrecimento, e, por fim medo de se adaptar ao novo padrão alimentar. Isso pode ser confirmado na fala da participante quando a mesma disse que:

*“As condições financeiras da gente não permite ter tudo que precisa na alimentação, **pois, não é todo dia que se pode comer como manda o figurino!**”*

Neste momento, a pesquisadora percebeu através do relato da entrevistada que ela mesma, não segue a dieta prescrita pela nutricionista, portanto continua ingerindo alimentos que deveriam ser substituídos para que se tenha um resultado mais satisfatório no processo cirúrgico e também para a manutenção do peso corporal.

Em resumo, não basta só fazer a cirurgia, o paciente precisa aderir ao tratamento não só no pós-operatório imediato, mas, sobretudo no tardio, modificando padrões de comportamentos alimentares e hábitos de vida, a fim de evitar que a obesidade venha a torna-se uma queixa novamente e que a decepção passe a fazer parte do resultado.

#### **4.3.4 Aceitação**

A categoria “aceitação” está presente no relato trazido por quatro das participantes da pesquisa em relação a sua percepção acerca das mudanças no âmbito social.

Segundo Franques (2006), o estigma com a obesidade é um dos motivos que leva muitas pessoas ao consultório médico a procura da cirurgia bariátrica.

Ainda em relação a esse assunto, Stenzel (2002) considera que a mídia, os meios de comunicação e a sociedade tem papel fundamental na vida das pessoas, influenciando e mostrando através de propagandas que o modelo de corpo ideal é o magro. Sendo assim, cria-se um estigma com as pessoas que estão acima do peso ou que são obesas, estigmatizando este segmento da população por estar fora de um padrão de modelo ideal de corpo que é determinado culturalmente.

Essa evidencia foi percebida pela pesquisadora através do relato da participante Suzi:

*“As pessoas falam mais comigo, me convidam para sair. Eu vou mais a festas que antes eu preferia não ir, até em lugares públicos eu me sinto melhor, **pois não tem aqueles olhares diferentes que tinha para mim sabe, hoje eu me sinto aceita pelas pessoas.**”*

Outro relato trazido foi o da participante **Nina**:

*“Eu me sinto mais aceita pelas pessoas, elas me respeitam mais, porém, antes muitos passavam por mim e nem falavam comigo.”*

Bem como da participante **Giselli**:

*“Acho que a aceitação das pessoas foi super boa, elas ficaram mais receptivas comigo, pois eu passei a ter um padrão de peso mais “normal” sabe, me senti bem aceita, me senti respeitada.”*

Conforme o relato dessas participantes fica evidente a relação de como a sociedade na qual estamos inseridos impõem ideais de corpo, e assim desvalorizando as pessoas que estão fora deste padrão.

Outro exemplo foi no relato de **Nice**:

*“As pessoas não cochichavam mais, ouve uma aceitação por partes delas. Elas diziam: nossa como você mudou, está mais magra, você ficou bem assim.”*

Stenzel (2002, p.67) diz que “[...] foi a partir deste contexto que a preocupação com o peso corporal encontrou maior espaço entre as mulheres.” A autora, ainda, considera que os fatores socioculturais contribuem fortemente para a determinação de um modelo ideal de corpo, como por exemplo a imagem de modelos demasiadamente magras divulgadas na mídia. Com isso a autora acrescenta que esta preocupação com o peso tem ocasionado um aumento considerável em relação aos transtornos alimentares e também em relação ao número de mulheres que procuram a cirurgia plástica.

Isso foi percebido pela pesquisadora no relato de quatro participantes, acerca da percepção que elas tem sobre as mudanças que ocorreram em suas vida delas depois do emagrecimento. O que permitiu que elas se sentissem mais valorizadas e aceitas pela sociedade.

Ainda corroborando com este assunto, Stenzel (2002) diz que uma das razões para a alta incidência de transtornos alimentares em mulheres é devido o fato de elas terem uma imagem negativa com relação à obesidade, que é fortemente discriminada pela sociedade. Portanto, muitas vezes controlar o peso para essas mulheres possivelmente torna-se mais uma exigência da própria sociedade do que delas mesmas. Apesar dos transtornos alimentares apresentarem uma etiologia multifatorial, o determinante sócio-cultural para o desencadeamento da anorexia e bulimia nervosa por exemplo, atualmente, é de grande importância, visto a “globalização” do padrão de corpo ideal no mundo inteiro.

Em suma, é possível perceber por parte das participantes da pesquisa que o emagrecimento trouxe um retorno positivo para elas no âmbito social, possibilitando-lhes nitidamente uma melhora na qualidade de suas relações sociais.

#### **4.3.5 Isolamento**

A categoria “isolamento” está presente no relato trazido por uma das participantes da pesquisa em relação a sua percepção acerca das mudanças no âmbito social.

Segundo Franques (2006) o isolamento é muito comum acontecer com os obesos, pois muitas vezes estes não estão mais dispostos a encarar o olhar que os outros trazem em relação ao estigma da obesidade. A obesidade é uma doença que não tem como esconder, pois por onde o obeso passa chama a atenção. Sendo assim, a cirurgia bariátrica é uma possibilidade que o obeso tem de se livrar da doença, e também das muitas comorbidades que são advindas da obesidade. Contudo, vale ressaltar, que a cirurgia não garante que o paciente venha ter um resultado satisfatório, pois, além da obesidade, estes podem ter alguns conflitos emocionais que geralmente podem estar “latentes” e assim “escondidos” pela obesidade.

Isso foi possível perceber no relato da participante [Nice](#), conforme abaixo:

*“Eu não saio mais de casa, pois, voltei a engordar tudo de novo, não quero mais enfrentar o olhar das pessoas, prefiro me isolar mesmo.”*

Esta participante voltou a ganhar todo o peso que tinha perdido no pós-operatório tardio e diz que o isolamento é a melhor coisa para ela neste momento, pois “não tem mais coragem de enfrentar o olhar dos outros”. Também, foi possível perceber nos relatos dela que ela também não consegue se olhar mais no espelho e, quando olha, só olha a cabeça e não o corpo.

A respeito destas evidências, Franques (2009, p.99) afirma que “[...] emagrecer depois de um tratamento, chegar a um peso saudável não significa batalha vencida [...]” Esta evidência pôde ser percebida pela pesquisadora, pois, mesmo a paciente tendo perdido muito peso, depois de algum tempo voltou a recuperar o peso que tinha anteriormente à cirurgia.

Ainda sobre esta evidência, Franques (2009) também explica que se não ocorrer uma modificação no comportamento alimentar e uma elaboração emocional, não poderemos dizer que a obesidade estará sobre controle.

A autora, ainda afirma que o cirurgião não poderá tirar com o seu bisturi a predisposição ao ganho de peso que o paciente tem, e que este possivelmente poderá acompanhá-lo o para o resto de sua vida.

Dessa forma, o paciente deverá aderir ao tratamento indicado pelo seu médico, considerando que não apenas “obedeça”, mas principalmente que entenda, compreenda tais orientações e instruções indicadas por este profissional. (FRANQUES, 2009). Também, é importante que ocorra uma interação entre o médico e o paciente, no que diz respeito às informações pertinentes ao paciente em relação ao seu tratamento, para que assim ocorra a intervenção terapêutica. (FRANQUES, 2009).

Vale ressaltar, ainda, que além deste acompanhamento clínico, devemos considerar outros aspectos que geralmente influenciam, na adesão do tratamento, tais como aspectos sociais e psicológicos. Esta evidência também foi percebida no relato da Nice conforme exposto abaixo:

*“Eu sei que por onde eu for vai ter comentários, mesmo com os meus filhos insistindo em me convidar para passear, eu sempre dou uma desculpa, e não vou, pois é melhor eu ficar em casa.”*

Esta paciente relata que não quer mais sair de casa e, mesmo estando isolada socialmente reconhece que necessita de um acompanhamento psicológico. Porém na cidade na qual ela reside não tem este profissional disponibilizado pelo SUS, por ser uma cidade no interior de Santa Catarina. Entretanto, ela afirma que muitas vezes ao invés de conversar e dizer o que está sentido, prefere comer, o que gera um sentimento de alívio imediato, porém seguido de tristeza, pois sabe que “esta não é a melhor maneira de se ajudar.”

Portanto, o tratamento exige o comprometimento e disposição do paciente apoio de seus familiares e principalmente uma preocupação por parte dos serviços de saúde pública para dar um suporte a estes pacientes. Desta forma, torna-se evidente que a cirurgia oferece resultados significativos, mas o sucesso dela também dependerá do entendimento que o paciente terá para enfrentar as modificações que este processo cirúrgico exigirá em sua a vida.

#### 4.3.6 Valorização

A categoria “valorização” está presente no relato trazido por quatro das participantes da pesquisa em relação a sua percepção acerca das mudanças no âmbito profissional.

O obeso, muitas vezes não é considerado em seu ambiente de trabalho, devido à obesidade e isso, acaba acarretando em uma insatisfação profissional. Contudo, Ximenes (2009) relaciona esta insatisfação com a desvalorização da pessoa no âmbito profissional, pois, na maioria das vezes ela deixa de ganhar uma promoção devido à obesidade. Esta evidência foi percebida no relato da participante Giselli conforme abaixo:

*“Eu percebia no meu trabalho que tinham pessoas que não tinham uma formação para determinado cargo, enquanto eu tinha, porém, eles não me davam a oportunidade por eu ser gorda, porém, depois que fiz a cirurgia, e emagreci fui valorizada e por incrível que pareça recebi uma promoção.”*

Outro relato foi o da participante Suzi:

*“Eu tenho formação em pedagogia, mais devido à obesidade eu não conseguia emprego, **porém, depois que eu fiz a cirurgia e emagreci, me abriu várias portas.**”*

Bem como no relato de Nina:

*“Eu não trabalhava, mas devido a obesidade e, **também o povo não dava emprego para quem é gordo, mais depois que emagreci voltei a trabalhar.**”*

E no relato de Nice também:

*“Eu sou dolar, **mas mesmo assim tive uma valorização, pois consegui voltar a fazer atividades que antes devido a obesidade eu não conseguia mais fazer, foi muito bom, pena que voltei a engordar!**”*

Estas evidências são corroboradas por Ximenes (2009), pois para ela devido ao emagrecimento, possivelmente, estes pacientes serão mais considerados socialmente, podendo não serem mais estigmatizados, já que agora estarão dentro de um padrão de corpo considerado ideal pela sociedade.

Através do relato destas participantes, percebeu-se uma compreensão de quanto a obesidade tem um peso para estes obesos, não só na sua vida pessoal, mas também no mercado de trabalho, tornando-as excluídas muitas vezes ou até mesmo tornando o caminho mais difícil para elas. Sendo assim, Ximenes (2009) ressalta que para estes ex-obesos, as mudanças como um emprego por exemplo, tem um sabor de vitória, na maior parte das vezes, sendo mais significativa do que qualquer “guloseima”.

Isso foi evidenciado na fala das quatro participantes em relação à percepção delas acerca dos ganhos que tiveram com a cirurgia, podendo sentirem-se mais valorizadas no âmbito profissional, e com isso, possibilitando que algumas retornassem ao mercado de trabalho e outras fossem promovidas e reconhecidas

pelo seu desempenho. Desta forma, o contexto profissional foi significativo para estas mulheres, pois, é uma conquista para por estarem inseridas novamente, o que traz um sentimento de realização para elas no âmbito profissional.

#### 4.3.7 Frustração

A categoria “Frustração” está presente no relato trazido por uma das participantes da pesquisa em relação a sua percepção acerca das mudanças no seu âmbito profissional.

Segundo Franques (2006), as expectativas são muitas em relação às mudanças que a cirurgia poderá trazer, porém, nem sempre elas são alcançadas. Esta evidência pôde ser percebida em relação à participante [Elaine](#):

*“A pessoa que vai fazer a cirurgia pensando que a vida vai mudar, não muda não, pois, **eu pensei que ia arrumar um emprego, ser mais feliz, mas não consegui emprego.**”*

A partir do relato desta participante foi possível perceber que a mesma ficou provavelmente frustrada, pois tinha muitas expectativas, como por exemplo, arrumar um emprego, o que não ocorreu. A respeito desta evidência, Gleiser (2006) ressalta que a avaliação emocional no pré-operatório é muito importante pois poderá ser avaliado neste paciente as expectativas que ele tem em relação à cirurgia, podendo ser identificados pensamentos idealizados e/ou distorcidos como fantasias sobre o emagrecimento. (GLEISER, 2006).

Ainda sobre estes pensamentos idealizados e/ou distorcidos, torna-se necessário que o psicólogo faça uma intervenção neste momento, orientando, o paciente a refletir sobre as mudanças que são advindas da cirurgia, porém de maneira natural e menos sofrida. Sendo assim o paciente poderá compreender que a cirurgia vai trazer mudanças em sua vida, que precisará estar preparado para poder tolerar as frustrações que possivelmente possam aparecer, evitando recorrer ao “impulso” de comer como antes, ou até de entrar num quadro depressivo. Em



resumo, precisará desenvolver recursos de enfrentamento saudáveis para lidar com as suas emoções, a fim de buscar uma relação mais saudável com o alimento.

Elaine traz outro relato que fica evidente esta situação:

***“Eu pensei que minha vida ia melhorar, mais acho que fiquei pior. Magro ou gordo você é a mesma pessoa o que muda é o estômago e não a cabeça!”***

Neste momento foi percebido pela pesquisadora que esta participante tinha pensamentos distorcidos em relação a cirurgia que “iria mudar sua vida”, deixando um sentimento de tristeza. Segundo Benedetti (2003, p.25), “[...] esta constatação demonstra que o tratamento cirúrgico para a obesidade mórbida não é apenas uma questão médica, mas também psicológica.”

Ainda para a autora, a frustração muitas vezes acaba ocasionando nestes pacientes o aparecimento da depressão, pois muitas vezes não se dando conta de que está precisando da ajuda de um profissional acaba isolando-se.

Segundo Santos (2005), a depressão pode ser definida como a incapacidade de sentir prazer e sucessivamente é relacionada à falta de vontade de viver. Portanto a depressão caracteriza-se em um sentimento de tristeza que poderá oscilar desde um desânimo moderado até um intenso, podendo durar semanas e meses. Porém, o que vai levar o paciente a sentir-se deprimido ou sem vontade de viver, vai depender que de como ele vai lidar com suas emoções vivenciadas e com os sentimentos de perdas.

Neste momento, é importante pontuar outra fala da participante Elaine que caracteriza este estado depressivo:

***“Eu não tenho mais vontade de sair de casa, de comer, se eu morasse sozinha eu nem faria mais comida, pois não tenho mais prazer de nada, tem dias que eu nem como. ”***

Desta forma ficou evidente que esta participante necessita de uma ajuda profissional tanto psicológica quanto nutricional. Sendo assim, a pesquisadora orientou-a sobre a necessidade de ela realizar estes acompanhamentos, informando-a inclusive sobre as possibilidades para tal. A entrevistada demonstrou

interesse e, sendo assim, foi encaminhada a serviço gratuito de Psicologia, já estando inclusive sendo atendida.

Para finalizar, ressalta-se o quanto a obesidade pode influenciar na construção da imagem corporal através “do olhar do outro”. E, possivelmente a relação que o obeso vai ter com a sua auto- imagem vai depender de como ele vai perceber este olhar, que poderá causar uma necessidade de adaptar-se ao um novo padrão de corpo que é considerado pela sociedade ou, até mesmo, ocasionar uma insatisfação com a sua imagem, trazendo implicações psicológicas. Contudo, “[...] a busca da cirurgia torna-se mais que um meio de obter um corpo perfeito, refere-se à busca de sobrevivência. Mas operar-se não é tudo; ao contrario, é o início de um longo processo de transformação pessoal.” (BENEDETTI, 2003, p.23).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo destina-se a apresentar as conclusões mais importantes alcançadas durante a pesquisa e tem por finalidade relacionar as idéias apresentadas, permitindo um fechamento a respeito do estudo que buscou investigar a percepção de pacientes submetidas à cirurgia bariátrica acerca de sua imagem corporal. Ressalta-se que esta pesquisa foi realizada com uma amostra de cinco mulheres que foram submetidas à cirurgia bariátrica.

Sobre o objetivo específico, identificar as expectativas relacionadas à imagem corporal frente à cirurgia bariátrica pode-se afirmar que a todas as participantes da pesquisa consideram que melhorar a relação com a imagem corporal, relaciona-se com a possibilidade de poder ir a lugares que não conseguiam devido à obesidade. Destacou-se também o fato de não se sentirem bem com a sua imagem devido às implicações que essa acarreta no seu dia a dia. Outra evidência percebida neste objetivo foi à busca de melhores condições de empregabilidade, o que foi possível identificar que a maioria dessas participantes se sentia excluída do mercado de trabalho ou tinha dificuldades de se manterem no mesmo devido à obesidade, que é uma doença que não tem como esconder, pois, aonde o obeso vai todos percebem e isso se torna um fator de exclusão. Porém, vale ressaltar que uma das participantes mesmo não estando mais obesa, relatou a sua dificuldade de entrar no mercado de trabalho, pois antes era devido à obesidade, porém foi possível perceber que a obesidade não é o único fator que pode impedir a pessoa de se inserir no mercado de trabalho, mas também a falta de qualificação profissional, pois este está cada vez mais competitivo. Outro aspecto em relação a este objetivo foi buscar melhores condições de saúde física, onde a maioria destas participantes tinham muitas doenças associadas devido a obesidade, e isso, causava muitas complicações na vida destas devido a restrições de muitas atividades devido ao excesso de peso. E concluindo este objetivo, o estigma a obesidade, era um fator muito evidente na vida destas participantes o que acarretava em um sofrimento psicológico, devido às mesmas não estarem dentro de um padrão corporal esperado pela sociedade. Contudo, vale ressaltar que uma das participantes voltou a ser obesa, após ter realizado a cirurgia e conseqüentemente

passou a ser estigmatizada novamente, fazendo com que a mesma se isolasse do seu meio social para evitar passar por este sofrimento novamente, que é o olhar estigmatizante do “outro”.

Conclui-se, a partir dos dados coletados, uma concordância entre a maioria das participantes em relação as suas expectativas frente à cirurgia. Estes dados contribuem com a literatura estudada que afirma que a obesidade pode acarretar em sérias conseqüências na vida das pessoas, daí a necessidade de aderir ao tratamento. Porém, a cirurgia é apenas um procedimento técnico cirúrgico e que estes têm que estar preparados para as mudanças que serão advindas do processo, para assim obterem um resultado mais satisfatório e duradouro.

No segundo objetivo que é descrever as emoções sentimentos frente a nova à imagem corporal no pós-operatório, foi possível identificar que duas dessas participantes sentiram-se envergonhadas devido às mudanças que o emagrecimento acarretou em seu corpo. Ainda que não estivesse mais obesas o excesso de pele foi um fator que causou considerável insatisfação com a imagem atual. Assim, o emagrecimento não permitiu uma satisfação por completo, havendo a necessidade de cirurgia plástica para retirar o excesso pele que é comum aparecer após o emagrecimento. Outra evidência apresentada neste objetivo foi satisfação, onde duas participantes consideraram que o emagrecimento permitiu a elas uma inserção no meio social. Contudo, pode-se perceber que esta satisfação está mais vinculada ao fato delas sentirem-se dentro de um padrão corporal considerado normal para a sociedade, do que em relação as suas emoções e sentimentos em relação a sua nova imagem corporal. A tristeza foi outro aspecto identificado somente em uma participante, pois, após alguns anos ela voltou a ser obesa, deixando-a insatisfeita. Diante disto, é importante considerar que no pós-operatório o sujeito precisa se adaptar às mudanças que serão impostas pelo processo da cirurgia, com o auxílio do acompanhamento nutricional, médico e psicológico. Contudo, a falta de adesão desta participante ao tratamento ocasionou no ganho de peso e em complicações psicológicas, pois a mesma acredita que não consegue lidar com seus conflitos internos, e assim, recorre à comida como algo para diminuir seu sofrimento. Com isso, se pode considerar que embora tenha realizado a cirurgia e conseqüentemente tenha perdido peso posteriormente, é possível que a reincidência da obesidade se deva ao fato da manutenção da função da comida em sua vida, permanecendo uma estratégia de enfrentamento para lidar com seu estado de humor alterado.

Outra evidência encontrada foi à ansiedade, pois da mesma forma, muitas vezes o sujeito não percebe que os fatores psicológicos podem estar “por trás” da obesidade e após a cirurgia podem “aparecer” e ocasionar sérias complicações. Neste caso, a participante voltou a ser obesa, pois não fez o acompanhamento conforme exigido, assim utilizando a comida também como recurso para lidar com suas emoções e sentimentos, neste caso a ansiedade. Para concluir este objetivo o medo foi outro aspecto que apareceu em relação a uma participante, onde a mesma após a cirurgia sentia muita dificuldade de se alimentar e se adaptar, pois não se dava conta da quantidade de alimento que poderia ingerir e muitas vezes, ocorrendo conseqüentemente o vômito após a sua ingesta alimentar. Contudo, a mesma não fez acompanhamento nutricional, o que poderia amenizar esta intercorrência. Também foi possível identificar que o medo estava relacionado à perda de peso, que nos primeiros meses após o procedimento cirúrgico é muito acentuado. O que se pode hipotetizar é que esta participante possivelmente não conseguiu acompanhar psicologicamente esta situação. Isto poderia ser minimizado ou até evitado caso essa tivesse aderido ao acompanhamento psicológico conforme é indicado.

O terceiro e último objetivo específico, foi verificar a percepção sobre as possíveis mudanças ocorridas no âmbito familiar, social e profissional.

Em relação ao âmbito familiar, foi possível verificar que três participantes perceberam que o estranhamento estava relacionado com a nova imagem corporal devido às modificações ocorridas pelo emagrecimento. Isto é comum acontecer, pois a pessoa muitas vezes não se reconhece devido às mudanças, que ocorrem com rapidez ocasionada pelo processo cirúrgico. Muitas vezes o paciente não consegue assimilar tão rapidamente e isso possivelmente poderá ocasionar complicações psicológicas caso este paciente não esteja preparado estas mudanças. Contudo, é muito importante que na avaliação psicológica realizada no pré- operatório a pessoa venha ser informada e esclarecida sobre as possíveis mudanças que serão advindas da cirurgia tanto na sua vida pessoal como em suas relações sociais possibilitando uma compreensão sobre todo o processo de mudança a que se submeterá com a intervenção cirúrgica.

Outra evidência verificada foi em relação à motivação, sendo que três participantes sentiram-se mais motivadas devido aos elogios que começaram a receber de seus familiares. Também passaram a se sentir mais atraentes, e a interagir mais socialmente possivelmente ocasionando melhora na auto-estima

destas mulheres. Outra evidência percebida no âmbito familiar foi à decepção, dos membros da família presente nos dados trazidos por uma das participantes, pois ela voltou a ser obesa depois de algum tempo da cirurgia ocasionando um sentimento de decepção. Contudo, vale frisar mais uma vez que esta participante não faz acompanhamento nutricional e psicológico, segundo a mesma por não dispor deste serviço de forma gratuita em sua cidade, o que dificulta realizar a modificação dos hábitos de vida que devem ser mudados devido à cirurgia. Esta ocorrência da decepção frente à reincidência da obesidade poderia possivelmente ser minimizada ou até evitada caso esta paciente tivesse aderido ao tratamento psicológico e nutricional no pós- cirúrgico conforme é indicado. Porém, vale salientar que não basta dizer ao paciente que ele tem que aderir ao tratamento, torna-se necessário que o Sistema Único de Saúde disponibilize a estes uma equipe de profissionais que seja qualificada para atuar nesta área específica, a fim de promover a continuidade no tratamento destas pessoas evitando a recidiva do quadro de obesidade.

Em relação ao âmbito social, verificou-se que quatro das participantes perceberam que houve maior aceitação em seu convívio social, devido elas estarem dentro de um padrão de corpo exigido socialmente. Dessa forma torna-se evidente que o emagrecimento proporcionou a experiência de reforçamento social, visivelmente possibilitando uma melhora de suas interações interpessoais. Pois, o fato de estarem dentro do peso “ideal” possibilitou sentirem-se incluídas e respeitadas neste contexto que é importante para a saúde mental, como também no sentido mais amplo. Em contrapartida foi verificado em uma das participantes que a reincidência da obesidade ocasionou em isolamento social, pois a mesma diz não ter mais coragem de enfrentar o “olhar estigmatizante” das pessoas. Diante disto, também é possível ressaltar que esta entrevistada ao invés de falar sobre o que está sentindo, utiliza a comida com a função de promover alívio imediato, mesmo sabendo que esta não é a melhor forma de lidar com tal situação, pois a traz posterior sofrimento. Portanto, para obter um resultado satisfatório na cirurgia, torna-se importante que o paciente tenha disposição e compreensão, apoio da família a principalmente o auxílio de uma intervenção por parte do serviço público de saúde. Possivelmente se esta participante tivesse um acompanhamento nutricional e psicológico contínuo para lidar com os conflitos psicológicos o resultado seria mais satisfatório e positivo em relação ao resultado da cirurgia. Pois a cirurgia apresenta

resultados significativos, porém, exige do paciente uma considerável adaptação para enfrentar as mudanças impostas pelo processo cirúrgico.

Em relação ao âmbito profissional, verificou-se que quatro das participantes passaram a se sentir valorizadas a cerca dos ganhos que tiveram com a cirurgia, percebendo-se mais aceitas e reconhecidas no mercado de trabalho. Dessa forma tendo um resultado significativo para elas, uma vez que se perceberam com a possibilidade de crescimento profissional.

Por outro lado, uma das participantes não conseguiu inserir-se no mercado de trabalho, após a cirurgia o que ocasionou um sentimento de frustração. Este sentimento possivelmente está relacionado ao fato dela não conseguir emprego, porém após o emagrecimento permaneceu nesta mesma condição o que a confrontou a realidade antes idealizada de que a cirurgia resolveria “todos os problemas de sua vida”. Diante do acima exposto, também é possível considerar que não só o estigma pode dificultar a entrada das pessoas no mercado de trabalho mais principalmente a falta de qualificação profissional, pois segundo esta entrevistada a mesma não possui experiência profissional.

Com o problema de pesquisa criado para discutir a temática deste estudo, qual a percepção de pacientes submetidas à cirurgia bariátrica acerca de sua imagem corporal, constatou-se grande necessidade destas pessoas aderirem ao tratamento na fase pós-cirúrgica. Considerando que a maioria das participantes desta pesquisa está com o índice de massa corporal (IMC), considerado ideal do ponto de vista clínico, mesmo assim, percebe-se que cada uma delas tem uma especificidade e assim necessita de acompanhamento médico, psicológico e nutricional devido a alguns aspectos que emergiram após a cirurgia, com isso confirmando a necessidade de um tratamento continuado. Um acompanhamento interdisciplinar sobre estes aspectos torna-se essencial para que o resultado da cirurgia bariátrica obtenha sucesso, como já foi colocado inúmeras vezes neste trabalho. Diante disto, é importante a criação de políticas públicas e projetos que venham atuar com esta demanda que é considerada atualmente um problema de saúde pública. Sugiro igualmente a possibilidade de outros estudos abrangendo a prática de profissionais da saúde, sobre como ocorre à atuação no contexto atual principalmente no que se refere à atuação dos profissionais da psicologia, uma vez que esta prática requer do profissional um preparo especializado para tal. Também estudos com o gênero masculino, já que a obesidade é uma realidade para ambos

os sexos e pelo fato do homem contemporâneo demonstrar assim como a mulher uma preocupação com a auto-imagem. Também se sugere mais estudos sobre a compulsão alimentar, já que se apresenta como um desafio no tratamento dos pacientes bariátricos, pelo fato do deslocamento deste sintoma para outros tipos de compulsão após a cirurgia, tal como a literatura especializada, bem como a experiência clínica tem demonstrado. Sugere-se também mais estudos que abordem as consequências psicológicas relativos aos diferentes métodos utilizados na intervenção cirúrgica atualmente. Sugiro mais estudos sobre a cirurgia bariátrica já que essa é um fenômeno novo e pouco explorado em relação aos aspectos psicológicos. E principalmente estudos sobre a adesão ao tratamento no pós-operatório tardio, problemática também presente na observação clínica, que se confirmou neste estudo. Esta dificuldade acerca da adesão ao tratamento suscitou na pesquisadora e acadêmicas do curso de Psicologia que estão vinculadas ao Núcleo da Saúde no projeto Psicologia Hospitalar juntamente com a orientadora desta pesquisa, a necessidade da criação de um projeto denominado Grupo de Apoio a Cirurgia da Obesidade (GRACO).

O objetivo deste será trabalhar na modalidade grupo de apoio, com pacientes que realizaram a Cirurgia da Obesidade, com frequência quinzenal, de forma gratuita, pelo Programa de Estágio em Psicologia Hospitalar da UNISUL no Hospital de Caridade em Florianópolis. O Grupo também ocorrerá na UNISUL, no Campus Pedra Branca – Palhoça, na Clínica do Serviço de Psicologia, sendo realizado pelo Projeto de Extensão Serviço de Atendimento Psicológico aos Transtornos Alimentares e Obesidade – AMBUTAL UNISUL.

No que diz respeito à relevância social e científica, o presente estudo cumpriu seus objetivos, pois, esta pesquisa possibilita uma contribuição a partir da produção de conhecimento acerca dos aspectos psicológicos que frequentemente estão ligados à obesidade assim contribuindo para a área da saúde, no que se refere à prática dos profissionais atuantes nesta área, aos pacientes no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica que estão implicados com esta realidade que é a obesidade. Deve ser considerada também a contribuição científica desta pesquisa, já que estudos com este tema se fazem extremamente necessários, dado o aumento significativo desta intervenção cirúrgica nos últimos anos, sendo este um fenômeno relativamente novo na área da saúde e portanto requer constante pesquisa a fim da melhor compreensão do processo. E ainda, possibilitando a estes pacientes



bariátricos um conhecimento acerca das implicações que a obesidade e a cirurgia poderá acarretar em suas vidas, em relação ao organismo, seu estado emocional, suas relações sociais e suas expectativas frente a este procedimento cirúrgico.

Outro objetivo alcançado foi à possibilidade de enfatizar a importância da “equipe interdisciplinar” atuar nesta área que tanto necessita de estudos e de intervenções deste caráter.

Por fim, faço minhas as palavras de Dr. Edmundo Machado Ferraz (2009, apud XIMENES, 2009 - prefácio):

E assim são os obesos e particularmente os superobesos quando suas comorbidades se transformam em doenças crônicas e a cirurgia surge como uma esperança de modificar tudo, como se ele, o paciente, fosse ser de modo súbito transformado por um milagre.

Sem dúvida que esse sentimento permeia o imaginário coletivo dos grandes obesos que desejam a operação como uma redenção que eles merecem e que iria transformar a sua vida.

E aí vem a nossa missão de educá-los para uma luta que será prolongada, que tem idas e vindas, avanços e retrocessos, riscos e seqüelas do corpo e pelo espírito e que necessariamente implica em uma mudança de estilo de vida, de hábitos alimentares, de novas exigências e compromissos.

Ensiná-los da determinação genética que receberam dos seus antepassados e remover os sentimentos de culpa.

Que a cirurgia não é um ato milagroso, apenas um ato indutor positivo de grandes mudanças que serão processadas por ele, paciente.

Com muito auxílio da família, dos psicólogos que ajudarão no preparo da mente, do fisioterapeuta que ensinará a expandir sua respiração, da enfermeira que cuidará dele desde a inscrição no ambulatório, durante o período de internamento e no pós-operatório, quando for solicitada.

De outros especialistas que ajudarão no tratamento de suas complicações e/ou de doenças associadas.

A nutricionista deverá orientar a sua reeducação alimentar fundamentalmente para transformação do pós-operatório. E do cirurgião, cuja cumplicidade não termina com a operação. Apenas inicia e deverá acompanhá-lo durante toda a vida. De ambos.

O paciente foi submetido a uma operação no seu aparelho digestivo, mas sua mente não foi operada.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Graziela Aparecida Nogueira de; LOUREIRO, Sonia Regina e SANTOS, José Ernesto dos. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v 15, n 2, p. 283-292, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722002000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722002000200006)>. Acesso em: 20 abr. 2009.

ALMEIDA, Graziela Aparecida Nogueira de; SANTOS, José Ernesto dos; PASIAN, Sonia Regina e LOUREIRO, Sonia Regina. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v 10, n 1, jan./abr. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722005000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000100005)>. Acesso em: 15 mar. 2009.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

APPOLINARIO, José Carlos. Serviços de transtornos alimentares no Brasil e no mundo. In: NUNES, Maria Angélica et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 169-181.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Conceito de obesidade**. Disponível em: <[www.abeso.org.br](http://www.abeso.org.br)>. Acesso em: 15 ago.2009

BENEDETTI, Carmen. **De obeso a magro: a trajetória psicológica**. 1ª Ed.. São Paulo : Vetor, 2003.

BUSSE, Salvador de Rosis (Org.). **Anorexia, bulimia e obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2004.

CAPISANO, Helládio Francisco. Imagem Corporal. In: MELLO FILHO, Julio (Org.). **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992. p. 179-192.

CASTILHO, Simone M. **A Imagem Corporal**. Santo André: ESETec Editores Associados, 2001.

CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. A história da psicologia hospitalar. **Psicologia Ciência e Profissão: Diálogos**. Saúde e Psicologia. Brasília, n.4, Ano 3. 2005.

DALGALARRODO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto alegre, Artimed, 2000.

DSM-IV-TR – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad.Cláudia Dornelles. 4 ed. Ver. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FANDIÑO, Julia; BENCHIMOL, Alexander K.; COUTINHO, Walmir F. e APPOLINARIO, José C. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v.26, n 1, p.47-51, jan/abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n1/20476.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2009.

FORTES, Marcos. Atividade física no tratamento da obesidade. In: NUNES, Maria Angélica; APPOLINARIO, José Carlos.; GALVÃO, Ana Luiza.; COUTINHO; Walmir. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FRANQUES, Aída Regina Marcondes. Adesão ao tratamento pós-operatório: porque é tão difícil? In: XIMENES, Eliane. **Cirurgia da obesidade: Um Enfoque Psicológico**. São Paulo: Santos: 2009. p. 99-107.

FRANQUES, Aída Regina Marcondes; ARENDES-LOLI, Maria Salete. **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. 1ª Ed. São Paulo: Vetor, 2006.

GLEISER, Débora. O acompanhamento emocional após a cirurgia bariátrica. In: FRANQUES, Aída Regina Marcondes; ARENALES-LOLI, Maria Salete. (Org.). **Contribuições da Psicologia na cirurgia da obesidade**. 1. Ed. São Paulo: Vetor, 2006. p. 189-195.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed . São Paulo: Atlas, 2002

ISMAEL, Silva M.C (Org). **A prática psicológica e sua interfase com as doenças**. São Paulo: Casa dos Psicólogos, 2005.

MARCHESINI, João Batista. História da cirurgia bariátrica e das equipes multidisciplinares: os psicólogos. In: FRANQUES, Aída Regina Marcondes; ARENALES-LOLI, Maria Salete. (Org.). **Contribuições da Psicologia na cirurgia da obesidade**. 1. Ed. São Paulo: Vetor, 2006. p. 12-21.

NUNES, Maria Angélica; APPOLINARIO, José Carlos; GALVÃO, Ana luiza; COUTINHO; Walmir. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PACHECO, Eliana. Uma palavra sobre a dificuldade de adesão do paciente no acompanhamento pós-operatório da cirurgia bariátrica. In: FRANQUES, Aída Regina Marcondes; ARENALES-LOLI, Maria Salete. (Org.). **Contribuições da Psicologia na cirurgia da obesidade**. 1. Ed. São Paulo: Vetor, 2006. p. 204-217.

REPPETO, Guisepppe; RIZZOLLI, Jacqueline. Cirurgia bariátrica: acompanhamento clínico. In: NUNES, Maria Angélica et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 343-351.

SALOMÃO, Leila. O psicodiagnóstico no contexto da cirurgia bariátrica: avaliar, compreender e intervir. O trabalho do psicólogo clínico. In: FRANQUES, Aída Regina Marcondes; ARENALES-LOLI, Maria Salete. (Org.). **Contribuições da Psicologia na cirurgia da obesidade**. 1. Ed. São Paulo: Vetor, 2006. p. 23-53.

SANTOS, Francisco Carlos Gomes. **Magro e agora**. 1. Ed. São Paulo: Vetor, 2005.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 2001. 121 f. Dissertação (Pós-Graduação em Engenharia de Produção Laboratório de Ensino a Distância) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001. Disponível em: <<http://www.ufsc.br/pesquisa>>. Acesso em: 18 mai. 2009.

SCHILDER, Paul. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

STENZEL, Lucia Marques. **Obesidade o Peso da Exclusão**. 1 ed. Rio Grande do Sul: EDIPUCRS , 2002.

XIMENES, Eliane. **Cirurgia da Obesidade: Um Enfoque Psicológico**. 1. Ed. Santos, 2009.

## APÊNDICE

## **APÊNDICE A: Roteiro de entrevista**

A seguir apresenta-se o instrumento de coleta de dados, caracterizado pela técnica da entrevista semi-estruturada.

### ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

#### **Dados de identificação**

Idade:

Escolaridade:

Estado Civil:

Tem filhos:

Profissão:

Quanto tempo atua nesta profissão:

#### **Sobre a cirurgia:**

Quanto tempo faz que você foi submetida a cirurgia bariátrica.

Motivos/razões que contribuíram na decisão em fazer a cirurgia.

Pós-operatório: dor, restrição de atividades.

Padrão alimentar: adaptação ao novo padrão alimentar.

Faz ou fez acompanhamento interdisciplinar: psicológico, médico; nutricional ou outros;

Faz alguma atividade física:

Teve alguma dificuldade no pós- cirúrgico, qual(s):

#### **Imagem corporal:**

Redução de peso no pós-operatório.

Percepção das mudanças advindas da cirurgia

Percepção atual da sua imagem corporal.

#### **Aspectos emocionais:**

Sentimento ao olhar-se no espelho em relação à sua imagem antes da cirurgia.

Sentimento em relação à mudança decorrente da cirurgia no pós-operatório tardio.

**Contexto familiar, social e profissional:**

Percepção de apoio da família e amigos no pós-operatório frente ao novo padrão alimentar.

Influência da opinião dos familiares e amigos sobre as mudanças advindas da cirurgia bariátrica.

**APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA  
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**TÍTULO DO PROJETO:** “Pensei que tudo iria mudar!” Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e sua percepção acerca da imagem corporal.

Eu, \_\_\_\_\_ identidade \_\_\_\_\_, residente do endereço \_\_\_\_\_ declaro que fui informado que participarei de um estudo que tem por objetivo: Investigar a percepção de pacientes submetidas à cirurgia bariátrica ( redução de estômago) acerca de sua imagem corporal. Para tanto participarei de uma entrevista, da qual estou ciente da sua gratuidade, que terá duração aproximada de 30 (trinta) minutos, com data e horário marcado a partir da minha disponibilidade. Essa entrevista ocorrerá no Serviço de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina-UNISUL em Palhoça/SC, com a equipe de pesquisa, sendo esta composta pela pesquisadora, Josiane Terezinha de Ávila Rodrigues e pela pesquisadora responsável, Alessandra d’AVILA Scherer sendo estas as únicas pessoas que terão acesso às informações que eu fornecerei. Dessa maneira, sei que minha identidade será preservada e minhas informações serão mantidas em sigilo. Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Declaro também que fui informado que os dados provenientes da pesquisa serão registrados no computador particular da pesquisadora e esta ficará responsável pelo arquivamento dos mesmos, bem como pelo sigilo das informações por mim fornecidas e que ao fim da pesquisa todos os dados e informações obtidas a partir desta entrevista serão devidamente incinerados (fichas e documentos) e deletados (arquivos) do computador particular da pesquisadora. Declaro também que fui informado que caso haja desconforto por minha parte posso me retirar do estudo a qualquer momento, sendo a pesquisa interrompida imediatamente



contando com o acolhimento da pesquisadora sob a supervisão da Professora orientadora Alessandra d'AVILA Scherer. E se necessário, poderei ser encaminhado ao atendimento psicológico gratuito oferecido pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma. Afirmando o recebimento de uma cópia deste termo de Consentimento Livre e Esclarecido na concordância de minha participação nesta pesquisa.

Contato pesquisador responsável: Alessandra d'AVILA Scherer

Fone: 91568008 e-mail: Alessandra.scherer@unisul.br

Contato pesquisadora: Josiane Terezinha de Ávila Rodrigues

Fone: 96080900 – e-mail: josiane.avila@unisul.br

---

Assinatura do Entrevistado

Palhoça, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

**APÊNDICE C: Termo de Consentimento para Gravações****UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA  
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL  
CONSENTIMENTO PARA GRAVAÇÕES**

Eu \_\_\_\_\_ permito que o grupo de pesquisadores relacionados abaixo obtenha gravação de minha pessoa para fins de pesquisa científica, médica e/ou educacional cujo título é: “Pensei que tudo iria mudar!” Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e sua percepção acerca da imagem corporal. Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma. As gravações ficarão sob a propriedade e responsabilidade dos pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda, de forma a garantir o sigilo das informações obtidas e que após o termo da pesquisa as informações captadas com recurso do gravador serão apagadas do mesmo, bem como as transcrições da entrevista serão deletadas dos computadores particulares dos pesquisadores. Afirmo que após a concordância deste termo receberei uma cópia do mesmo.

Nome do sujeito da pesquisa e/ou paciente:

\_\_\_\_\_

RG:

\_\_\_\_\_

Endereço:

\_\_\_\_\_

Assinatura:

\_\_\_\_\_

Equipe de pesquisadores:

Nomes: Josiane Terezinha de Ávila Rodrigues e Alessandra d'AVILA Scherer

\_\_\_\_\_  
Assinatura pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

Data e Local onde será realizado o projeto:

As entrevistas serão realizadas no Serviço de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina- UNISUL em Palhoça /

Data: \_\_\_\_\_

Adaptado de: Hospital de Clínicas de Porto Alegre / UFRGS