UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

MARIA ADELAIDE GALLO FERREIRA DE CAMARGO

COPING E ASPECTOS PSICOSSOCIAIS ASSOCIADOS AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE MÓRBIDA EM LONGO PRAZO

São Paulo
2013

MARIA ADELAIDE GALLO FERREIRA DE CAMARGO

Coping e aspectos psicossociais associados ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida em longo prazo

(Versão corrigida)

Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social

Orientador:
Prof. Dr. Esdras Guerreiro Vasconcellos

São Paulo
2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Camargo, Maria Adelaide Gallo Ferreira de.
Coping e aspectos psicossociais associados ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida em longo prazo / Maria Adelaide Gallo Ferreira de Camargo; orientador Esdras Guerreiro Vasconcellos. -- São Paulo, 2013.

169 f.
Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Cirurgia bariátrica 2. Obesidade mórbida (aspectos psicológicos) 3. Coping 4. fatores psicossociais I. Título.

RC540

FOLHA DE APROVAÇÃO

CAMARGO, Maria Adelaide Gallo Ferreira de**. *Coping* e aspectos psicossociais associados ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida em longo prazo.** Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor.

Aprovado em 22/04/2013

Banca Examinadora

Prof. Dr. Esdras Guerreiro Vanconcellos – Orientador - Instituição: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – PST

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof. Dr. Joaquim José Gama-Rodrigues – Prof. Emérito da Faculdade de Medicina da USP – Instituição: Instituto de Cirurgia Digestiva do Hospital Oswaldo Cruz

Julgamento: _____Assinatura: _____

Profª. Drª. Eda Terezinha de Oliveira Tassara - Profª Associada Dpto. Psicologia Social e do Trabalho. Livre-docente – Instituição: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – PST

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof. Dr. Paulo Albertini – Instituição: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – PSA

Julgamento: _____Assinatura: _____

Profª. Drª. Dinorah Fernandes Gioia-Martins – Instituição: Universidade Presbiteriana Mackenzie

Julgamento: _____Assinatura: _____

Ao Aloysio, que caminhou pacientemente ao meu lado na árdua trajetória da realização desta pesquisa científica, fazendo-se presente pela ternura e firmeza que caracterizam a nossa história, vivida em uma relação de amor e companheirismo que se recria a cada ano, há mais de quatro décadas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, que restaura as forças da minha alma.

Ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, que abriu as portas para acolher meus objetivos de ampliar o debate sobre o conhecimento multidisciplinar que, na área da psicologia social, estuda a adaptação psicossocial dos pacientes que optaram pelo tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.

Ao Prof. Dr. Esdras Guerreiro Vasconcellos, pela orientação recebida durante todo o trabalho desenvolvido nesta pesquisa, na participação em cursos, congressos, disciplinas e pelas judiciosas sugestões científicas que complementaram e contribuíram para a sedimentação dos conhecimentos sobre a área estudada.

Ao Dr. Sizenando Ernesto de Lima Junior, cirurgião titular coordenador da equipe do Núcleo Multidisciplinar de Obesidade Mórbida do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, pelo acolhimento, interesse, incentivo e expressivas sugestões científicas efetivadas durante as reuniões multidisciplinares que tiveram lugar tanto no Mandaqui como no Núcleo Paulista de Obesidade, por ele dirigido, e que tanto contribuíram para a realização desta pesquisa, minha gratidão.

À Dra. Angelita Habr-Gama, Professora Emérita da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ilustre representante da mulher no universo científico, com destaque para os serviços prestados à medicina e cirurgia no Brasil, pelo apoio e incentivo recebidos, minha gratidão, respeito e admiração.

Ao Dr. Joaquim Gama-Rodrigues, Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pesquisador incansável que engrandece a comunidade científica brasileira, pelo estímulo e pela confiança, minha gratidão, respeito e admiração.

À equipe do Núcleo Multidisciplinar de Obesidade Mórbida do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, em especial à enfermeira colaboradora Glaucia Munhoz Jordão, às psicólogas

Denise Moura Freitas e Eliana S. C. Pacheco, à assistente social Berenice dos Santos e à nutricionista Renata Faggion Bortoluzzo, pelo acolhimento e colaboração recebidos.

À equipe de Métodos Quantitativos IP-Estatística do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, pelo suporte no desenvolvimento do trabalho de pesquisa.

À Maria Cecilia Camargo de Carvalho e Jacqueline Walker, pela colaboração que contribuiu para a realização do projeto piloto desta pesquisa.

Aos funcionários da Secretaria de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e da Secretaria do Departamento de Psicologia Social, pela destacada atenção que dedicam aos assuntos acadêmicos.

À Elaine Cristina D. Martins, bibliotecária chefe da Seção de Tratamento da Informação da Biblioteca Dante Moreira Leite do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, pela atenção e solicitude que tanto contribuíram para o acesso a publicações científicas sobre o tema.

À minha querida família, filhos, netos, genro e nora, assim como aos amigos sinceros que acompanharam as fases do trabalho de pesquisa e que, de expressivo modo, incentivaram com palavras e atitudes de encorajamento a realização dos objetivos propostos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo suporte financeiro concedido por meio da Bolsa de Estudos/Demanda Social, que foi importante estímulo à frequência aos eventos científicos sobre obesidade.

Aos pacientes do Núcleo Multidisciplinar de Obesidade Mórbida do Conjunto Hospitalar do Mandaqui que optaram pela cirurgia bariátrica, que trouxeram vivência e manifestaram expectativas motivados, exclusivamente, por contribuir com o objetivo de aportar-se conhecimento científico no âmbito da adaptação psicossocial dos operados, os quais tornaram possível a realização da presente investigação científica, minha profunda gratidão.

A vida é a possibilidade do encontro.

Roberta Estrela D'Alva
Poeta, atriz brasileira.
Medalha de Bronze no Poetry Slam Paris, em 26/11/2012
TV Cultura, Programa "Provocações", em 20/11/2012

A tudo o que se sobressai nas coisas humanas, mesmo que pareça pequeno e não se faça perceber senão se comparado com algo menor, somente se chega através de árduo trabalho. Difícil é o caminho que conduz ao cume da dignidade.

Lucio Anneo Sêneca
Cartas a Lucílio (escritas entre 63 d.C. e 65 d.C.)
Coleção *Aprendendo a viver*. Porto Alegre: L&PM Pocket, 2010, p.83.
Traduzido do latim por Lúcia Sá Rebello e Ellen Itananjara Vranas.

RESUMO

CAMARGO, M. A. G. F**.** ***Coping*** **e aspectos psicossociais associados ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida em longo prazo.** 2013. 169f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

A obesidade mórbida é uma doença crônica, de causas multifatoriais e de tratamento difícil, que apresenta alto risco para a saúde. A cirurgia bariátrica tem se mostrado a opção mais eficaz de tratamento para a redução das comorbidades, mas pode ser seguida de problemas físicos que causam dificuldades nos relacionamentos interpessoais, dificultando a adaptação psicossocial do indivíduo ao meio ambiente social. Em longo prazo o sucesso depende da mudança de comportamento, principalmente em relação aos hábitos alimentares, da complementação necessária de vitamina e sal mineral e da prática regular de exercícios físicos de forma contínua. Ao longo do tempo, fatores psicológicos exercem influência sobre a capacidade de o paciente adaptar-se às condições de vida para a necessária manutenção da redução do peso corpóreo. O período de tempo decorrido após a cirurgia, entre 4 e 12 anos, foi investigado em uma amostra composta por 75 pessoas; todos os pacientes foram operados com a utilização da mesma técnica cirúrgica e pelo mesmo cirurgião, também coordenador da equipe multidisciplinar. A idade mínima foi de 26 e máxima de 76 anos. Foram utilizados três instrumentos de avaliação psicológica com a seguinte finalidade: medir o Nível de *Coping* e *Habilidade Social*; pesquisar a opinião dos sujeitos de forma categorizada pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo, mediante a aplicação de instrumento desenvolvido especificamente para a presente investigação; e avaliar a insatisfação com a imagem corporal pela aplicação da Escala de Silhuetas de Stunkard (SMT). Os resultados, tratados estatisticamente, revelaram pessoas com médio e alto nível de *coping* e *habilidade social*, que demonstram condições adequadas de enfrentamento e de formação de vínculos sociais; contudo encontram-se acima do peso esperado, cujo Índice de Massa Corporal indica situação de obesidade grau 1, de acordo com a OMS. Estão insatisfeitos com a silhueta atual, conscientes de que se encontram acima do peso desejado, mas valorizam altamente a opção que fizeram pela realização da cirurgia bariátrica, que lhes proporcionou autonomia, elevação da autoestima e os livrou da discriminação social. A discussão se fez com o aporte teórico de conceitos extraídos da psicologia cognitiva, da psicologia positiva, da psicanálise, da sociologia e da antropologia. Concluiu-se que a gastroplastia produz efeitos colaterais fisiológicos perenes, como engasgos, vômitos e mal-estar, que dificultam, mas não impedem, a adaptação psicossocial; que os entrevistados têm consciência de que o peso e a imagem não correspondem ao padrão esperado por eles, contudo apresentam adequado sentido de adaptação social; e para eles a cirurgia bariátrica ocupa um lugar que envolve representações mentais de rito de passagem, como transposição metafórica para um novo *status* da condição social.

Palavras-chave: *Coping*, Discurso do Sujeito Coletivo, Adaptação psicossocial, Fatores psicossociais, Obesidade mórbida, Cirurgia bariátrica, Gastroplastia, Escala de silhuetas.

ABSTRACT

CAMARGO, M. A. G. F. **Coping and psychosocial aspects associated to surgical treatment of morbid obesity in the long-term**. 2013. 169f. Doctoral Dissertation – Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo, 2013.

Morbid obesity is a chronic condition, of multi-factor causes, difficult to treat and which carries a high risk of health problems. Bariatric surgery has been shown to be the most effective treatment for reducing comorbidities, but it may be followed by physical problems that cause difficulties in interpersonal relationships, hindering the individual's psychosocial adaptation to the social environment. Long-term success depends on changing behavior especially in relation to food habits, use of vitamin supplements and mineral salt, as appropriate, and regular practice of physical activity. Over time, psychological factors may influence the ability of patients to adapt to their living conditions and maintain the weight loss. A period of time after surgery between 4 and 12 years was investigated in a sample of 75 people. All patients underwent the procedure using the same surgical technique, performed by the same surgeon and coordinator of the multidisciplinary team. The patients were aged between 26 years and 76 years. Three psychometric measures were used to investigate the level of coping and the participants' opinion through an interview conducted in a categorized manner: the method of Discourse of the Collective Subject, including a questionnaire developed specifically for this research, and the assessment of body image dissatisfaction according to the Stunkard Silhouette Matching Task (SMT). The results, analyzed in statistical terms, revealed individuals with medium and high levels of coping and social skills, who demonstrate appropriate coping conditions and ability to establish social bonds. Nevertheless, they are still above the expected weight and present body mass indexes that indicate a status of grade 1 obesity, according to the WHO. These individuals are dissatisfied with their current silhouettes, aware that they are above the desired weight, but strongly value the choice they made for bariatric surgery that gave them autonomy and increased self-esteem, protecting them against social prejudice. The discussion was based on theoretical concepts drawn from cognitive psychology, positive psychology, psychoanalysis, sociology and anthropology. Conclusions: gastroplasty produces continuing physiological side effects that make psychological and social adaptation difficult, although it does not prevent them from occurring; the respondents are aware that their weight and body image do not match the pattern of their expectations, nevertheless they do present an adequate sense of social adaptation and, for them, bariatric surgery occupies a place that involves mental representations of rite of passage, as a metaphorical transposition to a new social status.

Key words: Coping, Discourse of the Collective Subject, psychosocial adaptation, psychosocial factors, morbid obesity, bariatric surgery, gastroplasty, Silhouette Matching Task.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CB – Cirurgia bariátrica

COP FQ – *Coping*-frequência

COP Geral – *Coping* geral (frequência + intensidade)

COP INT – *Coping*-intensidade

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

FQ/fq/Freq. – Frequência

Hab. Soc. FQ – *Habilidade Social* Frequência

Hab. Soc. Geral – *Habilidade social* geral (frequência + intensidade)

Hab. Soc. INT – *Habilidade social* intensidade

IMC – Índice de Massa Corporal

Nível hab. soc. – Nível de *habilidade social*

SA – Silhueta atual

SI – Silhueta ideal

(SA-SI) – Diferença entre a escolha da silhueta atual e silhueta ideal

TCAP – Transtorno de compulsão alimentar periódica

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Relação dos 12 fatores de *coping* e os correspondentes Itens do teste: conclusão. 43

Tabela 2 – Relação dos 10 fatores de *habilidade social*. 43

Tabela 3 – Valores de referência dos níveis de *coping* e de *habilidade social*. 44

Tabela 4 – Relação da frequência e respectivo percentual do grau de escolaridade. 53

Tabela 5 – Percentual da perda do peso corpóreo. 55

Tabela 6 – Nível geral de *coping* e de *habilidade social*, considerando-se frequência e intensidade. 57

Tabela 7 – Frequência e percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P1. 63

Tabela 8 – Frequência e percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P2. 66

Tabela 9 – Frequência e percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P3. 69

Tabela 10 - Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P4. 71

Tabela 11 – Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P5. 75

Tabela 12 - Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P6**.** 78

Tabela 13 - Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P7. 82

Tabela 14 – Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P8. 85

Tabela 15 - Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P9. 89

Tabela 16 – Escolhas das figuras representativas da SA e SI, na data da realização da entrevista. 92

Tabela 17 – Diferença de escolhas entre silhueta atual e silhueta ideal. 93

Tabela 18 – Correlações significantes de cada variável fixada, com as demais variáveis estudadas. 95

Tabela 19 – Correlações significantes do nível de *coping*-geral. 101

Tabela 20 – Correlações significantes do nível de *coping* em relação à freqüência 101

Tabela 21 – Correlações significantes do nível de *habilidade social* – geral. 102

Tabela 22– Correlações significantes do nível de *habilidade social* em relação à frequência. 102

Tabela 23 – Correlações significantes do nível de *habilidade social* em relação à intensidade. 103

Tabela 24 - Indivíduos selecionados com os mais altos níveis de *coping* e/ou *habilidade social*. 104

Tabela 25 - Distribuição da frequência e respectivo percentual do grau de escolaridade dos pacientes selecionados. 106

Tabela 26 – Percentual da perda do peso corpóreo dos pacientes selecionados. 108

Tabela 27 – Categorias das respostas dos pacientes selecionados referentes a pergunta P1. 113

Tabela 28 - Categorias de respostas dos pacientes selecionados referentes à pergunta P2. 114

Tabela 29 – Categorias de respostas dos pacientes selecionados Referentes à pergunta P3. 114

Tabela 30 – Categorias das respostas dos pacientes selecionados referentes à pergunta P4. 115

Tabela 31 – Categorias de respostas dos pacientes selecionados referentes à pergunta P5. 116

Tabela 32 – Categorias de respostas dos pacientes selecionados referentes à pergunta P6. 117

Tabela 33 – Categorias de respostas dos pacientes selecionados referentes à pergunta P7. 118

Tabela 34 – Categorias de respostas dos pacientes selecionados referentes à pergunta P8. 119

Tabela 35 – Categorias de respostas dos pacientes selecionados referentes à pergunta P9. 120

Tabela 36 – Escolhas das figuras representativas da SA - e SI, dos pacientes selecionados. 122

Tabela 37 – Diferença na escolha entre silhueta atual (SA) e silhueta ideal (SI). 124

Tabela 38 – Correlações significantes de cada variável fixada, com as demais variáveis estudadas para a seleção de pacientes com mais altos níveis de *coping* e *habilidade social*. 125

Tabela 39 – Correlações significantes do nível de *coping*-geral. 128

Tabela 40 – Correlações significantes do nível de *habilidade Social* em relação à frequência. 128

Tabela 41 – Ranking dos fatores de *coping* em relação à Frequência dos pacientes selecionados. 130

Tabela 42 – Ranking dos fatores de *coping* em relação à intensidade, dos pacientes selecionados. 131

Tabela 43 – *Ranking* dos fatores de *habilidade social* em relação à frequência dos pacientes selecionados. 132

Tabela 44 – *Ranking* dos fatores de *habilidade social* em relação à intensidade, dos pacientes selecionados. 132

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição estatística de idade. 51

Gráfico 2 – Distribuição percentual de gêneros. 52

Gráfico 3 – Distribuição percentual do grau de escolaridade. 53

Gráfico 4 – Tempo decorrido em anos, após a realização da CB. 54

Gráfico 5 – Distribuição estatística da altura. 54

Gráfico 6 – Demonstração comparativa entre o valor do peso corpóreo (kg) entre a data da realização da CB e a data da CB. 55

Gráfico 7 – Demonstração comparativa entre o valor do IMC na data da realização da CB e a data da entrevista. 56

Gráfico 8 – Antecedentes familiares de obesidade. 56

Gráfico 9 – Nível de *coping* em relação à frequência. 59

Gráfico 10 – Nível de *coping* em relação à intensidade. 60

Gráfico 11 – Nível de *coping*-geral (frequência e intensidade). 60

Gráfico 12 – Nível de *habilidade social*-frequência. 61

Gráf. 13 – Nível de *habilidade social*-intensidade. 61

Gráfico 14 – Nível de *habilidade social* geral (frequência e intensidade). 62

Gráfico 15 – Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P1. 63

Gráfico 16 – Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P2. 66

Gráfico 17 – Percentual de cada categoria de respostas referentes à pergunta P3. 69

Gráfico 18 – Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P4. 72

Gráfico 19 – Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P5. 75

Gráfico 20 – Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P6. 79

Gráfico 21 – Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P7. 82

Gráfico 22 – Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P8. 86

Gráfico 23 – Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P9. 89

Gráfico 24 – Escolhas das silhuetas SA e SI, em porcentagem. 93

Gráfico 25 – Variação dos intervalos da diferença entre as silhuetas escolhidas. 94

Gráfico 26 – Distribuição estatística da idade dos pacientes selecionados. 105

Gráfico 27 – Distribuição percentual de gênero, dos pacientes selecionados. 105

Gráfico 28 – Distribuição percentual do grau de escolaridade dos pacientes selecionados.106

Gráfico 29 – Tempo decorrido após a realização da CB dos pacientes selecionados. 107

Gráfico 30 – Distribuição estatística da altura dos pacientes selecionados. 107

Gráfico 31 – Demonstração comparativa entre o valor do peso corpóreo, dos entrevistados selecionados, na data da realização da CB e na da entrevista. 108

Gráfico 32 – Demonstração comparativa entre o valor do IMC na data da realização da CB e na data da entrevista, para os pacientes selecionados. 109

Gráfico 33 – Antecedentes familiares de obesidade, dos pacientes selecionados. 109

Gráfico 34 – Nível de *coping* dos entrevistados selecionados, em relação à frequência**.** 110

Gráfico 35 – Nível de *coping* dos entrevistados selecionados, em relação à intensidade. 110

Gráfico 36 – Nível de *coping*-geral (frequência e intensidade) dos pacientes selecionados. 111

Gráfico 37 – Nível de *habilidade social* dos pacientes selecionados, em relação à frequência. 111

Gráfico 38 – Nível de *habilidade social* dos pacientes selecionados, em relação à intensidade. 112

Gráfico 39 – Nível da *habilidade social* geral dos pacientes selecionados. 112

Gráfico 40 – Percentual das respostas categorizadas dos pacientes selecionados, referentes à pergunta P1. 113

Gráfico 41 – Percentual das respostas categorizadas dos pacientes selecionados, referentes à pergunta P2. 114

Gráfico 42 – Percentual das respostas categorizadas dos pacientes selecionados, referentes à pergunta P3. 115

Gráfico 43 – Percentual das respostas categorizadas dos pacientes selecionados, referentes à pergunta P4. 116

Gráfico 44 – Percentual das respostas categorizadas dos pacientes selecionados, referentes à pergunta P5. 117

Gráfico 45 – Percentual das respostas categorizadas dos pacientes selecionados, à pergunta P6. 118

Gráfico 46 – Percentual das respostas categorizadas dos pacientes selecionados, referentes à pergunta P7. 119

Gráfico 47 – Percentual das respostas categorizadas dos pacientes selecionados, referentes à pergunta P8. 120

Gráfico 48 – Percentual das respostas categorizadas dos pacientes selecionados, referentes à pergunta P9. 121

Gráfico 49 – Gráfico de dispersão das escolhas das figuras representativas de SA e SI, dos pacientes selecionados. 123

Gráfico 50 – Variação do intervalo da diferença (SA - SI), dos pacientes selecionados. 123

Esta Tese está de acordo com as “Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso.”

Parte I (ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO **19**

2. OBJETIVOS **28**

2.1 OBJETIVO PRINCIPAL 28

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS 28

3. REVISÃO DA LITERATURA **29**

4. MÉTODO **40**

4.1 CASUÍSTICA 40

4.1.1 Critérios de Seleção 40

4.1.2 Dados Demográficos 41

4.2 INSTRUMENTOS 41

4.2.1 Teste SCOPE-*Coping* 42

4.2.2 Entrevista – Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) 45

4.2.3 Escala Silhuetas Humanas Stunkard (*Silhouette Matching Task* – SMT) 46

4.3 PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL 47

4.4 TRATAMENTO ESTATÍSTICO 49

5. RESULTADOS **50**

5.1 DETALHAMENTO DA AMOSTRA 51

5.1.1 Resultados Sociodemográficos e Clínicos 51

5.1.2 Resultados de *Coping* e *Habilidade Social* 57

5.1.3 Resultados da Entrevista – Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) 62

5.1.4 Resultados da Escala de Silhuetas Humanas (SMT) 92

5.1.5 Resultados da Matriz de Correlação 94

5.2 DETALHAMENTO DA SELEÇÃO DE PACIENTES COM OS MAIS ALTOS NÍVEIS DE*COPING* E DE *HABILIDADE SOCIAL* 103

5.2.1 Resultados Sociodemográficos e Clínicos dos Pacientes Selecionados 104

5.2.2 Resultados de *Coping* e *Habilidade Social* dos Pacientes Selecionados 109

5.2.3 Resultados da Entrevista – Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) Pacientes Selecionados 113

5.2.4 Resultados Escala de Silhuetas Humanas (SMT) Pacientes Selecionados 121

5.2.5 Resultados da Matriz de Correlação dos Pacientes Selecionados 124

5.3 RANKING DOS FATORES DE *COPING* E DE *HABILIDADE SOCIAL* DOS PACIENTES SELECIONADOS 129

6. DISCUSSÃO 133

7. CONCLUSÕES 151

REFERÊNCIAS 153

ANEXOS

ANEXO A – Carta de apresentação e solicitação de autorização para pesquisa no Conjunto Hospitalar do Mandaqui 161

ANEXO B – Carta de liberação para realização da pesquisa no Núcleo de Obesidade Mórbida Conjunto Hospitalar Mandaqui 162

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) 163

ANEXO D – Modelo da Escala de Silhuetas Humanas de Stunkard – *Silhouette Matching Task* (SMT) 167

ANEXO E – Documento de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH-IPUSP) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo 168

ANEXO F – Parecer da aprovação emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH-IPUSP) 169

ANEXOS G e H– Matrizes de correlação estatística da amostra total e de pacientes selecionados com os mais altos níveis de *coping* e de *habilidade social* (apresentação em formato eletrônico – CD)

1 INTRODUÇÃO

Obesidade, um dos maiores desafios do século XXI na área da saúde pública, é uma doença de causa multifatorial considerada epidemia de âmbito mundial (JACOB et al., 2010). Segundo Macruz (2010), a mais expressiva constante do corpo humano é a altura. O peso normal mantém relação definida com a altura do indivíduo. A classificação padronizada de peso, em relação à altura da pessoa, é adotada pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000) e permite caracterizar diferentes graus de gravidade que a obesidade pode atingir, por meio do Índice de Massa Corporal (IMC).

Casos mais graves, denominados obesidade mórbida ou grave, incluem pessoas cujo IMC apresenta valor igual ou maior do que 40 (JACOB et al., 2010). O Índice de Massa Corpórea é calculado efetuando-se a divisão do peso corpóreo da pessoa pela sua altura elevada ao quadrado, de acordo com a seguinte fórmula: IMC = peso/altura^2.

Trata-se de uma doença geralmente agravante ou determinante de várias comorbidades que, portanto, representa risco às pessoas; algumas dessas comorbidades são conhecidas, como o aumento de pressão sanguínea, a elevação da taxa de glicose circulante e das gorduras no sangue, tais como hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia, bem como a redução do colesterol protetor. O conjunto dessas alterações, segundo Segal e Mancini (2007), é denominado "síndrome metabólica". De acordo com Gama-Rodrigues (2011)[1], trata-se de uma situação de saúde que pode desencadear enfarte miocárdico, derrame cerebral e trombose arterial, entre várias outras consequências.

Quanto aos aspectos sobre o investimento econômico por parte do poder público em relação ao tratamento da obesidade mórbida, destacam-se os elevados gastos diretos com o tratamento das doenças associadas e os programas de perda de peso, bem como os custos indiretos decorrentes da perda de dias de trabalho, menor produtividade e morte precoce (JACOB et al., 2010).

Como doença social que diz respeito à saúde pública, a obesidade mórbida ou grave requer atendimento planejado de forma multidisciplinar, para que sejam tratados os problemas físicos em conjunto com os aspectos emocionais relacionados à dificuldade de adaptação social em função da discriminação e perda da autonomia pelo excesso de peso acumulado no decorrer do tempo.

---

[1] Informação verbal do Prof. Dr. Joaquim J. Gama-Rodrigues, em 25/11/2011.

A abordagem de tratamento multidisciplinar baseia-se, segundo Moreira e Benchimol (2006), em cinco tipos de intervenção: tratamento nutricional, retomada de atividade física, tratamento psicológico, tratamento farmacológico e tratamento cirúrgico. Embora a cirurgia bariátrica seja uma tecnologia amplamente difundida, ainda não há clareza, com relação aos resultados no longo prazo, quanto à perda do peso corporal e diminuição das comorbidades (BOLETIM BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO DE TÉCNICAS EM SAÚDE, 2008).

O Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde, para a região Europeia, organizou a Conferência Interministerial Europeia de luta contra a obesidade que se realizou em Istambul, na Turquia, em novembro de 2006. Nesse fórum foi elaborada a Carta Europeia de Combate à Obesidade, assinada pelos 53 Estados-membros, a qual estabeleceu as diretrizes recomendadas. Foi adotada como parte integrante da nova política de saúde pública na Europa, com projeção que se estende até 2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Nos Estados Unidos, segundo publicação do U. S. Department of Health and Human Services (OGDEN, 2012), mais de um terço da população adulta, acima de 20 anos, e 17% dos jovens, abaixo dessa faixa etária, eram portadores de obesidade, entre 2009 e 2010. Homens e mulheres apresentavam a mesma tendência para obesidade. No entanto, os adultos com idade a partir de 60 anos apresentavam tendências mais fortes do que os jovens em relação ao excesso de peso corpóreo.

No Brasil, pesquisa realizada pelo IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), empregando como parâmetro de avaliação nutricional o Índice de Massa Corporal, mostra o agravamento dos indicadores de sobrepeso e de obesidade, no período de 1974 a 1985, ano de 1989 e de 2002-2003 e 2008-2009. Foi observado que entre 2008-2009 metade da população adulta apresentava excesso de peso. Desses, 12,5% dos homens (1/4 dos casos com excesso de peso) e 16,9% das mulheres (1/3 dos casos com excesso de peso) apresentaram IMC indicativo de obesidade. Entre os homens foi observado que tanto os indivíduos com sobrepeso corpóreo como aqueles portadores de algum grau de obesidade aumentavam em frequência, até atingir a faixa entre 45 e 50 anos.

A maneira vertiginosa pela qual vem aumentando a população de pessoas portadoras de obesidade mórbida indica que nos encontramos diante de uma epidemia de grandes proporções, que requer tratamento clínico multidisciplinar (SICHIERI e SOUZA, 2006) e cuja superação demanda firme “adesão ao tratamento pelo paciente e por seus familiares, fundamental para a segurança e bons resultados” (REPETTO e RIZZOLLI, 2006, p. 351).

A Resolução do CFM nº 1.766/05, do Conselho Federal de Medicina, estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, destacando que pacientes e

familiares devem ser avisados sobre "riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte que interfere com a fisiologia digestiva, assim como com a necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar por toda a vida do paciente."

Seja considerando aspectos médicos e nutricionais (distúrbios endocrinológicos e metabólicos, superalimentação) ou os aspectos da saúde mental (aumento de peso corpóreo atribuído aos fatores de ordem emocional ou psicopatológicos), induzir as pessoas portadoras de obesidade mórbida à redução de seu peso é um desafio difícil, sendo que uma das soluções existentes consiste na opção pelo tratamento cirúrgico. E são várias as técnicas operatórias que têm sido propostas[2].

O reconhecimento da interação entre aspectos biológicos, psicológicos e sociais reforça a necessidade de abordagens interdisciplinares para o manejo biopsicossocial adequado do paciente, isto é, como um ser total e integrado ao seu meio social (DELAY, 1965). Segundo Bertherat e Bernstein (2001, p. 62), "a existência simultânea de distúrbios físicos e psíquicos na pessoa é inegável. Mas cabe a cada um, a seu modo, descobrir essa ligação." O estudo do período pós-cirúrgico da gastroplastia, em longo prazo, dentro da perspectiva de abordagem multidisciplinar, vai além da esfera biológica. Estende-se sobre a área da psicologia, na qual se encontra estreitamente ligado à questão do relacionamento intra e intersubjetivo, que consiste, segundo Sant´Anna (1995), na articulação do sujeito consigo mesmo e com o laço social, incluindo as representações culturais, raciais, econômicas, profissionais e de consumo, interferentes no ideal do peso corpóreo.

"Lugar da biologia, das expressões psicológicas, dos receios e fantasmas culturais, o corpo é uma palavra polissêmica, uma realidade multifacetada e, sobretudo, um objeto histórico" (SANT'ANNA, 1995, p. 12), que passa a fazer parte dos valores culturais que integram o indivíduo a um grupo, mas, concomitantemente, destacam-no dos demais componentes do mesmo (STENZEL, 2003).

O aprofundamento dos estudos que relacionam o excesso de peso corpóreo a doenças físicas, bem como o avanço das pesquisas sobre o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, acaba por favorecer a construção de conhecimento que "deve ser cada vez mais tema da psicologia e da psicologia social", enfatiza Stenzel (2003, p.14).

Gordura, flacidez e sedentarismo simbolizam indisciplina e descaso, fazendo com que as pessoas com excesso de peso sintam-se culpadas pelo "fracasso" do próprio corpo

---

[2] Informação verbal do Prof. Dr. Joaquim J. Gama-Rodrigues em reunião de supervisão da equipe multidisciplinar, em 14/11/2012.

(GARRINI, 2007). No entanto, houve um tempo em que a pessoa corpulenta era vista com aprovação para o desempenho de certas profissões que exigiam força física. Segundo Stearns (2002), entre os anos 1860 e 1880, corpos de volumes arredondados figuravam como padrão tanto para os homens como para mulheres, cuja robustez, naquela época, transmitia a ideia de pessoas satisfeitas, ricas e poderosas.

Contudo, quando se considera a evolução das tendências do peso corpóreo, que acompanham diferentes padrões de beleza, destaca-se a importância do papel representado pelas diferenças culturais. A história das dietas para emagrecer, por exemplo, transcorre contextualizada de acordo com os momentos em que a sociedade se mostrou mais repressiva ou mais liberal em relação aos costumes, nos quais se encontram presentes a emoção, a sexualidade, a postura, o vestuário e a religiosidade (STEARNS, 2002), entre outros aspectos. Durante a Primeira Guerra Mundial (1914-1918) a restrição alimentar favoreceu não apenas a obtenção da aparência mais esguia, mas também ofereceu perspectivas de boa saúde, chegando a contribuir de forma positiva no enfrentamento do *stress*. Em algumas culturas o controle do apetite foi associado ao comportamento moral e religioso, de forma que a prática do jejum exibia uma força de vontade enérgica, asseverando para o indivíduo uma natureza de bom caráter (STEARNS, 2002).

O surgimento da parafernália das dietas deu-se após a Segunda Guerra Mundial, em meados da década de 1940, com o advento da entrada da mulher no mercado de trabalho e, também, com a proliferação de revistas femininas e publicações de livros especializados no assunto. Associada aos conselhos sobre comportamento, moda e nutrição, iniciou-se uma verdadeira revolução mercadológica. Expandiu-se a oferta de uma variedade considerável de produtos dietéticos de baixas calorias, ao mesmo tempo em que se ampliou o mercado de peças íntimas de vestuário, como cintas e faixas produzidas com material de natureza elástica, assim como outros dispositivos elétricos próprios para massagem, que serviam para realçar a esbelteza (STEARNS, 2002). Teve início, então, uma nova era, cuja tendência era refrear a ingestão de calorias, ajustando a imagem da pessoa a uma moldura esguia que procurava eliminar, a todo custo, contornos anatômicos indesejáveis.

O enfoque alinhavado ao redor do peso corpóreo, na verdade, recaiu sobre as mulheres, entre os anos de 1920 e 1960. Segundo Stearns (2002), o fenômeno teve início quando a especialidade médica de endocrinologia começou a tratar dos pacientes com diagnóstico de obesidade observando também seus hábitos alimentares: o excesso de peso passou a ser sinônimo de saúde precária. Dessa maneira, por volta dos anos 1970, a partir do momento em que os homens foram alertados sobre os perigos apresentados pelas altas taxas

de colesterol no sangue, tornaram-se conscientes de que precisavam cuidar do peso tanto quanto as mulheres (STEARNS, 2002).

Sucessos sobre a significativa perda de peso são louvados pela publicidade de empresas interessadas na venda de produtos dietéticos, seduzindo o público alvo por meio da divulgação de resultados bem sucedidos de diminuição do peso corpóreo graças à utilização dos produtos anunciados. Enquanto a ditadura da contemporaneidade impõe a forma corpórea identificada com o desenho de uma linha esguia, reta e vertical, mudanças sociais encontradas na dinâmica familiar, pois raramente todas as refeições são feitas em casa, despertam interesses econômicos que provocam o excesso de oferta no campo da alimentação industrializada (CAMARGO et al., 2009). Ao mesmo tempo, o corpo ainda mais se distingue como tema de moda, acabando por configurar-se como um objeto de consumo (NOVAES, 2004).

Segundo Sant'Anna (1995, p.15), decidiu-se desumanizar por completo o corpo das pessoas portadoras de obesidade mórbida "como se nelas o peso físico ofuscasse a possibilidade de justiça social." Fischler (1995) considera que nos encontramos na época da lipofobia, na qual predomina a obsessão pela magreza e a rejeição extravagante à obesidade. Para o autor, nos países desenvolvidos ocorre uma situação de ambiguidade, na qual "uma grande proporção da população sonha ser magra, mas vive gorda e aparentemente sofre com essa contradição" (p. 70).

A própria silhueta do indivíduo corpulento transmite a sensação de ambiguidade em relação aos demais, revelando-se em dois estereótipos. Primeiramente aquele brincalhão, com facilidade de relacionamento social, que, mesmo sofrendo devido à sua corpulência, é altamente competente em não deixar transparecer seus sentimentos. Em segundo lugar, aquele outro que pode ser visto como preguiçoso, não colaborador, egoísta, irresponsável e com falta de controle sobre seus impulsos (FISCHLER, 1995).

A verdade é que a gordura em demasia desperta certa desconfiança, conforme Fischler, pois,

> [...] através de nosso corpo, em especial de nossa corpulência, passam significados sociais muito profundos. Um dos mais importantes é o seguinte: a corpulência traduz aos olhos de todos a parte da comida que nós nos atribuímos, isto é, simbolicamente, a parte que tomamos para nós, legitimamente ou não, na distribuição da riqueza social (1995, p. 70).

Como compensação, quando não se isola, a pessoa portadora de obsidade passa a adotar o modelo de um comportamento estereotipado, ridículo, mas intrinsecamente

rancoroso. A falta de conhecimento geral em relação à doença e as atitudes negativas em relação aos obesos têm sido claramente documentadas. A obesidade carrega o estigma social que enuncia: “ser gordo é sinal de falta de autocontrole” (WOODWARD, 2001, p. 9, tradução nossa).

O comportamento discriminatório se revela na desigualdade de condições em oportunidades de emprego, menor rendimento no trabalho e de relacionamentos familiares e sociais. Segundo Woodward, essas diferenças são percebidas até mesmo

> [...] no meio ambiente: muitos lugares não tem acomodação para pessoas de tamanho avantajado. Assentos de ônibus, aviões, cinemas e teatros, mesas de restaurantes, feitios de roupas e até automóveis são pequenos demais para os obesos. Existe um alto preço de sofrimento humano causado pela doença de obesidade mórbida. Assim, não é de admirar que alguns estudos relatem que mais da metade desta população sofre de depressão em determinada intensidade, desde um grau leve até outro considerado intenso. Se a pessoa portadora de obesidade mórbida não receber tratamento de saúde, na maioria das vezes poderá vir a necessitar de cuidados especiais. Limitações físicas devido à falta de ar, dor ou simplesmente fadiga afetam tanto a vida doméstica como as funções de desempenho profissional (WOODWARD, 2001, p. 13, tradução nossa).

Para a pessoa portadora de alguma deficiência ou doença integrar-se à sociedade significa superar barreiras físicas, pragmáticas e atitudinais que representam grandes desafios. Segundo Sassaki (1997, p. 34), “a integração pouco ou nada exige da sociedade em termos de modificação de atitudes, de espaços físicos, de objetos e de práticas sociais”, ampliando, dessa maneira, o grau de dificuldade de inserção, no sentido da adaptação ao ambiente social.

Em busca de contornar os obstáculos físicos e morais que surgem no seu caminho, lidando com a falta de autonomia e precária independência, o portador de obesidade mórbida raramente encontra equipamentos de conforto e espaços adequados à sua corpulência. Porém, quando isso acontece acaba por sentir-se acolhido com certa tolerância pelo meio ambiente que o cerca.

A verdade de cada um depende da subjetividade, e não pode ser conhecida senão por meio da própria experiência de vida. Para adquirir um novo *status* ontológico é preciso ir além das palavras e de outros símbolos, a fim de galgar uma nova condição de ser (WHITE, 1972). Assim, a ressignificação do corpo social se faz por meio de uma passagem que permita o renascimento do indivíduo para uma silhueta supostamente ideal, como constitutiva do padrão cultural da sociedade na qual o portador de obesidade mórbida se insere. Para Meira (2009, p. 186) essas passagens são sinalizadas por processos biopsíquicos que se manifestam

nas transformações que ocorrem no corpo e na mente, embora “a definição do pertencimento a uma ou outra fase” seja considerada uma questão cultural.

A partir da década de 1960, duas formas interpretativas sobre os ritos de passagem têm sido destacadas: como resposta adaptativa obrigatória e como mudança do plano individual para o coletivo (DAMATTA, 2000).

Doron e Parot (1998, p. 683) traduzem o rito de passagem como “adesão não questionada às significações que ele mobiliza [...] envolvendo e regulando [...] questões de afeto, de identificação e de valores em situações inter e intrassubjetivas.” Uma vez que o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida tem se sobressaído como um dos recursos mais eficientes em benefício da saúde (JACOB et al., 2010), a opção do portador dessa doença crônica pela realização da cirurgia bariátrica poderá encerrar o sentido simbólico de um cruento rito de passagem, no sentido da liberdade que outorga a autonomia e isenta da discriminação social.

Proporcionalmente ao crescimento do número de casos de obesidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010) aumenta também o número de cirurgias bariátricas realizadas, tanto na rede hospitalar particular quanto na pública.

> Dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) mostram que foram realizadas 60.000 operações no país em 2010, alta de 275% em relação a 2003, ano em que foram coletados os primeiros registros, e de 33% em relação a 2009. Pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo com filas de espera de até oito anos, o número de cirurgias cresceu 23,7% entre 2007 e 2009, chegando a 3.681 ocorrências (CUMINALE, 2011).

As técnicas cirúrgicas que visam criar condições anatômicas e corpóreas para a perda de peso tiveram início na década de 1950, mas apenas nos últimos anos as opções cirúrgicas alcançaram resultado satisfatório (COTTA-PEREIRA; BENCHIMOL, 2006). O objetivo dessas técnicas, segundo Jacob et al. (2010, p. 789), “é criar dificuldade do esvaziamento da câmara gástrica e saciedade precoce, levando à menor ingesta alimentar.”

Para a elaboração da presente pesquisa foi selecionada uma instituição de saúde pública na qual a gastroplastia é realizada segundo um protocolo padrão. A medida foi adotada a fim de que os resultados pudessem atingir alto nível de confiabilidade, dentro do rigor científico.

Trata-se do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, localizado na cidade de São Paulo. Fundado em 1938, está vinculado à Coordenadoria de Serviço de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Atualmente, como hospital geral de ensino, oferece à população os serviços de atendimento em clínica médica, pediatria, urgência e emergência, apoio técnico, informação e ambulatório de especialidades, no qual se destaca o Núcleo de Obesidade Mórbida. Coordenado pelo cirurgião titular Sizenando Ernesto de Lima Júnior, tendo como consultor científico o Prof. Manlio B. Speranzini, o Núcleo é composto por uma equipe multidisciplinar responsável, que conta com cirurgiões, clínicos e anestesistas, enfermeiras, psicólogas, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e uma administradora (LIMA JR, [s. d.]).

As inscrições, gratuitas, encontram-se abertas às pessoas portadoras de obesidade mórbida, com Índice de Massa Corporal acima de 40, que já se submeteram a tratamentos clínicos e exercícios físicos para a perda do excesso de peso sem obter sucesso e com IMC maior ou igual a 35, que apresentam comorbidades severas. Os inscritos recebem instruções para participar de palestras mensais, proferidas pelos membros da equipe multidisciplinar, ocasião que favorece a troca de ideias e esclarecimentos de dúvidas. Assim, pela ordem de inscrição, procede-se à chamada dos candidatos para que sejam submetidos à avaliação sobre suas condições gerais de saúde.

A cirurgia para a redução do estômago é realizada, em todos os pacientes, com a utilização da técnica de Capella, que consiste em três aspectos: gastroplastia vertical com anel de contenção, gastroenteroanastomose em Y de Roux e enteroenteroanastomose. As orientações gerais pós-operatórias prescrevem que durante o primeiro mês o paciente consumirá apenas a dieta líquida, sendo afastada a ingestão de bebida alcoólica, de açúcar e refrigerante. Segundo Lima Jr ([s. d.], p.15) “a desobediência a esta dieta poderá colocar em risco a saúde do paciente.”

Nos meses seguintes deve-se introduzir um alimento novo de cada vez, procurando arrumar o prato de maneira agradável, “pois a saciedade e o prazer de comer também incluem a visão e o olfato” (LIMA JR., [s. d.], p.15). É obrigatória a suplementação do uso de sais minerais e vitamínicos, como zinco e complexo B, logo após a alta hospitalar.

Em longo prazo, segundo Repetto e Rizzolli (2006, p. 349), podem ocorrer complicações tardias, que incluem: vômitos, “mais frequentes nos primeiros meses pós-operatórios”; “síndrome de *dumping*”, que se caracteriza “por mal-estar generalizado, sudorese, tremor, náuseas e palpitações que ocorrem logo após a ingestão de alimentos [...] tais como doces e alimentos gordurosos”; hipoglicemias reacionais, que “são episódios hipoglicêmicos” desencadeados “após 30 a 120 minutos da ingestão de algum alimento com alto valor glicêmico”; “queda de cabelo”; “desnutrição proteica”; e “deficiência de vitaminas” (p. 350).

No período pós-operatório o paciente é regularmente acompanhado em ambulatório por equipe multidisciplinar durante tempo longo e variável, dependendo de cada indivíduo.

Segundo Lima Jr. ([s.d.]), “em Psicologia não se trabalha com o tempo cronológico, mas com o ‘tempo psíquico’ de cada um”, de tal modo que o “trabalho do psicólogo prosseguirá durante as reuniões de grupos de pacientes operados para o compartilhamento das suas experiências entre si e com aqueles que aguardam a cirurgia.” (p. 12).

O tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, conforme Magro (2006, p. 250), marca o início de “um período de mudanças de comportamento, de hábitos alimentares e exercícios físicos, monitorados regularmente por uma equipe multidisciplinar.”

Deve-se ainda ressaltar que a realização da presente tese foi viabilizada pela disponibilização do banco de dados do Núcleo de Estudos da Obesidade Mórbida do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, na pessoa do Dr. Sizenando Ernesto de Lima Junior, bem como pelo apoio financeiro da Bolsa de Estudos concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes/DS).

Além disso, espera-se cumprir as metas estabelecidas como missão da Universidade de São Paulo, que destacam o ensino, a pesquisa e a extensão dos seus serviços à comunidade. Espera-se que esta pesquisa científica possa contribuir para incentivar o debate sobre as questões da adaptação psicossocial na fase da vida que sucede à gastroplastia, em longo prazo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Investigar as interações emocionais e cognitivas interpessoais presentes na adaptação psicossocial de indivíduos que optaram pelo tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, após quatro anos ou mais, a partir da data da realização da cirurgia bariátrica.

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Avaliar os níveis de *coping* e *habilidade social* apresentados pelas pessoas operadas, em função das mudanças decorrentes de situações novas e desconhecidas que vivenciam após a gastroplastia;
- Pesquisar sistematicamente o pensamento coletivo dos sujeitos sobre a questão da adaptação ao cotidiano;
- Examinar a satisfação do paciente em relação à sua imagem corporal, quatro anos ou mais após a data da realização da gastroplastia;
- Avaliar a concordância de resultados da aplicação dos instrumentos utilizados para a investigação dos conteúdos biopsicossociais envolvidos, no período pós-operatório entre 4 e 12 anos após a realização da gastroplastia.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A escolha e a delimitação de um tema de pesquisa pressupõem sua relevância acadêmica e social, comprometida com um projeto de transformação da sociedade e de superação das suas carências (SEVERINO, 2007). A literatura científica, obtida por meio do acesso eletrônico às bases de dados Medline/PubMed, SIBiUSP, LILACS, BIREME e SciELO, indica a relevância do tema, devido à abundância de publicações científicas referentes ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, no exterior.

Os estudos referem-se aos períodos pré e pós-operatórios, discutem a carência de padronização dos métodos adotados para selecionar candidatos à cirurgia bariátrica, estudam a qualidade de vida dos pacientes, reivindicam a necessidade de cirurgia plástica corretiva, bem como destacam os benefícios do acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, antes e depois da realização da cirurgia, entre outras pesquisas mais específicas da área médica.

Destacam-se nesses trabalhos, mais enfaticamente, estudiosos dos Estados Unidos, Holanda e Itália, além de outros países como Áustria, Suécia, Noruega, Inglaterra e Alemanha. Artigos científicos sobre experimentos gerados por equipes brasileiras multidisciplinares de saúde têm sido publicados em periódicos estrangeiros, embora em número discreto de produção, quando comparados àquela dos países anteriormente citados.

No Brasil, a busca realizada no Banco de Teses do Portal CAPES, por meio de acesso eletrônico (17/06/2011, atualização em 04/10/2012), com a utilização dos descritores “cirurgia bariátrica” e “psicologia”, revelou 25 dissertações de mestrado, duas teses de doutorado e um trabalho profissionalizante. Acrescentando-se o termo “psicossociais” àqueles descritores, o resultado obtido constituiu-se de uma tese de doutorado de autoria de Gisela Vasconcellos Monteiro (2006).

Pesquisando a publicação de artigos no banco de dados SciElo (Scientific Electronic Library on Line), em 26 de junho de 2011 (atualização em 04/10/2012), com os descritores “obesidade mórbida”, “cirurgia bariátrica” e “psicologia”, foram encontradas duas publicações em 2009 e uma em 2010.

Os resultados obtidos demonstram o crescente interesse científico, nas áreas da psicologia social e da saúde, sobre as questões adaptativas do acompanhamento pós-cirúrgico de pessoas que deixaram de ser portadoras de obesidade mórbida, incluindo aquelas que, apesar da intervenção operatória, acabaram recuperando o excesso de peso corpóreo que haviam eliminado por meio do tratamento cirúrgico.

Uma crescente produção literária tem sido observada, em anos mais recentes, como resultado do esforço dos profissionais atuantes em equipes multidisciplinares de saúde. Esses procuram esclarecer procedimentos, assim como levantar o debate sobre o acompanhamento pós-operatório, dos pacientes que fazem a opção pelo tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, com base na prática do exercício profissional em atendimento clínico, nas instituições públicas ou pertencentes à iniciativa privada. Porém, a pesquisa bibliográfica realizada não trouxe referências ou estudos brasileiros sobre a adaptação psicossocial de pacientes operados para a redução do estômago, na área de psicologia social, que considerassem um período de abrangência no acompanhamento multidisciplinar entre 4 e 12 anos após submeterem-se ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.

Progressos significativos em relação à perda de peso e à mudança de hábitos alimentares têm sido observados entre as pessoas operadas, ao longo dos dois primeiros anos (PORIES et al., 1995; VAN HOUT et al., 2007). No entanto, em expressivo número de pessoas operadas grande parte dessa melhora diminui com o passar do tempo, sendo que nem todos os pacientes usufruem da mesma maneira os benefícios obtidos com a perda de peso após a intervenção cirúrgica (VAN HOUT et al., 2009).

Conforme Van Hout, Vreeswijk e Van Heck (2008), o sucesso da cirurgia bariátrica depende em grande parte da habilidade do paciente em mudar seu estilo de vida, particularmente interferindo em fatores comportamentais e psicossociais. Entretanto, a falta de consenso em relação aos procedimentos de avaliação psicológica – utilizados pelos profissionais de saúde mental na Holanda – certamente cria dificuldades para a identificação dos fatores psicológicos associados à perda de peso.

Estudo realizado por Christou, Look e MacLean (2006), em 228 pacientes, observados durante dez anos, revelou que houve aumento na porcentagem de IMC (Índice de Massa Corpórea) aos 5 e aos 10 anos, em pessoas operadas por obesidade mórbida (IMC < 50kg/m²) e super obesidade (IMC > 50 kg/m²). Os Índices de Massa Corpórea mais baixos ocorreram nos dois primeiros anos após a data da cirurgia. Dez anos após atingirem o IMC mais baixo, em comparação com a observação medida aos cinco anos, houve significativo aumento no IMC: 20,4% dos pacientes operados por obesidade mórbida e de 34,9% entre aqueles que foram superobesos na época da cirurgia.

Pories et al. (1995) observaram um grupo de pacientes durante 14 anos, mostrando em seus resultados, da mesma forma que Christou, Look e MacLean (2006), que o peso corpóreo mais baixo ocorre no segundo ano após a cirurgia bariátrica. Para Pories et al. (1995), no

entanto, em vez de sobrevir o reganho de peso houve uma tendência à estabilização a partir do quarto ano de observação.

A perda de peso após a realização da gastroplastia, para Woodward (2001), costuma ocorrer dentro dos primeiros 18 meses após a cirurgia. Não obstante, a manutenção da perda de peso, para todos os pacientes, decorridos os cinco primeiros anos após a cirurgia, tem se mostrado variável, isto é, entre 60% e 75%.

Procurando estabelecer uma relação entre saúde mental, desordens alimentares e perda de peso entre pacientes portadores de obesidade mórbida, Thonney et al. (2010) constataram que o vulto da perda de peso costuma estar relacionado à saúde mental do paciente, durante os dois primeiros anos após a realização da cirurgia bariátrica.

Os aspectos fisiológicos, durante o período que se segue à cirurgia, têm sido medidos e documentados de forma esclarecedora na literatura, conforme Grimaldi e Van Etten (2010). Todavia, o impacto sobre as funções psicossociais, comportamentais e psicológicas decorrentes da perda do peso corpóreo ainda permanece relativamente pouco esclarecido. Em estudo dedicado à atualização das principais orientações sobre a avaliação de candidatos à cirurgia bariátrica, bem como ao respectivo tratamento do período pós-cirúrgico, Greenberg, Soog e Perna (2009) concluíram que a melhor prática de cuidados psicológicos deve estar voltada para o impacto causado na saúde mental do paciente, em curto e longo prazos, após a realização da gastroplastia.

Windover et al. (2010), em estudo retrospectivo, examinaram os prontuários de 1.02 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, em um centro médico acadêmico, nos Estados Unidos. Entre os resultados, verificou-se a presença de 115 pessoas (11,2%) que autorrelataram a experiência de uma ou mais tentativas de suicídio. Comparados com pacientes que não apresentaram relato de suicídio, constatou-se que eram pessoas adultas (média de 42,9 ± 11,0 anos), com baixa escolaridade (média de 13,4 ± 2,4 anos), que apresentavam elevado Índice de Massa Corporal (média de 52,3 ± 11,6 kg/m^2), sendo predominantemente solteiras (32,2% *versus* 20,9%) e do gênero feminino (90,4% *versus* 74,8%). Concluíram que o acesso às histórias de suicídios ocorridas com pacientes candidatos à cirurgia bariátrica é uma questão importante a ser levada em conta no período pré-operatório.

Em estudo revelador (TINDLE et al., 2010) foi investigado o número de suicídios ocorrido entre pessoas que optaram pela cirurgia para a redução do estômago, no Estado da Pensilvânia (EUA), entre janeiro de 1995 e dezembro de 2004. Fizeram a comparação desse número com as taxas de suicídio ocorridas nos Estados Unidos, concluindo que o número de

suicídios entre pacientes que fizeram a cirurgia bariátrica foi muito elevado. Cerca de 30% dos suicídios ocorreram entre os dois primeiros anos após a cirurgia, sendo que quase 70% nos três primeiros anos.

Pesquisa realizada com pacientes que se submeteram à aplicação de banda gástrica concluiu que a qualidade de vida dos mesmos apresentou expressiva melhora, embora a redução do excesso de peso corpóreo não tivesse sido completa (MATHUS-VLIEGEN; DE WITT, 2007). Em relação a essa mesma técnica cirúrgica, Van Hout, Fortuin e Van Heck (2008) pesquisaram aspectos psicossociais, traços de personalidade e imagem corporal. Concluíram que a perda de 58,6% do excesso de peso foi significativa para a melhor adaptação psicossocial dos pacientes, durante os dois primeiros anos. Passado esse período, a melhora inicial em relação aos sintomas depressivos, problemas com o sono e neuroses não se manteve igualmente para todas as pessoas operadas.

Odom et al. (2010) estudaram elementos que poderiam sugerir o prognóstico de reganho de peso após a cirurgia bariátrica, uma vez que este fato representa uma ameaça que permanece durante um longo período após a realização da cirurgia. Verificaram, no referido estudo, que o reganho de peso ocorreu principalmente em função de crescente compulsão em relação à ingestão de alimentos, de rebaixamento do sentimento de bem-estar após a gastroplastia e de preocupação em relação a comportamentos de adição. Assim, esses autores concluíram que os dados obtidos sugerem a possibilidade de que o reganho de peso possa ser, de certa forma, previsto antecipadamente durante a avaliação pré-operatória e potencialmente reduzido por meio do uso de estratégias automonitoradas, após a realização do tratamento cirúrgico.

O reganho de peso é um tema crucial que tem motivado estudos e inspirado trabalhos científicos relacionados ao tratamento pós-cirúrgico da obesidade mórbida. Livhits et al. (2010) pesquisaram fatores comportamentais associados à bem sucedida perda de peso após a realização de *bypass* gástrico. Como critério de sucesso, em lugar do IMC (na sigla em inglês BMI – *Body Mass Index*) foi adotado o valor maior ou igual a 50% da perda do excesso de peso (EWL – *Excess Weight Loss*) registrado antes da cirurgia. Observaram que cerca de 20% dos pacientes não conseguiram atingir o objetivo estabelecido. Considerando idade, gênero e Índice de Massa Corpórea calculado antes da cirurgia, Livhits et al. (2010) concluíram que fatores tais como o acompanhamento médico-cirúrgico, atendimento por grupos de suporte pós-operatório, prática de atividades físicas, estado civil (solteiros e divorciados), autoestima e presença ou não de transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) podem servir

como parâmetros prognósticos (positivos e negativos) em relação à perda de peso, após a intervenção cirúrgica.

Esses fatores devem ser ponderados em estudos prospectivos sobre a perda de peso após a gastroplastia, à medida que são de interesse para a identificação de pacientes com o risco de fracasso em relação à perda de peso, os quais podem se beneficiar de intervenções especificamente planejadas para cada caso.

A avaliação do resultado da cirurgia bariátrica deve ir além dos valores numéricos obtidos nos cálculos do peso corpóreo e das respectivas porcentagens (KRUSEMAN et al., 2010). Em estudo com o objetivo de documentar as mudanças nutricionais e antropométricas, incluindo o comportamento alimentar dos pacientes, estado psicológico e qualidade de vida, Kruseman et al. (2010) concluíram que 59% dos pacientes alcançaram sucesso na diminuição do peso corpóreo, tomando como base a perda do excesso de peso (EWL) com valor ≥ 50%, conforme o critério proposto por Livhits et al. (2010). No entanto, na última sessão de atendimento 51% dos entrevistados descreveram episódios de TCAP ou, também, da síndrome do comer noturno, evidenciando problemas de comportamento alimentar. Assim, a questão da avaliação de resultados após a cirurgia bariátrica é uma discussão que deve levar em conta, entre outros fatores, os novos hábitos adquiridos em relação ao comportamento alimentar dos operados (KRUSEMAN et al., 2010).

Para Furtado (2010) todos os procedimentos bariátricos envolvem risco significativo com problemas de má nutrição. Todavia, o referido autor relaciona o trabalho de prevenção em relação a essas deficiências com a realização de uma seleção criteriosa dos candidatos à gastroplastia redutora. Além disso, esses pacientes devem receber orientação educativa durante a preparação para a cirurgia, assim como acompanhamento multidisciplinar após a intervenção para a redução do estômago.

Segundo estudo de Peacock e Zizzi (2011), sobre aspectos da mudança de comportamento dos pacientes, após a realização da cirurgia bariátrica, são numerosos os aconselhamentos sobre dietas nutricionais. Os autores concluíram que o acompanhamento psicológico e comportamental, além de introduzir conceitos educativos para evitar o reganho de peso, deve enfatizar a prática de atividades físicas e sua manutenção de forma regular e contínua.

O atendimento pós-operatório pela equipe multidisciplinar recebe destaque também no trabalho de Wolfe e Terry (2006), em pesquisas sobre as expectativas e os resultados obtidos pelos pacientes que optaram pela cirurgia gástrica do tipo *bypass*. Concluíram que o

atendimento pós-cirúrgico deve ser aprimorado em função do impacto causado pelo tratamento cirúrgico.

Entre os pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica predomina o desejo intenso de se submeter à cirurgia plástica corretora, em função do desconforto físico e psicossocial causado pela flacidez da pele. Segundo Van der Beek, Van der Molen e Van Ramshorst (2011), a estabilização do peso desejado deve ser mantida dentro de um período de três meses, pelo menos, antes da realização da cirurgia plástica corretora. Sarwer e Fabricatore (2008) assinalam que a popularidade que a cirurgia bariátrica vem obtendo faz aumentar a demanda pela realização da cirurgia plástica corretiva. Ambos os autores concluem sobre a necessidade de acompanhamento psicológico e educativo por equipe multidisciplinar.

A estabilização da perda de peso, após a realização da cirurgia bariátrica, ocorre dentro de um período entre 18 e 24 meses (THONNEY et al., 2010; CHRISTOU, LOOK, MACLEAN, 2006; WOODWARD, 2001; PORIES et al.,1995).

Importantes indicadores, para a realização de investigação científica sobre a questão da adaptação psicossocial de pessoas que optaram pelo tratamento cirúrgico da obesidade mórbida em longo prazo, são os níveis de *coping* e de *habilidade social*, bem como os fatores de *coping* e de *habilidade social*, envolvidos na capacidade de enfrentamento e de formação de vínculos, diante das novas situações apresentadas pela vida.

As demandas decorrentes da modificação fisiológica a que se submeteram, em função das dietas programadas com reduzido volume de energia calórica e da exigência da prática constante de exercícios físicos, podem, em longo prazo, servir de fontes de *stress* para a crescente população de pessoas que optaram pelo tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. Segundo Lazarus (2006), nas duas últimas décadas o estudo sobre *stress* nas relações familiares, bem como no trabalho, tem despertado o interesse da psicologia clínica, assim como da psicologia social, no sentido de que o meio ambiente produz estímulos estressantes, cujas reações adaptativas estão diretamente relacionadas à personalidade da pessoa.

Atualmente, a convivência com o *stress*, por várias razões, tornou-se uma característica comum na vida da maioria das pessoas, principalmente daquelas que habitam os grandes centros urbanos. Viver sob a exposição a altos níveis de *stress* vem a ser simplesmente uma condição da vida moderna civilizada, segundo Woodward (2001, p. 126), para quem "*stress* é qualquer ação ou situação que submete uma pessoa a exigências físicas ou psicológicas especiais, modificando seu equilíbrio individual."

De acordo com Vasconcellos (2007, p. 39), toda função biológica sofre influência do contexto emocional, sendo que "nenhum fenômeno psicológico acontece independentemente

dos sistemas nervoso e endócrino.” O sistema límbico, “um dos principais ativadores das reações hipotalâmicas”, consiste em “uma região densa de neuro e imunopeptídios que influenciam de maneira relevante as emoções”, de uma forma dialética, uma vez que exercem influência ao mesmo tempo em que são influenciados por elas (VASCONCELLOS, 2007, p. 46).

Segundo Woodward (2001), quando em uma a situação interpessoal o indivíduo que se encontra exposto a uma fonte de *stress* responde, previsivelmente, de três maneiras diferentes: ignora o inimigo (*stress)* tentando lidar com isso sem procurar atacá-lo; reage lutando; ou foge da situação sem tentar lidar com ela, sem procurar destruí-la. Essas possíveis maneiras de responder ao *stress* psicológico mostram a ligação entre respostas adaptativas e defensivas que distinguem as diferentes pessoas ou grupos de pessoas.

Diferentemente de Woodward (2001), para Holroyd e Lazarus (1986) a definição do *stress* adquire seus contornos a partir da observação da pessoa e do meio ambiente, pois há eventos que podem causar mobilizações fisiológicas, mas nem sempre resultam de *stress,* ocasionando, por exemplo, ruptura cognitiva ou desorganização comportamental. Considerando as interações entre o meio ambiente e a individualidade, para Lazarus (1991) *stress* e *coping* são conceitos que se encontram diretamente relacionados às emoções. Embora apresentem diferentes características, algumas de ordem comportamental e outras fisiológicas, emoções são, sobretudo, de natureza psicológica: encontram-se presentes e de forma integrada com a cognição, a motivação, a adaptação e a atividade fisiológica. Emoções positivas conduzem naturalmente à saúde, enquanto as negativas estão intimamente ligadas à doença física e mental (LAZARUS, 1991).

O termo *coping* fortaleceu-se na área da psicologia na década de 1960, quando florescia nos Estados Unidos uma nova linha de pesquisa relacionada aos mecanismos de defesa psicológicos. Até então, era empregado informalmente pela literatura médica e de ciências sociais (PARKER; ENDLER, 1996). No Brasil o termo *coping* encontra-se traduzido por “enfrentamento”, sendo ambas as formas de expressão aplicadas indistintamente à literatura científica.

Diferentes posições teóricas e metodológicas no estudo do *coping* fizeram com que os pesquisadores, desde o início do século passado, conceituassem o termo de acordo com diferentes abordagens epistemológicas. Holroyd e Lazarus (1986) conceituam *coping* levando em conta os conflitos gerados pelas exigências internas do indivíduo em relação às demandas do meio ambiente.

Segundo Antoniazzi, Dell’Aglio e Bandeira (1998, p. 276),

> [...] o modelo de Folkman e Lazarus (1980) envolve quatro conceitos principais: (a) *coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente; (b) sua função é de administração da situação estressora, ao invés de controle ou domínio da mesma; (c) os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; (d) o processo de *coping* constitui-se em uma mobilização de esforço, através da qual os indivíduos empreendem esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente.

Importante observar que o *coping* nem sempre atende à demanda para que o *stress* seja dominado totalmente. Porém, a pessoa poderá lidar de forma mais adequada com determinada situação e, assim, conseguir tolerar ou minimizar os efeitos deletérios de fontes estressoras (LAZARUS, 2006). Trata-se de um processo que inclui motivação individual, atualiza aspectos cognitivos e comportamentais, envolvendo emoções.

Parker e Endler (1996) identificaram duas dimensões de *coping*: *coping* focado no problema, ou na ação, e *coping* focado na emoção. Para os autores, o *coping* é focado no problema ou na ação quando o indivíduo modifica determinada situação causadora de desconforto tomando uma iniciativa, uma atitude concreta. A dimensão do *coping* focado na emoção envolve, praticamente, muito mais a reflexão do que a ação. A fim de deixar de sentir como ameaça determinada situação que provoca ansiedade o indivíduo encontra recursos psíquicos para reestruturar-se internamente, conseguindo enfrentar com sucesso aquela situação, que deixa de conter um significado causador de desconforto.

Em síntese, o modo de perceber o estímulo de *stress* causado pelo meio ambiente adquire um sentido diferente, criando, assim, condições suficientes para a adaptação psicossocial. Como as características pessoais diferem, em aspectos que se referem à sensibilidade e vulnerabilidade diante dos eventos da vida, torna-se necessário compreender que, diante de uma mesma fonte de *stress*, diferentes respostas de *coping* poderão ser emitidas, dependendo de cada indivíduo. De fato, cada pessoa faz sua própria avaliação ou *appraisal*, identificando as características básicas de certos estímulos de acordo com a sua interpretação individual, criando assim estratégias para poder compreender e lidar com determinadas situações (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

Segundo Holahan, Moos e Shaefer (1996, p. 25, tradução nossa),

> *coping* é um fator estabilizante que facilita a adaptação psicossocial do indivíduo frente a situações que provocam *stress*; demanda esforços

> cognitivos e comportamentais para reduzir ou eliminar condições estressantes associadas ao *distress* emocional.

Esse tipo de conceituação descreve *coping* como sendo um processo em relação aos determinantes primários de respostas de *coping*, conforme duas abordagens: sob o ponto de vista de disposição individual, no qual predominam fatores individuais na seleção dos comportamentos de *coping*; e sob o ponto de vista contextual, em que as situações transitórias podem moldar a escolha das respostas de *coping*. São dois sistemas complementares que integram fontes de *stress* resultantes dos acontecimentos sociais do dia a dia, de acordo com a subjetividade de cada indivíduo. Nos momentos de crise, a pessoa tem condições de avaliar os riscos e, portanto, escolher alternativas para contornar ou resolver a situação de *stress*, a fim de alcançar uma posição de bem-estar.

Conforme Porter e Stone (1996), "a partir de 1980 um grande número de pesquisas tem sido realizado para situar o papel desempenhado pelo *coping* como moderador potencial da conexão saúde-doença" (p. 133, tradução nossa). A determinação do *coping* vai depender do conceito adotado, havendo duas grandes abordagens a serem consideradas: *coping* como um traço ou *coping* como um processo. Esses dois enfoques, aparentemente conflitantes, não são mutuamente exclusivos, mas interagem concomitantemente para explicar as diferenças individuais de *coping* e os resultados de condições estressantes (PORTER; STONE, 1996).

No período subsequente a uma doença, formas esquivas de *coping*, como negação ou recusa, às vezes podem ser benéficas. No entanto, em longo prazo, mostram-se prejudiciais (HOLAHAN, MOOS e SHAEFER, 1996).

Trabalhando com os pacientes que optaram pelo tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, a presente investigação é dirigida no sentido de avaliar o nível de *coping* e de *habilidade social*, buscando os fatores de *coping* dos quais aqueles pacientes com os mais altos níveis se utilizam, considerando sua intensidade e frequência, a fim de conseguir lidar com determinadas situações que provocam o desconforto emocional ou físico.

Indivíduos que são capazes de sentir-se em conforto psicológico, reagindo ao *stress* enquanto encontram-se na fase de alarme ou de resistência, certamente constroem ampla variedade de estratégias que farão com que desenvolvam alto nível de *coping*. Saber lidar com situações desagradáveis, ou que de qualquer maneira incomodam, vem a ser indicativo de alto nível de *coping* e, portanto, domínio adequado da condição de *stress*. A recíproca é

verdadeira, pois um baixo nível de *coping* expressa alta situação de *stress*, segundo Vasconcellos (2009) (informação verbal)[3].

De qualquer maneira, para poder lidar com situações estressantes é importante o indivíduo ter consciência de que existe, realmente, algum problema. Pois, embora não seja possível escapar de todas as fontes geradoras de *stress*, é possível minimizar os seus efeitos deletérios (WOODWARD, 2001).

Nesse sentido buscou-se refinar a escuta psicológica como representação subjetiva do cotidiano das pessoas por meio da entrevista semidirigida. Desenvolveu-se, para tanto, instrumento baseado no método do Discurso do Sujeito Coletivo, à semelhança da proposta de Lefèvre e Lefèvre (2006), que aplicaram o referido procedimento para estudar a opinião de pessoas de forma a isentá-las de valores aportados por intermediários na comunicação.

A pesquisa da literatura mostrou-se controversa tanto no cenário internacional como brasileiro, remetendo à avaliação psicológica do pré-operatório e de populações operadas para tratamento da obesidade mórbida.

Quanto à aplicação do questionário voltado para se desenvolver conhecimento por meio do Discurso do Sujeito Coletivo não se localizou publicação concernente à obesidade mórbida. É importante notar que na abordagem de aspectos relacionados à qualidade de vida, tem sido prática corrente a aplicação de questionários que, frequentemente, incluem as manifestações psicossociais. Em pesquisa sobre aspectos da personalidade de pacientes submetidos ao tratamento do câncer de reto, a autora da presente pesquisa se familiarizou com o emprego de entrevistas semidirigidas como instrumento de pesquisa (CAMARGO, 2005).

No acompanhamento psicológico após o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, a imagem corporal delineia-se como uma questão relevante no estudo da adaptação psicossocial em longo prazo. A acentuada perda de peso provoca transformações no volume do corpo, podendo causar flacidez nos componentes do tegumento cutâneo, trazendo a necessidade da realização de correção plástica, às vezes através de mais de uma intervenção cirúrgica.

Deve ser destacada a importância do acompanhamento emocional no período pós-cirúrgico, em função das mudanças percebidas na autoimagem provocada pela "introdução de um novo conceito sobre si mesmo e à formação de uma nova imagem corporal" (GLEISER; CANDEMIL, 2006, p. 192). Segundo Campana e Tavares (2007), a imagem corporal não se desenvolve dentro de um processo linear. O indivíduo com dificuldades na representação

---

[3] Informação verbal do Prof. Dr. Esdras Guerreiro Vasconcellos, anotações em aula da disciplina "Dimensões Patológicas do Stress nas Diversas Esferas Sociais Contemporâneas", ministrada no Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, em 09/09/2009.

mental do próprio corpo poderá ressignificar suas sensações corporais e sua identidade corporal por meio de atividades artísticas, trabalhos corporais, terapia corporal e psicoterapia.

Embora com limitações, o material bibliográfico científico aqui apresentado navega pelas interfaces do trabalho da equipe multidisciplinar, ilustrando, de forma abrangente, as vertentes de pensamentos que convergem para o aprofundamento dos conhecimentos relacionados à questão da adaptação psicossocial, em longo prazo, das pessoas que optaram e foram submetidas ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.

4 MÉTODO

4.1 CASUÍSTICA

As buscas realizadas no banco de dados da Clínica Cirúrgica da Obesidade, disponibilizado pelo Dr. Sizenando Ernesto de Lima Junior, diretor do Núcleo Multidisciplinar de Obesidade Mórbida do Conjunto Hospitalar do Mandaqui (ANEXOS A e B), com cerca de 1.500 pacientes cadastrados, mostraram 385 pacientes que preenchiam o requisito de tempo mínimo após a realização da cirurgia bariátrica, fixado em quatro anos.

Os vários contatos, de forma aleatória, por meio de ligação telefônica, resultaram em 75 pessoas, de ambos os sexos, que atenderam à solicitação da secretária do serviço, responsável pela aproximação com os pacientes para participar da presente pesquisa. Esse grupo apresentou os requisitos necessários e suficientes para sua inclusão no presente trabalho.

O traçado do perfil sociodemográfico das pessoas atendidas no Conjunto Hospitalar do Mandaqui segue os mesmos parâmetros descritos pelo IBGE (2009) para a avaliação do perfil sociodemográfico de segmentos da população da cidade de São Paulo que recorre ao atendimento da rede pública hospitalar do Sistema Único de Saúde.

4.1.1 Critérios de Seleção

Indivíduos de ambos os gêneros, com idade a partir de 22 anos, que preencheram os requisitos de idade mínima e de tempo decorrido de quatro anos, no mínimo, após a realização da cirurgia bariátrica.

Pacientes operados para a redução do estômago a partir de 1998, ano em que tiveram início as cirurgias para a redução do estômago no Conjunto Hospitalar do Mandaqui, no Setor de Clínica Cirúrgica da Obesidade, devidamente cadastrados no banco de dados da instituição.

Pacientes contatados aleatoriamente, por telefone, pela secretária administrativa do Setor de Clínica Cirúrgica da Obesidade para participar da pesquisa sobre adaptação psicossocial, e que com isso assim concordaram.

Todos os voluntários, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e esclarecimento de alguma dúvida, concordaram em assinar o referido documento

(ANEXO C). Seriam excluídos os pacientes que não concordassem em assinar o TCLE ou que não conseguissem completar algum dos instrumentos aplicados ou, ainda, que apresentassem algum tipo de rebaixamento cognitivo que os impossibilitasse de responder às questões propostas.

4.1.2 Dados Demográficos

Todos os indivíduos incluídos na presente pesquisa foram submetidos à entrevista clínica, após a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo sido anotados seus dados demográficos e clínicos. Dentre esses, para efeito da presente investigação, foram considerados: gênero, idade, altura da pessoa, data em que foi realizada a cirurgia bariátrica e data da entrevista, peso corporal na data da cirurgia bariátrica e na data da entrevista, Índice de Massa Corpórea na data da cirurgia para tratamento da obesidade e na data da entrevista, antecedentes familiares de obesidade e grau de escolaridade.

O cálculo do IMC resultou da equação: peso/altura², levando em consideração o peso em quilos, cujo valor foi dividido pelo valor do quadrado da altura em metro. A obtenção do valor do IMC na data da operação baseou-se nos dados constantes da observação clínica do indivíduo na época da sua internação para submeter-se ao procedimento cirúrgico. O IMC referente à data da entrevista foi estabelecido mediante o tratamento aritmético dos respectivos dados demográficos na referida data.

4.2 INSTRUMENTOS

Foram empregados para avaliação da adaptação psicossocial pós-operatória os seguintes instrumentos, aplicados pela autora, na sede do Núcleo Multidisciplinar de Obesidade Mórbida do Conjunto Hospitalar do Mandaqui:

- Teste SCOPE-*Coping – Stress and coping perception*.
- Entrevista – Método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).
- Escala de Silhuetas Humanas de Stunkard (*Silhouette Matching Test* – SMT).

4.2.1 Teste SCOPE-*Coping*

Este teste foi desenvolvido por Vasconcellos e Brengelmann (1985, 2000), validado no Brasil por Vasconcellos (2000)[4]. Sua aplicação teve como objetivo avaliar o nível de *coping* e *habilidade social* dos indivíduos, e proceder-se à aferição dos fatores de *coping* e de *habilidade social* utilizados com mais frequência e intensidade pelos entrevistados selecionados.

O referido instrumento apresenta 44 itens que configuram situações circunstanciais do cotidiano das pessoas, com a finalidade de avaliar o nível de *coping* e de *habilidade social*, bem como de estabelecer o ranking dos fatores de *coping* e de *habilidade social* dos indivíduos, conforme as respostas dadas aos itens propostos.

O conteúdo desses itens refere-se aos 12 fatores de *coping* (Tabela 1) e 10 fatores de *habilidade social* (Tabela 2), que foram apresentados aos entrevistados em diferentes enunciados, a cada dois itens propostos.

[4] Informação verbal do Prof. Dr. Esdras Guerreiro Vasconcellos, anotações em aula da disciplina "Dimensões Patológicas do *Stress* nas Diversas Esferas Sociais Contemporâneas", ministrada no Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, no dia 04/11/2009.

Tabela 1 – Relação dos 12 Fatores de *coping*

Capacidade de decisão
Capacidade de relaxamento
Domínio de vida
Responsabilidade
Liberdade de ação
Autodeterminação
Franqueza
Capacidade de resolução de conflitos
Otimismo
Autocontrole
Planejamento
Suporte Social

Fonte: Instituto Paulista de Stress, Psicossomática e Psiconeuroimunologia – IPSPP. São Paulo.

Tabela 2 - Relação dos 10 fatores de *habilidade social*

Sociabilidade
Iniciativa social
Facilidade de vincular-se
Habilidade Social
Segurança social
Ponderação
Capacidade de liderança
Tolerância
Fascinação
Extroversão social

Fonte: Instituto Paulista de Stress, Psicossomática e Psiconeuroimunologia – IPSPP. São Paulo.

Ao entrevistado solicita-se que responda de acordo com a frequência com que determinada situação acontece na sua própria vida, isto é: nunca (zero), raramente (1), frequentemente (2) ou sempre (3).

Para o mesmo item deve ainda ser marcada a intensidade de energia investida naquela situação, sobrepondo um sinal em uma linha horizontal com a medida de 10 centímetros. Quando assinalada, a extremidade zero indica nenhuma intensidade (sem investimento de energia) e a outra extremidade, 10, indica que o entrevistado sente aquela situação com muita intensidade (alto investimento de energia).

Os dados gerados pelas respostas foram calculados de acordo com o método empregado, e pelo próprio autor[5], utilizando-se de fórmulas matemáticas que trabalham com a

[5] Prof. Dr. Esdras Guerreiro Vasconcellos.

frequência, a intensidade e a presença[6] das respostas, compreendidas em cada item, a fim de determinar o nível de *coping* e de *habilidade social* de cada entrevistado.

Os níveis de *coping* e *habilidade social*, referidos anteriormente, permitem a construção dos rankings dos 12 fatores de *coping* e 10 fatores de *habilidade social*, em frequência e intensidade, de acordo com os recursos psicológicos de enfrentamento de cada indivíduo, no que diz respeito à sua adaptação psicossocial diante dos desafios oferecidos pelo cotidiano.

Os valores de referência, tanto para o nível de *coping*, quanto para o nível de *habilidade social*, apresentam-se na sequência de 1 a 9, sendo que o resultado com valor igual a 1 designa o nível mais baixo (Tabela 3).

Tabela 3 – Valores de referência dos níveis de *coping* e de *habilidade social*.

Níveis de *coping* e *habilidade social*		
Nível	**Sigla**	**Situação**
1	BI	Baixíssimo
2	BA	Baixo
3	BM	Baixo-médio
4	MB	Médio-baixo
5	ME	Médio
6	MA	Médio alto
7	AB	Alto-baixo
8	AL	Alto
9	AI	Altíssimo

Fonte: Instituto Paulista de Stress, Psicossomática e Psiconeuroimunologia – IPSPP São Paulo.

Os indivíduos com nível de *coping* e de *habilidade social* com índices 8 e 9, os níveis alto e altíssimo, foram selecionados, destacados da amostra total recebendo o mesmo tratamento metodológico, com a finalidade de se calcular o ranking dos fatores de *coping* e de *habilidade social* mais utilizados por eles.

[6] Para as respostas de frequência que indicam "nunca" (zero) são computados pesos diferentes.

4.2.2 Entrevista – Método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), método de avaliação qualiquantitativo, possibilita a reconstrução da estrutura subjacente ao discurso coletivo de uma população escolhida, para que as pessoas expressem suas ideias sobre um determinado tema (LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A., 2006).

Trata-se de uma proposta qualiquantitativa para as pesquisas de representação social, como meio de expressão individual e, ao mesmo tempo, coletiva, sem a mediação do metadiscurso do pesquisador. Desse modo, evita-se a transmutação da opinião em variável quantitativa, com o prejuízo de sua natureza essencialmente discursiva (LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A., 2006). Com a utilização do programa de informática QualiQuantiSoft®, versão 1.3c, build (2), desenvolvido na Faculdade de Saúde Pública da USP (LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A, [s.d.]), o aspecto qualitativo foi obtido por meio de ideias centrais extraídas das respostas dadas pelos sujeitos a cada questão proposta, as quais compõem as expressões chaves selecionadas para uma mesma categoria.

A ideia central é a afirmação que permite traduzir a substância do discurso produzido pelo indivíduo. As expressões chaves são transcrições literais de partes dos depoimentos, as quais fornecem a essência do conteúdo discursivo.

Por meio do presente instrumento de pesquisa de opinião obteve-se a estruturação das expressões pessoais dos indivíduos operados, conservando a riqueza e o colorido das ideias representativas do pensamento coletivo.

O questionário de avaliação sobre a adaptação psicossocial, composto por nove perguntas, foi desenvolvido pela autora da presente pesquisa com o propósito de perscrutar a manifestação dos entrevistados sobre os eventos do cotidiano, dando lugar à expressão subjetiva sobre o período pós-operatório da gastroplastia, em longo prazo.

As referidas questões foram elaboradas a partir da escuta clínica dos pacientes operados anteriormente, que compareceram às reuniões mensais – disponibilizadas pela equipe multidisciplinar, no Conjunto Hospitalar do Mandaqui, pelo Núcleo Paulista de Obesidade –, apresentando temas recorrentes que mereceram especial atenção.

Sentimentos de perda ou mesmo de aquisição foram revelados durante as entrevistas, realizadas no decorrer da pesquisa, perpassando por assuntos que abrangem as mais diferentes situações de conflito ou de realização pessoal.

As questões foram aplicadas pela pesquisadora, dirigindo-se aos pacientes da seguinte maneira:

"Por favor, você poderia dar a sua opinião e explicar seu ponto de vista sobre as frases e as perguntas que vou lhe apresentar?"

P1. Comprar roupas: como ficou isso para você depois da cirurgia?

P2. Preocupação com a aparência física: fale sobre isso.

P3. O olhar das pessoas sobre você depois da cirurgia.

P4. A vida em família após a cirurgia.

P5. Hábito alimentar e prazer. O que você acha disso?

P6. Qual a sua opinião e a opinião do seu médico sobre o seu peso atual?

P7. Valeu à pena fazer a cirurgia?

P8. O que se alterou em relação aos problemas na sua vida depois de eliminar peso?

P9. Você acha que todos os que sofrem de obesidade mórbida devem ser operados?

Os depoimentos coletados empiricamente, relativos a cada uma das questões acima, geraram as categorias derivadas das expressões chaves, dando origem aos discursos – a "fala de cada sujeito na primeira pessoa do singular", segundo Lefèvre, F. e Lefèvre, A. (2010, p. 19) – estruturados e produzidos de forma coletiva.

Dessa maneira foram construídos 41 discursos que sintetizaram o pensamento coletivo sobre o cotidiano das pessoas que optaram pelo tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, em longo prazo. Tratando-se de um instrumento qualiquantitativo, os resultados qualitativos foram dispostos na sequência das informações sobre os dados estatísticos obtidos.

4.2.3 Escala de Silhuetas Humanas – SMT (*Silhouette Matching Task*)

Dada a dificuldade da operacionalização e o alto investimento financeiro relacionado à aplicação de instrumentos existentes, para medir a percepção da autoimagem foram desenvolvidas as escalas de silhuetas. Visando substituir outros métodos, também confiáveis, embora nem sempre práticos (tais como aqueles utilizados em estudos que usam raios de luz ou imagens de vídeo ajustadas ao sujeito), as escalas têm sido frequentemente utilizadas como instrumento de pesquisa, quando se trata de estudar grandes populações (PETERSON; ORTEGA-SMITH; THOLSTRUP, 2004).

Em geral, as escalas de silhuetas (no inglês *silhouette matching task* – SMT) empregam entre 5 e 12 silhuetas que representam formas antropomórficas, configuradas em sequência numerada, a partir daquela que representa a figura extremamente esguia (figura número 1) até a final, representando a obesidade grave (figura número 12), em progressão

crescente, com base na relação das medidas entre a cintura e o quadril (GARDNER; FRIEDMAN; JACKSON, 1998).

Proposta por Stunkard, Sorensen e Schlusinger (1983), também denominada Escala de Figuras de Stunkard (SCAGLIUSI et al., 2006), a Escala de Silhuetas – SMT foi validada no Brasil por Scagliusi et al. (2006).

Assim, em relação à imagem corporal, a avaliação da insatisfação é feita por meio da discrepância entre o valor numérico da figura correspondente à silhueta escolhida como a atual (SA) pelo próprio indivíduo, e aquele valor numérico da figura indicada por ele como sua silhueta ideal (SI). Portanto, a diferença entre elas: (SA - SI).

Dessa forma, segundo Gardner, Friedman e Jackson (1998), quando o resultado da diferença (SA - SI) for igual a zero, a pessoa encontra-se satisfeita e, portanto, identificada com a sua imagem corporal. Quando, ao contrário, for um número positivo ou negativo, compreendido na faixa que varia de 11 a -11 caracteriza-se o índice de *discrepância*[7], que manifesta a representação da insatisfação do sujeito com a sua própria imagem corporal.

A aplicação das escalas de silhuetas, além de fornecer informações sobre mudanças consistentes no volume do corpo, encontra-se estreitamente relacionada às avaliações de natureza psicológica sobre percepção corporal (PETERSON, ORTEGA-SMITH e THOLSTRUP, 2004). Contudo, elas são passíveis de críticas que apontam certas falhas metodológicas em relação a esse tipo de instrumento, por exemplo, pelo número das silhuetas apresentadas que varia entre 5 e 12, pela falta de detalhes nas faces, espaçamento entre as silhuetas e, ainda, a apresentação de todas as figuras em uma única folha de papel (GARDNER, FRIEDMAN e JACKSON, 1998).

Por outro lado, como as formas de validação mostraram-se consistentes, seu uso é considerado adequado em populações que apresentam transtornos alimentares (CAMPANA, A.; CAMPANA, M.; TAVARES, 2009).

Na presente pesquisa foi utilizada a escala de silhuetas adaptada por Marsh e Roche (1996), que exibe 12 figuras antropomórficas (ANEXO D).

4.3 PROCEDIMENTO DE AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL

As entrevistas foram realizadas individualmente, com data previamente marcada pela funcionária do hospital, em sala que estivesse disponível no ambulatório de Cirurgia da

[7] Grifo dos autores.

Obesidade. Devidamente informados, e de acordo com a leitura e esclarecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pela Comissão de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (ANEXO E), com o respectivo parecer (ANEXO F) dava-se início à aplicação do teste SCOPE-*Coping*.

Procedia-se à leitura de cada item anotando-se, imediatamente, a resposta de frequência (de zero a três) nos espaços correspondentes. Em relação à intensidade, mostrava-se a linha horizontal, destacando-se os extremos como "nenhuma intensidade" e "muita intensidade," solicitando que o paciente apontasse, com o dedo indicador, o lugar que achava mais apropriado para expressar a intensidade do seu sentimento em relação àquela questão. No local indicado, então, marcava-se a referida distância.

Em seguida, solicitava-se ao paciente que manifestasse a sua opinião sobre as questões da entrevista semidirigida – utilizando-se o instrumento qualiquantitativo Discurso do Sujeito Coletivo –, que era gravada e posteriormente transcrita exatamente da forma pela qual o entrevistado havia se expressado.

Finalizando a aplicação dos instrumentos planejados, a Escala de Silhuetas de Stunkard (SMT) era apresentada, solicitando-se ao paciente que apontasse a figura mais parecida com a sua silhueta atual (SA), quando se via refletido no espelho. Em seguida pedia-se que, observando mais uma vez aquela mesma escala que lhe havia sido anteriormente apresentada, apontasse a silhueta ideal (SI) para ele. As respostas eram imediatamente anotadas.

Foi obtida, dessa maneira, a informação sobre a percepção do paciente em relação à sua imagem. Quando o resultado de (SA - SI) for um número diferente de zero, este indica a insatisfação com a própria imagem corporal. O resultado igual a zero, por sua vez, significa que o entrevistado encontra-se satisfeito com sua autoimagem corporal.

Os resultados dos 3 instrumentos de avaliação sobre adaptação psicossocial foram submetidos à analise individual de todas as características psicológicas abordadas para cada sujeito da pesquisa, e de forma conjunta considerando-se a amostra total, assim como a seleção de pacientes com os mais altos níveis de *coping* e de *habilidade social.* Buscou-se, dessa maneira, reconhecer a existência, ou não, de concordância entre o resultado dos três testes, respeitados os limites das suas abordagens teóricas.

Nesse momento agradecia-se a participação do indivíduo, perguntando se havia dúvida sobre alguma questão. Face à sua negativa, dava-se por encerrada a entrevista e aplicação dos testes. Caso o paciente manifestasse qualquer dúvida a questão era retomada e as novas considerações do entrevistado eram anotadas.

4.4 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Com a utilização do *software* estatístico IBM-SPSS, versão 19, foi criado o banco de dados para a realização das análises estatísticas, em planilha eletrônica Microsoft Excel 2003.

Os dados foram analisados para amostra total e, em separado, para o grupo que apresentou os mais altos níveis de *coping* e de *habilidade social*, de forma descritiva, por meio das frequências absoluta (n) e relativa (%). Foram consideradas as seguintes variáveis categóricas: gênero, escolaridade, variação percentual da perda de peso entre a data da cirurgia e a data da entrevista, antecedentes familiares, as nove questões da entrevista (P1 a P9), a silhueta atual (SA), a silhueta ideal (SI) e a diferença de escolha entre elas (SA - SI).

As variáveis quantitativas foram expressas pela média, desvio padrão, valores mínimos e máximos: idade, tempo decorrido após a realização da cirurgia bariátrica, altura, peso corpóreo na data da realização da cirurgia e na data da entrevista, valor do IMC na data da realização da gastroplastia e na data da entrevista, nível de *coping*-frequência, nível de *coping*-intensidade, nível de *coping*-geral, nível de *habilidade social*-frequência, nível de *habilidade social*-intensidade e nível da *habilidade social*-geral.

Para os escores da mensuração da Escala de Silhuetas de Stunkard (SMT), na comparação das escolhas entre silhueta atual (SA) e silhueta ideal (SI), para o grupo que apresentou os mais altos níveis de *coping* e *habilidade social* utilizou-se o gráfico de dispersão, que mostra a correlação e a significância entre as duas escolhas (SA e SI).

Para a avaliação global das variáveis estudadas, assim como para o grupo que apresentou os maiores níveis de *coping* e *habilidade social*, foram processadas matrizes de correlação (teste bicaudal), adotando-se o nível de significância 5% ($p \leq 0,05$) para as hipóteses de nulidade.

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos com a utilização dos três instrumentos de pesquisa já descritos, correlacionados com aqueles obtidos da evolução clínica, quanto à época da intervenção cirúrgica e a data da entrevista, deram origem à criação um banco de dados composto por 35 variáveis, as quais produziram 595 intercorrelações.

A fim de ater-se à circunscrição das fronteiras que delimitam os objetivos propostos na presente tese, foram selecionadas 28 variáveis, diretamente ligadas à linha do raciocínio clínico utilizado, para as respectivas análises.

A considerável riqueza das demais correlações contidas no referido banco de dados, ora não utilizada, será preservada para a realização de trabalhos científicos ulteriores que possam vir a colaborar com as discussões nesta linha de pesquisa em psicologia da saúde, no âmbito da psicologia social.

Foram destacadas as seguintes variáveis:

Variáveis sociodemográficas:

1. Idade
2. Escolaridade

Variáveis clínicas:

3. Tempo decorrido após cirurgia bariátrica
4. Altura
5. Peso na data da cirurgia
6. Peso na data da entrevista
7. Porcentagem da variação de peso entre as duas datas
8. IMC na data da cirurgia
9. IMC na data da entrevista
10. Antecedentes familiares de obesidade

Váriáveis de *coping* e de *habilidade social*:

11. *Coping*-frequência
12. *Coping*-intensidade
13. *Coping*-geral – índice global de *coping*
14. *Habilidade social* – frequência
15. *Habilidade soci*al – intensidade
16. *Habilidade social* geral – índice global de *habilidade social*

Variáveis psicossociais:

17. P1 – Compra de roupas após a realização da CB.
18. P2 – Preocupação com a aparência física: como você se sente?
19. P3 – O olhar das pessoas sobre você depois da CB.
20. P4 – A vida em família após a realização da CB.
21. P5 – Hábito alimentar e prazer: o que você acha disso?
22. P6 – Qual a sua opinião e a opinião do seu médico sobre o seu peso atual?
23. P7 – Valeu a pena fazer a cirurgia?
24. P8 – O que se alterou em relação aos problemas na sua vida depois de eliminar peso?
25. P9 – Você acha que todas as pessoas que sofrem de obesidade mórbida devem ser operadas?
26. Escolha de silhueta atual (SA)
27. Escolha da silhueta ideal (SI)
28. Diferença entre as escolhas de silhuetas (SA - SI)

5.1 DETALHAMENTO DA AMOSTRA

5.1.1 Resultados Sociodemográficos e Clínicos

A média de idade registrada entre os pacientes da amostra total (N=75) foi de 50 anos, mínima de 26 e máxima de 76, com desvio padrão de 11,35 (Gráfico 1).

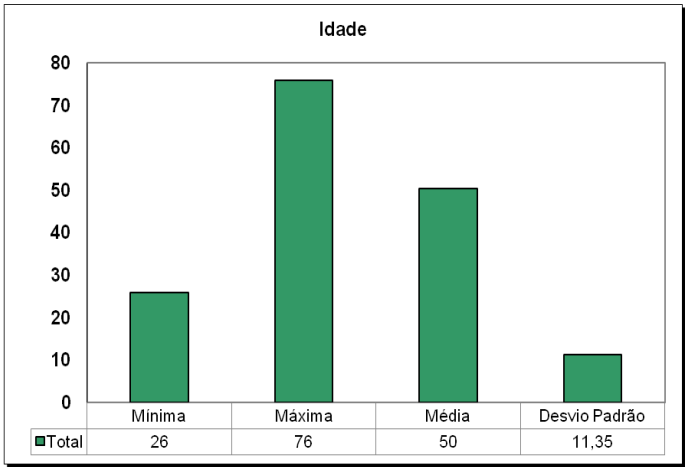


Gráfico 1 – Distribuição estatística de idade

A amostra total (N=75) é composta por 85,3% de pessoas do gênero feminino (N=64) e 14,7% do gênero masculino (N=11) (Gráfico 2).[8]

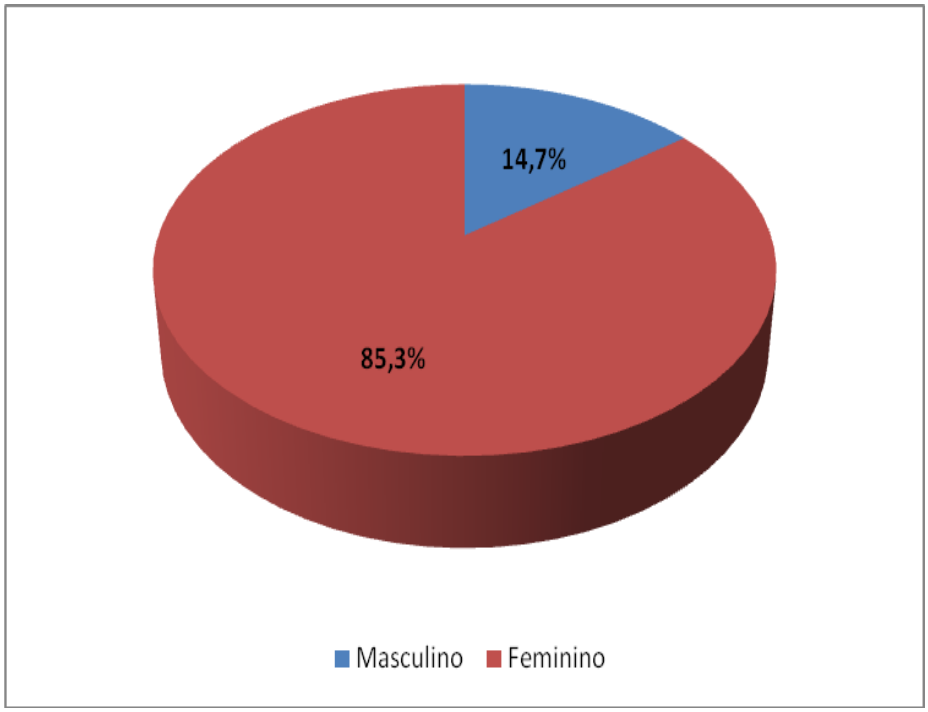


Gráfico 2 - Distribuição percentual de gêneros

No que diz respeito ao grau de escolaridade dos sujeitos que compõem esta amostra encontram-se 24% (N=18) com ensino fundamental incompleto. Em relação ao ensino fundamental completo, temos 16% (N=12) dos entrevistados. Com ensino médio incompleto encontram-se 5,3% (N=4) e ainda com ensino médio completo encontram-se 36% (N=27) das pessoas.

Em relação ao ensino superior incompleto, encontram-se 8% (N=6) das pessoas. Essa mesma porcentagem (8%) (N=6) verifica-se entre aqueles que completaram o ensino superior. Apenas 2,7% (N=2) possuem pós-graduação (Tabela 4; Gráfico 3). Não foram encontrados

[8] Segundo informação oral do Dr. Sizenando Ernesto de Lima Jr. em 22/04/2013, as gastroplastias com a utilização da técnica de Capella realizadas 4063 cirurgias, entre 29 janeiro 1998 e 02 de maio de 2013, sendo 81,5% em pessoas do gênero feminino e 18,5% do gênero masculino.
Verificaram-se 06 tentativas de suicídios, com 02 óbitos (0,15% em relação ao total das cirurgias realizadas).
Verificaram-se 18 óbitos devido a intercorrências (0,44% em relação ao total das cirurgias realizadas)
Afila de espera para a realização da cirurgia bariátrica para as pessoas inscritas no Conjunto Hospitalar do Mandaqui, atualmente, é de 8 anos (maio 2013).

dados referentes ao grau de escolaridade da população brasileira correlacionados com o número de pessoas portadoras de obesidade mórbida operadas para redução do estômago.

Tabela 4 - Relação da frequência e respectivo percentual do grau de escolaridade.

Escolaridade	**N**	**%**
Fundamental incompleto	18	24,0
Ensino fundamental completo	12	16,0
Ensino médio incompleto	4	5,3
Ensino médio completo	27	36,0
Curso superior incompleto	6	8,0
Curso superior completo	6	8,0
Pós-graduação	2	2,7
Total	**75**	**100,0**

Fonte: amostra da pesquisa.

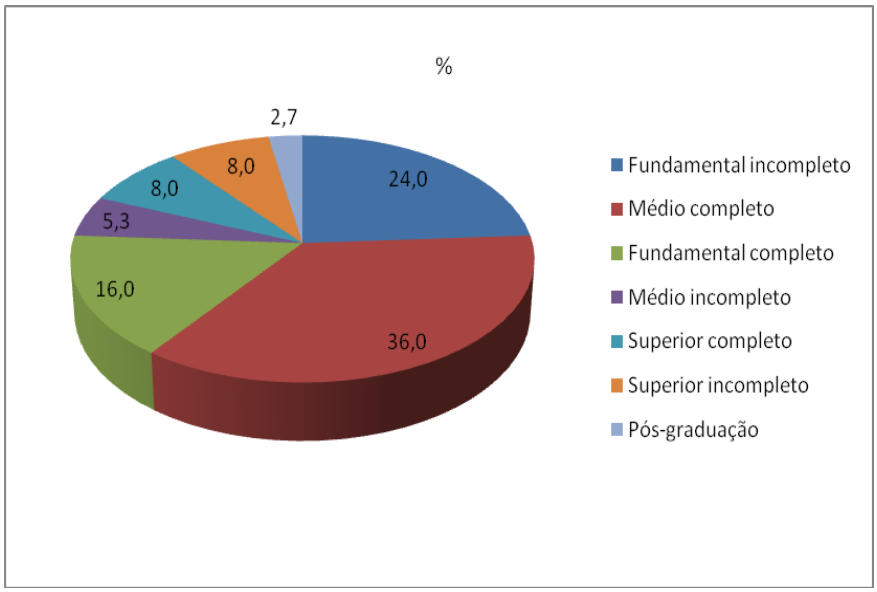


Gráfico 3 – Distribuição percentual do grau de escolaridade.

O tempo decorrido entre a data da realização da cirurgia bariátrica e a data da entrevista foi em média de 6 anos e 3 meses, variando de 4 a 12 anosapresentou-se entre o mínimo de 4 e máximo de 12 anos, com desvio padrão de 2,18 (Gráfico 4).

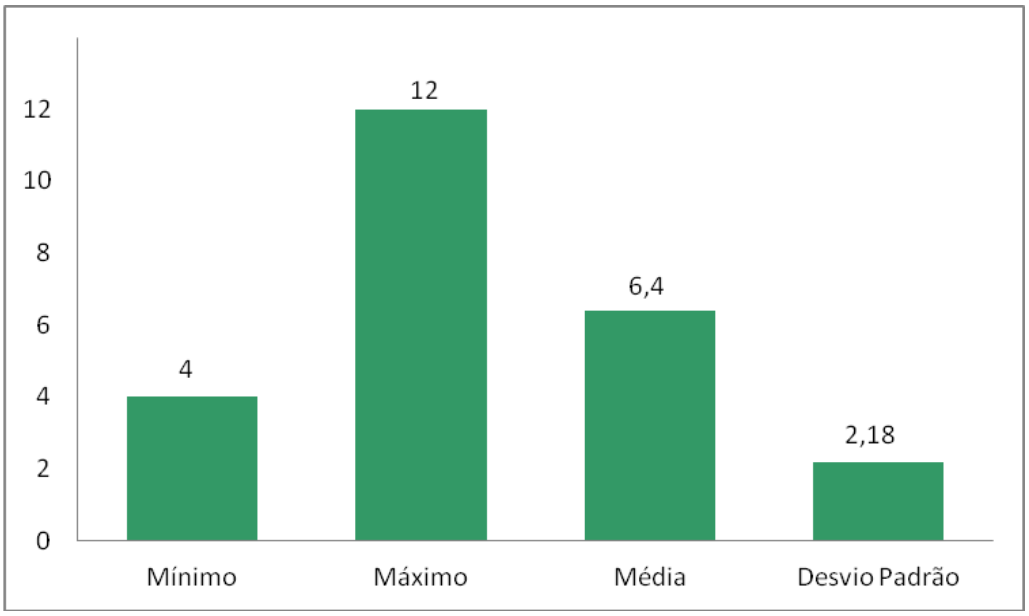


Gráfico 4 – Tempo decorrido em anos, após a realização da CB.

Em relação à altura dos entrevistados, foi observada a mínima de 1,45m, máxima 1,82m, com a média de 1,64m e desvio padrão de 0,08 (Gráfico 5).

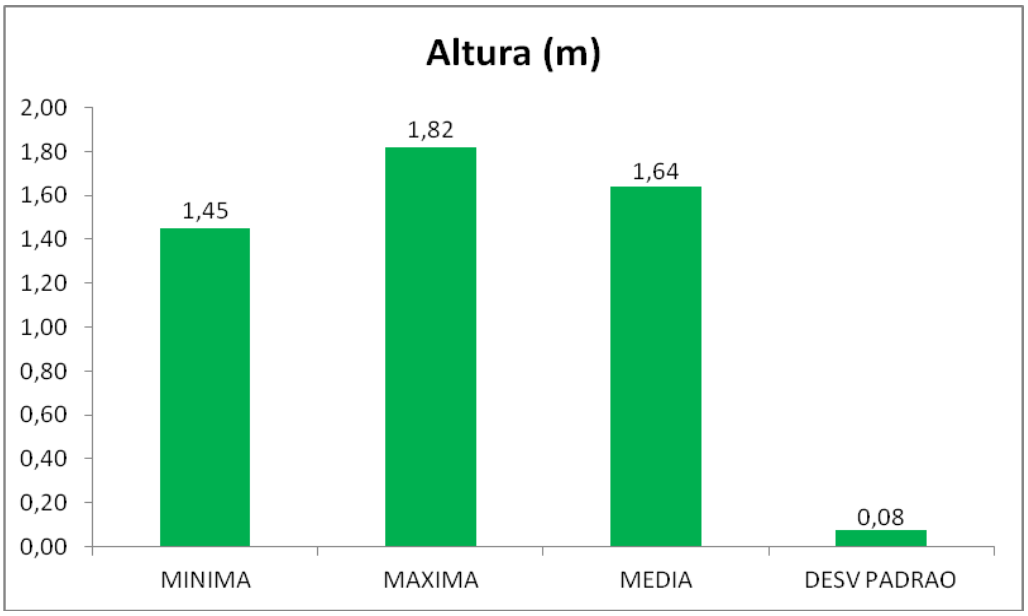


Gráfico 5 – Distribuição estatística da altura.

A demonstração comparativa de peso, entre a data da realização da cirurgia e a data da entrevista, mostrou diminuição nos valores do peso dos entrevistados de 141 kg para 90,8 kg, em média, com a mínima de 90 kg para 60 kg, a máxima de 248,2 kg para 173,3 kg, em média, com desvio padrão de 30,3, o que corresponde aos dados da época em que foi

realizada a cirurgia bariátrica, e de 21,1, dados verificados na data da entrevista (Gráfico 6).

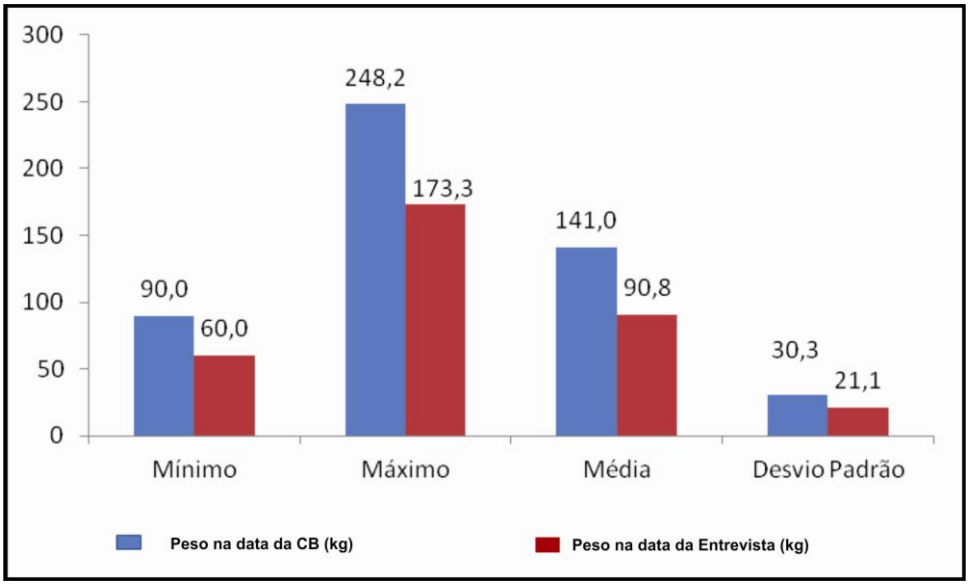


Gráfico 6 – Demonstração comparativa entre o valor do peso corpóreo (kg) na data da realização da CB e a data da Entrevista.

A média percentual da perda de peso corpóreo, entre a data da realização da cirurgia e a data da entrevista, para a amostra total (N=75), foi 35,12%, com mínima de 15,40%, máxima de 57,60% e desvio padrão de 10,40 (Tabela 5).

Tabela 5 – Percentual da perda do peso corpóreo.

Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
15,40	57,60	35,12	10,40

Fonte: amostra da pesquisa.

Houve redução do Índice de Massa Corpórea verificado entre a data da cirurgia e a data da entrevista. Na data da cirurgia o IMC foi, no mínimo, de 34,30, com máximo de 80,10, média de 52,74 e desvio padrão de 9,60. Na data da realização da entrevista verificou-se o mínimo de 20,3, máximo de 55,9, com média de 33,84 e desvio padrão 6,50 (Gráfico 7).

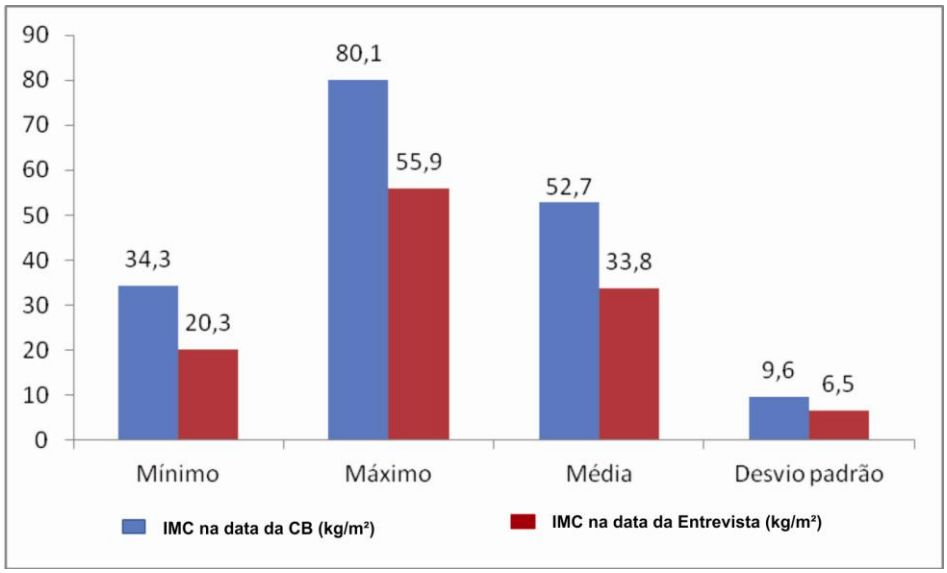


Gráfico7– Demonstração comparativa entre o valor do IMC na data da realização da CB e a data da Entrevista.

Entre os entrevistados da presente amostra, 56 pessoas (75%) referiram possuir antecedentes familiares de obesidade, enquanto 19 pessoas (25%) relataram não possuírem esses antecedentes (Gráfico 8).

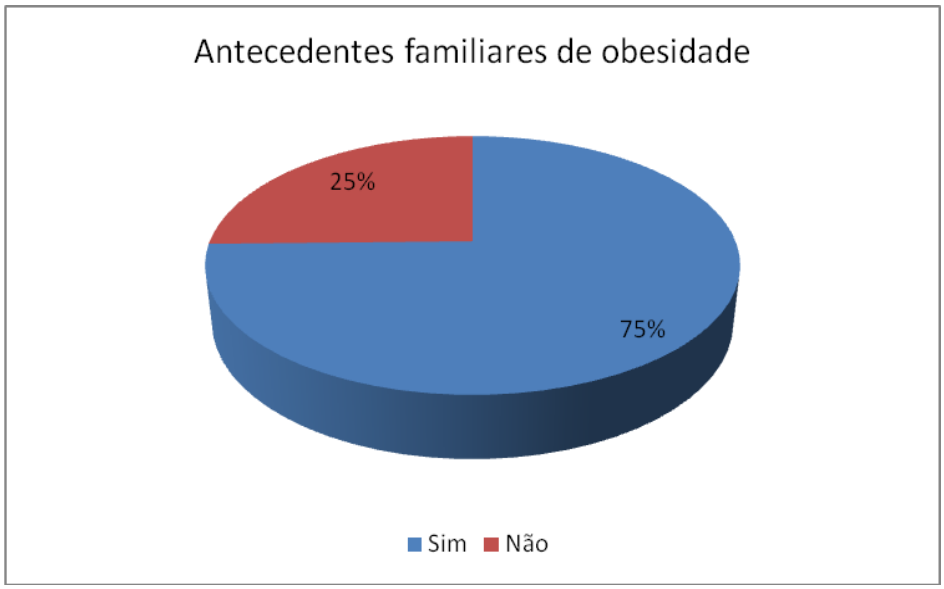


Gráfico 8 – Antecedentes familiares de obesidade.

5.1.2 Resultados de *Coping* e *Habilidade Social*

Para a análise dos níveis de *coping* e de *habilidade social* empregou-se o método proposto por Vasconcellos e Brengelmann (1985, 2000). Os resultados obtidos em relação a esses níveis – que consideram frequência e intensidade em um único dado numérico –, conforme a Tabela 3, apresentaram variação dos valores de referência entre 5 e 9, revelando graus médios e altos de capacidade adaptativa. Níveis baixos e médio-baixos de *coping* e de *habilidade social*, com valores de referência entre 1 e 4, não foram verificados (Tabela 6).

Tabela 6 - Nível geral de *coping* e de *habilidade social*, considerando-se frequência e intensidade

Resultados de nível de *coping* e *habilidade social*

Sujeito	**Nível *coping***			**Nível *hab. soc.***		
	Freq.	**Int.**	**Geral**	**Freq.**	**Int.**	**Geral**
1	8	7	7	7	6	6
2	8	8	7	6	8	7
3	9	9	9	9	9	9
4	8	7	7	7	7	7
5	3	8	6	5	8	7
6	6	9	7	6	9	7
7	8	9	8	8	9	8
8	4	8	7	4	8	7
9	7	9	8	5	9	7
10	7	8	7	7	8	7
11	4	8	7	4	9	7
12	9	9	9	6	9	7
13	8	8	7	7	9	8
14	7	9	8	8	9	8
15	9	9	9	9	9	9
16	7	7	7	7	7	7
17	9	8	7	8	8	7
18	5	8	7	6	8	7
19	7	8	7	8	8	7
20	8	9	8	9	9	9
21	6	6	6	7	7	7
22	9	9	9	8	9	8
23	9	9	9	7	9	8
24	7	8	7	7	8	7
25	4	8	7	5	8	6

continua p. seguinte

Resultados de nível de *coping* e *habilidade social*

Sujeito	Nível *coping*			Nível *hab. soc.*		
	Freq.	**Int.**	**Geral**	**Freq.**	**Int.**	**Geral**
26	7	7	7	7	7	7
27	8	8	7	7	8	7
28	9	8	7	9	7	7
29	9	8	7	6	8	7
30	9	8	7	8	9	8
31	8	8	7	7	7	7
32	9	8	7	8	7	7
33	8	7	7	8	7	7
34	8	7	7	6	7	6
35	8	8	7	9	8	7
36	7	7	7	7	7	7
37	8	8	7	7	8	7
38	9	7	7	6	7	6
39	6	8	7	8	8	7
40	8	7	7	9	8	7
41	8	7	7	9	7	7
42	9	7	7	8	7	7
43	9	8	7	9	7	7
44	9	8	7	7	8	7
45	9	8	7	8	7	7
46	7	8	7	8	8	7
47	9	8	7	9	9	9
48	7	8	7	7	8	7
49	7	7	7	6	7	6
50	6	8	7	6	8	7
51	9	8	7	9	8	7
52	8	8	7	8	8	7
53	5	7	6	5	7	6
54	5	7	6	4	7	6
55	9	7	7	8	6	6
56	7	7	7	7	7	7
57	6	8	7	6	7	6
58	6	7	6	8	8	7
59	8	8	7	7	8	7
60	7	8	7	5	7	6

continua p. seguinte

Resultados de nível de *coping* e *habilidade social*

Sujeito	Nível *coping*			Nível *hab. soc.*		
	Freq.	Int.	Geral	Freq.	Int.	Geral
61	5	8	7	4	8	7
62	7	7	7	9	8	7
63	5	7	6	6	8	7
64	5	8	7	7	8	7
65	7	9	8	5	9	7
66	8	8	7	7	8	7
67	8	8	7	6	7	6
68	9	9	9	9	8	7
69	6	8	7	5	8	7
70	9	9	9	9	9	9
71	8	8	7	8	9	8
72	5	5	5	4	5	5
73	6	7	6	4	7	6
74	8	8	7	7	8	7
75	8	9	8	7	9	8

Fonte: processamento de dados da amostra da pesquisa fornecidos pelo Inst. Paulista de *Stress*, Psicossomática e Psiconeuroimunologia – IPSPP - S. Paulo.

Nível de *coping*-frequência

Considerando-se a frequência de enfrentamento sobre as questões do dia a dia para a amostra total, foi obtido o nível mínimo de 4 e o máximo de 9, com média de 7,25 e desvio padrão de 1,44 (Gráfico 9).

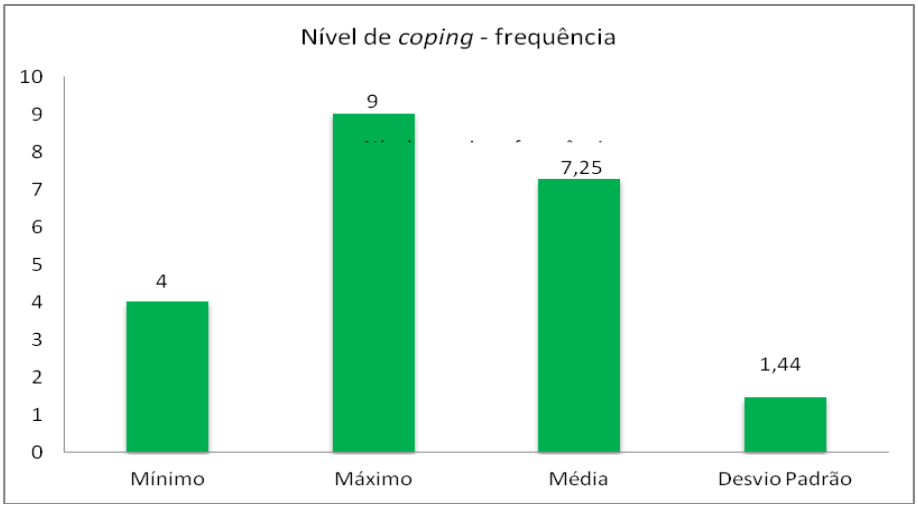


Gráfico 9 – Nível de *coping* em relação à frequência.

Nível de *coping*-intensidade

Considerando-se a intensidade de energia investida no enfrentamento, para a amostra total, foi obtido o nível de *coping* com valores entre o mínimo de 5 e máximo de 9, com média de 7,85 e desvio padrão de 0,80 (Gráfico 10).

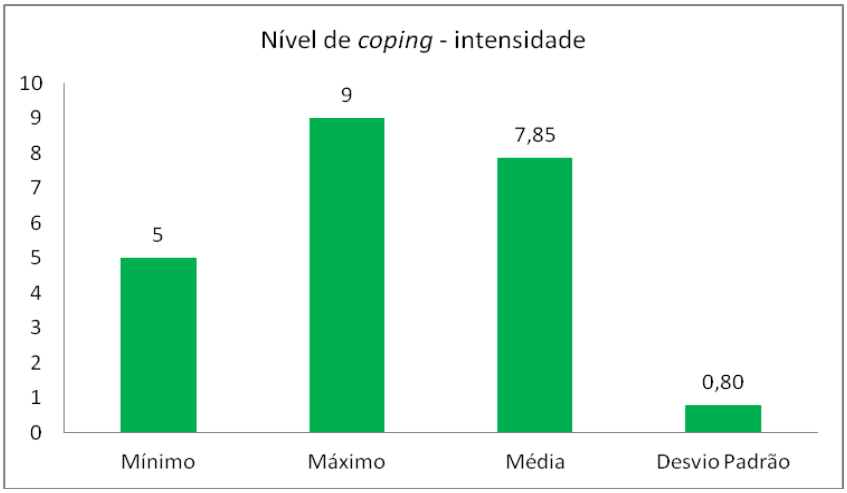


Gráfico 10 – Nível de *coping* em relação à intensidade.

Considerando-se o nível de *coping*-geral, isto é, o conjunto formado pela frequência e intensidade com que os entrevistados enfrentam as questões do dia a dia, para a amostra total, observa-se o nível mínimo de 5 e o máximo de 9, com média de 7,15 e desvio padrão de 0,71 (Gráfico 11).

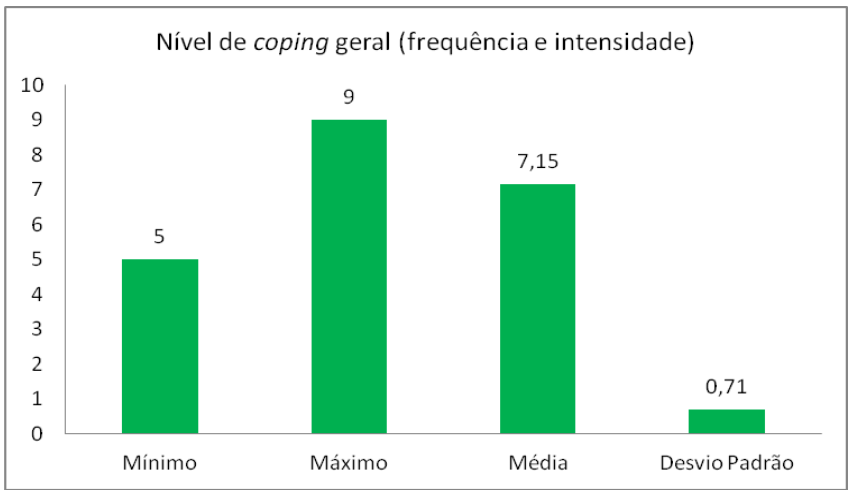


Gráfico 11 – Nível de *coping*-geral (frequência e intensidade).

Na avaliação do nível de *habilidade social*, em relação à frequência, foram obtidos resultados entre mínimo de 3 e máximo de 9, com média de 7,35 e desvio padrão de 1,52 (Gráfico 12).

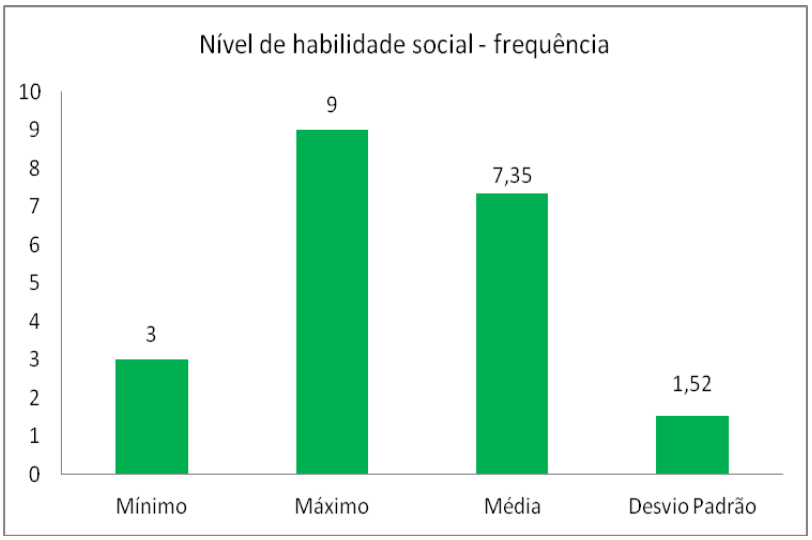


Gráfico 12 – Nível de *habilidade social* em relação à frequência.

Em relação à intensidade, o nível de *habilidade social* apresentou o valor mínimo de 5 e máximo de 9, com média de 7,85 e desvio padrão de 0,78 (Gráfico 13).

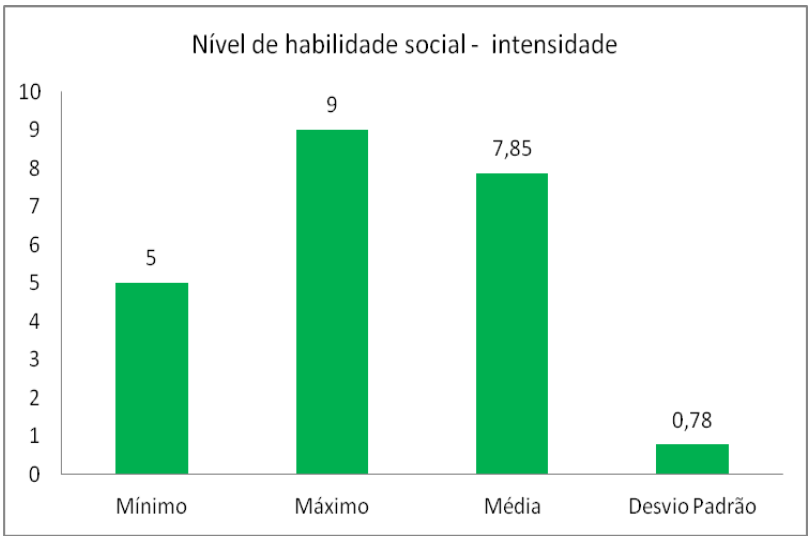


Gráfico 13 – Nível de *habilidade social*-intensidade.

Ao considerar-se em conjunto a frequência e a intensidade, o nível de *habilidade social* geral apresentou o valor mínimo de 5 e o máximo de 9, com média de 7,15 e desvio padrão de 0,77 (Gráfico 14).

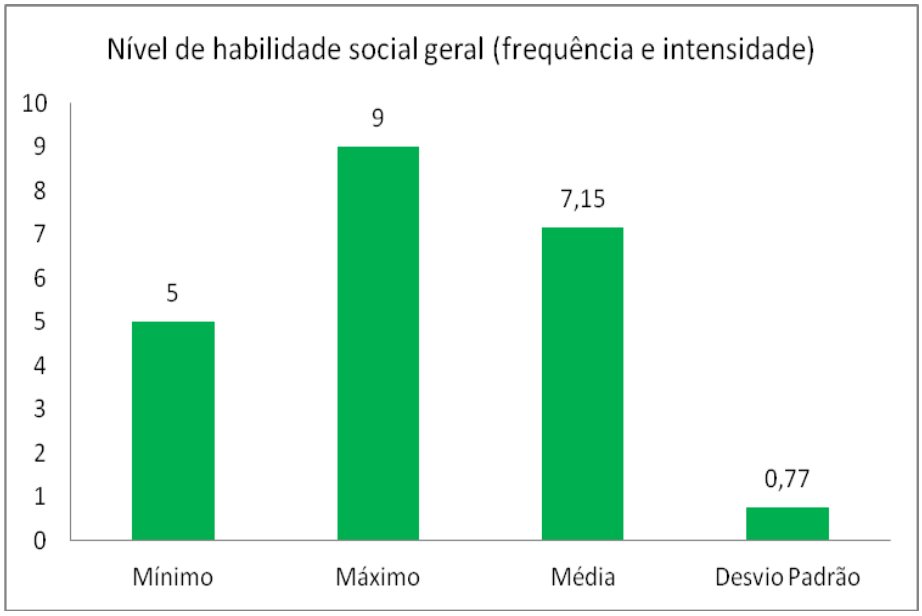


Gráfico 14 – Nível de *habilidade social* geral (frequência e intensidade).

5.1.3 Resultados da Entrevista – Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

Os dados obtidos na entrevista semidirigida composta por nove questões, cujas respostas foram categorizadas pela análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), deram origem aos discursos com os seguintes resultados, tanto quantitativos como qualitativos:

Pergunta 1 – "Comprar roupas: como ficou isso para você depois da cirurgia?"

Em relação à amostra total, as análises das respostas possibilitaram a composição de cinco categorias (de A a E), conforme Tabela 7 e Gráfico 15.

Tabela 7 – Frequência e percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P1.

Categorias	N	%
A - Ficou maravilhoso, sente-se realizada(o).	50	66,67
B - Ainda tem alguma dificuldade para comprar roupas.	13	17,33
C - Livrou-se do preconceito e da discriminação.	9	12,00
D - Não compra nada.	2	2,67
E – Não mudou nada.	1	1,33
Total	**75**	**100,00**

Fonte: amostra da pesquisa.

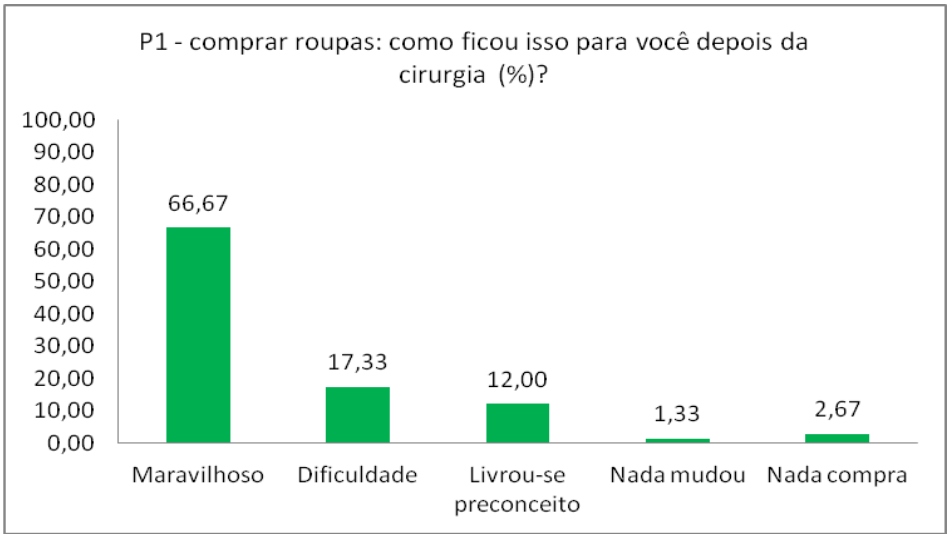


Gráfico 15 – Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P1.

A pergunta P1 procura conhecer aspectos do intrarrelacionamento pessoal e do inter-relacionamento familiar e social no que diz respeito à autonomia e inserção social, associando-os à questão das representações psicológicas que envolvem a escolha do vestuário.

Os resultados observados nas respostas da pergunta P1 encontram-se ligados ao processo de *coping* pela ação, pois mostraram 50 pessoas (66,67%) jubilosas, que adquiriram poder de decisão sobre seu próprio vestuário: examinam vitrines, escolhem modelos, entram e saem de lojas com satisfação pelo desejo realizado, por manterem-se no anonimato em meio à multidão e não mais ser um ponto de referência humilhante. Em número menor, 13 pessoas (17,33%) observaram que, após a realização da CB, em longo prazo, ainda encontravam

alguma dificuldade em comprar roupas. Diferentemente do passado, quando padeceram com a discriminação social, ao trajar modelos de roupas amplas, capazes de cobrir o corpo avantajado, 9 dos entrevistados (12%) referiram não mais sentir vergonha e humilhação, causadas anteriormente à realização da CB, quando exibiam silhueta corpórea considerada em desacordo com os padrões estéticos e culturais. Os entrevistados que relataram não comprar roupas, ou que não sentiram diferença nesse aspecto, após a gastroplastia foram 3 (4%) da amostra estudada.

Os resultados qualitativos referentes às categorizações das respostas à pergunta P1, que expressão os discursos coletivos dos sujeitos, na primeira pessoa do singular, são os seguintes:

Categoria A: **"**Ficou maravilhoso, sente-se realizada(o)."

> *Nossa!!! Melhorou muito, muito! Isso é maravilhoso. Comprar roupas nas lojas é um dos maiores prazeres que a gente tem. É gratificante, levanta a autoestima. É uma terapia gostosa: eu adoro sair, sou muito vaidosa, gosto de me vestir e o meu maior prazer, hoje, é entrar numa loja e encontrar coisas diferentes, roupas que servem em mim.*
>
> *Antes da cirurgia tinha vergonha, receio de entrar na loja, sentia uma insegurança total. Tinha que ser só em loja de shopping que vende tamanho grande. Quando ia numa loja normal, eu nem entrava. Logo a vendedora vinha dizendo que roupa para mim não tinha. Não tinha nada do meu tamanho. Nada cabia em mim, nada servia em mim, nada caia bem. Agora mudou tudo: qualquer coisa veste bem e posso até escolher o modelo.*
>
> *É... Procurar roupa em loja de tamanhos grandes derruba muito a gente, porque a roupa é muito cara e a gente é tratada como se fosse lixo. Mas tem muita coisa que derruba o obeso: é transporte, bar, banheiro, provador de roupa, é tudo!*
>
> *Hoje meu problema não é mais entrar na roupa, o problema é dinheiro, né?*

Categoria B: "Ainda tem alguma dificuldade para comprar roupas."

> *Atualmente não é tão difícil. Sou uma pessoa grande. Vou comprar roupa aonde encontro. Camiseta eu compro, porém, calças ainda não.*
>
> *Em certas lojas específicas ainda tenho facilidade para encontrar roupas, porque uso um tamanho um pouco maior do que o tamanho padrão, mas eu me sinto gorda, ainda...*
>
> *Até uns tempos atrás eu comprava roupa normal, pelo número 46 e tudo, mas, de seis meses prá cá, estou encontrando dificuldades. Estou deprimida demais por estar engordando depois da cirurgia, mas acho que é porque estou enfrentando problemas de relacionamento com a chefia no meu trabalho.*

Então, para mim está bom, mas não está ótimo! Ainda não consigo comprar em qualquer loja. Ainda encontro barreiras. Eles fazem os modelos de rua para pessoas magras. Se chego numa loja, e estou usando 44, o 44 não me serve, 46 não tem, vou para o 48! Daí fico com a impressão de que estou obesa... é complicado isso. Então a gente diz: "Nossa, emagreci com tanto sacrifício e ainda estou usando roupa de gordo!"

Fiquei muito tempo obesa, então tem horas que tenho tendência de ir pelos números maiores, mas pelo tamanho não tenho mais problema.

Categoria C: "Livrou-se do preconceito e da discriminação."

Já sofri muito. Para você ter uma ideia, não precisava nem entrar na loja. Só de chegar na porta, já me perguntavam: "É para você ou para uma amiga?" Quebrei muito pau, sou encrenqueira, mas mandei chamar o gerente muitas vezes. Me sentia injustiçada. Não é porque era gorda que eu não podia entrar naquela loja!

Um dia a moça disse para mim na porta: "Eu não tenho roupa tamanho gigante." Respondi: "Não era para mim, era para presente."

Acho que os comerciantes preferem mais os magrinhos que os gordinhos. Eu entrava numa loja e somente encontrava roupas fininhas, tudo para gente magrinha, sendo que às vezes não conseguia nem comprar roupa, mesmo depois de andar pela cidade inteira.

Graças a Deus agora ficou bom... Até que enfim, pois me dava vergonha. Me sentia humilhada, não tinha mais coragem de comprar alguma roupa.

Agora ficou dez! Sinto uma grande diferença, fiquei livre disso tudo!

Categoria D: "Não compra nada."

Não compro, acho que tenho algum problema, porque eu não gasto, não compro as coisas... Não compro roupas, eu mesma costuro pra mim.

Categoria E: "Não mudou nada."

Nunca tive problemas psicológicos com a obesidade! Sempre achei gostoso comprar roupas. Na praia já usava até biquíni... Gosto de provar uma roupa quando vejo na vitrine. Eu fui engordando e nunca liguei para o fato de engordar.

Sempre fui assim, nem quando era gorda, nem antes e nem depois [da cirurgia]!

Pergunta 2 – "Preocupação com a aparência física: como você se sente?"

As análises das respostas possibilitaram a composição de três categorias (de A a C), cuja distribuição percentual encontra-se na Tabela 8 e no Gráfico 16.

Tabela 8 – Frequência e percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P2.

Categorias	N	%
A - Presença de frustração em relação à aparência física.	33	44,00
B - Preocupa-se com a aparência física.	27	36,00
C - Não se preocupa com a aparência física.	15	20,00
Total	**75**	**100,00**

Fonte: amostra da pesquisa.

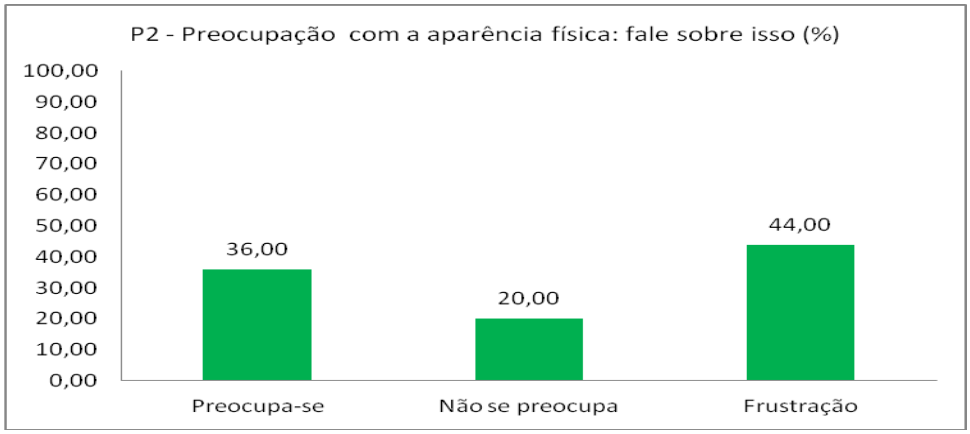


Gráfico 16 – Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P2. .

A pergunta P2 relaciona-se diretamente com os cuidados com a aparência pessoal, autoestima e disposição interna da pessoa diante de um elemento do mundo social. O discurso de 33 entrevistados (44%) revelou frustração causada pelo tempo de espera, longo e desanimador, com vistas à realização da cirurgia plástica corretiva; descontentamento em virtude do peso corpóreo, que voltou a aumentar; e desencanto pela perda de sinais marcantes de feminilidade, apagados pelas rugas e pela flacidez da pele.

Em outra categoria de respostas, 27 (36%), pessoas, entre mulheres e homens entrevistados nesta amostra, consideraram-se vaidosas e interessadas na aparência pessoal. Entre as mulheres houve referências ao prazer em usar maquiagem e se vestir com modelos mais ajustados ao corpo após a realização da CB. Foram 15 (20%) as pessoas que referiram não se preocupar com a aparência física, cujo discurso coletivo sugere certa dificuldade de adaptação. Resultados qualitativos referentes às categorizações das respostas à pergunta P2, que expressam os discursos coletivos dos sujeitos, na primeira pessoa do singular, são os seguintes:

Categoria A: “Presença de frustração em relação à aparência física em função do desejo de realização da cirurgia plástica, do reganho de peso e, ainda, resultante do aspecto de alguma parte do corpo que não lhe agrada.”

> *De vez em quando me preocupo com aparência por que vejo que tem muita pele sobrando aqui. Depois que comecei a engordar novamente, já nem chego mais perto do espelho. Pelo fato de ter voltado a ganhar peso, já não estava mais tão preocupada com a aparência. Isso me entristece hoje – depois que engordei quase 30 quilos – porque estou perdendo a qualidade de vida, nunca mais cuidei de mim e acabei ficando relaxada...*
>
> *Como nunca fui uma menina magra, nunca tive esse ponto de me ver gorda, depois magra, depois gorda novamente. Sempre fui uma gorda convicta, sempre dancei, fiz ginástica, balé – e eu era a única gorda da academia que fazia* spacato *completo. Agora estou me achando um pouco envelhecida, pois, por causa do meu rosto, algumas pessoas já me chamam de idosa. Não gosto também dos meus seios: tenho o maior complexo! Tenho hérnia, mas não fiz plástica ainda. Quero tirar a hérnia e fazer a plástica da barriga.*
>
> *Depois da cirurgia eu gostava de ficar me olhando no espelho, querendo ficar magra, pois dava para perceber que eu estava enxugando bastante. Mas agora, anos depois, quando penso no meu físico, logo fico deprimida...*
>
> *Era melhor ter ficado obesa do que ficar do jeito que estou agora, porque não tenho coragem nem de vestir um short. E isso me aborrece demais. Acho que eu ficaria melhor se pudesse fazer cirurgia plástica, pelo menos no abdome, para não ficar assim, com as peles penduradas também no braço, nas pernas...*
>
> *São algumas coisas que me incomodam, mas não é só por vaidade. Parece que estou vivendo um sonho que ainda não foi realizado...*

Categoria B: “Preocupa-se com a aparência física.”

> *Sim, me preocupo sim, todos os dias! Antes eu não tinha vaidade nenhuma, era depressiva, não me pintava, não passava maquiagem. Usava roupas com elástico, aquelas coisas horrorosas, então não tinha nem o que me arrumar. Hoje em dia não, procuro fazer uma saia mais bonitinha para ficar bem no meu corpo. Passei a me cuidar na aparência, nas roupas, em tudo!*
>
> *Já fiz as plásticas na barriga e nas coxas; tenho usado cremes, gosto de estar sempre perfumada. Tanto assim que minha filha fala que me pinto até para ir ao médico, porque não saio de casa sem uma sombra e um batom.*
>
> *Depois da cirurgia a gente fica com autoestima melhor. Agora fiquei vaidosa: comprei até um espelho grande para me ver por inteiro! Olho muito no espelho, mas não faço comparação com ninguém. Estar assim, na frente do espelho... é tão gostoso! Minha aparência está ótima, me vejo como uma sereiazinha!*

Hoje em dia penso na saúde. Num primeiro momento, quando fiz a cirurgia, pensei muito em estética. Mas, atualmente, depois de oito anos, penso muito mais em saúde. Minha pressão não sobe mais e estou conseguindo caminhar, porque, antes, tinha muitas dores nas pernas. Isso, pra mim, é uma vitória muito grande!

Depois que perdi peso passei a me admirar, independente de sequelas, porque vão sobrando peles flácidas, essas coisas assim. Mas, a pesar disso, eu me sinto bem.

O que mudou completamente foi o meu interior, por dentro: passei a querer me valorizar mais, porque agora a gente sabe que vai poder fazer tudo aquilo que era limitado. Para mim, o mais importante é a pessoa se aceitar e passar a se gostar do jeito como ela é!

Categoria C: "Não se preocupa com a aparência física."

A aparência física conta muito para a autoestima da gente, mas eu não penso muito nisso, não. Quero viver o aqui e agora, quero melhorar, quero qualidade de vida! Só fiz essa cirurgia devido à minha saúde, porque me preocupo com o meu bem-estar. Não quero nem fazer cirurgia plástica. Acho que estou ótima do jeito que estou, pois não tenho a pretensão de ser uma top model. *Só que às vezes me acho gorda, feia. Depende do dia: tem dia que me acho linda!!!*

Quando eu era gorda me sentia muito bem também, mas fazia muito mal pra saúde. Agora estou vendo que posso andar bastante, que está tudo perfeito e que, quando me olho, sei o que está feio e o que vai precisar ficar "menos", para tentar consertar.

Não tenho vaidade, mesmo, pois, se tiver que comer um docinho, ah!, eu como mesmo!

Pergunta 3 – "O olhar das pessoas sobre você depois da realização da cirurgia."

As análises das respostas possibilitaram a composição de três categorias (de A a C), cuja distribuição percentual encontra-se na Tabela 9 e no Gráfico 17 .

Tabela 9 – Frequência e percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P3.

Categorias	N	%
A - Olham com admiração/recebem elogios.	27	36,00
B - Olhares de curiosidade e/ou inveja e/ou crítica.	26	34,67
C - Olham de modo diferente/agora se sentem socialmente incluídas(os).	22	29,33
Total	**75**	**100,00**

Fonte: amostra da pesquisa.

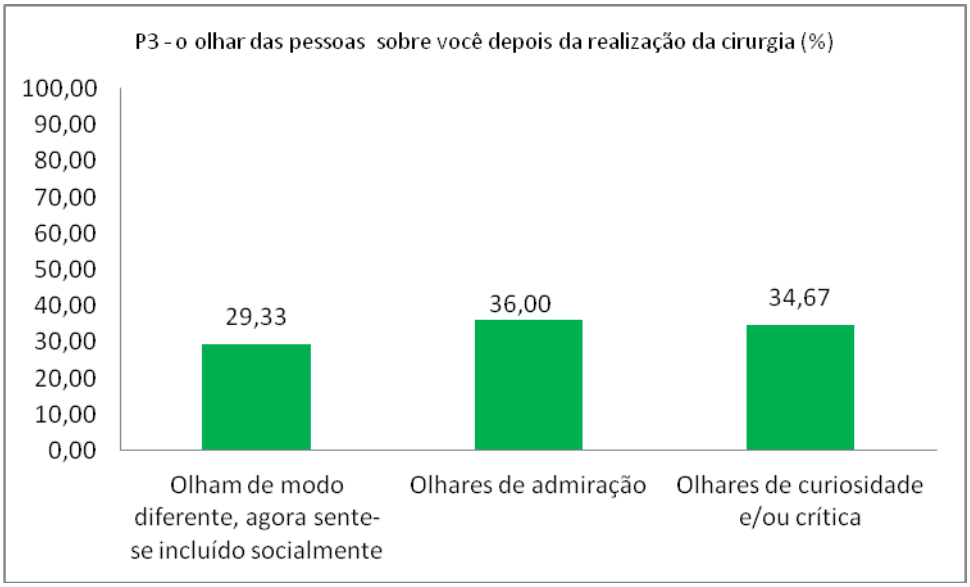


Gráfico 17 – Percentual de cada categoria de respostas referentes à pergunta P3.

A pergunta P3 investiga a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, o reflexo da mudança de comportamento demonstrada pelos outros que o rodeiam e de que maneira esse acontecimento pode repercutir na autoestima, refletindo na adaptação psicossocial. As categorias de respostas em relação a essa questão(aparência física) apresentaram pequena variação percentual, sendo o denominador comum entre elas o sentimento de prazer. Entre os entrevistados, 27 pessoas (36%) regozijaram-se por que se sentem admirados pelos outros, 26 (34,67%) foram criticadas pelos curiosos e invejosos e, ainda, 22 pessoas (29,55%) sentem-se socialmente inclusas por que se entrosaram como pessoas comuns, em meio à multidão outrora percebida como hostil. Resultados qualitativos referentes às categorizações das

respostas à pergunta P3, que expressam os discursos coletivos dos sujeitos, na primeira pessoa do singular, são os seguintes:

Categoria A: “Olham com admiração, recebem elogios.”

As pessoas agora me olham de um modo diferente. É... elas me olham assim, de um modo para melhor!

Acho muito bom me olharem desse jeito, porque me sinto nas nuvens, fico feliz! Na minha mente agora eu falo: "Como você está gostosa! Como você está bonita!" Deito no sofá, ponho música gospel e faço minha oração para agradecer essas coisas boas.

As pessoas ficam simplesmente admiradas, me elogiam e até já me perguntaram se, agora que estou bem, vou querer trocar de marido... Achei graça e respondi que, estando gordinha ou magrinha, quero ficar com esse marido mesmo!

Estou me sentindo muito bem, tenho boa aparência e, principalmente, estou com saúde. Sei que muitas pessoas gostariam de operar o estômago, mas não têm coragem por que é uma cirurgia muito séria. Por isso mesmo, acho que hoje as pessoas me veem como uma guerreira! Que vitória!

Categoria B: “Olhares de curiosidade e/ou inveja e/ou crítica.”

Depois da cirurgia, vizinhos do meu bairro e pessoas que me conheciam gorda, às vezes passavam por mim, davam uma olhada e continuavam andando. Alguns, porém, voltavam e perguntavam: “Mas é você, mesmo? Nossa! Como você está diferente! Você emagreceu... O que você fez? Foi aquela cirurgia?”

O olhar das pessoas conhecidas mudou por que emagreci muito rápido! Chegaram a me perguntar se eu estava doente ou até se tinha aids, e isso me machucava muito. Para ser sincera, tem muita gente que me olha até com inveja! Meu primo acha que devo estar morrendo de anemia... Uma amiga disse que preferia quando eu era mais gordinha! Acontece que isso me irrita profundamente, porque eles não sabem o que eu sentia antes.

Há também olhares negativos, cheios de críticas disfarçadas. Hoje, algumas pessoas chegam a me rejeitar não só pelo novo físico, mas pela mudança de personalidade que aconteceu comigo. Sei que uma mudança nem sempre agrada a todos, e aqueles que não gostaram ficam me cobrando por ter sido operada. A gente acaba ouvindo tanta cobrança que, às vezes, passa a se cobrar também!

A verdade é que as opiniões variam: falam que eu fiquei bonita, que fiquei melhor... ou que eu fiquei muito enrugada, envelhecida. Mas pra mim não importa, o que importa é que estou bem! Eu me acho ótima!

Categoria C: “Olham de modo diferente/agora se sentem socialmente incluídas(os).”

> *Depois da cirurgia as pessoas passaram a me ver de um modo diferente, até na minha própria família. Antes eu percebia um olhar de pena, mas agora me olham e comentam que estou rejuvenescida.*
>
> *Antes até as crianças davam risada de mim, eu tinha vergonha de comer em aniversário, na casa dos outros ou em restaurantes, porque sofria discriminação. Na verdade as pessoas não gostam de obesos; algumas sentem até nojo de obesos! Já ouvi pessoas dizerem até que obeso fede...*
>
> *Alguns me olhavam com piedade, outros como se não me vissem. O obeso pode ser a melhor pessoa do mundo, mas, por ser gorda demais, parece que ninguém a vê. Os outros olham, mas não a enxergam... Eu sentia falta das pessoas quererem se aproximar, porque gosto de conversar, gosto de rir! Quantas coisas eu perdi por causa da gordura, que me atrapalhou!*
>
> *Os olhares mudaram, pois emagrecer faz a gente ficar bem, é outra coisa! As pessoas são mais sociáveis agora e me olham de uma forma doce, gentil... Hoje eu existo! Passaram a me tratar bem só por que não sou mais obesa...*
>
> *Eu precisava de apoio moral enquanto era gorda, antes de fazer a cirurgia. Hoje não preciso mais: já tenho a maior satisfação de passar irreconhecível no meio da multidão. Deixei de ser um ponto de referência e passei a ser uma pessoa comum!*

Pergunta 4 – “A vida em família após a realização da cirurgia bariátrica: fale sobre isso”.

As análises das respostas possibilitaram a composição de cinco categorias (de A a E), cuja distribuição percentual encontra-se na Tabela 10 e no Gráfico 18.

Tabela 10 - Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P4.

Categorias	N	%
A – Melhora nos relacionamentos familiares.	34	45,33
B - Atitude pessoal positiva perante a família.	14	18,67
C - Mudança na dinâmica familiar: ciúme, cobranças, sabotagem, separação conjugal.	11	14,67
D - Influência de novos hábitos alimentares na vida familiar.	10	13,33
E - Sentimentos de incompreensão, abandono e constrangimento em relação aos familiares.	6	8,00
Total	**75**	**100,00**

Fonte: amostra da pesquisa.

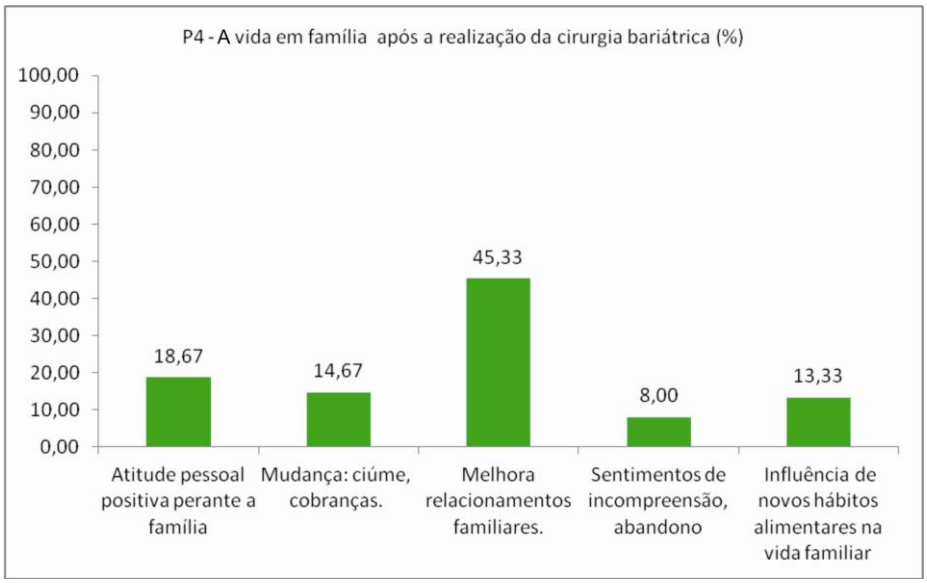


Gráfico 18 – Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P4.

Em relação às possíveis mudanças no desempenho do papel familiar, a pergunta P4 investiga a configuração do modo de enfrentamento do paciente após a realização da CB. Hábitos alimentares comedidos, decorrentes de comportamentos de autocontrole em relação aos cuidados com a manutenção do peso corpóreo acabam refletindo-se na dinâmica da constelação familiar como um todo.

Foram observadas, nesta questão, as mudanças sentidas de forma positiva nos relacionamentos familiares após a realização da CB – nas categorizações A por 34 pessoas (45,33%), B, 14 pessoas (18,67%) e D, 10 pessoas (13,33%) – por meio das referências dos entrevistados ao apoio recebido por parte da família. Perceberam mudança de atitude em relação à vontade própria, que veio a romper com o paradigma anterior de submissão, quando padeciam de obesidade mórbida, e sucesso na educação alimentar dos filhos, passando a exercer influência sobre a alimentação do marido. Nas categorizações C e E – respectivamente, 11 (14,67%) e 6 pessoas (8%) – foram observados sentimentos de ciúme, cobranças emocionais e incompreensão e abandono por parte dos familiares.

Os resultados qualitativos referentes às categorizações das respostas à pergunta P4, que expressam os discursos coletivos dos sujeitos, na primeira pessoa do singular, são os seguintes:

Categoria A: “Melhora configurada nos relacionamentos familiares, apoio da família.”

> *A qualidade de vida na minha casa mudou para melhor. Eu não conseguia acompanhar os filhos para lugar nenhum. Hoje eles me chamam e eu digo: "Vambora!" Estou correndo atrás do prejuízo. Em relação ao volume de comida,*

depois da cirurgia, minha mãe falava brincando: "Neste mês gastamos menos do que no mês passado."

Minha vida em família melhorou, meu marido gostou tanto do resultado que me deu até um carro! Meu filho sente ciúmes, mas, mesmo assim, é muito gratificante! Minha filha se empolga!

Minha família sempre me apoiou em todo momento, desde a hora que operei até a hora em que fiz as plásticas. Eles não permitiram que eu fizesse muito esforço a fim de que pudesse me recuperar bem.

Hoje eles dizem: "Mãe, a gente olha os vídeos das festas das crianças no tempo em que você era obesa, e compara como você se encontra hoje, tem muita diferença!" Mudou o modo como eles me enxergam, como eles me veem!

Quando engordei agora, desta vez, depois que passei por problemas pessoais, eles estão me compreendendo, me colocando bem pra cima...

Eles admiram a coragem que eu tive de optar pela cirurgia, porque estou diferente do que era antes. Em relação à saúde melhorei da diabetes e agora posso dizer que estou bem!

Categoria B: "Atitude pessoal positiva assumida perante a constelação familiar."

Como sempre fui muito positiva na vida, sirvo de referência para a família em tudo! Meus netos estão felizes, acham que estou mais carinhosa e, graças a Deus, parece que ganhei mais paciência...

Antes da cirurgia me sentia manipulada, controlada, até mesmo oprimida pelo meu filho mais velho! Depois da cirurgia, no entanto, passei a não tolerar mais essa situação, decidida a não aceitar ordens de quem eu tinha parido.

Fui capaz de romper com esse modo de vida quando entrou um homem na história! Juntei com esse homem e, embora meu filho não aceitasse, tomei a decisão em nome de viver um pouco mais. Queria sentir-me amada e, assim, finalmente consegui me manter em pé!

O relacionamento com meu pai, que tem Alzheimer, e a mulher dele, que não regula da cabeça, também tomou outros rumos. Eles dão muito trabalho, mas dei um jeito para me afastar e poder cuidar um pouco de mim. Eu cuidava deles, só pensava neles, já estava até me sentindo influenciada pela situação deles.

A cirurgia me ajudou muito, pude começar a trabalhar, porque antes só ficava em casa! Foi isso que mudou toda a minha vida!

Categoria C: "Mudança na dinâmica familiar: presença de ciúme, cobranças, sabotagem, separação conjugal."

Na família tive o maior apoio para fazer a cirurgia. Mas no decorrer do tempo meu marido foi ficando ciumento, e minhas irmãs até deixaram de falar comigo. Não era

mais como antes, quando somente eu era a mais gorda de todos! Quando elas viram que eu tinha ficado como elas, a coisa mudou...

Na hora das refeições meu marido comia um prato enorme e queria, por toda a lei, que eu comesse também. Comprava Coca-cola, chocolate, enfim, não me ajudava em nada e eu acabava ficando deprimida por causa dele. Um dia partiu para cima de mim... eu caí, bati no chão e me cortei. Ele já era ciumento, mas foi ficando cada vez pior.

Tornou-se bem complicado lidar com isso. Houve uma mudança de papéis na família, sendo que ele não aguentou. Eu me adaptei bem com a nova mulher que me tornei, mas ele não. E por isso mesmo fazia cobranças, dizendo que depois que fiz a operação do estômago eu tinha virado uma "Giselle Bunchen"...

Quatro meses depois da cirurgia eu já tinha emagrecido 26 quilos, mas o casamento chegou ao fim. Penso que o que ele amava mesmo era a minha obesidade!

Categoria D: **"**Influências dos novos hábitos alimentares na vida da família."

Quando eu era gorda todo mundo achava lindo e maravilhoso como eu comia muito e participava das comemorações com toda a família. Depois da cirurgia emagreci, mas vinha sentindo dificuldade para manter o peso, justamente pelo fato de meu marido comer bastante. Acabava me sentindo obrigada a acompanhá-lo. Mas, finalmente, consegui educar a alimentação de todo mundo, até do meu marido! Mudou nossa vida em família. Eles veem que agora eu como menos, não faço nada de especial para mim. Porém não dá mais para comer de tudo, pois há certas limitações: tenho de comer o que consigo, em quantidades pequenas, mas eu como!

Em raras situações, eles ficam me zoando. Quando anuncio que estou morrendo de fome, coloco um pingo no prato e, daqui a pouco, já estou cheia, eles olham bem para mim, veem que estou com a cara estranha e falam: "Já vai vomitar!" Daí eu vou lá e vomito. Mas se a comida estiver muito boa, volto para comer de novo, só que eles continuam me zoando! Tenho para mim que essa zoada é carinhosa porque, se eu estiver comendo além da conta, eles se preocupam comigo e ficam, pegando no meu pé, para eu parar de comer.

Categoria E: "Sentimentos de incompreensão, abandono, constrangimento em relação aos familiares".

Não tive apoio de ninguém. Nessa época, minha mãe estava em Goiás e meu marido era completamente subjugado pelos seus pais. Vim para a cirurgia sozinha. Tomei o ônibus, cheguei aqui e entrei para a cirurgia com a pressão altíssima. Quando acabou a cirurgia, quem me recebeu para me mandar para casa foram os seguranças, porque não tinha ninguém da minha família aqui...

Já houve períodos em que entrei em depressão e pensei, até, em tirar a minha vida. Mas não vou fazer isso porque meu filho, embora tenha muitos defeitos, é muito bom para mim.

Pergunta 5 – "Hábito alimentar e prazer: o que você acha disso?"

As análises das respostas possibilitaram a composição de quatro categorias (de A a D), cuja distribuição percentual encontra-se na Tabela 11 e no Gráfico 19.

Tabela 11 – Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P5.

Categorias	N	%
A - Sente prazer em comer, mesmo sendo pouca quantidade.	32	42,67
B - Considera o alimento somente uma necessidade.	17	22,67
C - Limitações na alimentação: engasga, tem *dumping*, vomita ou, ainda, usa o alimento como recompensa ou fuga.	16	21,33
D - Não mais sente prazer em comer.	10	13,33
Total	**75**	**100,00**

Fonte: amostra da pesquisa.

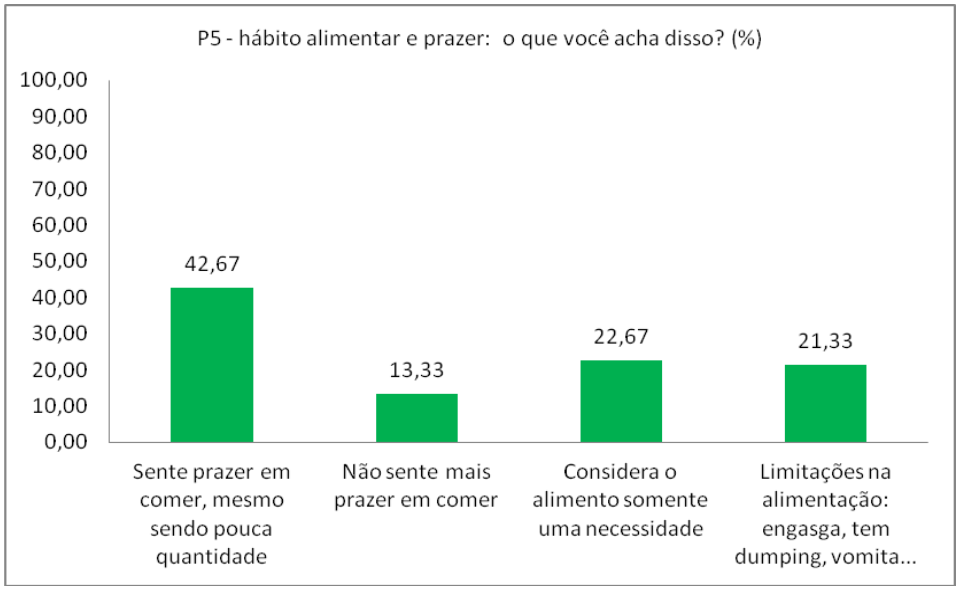


Gráfico 19 – Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P5.

A pergunta P5 procura investigar o posicionamento dos pacientes em relação aos hábitos alimentares adquiridos após a realização da CB, frente à possibilidade de voltar a engordar, e ao reduzido volume de alimentos que conseguiam ingerir.

As respostas dos entrevistados que compõem a categoria A, 32 pessoas (42,67%), revelaram que sentem prazer em comer, mesmo sendo pouca a quantidade. Na categoria B, 17 pessoas (22,67%) foram categorizadas nas respostas das pessoas que consideraram o alimento apenas uma necessidade, sendo que na categoria C, formada por 16 (21,33%), os pacientes referiram limitações como, por exemplo, engasgos, *dumping*[9] *ou* vômitos. Na categoria D, 10 pessoas (13,33%) foram observadas entre aquelas que referiram não mais sentir prazer em comer.

Os resultados qualitativos referentes às categorizações das respostas à pergunta P5, que expressam os discursos coletivos dos sujeitos, na primeira pessoa do singular, são os seguintes:

Categoria A: "Sente prazer em comer, mesmo sendo pouca a quantidade."

> *Gosto de cozinhar para a família e para os amigos e sempre senti prazer em comer! Tenho até mais prazer do que antes, porque agora a gente come tudo o que quiser... come-se até errado, sabendo que não é aconselhável comer doce. E acho divertido, porque sei botar tudo para fora! Já tiro de letra, já!*
>
> *É incrível porque só entalo com comida saudável, mas não com "besteira". Agora estou tentando evitar cozinhar aquelas coisas que eu gostava muito de comer. Sabe como é? A gente opera o estômago, mas não opera os olhos, né?*
>
> *Quando vou a alguma festa observo tudo o que tem, mas escolho para comer só aquilo que me agrada. A diferença é que preciso comer devagarzinho e, se os outros estão comendo gostoso e eu não me sentir bem, então eu "fico na minha" para deixar os outros à vontade.*
>
> *Hoje tenho o prazer de selecionar minha alimentação, porque prato pequeno é chique! Em relação à comida, o que vale é qualidade e não quantidade. Agora sei comer direito e não preciso mais da nutricionista, porque eduquei meu estômago e ensinei meus filhos o hábito de comer como se deve.*
>
> *Na verdade, quando se faz a cirurgia de redução do estômago acontece algo muito incrível dentro da boca da gente. Não sei como, mas muda o paladar, que fica mais aguçado e, assim, dá para definir bem os sabores. Então, se você tiver controle não vai precisar ficar comendo só sopinha, e esse tipo de coisa.*
>
> *Antes eu vivia para comer. Agora, eu como para viver. Mas não é por que eu como pouco que não vou mais ter prazer!*

[9] Mal-estar generalizado caracterizado por sudorese, tremor, náuseas e palpitações, que ocorrem logo após a ingestão de alimentos, tais como doces e gorduras (REPETTO; RIZZOLLI, 2006).

Categoria B: “Considera o alimento somente uma necessidade.”

Logo depois da realização da cirurgia eu tinha quase parado de comer. Agora melhorei, mas ainda prefiro comer pouco para nunca mais voltar a engordar.

Antes da cirurgia, quando eu comia com exagero, me sentia deprimido, vomitava, ficava revoltado, chorava, chegava a me cortar, tanto que ainda tenho até umas marcas aqui. Cortava de raiva de mim!

Acho que agora me adaptei bem. Só que estou enfrentando um problema sério: meus dentes estão todos estourando na raiz! Vou ao dentista, ele faz a obturação, mas o dente estoura de novo... Assim, não estou conseguindo mastigar de nenhum dos lados. Eu como porque é preciso comer, só isso mesmo!

Para falar a verdade, algumas coisas não se pode mais comer, mas, como a comida é necessidade, a gente não pode passar sem ela. Carne vermelha, pra mim, já era... nem vou mais em churrascaria! Arroz, lasanha, doces, bolo de aniversário, nada disso me faz bem, pois se eu comer um pedacinho que seja, vou passar muito mal. Só me alimento bem com verdura.

Em festas eu não tenho vontade de comer nada, mas isso eu consigo levar numa boa, já deixou de ser um sofrimento. Sou muito feliz com pouca comida porque não vivo mais prá comer: agora eu como para viver!

Categoria C: **“**Limitações na alimentação: engasga, tem *dumping*, vomita ou, ainda, usa o alimento como recompensa ou fuga dos problemas.”

Não passo vontade de nada, como de tudo, mas como pouquinho. Se estiver com vontade de alguma coisa eu como, mas tenho certas limitações. Não dá mais para abusar, pois, se comer rápido, passo mal, sinto tremedeira, tenho dumping *e até já me entalou alguma coisa aqui, antes do estômago, que nem me lembro mais o que foi. Quando isso me acontece, espero passar a sensação de mal-estar, vou lá e como novamente.*

Acho que é aí que está a minha fuga dos problemas! Como por raiva, por ódio, como de tudo, tanto é que tomei uma cervejinha, só de raiva... Tenho fome, meu estômago não me permite, mas eu como mesmo assim. Nas festas belisco uma coisinha aqui, outra coisinha ali, enfim, experimento de tudo! Mesmo que depois me sinto mal, vou ao banheiro e...

Mas experimento de tudo! Sei que, se conseguir mastigar, vou conseguir comer. Porém, se eu não mastigar muito, vou acabar vomitando.

Tenho que saber me comportar conforme a ocasião, mas, apesar disso tudo, acho que dá para levar uma vida normal!

Categoria D: “Não mais sente prazer em comer.”

> *Embora ainda goste de comida, não sinto mais prazer nenhum, porque agora se tornou mais uma questão de saber o que posso e o que não posso comer. Já estou acostumada assim, já me eduquei. Como pouco, somente aquilo que cabe no meu estômago.*
>
> *Depois que me operei, fiquei um mês fazendo dieta, continuei cozinhando para todos, só que eu não consigo mais comer, porque tenho que ficar mais de uma hora mastigando. Se for para falar em prazer, é mais fácil comer um pedacinho de chocolate do que comer comida...*
>
> *Quando vou a algum aniversário só fico olhando, não como nada, mas bebo todas: cerveja e uísque! Tenho prazer nas coisas que eu bebo, porque eu gosto. Aproveito os finais de semana e tomo uma cervejinha lascada! Mas tenho um limite, é claro!*

Pergunta 6 – “Qual a sua opinião e a opinião do seu médico sobre o seu peso atual?”

As análises das respostas possibilitaram a classificação de sete categorias (de A a G), cuja distribuição percentual encontra-se na Tabela 12 e no Gráfico 20.

Tabela 12 - Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P6.

Categorias	N	%
A - Paciente deseja perder mais peso.	17	22,67
B - Paciente acha que está bem; médico diz que precisa perder peso.	16	21,33
C - Paciente e médico estão de acordo em relação ao peso atual.	14	18,67
D - Paciente quer perder peso; médico diz que está bem	12	16,00
E - Médico e paciente concordam que se encontra acima do peso.	10	13,33
F - Paciente acha que esta bem, não relatou parecer médico.	5	6,67
G - Médico e paciente concordam que se encontra abaixo do peso.	1	1,33
Total	**75**	**100,00**

Fonte: amostra da pesquisa.

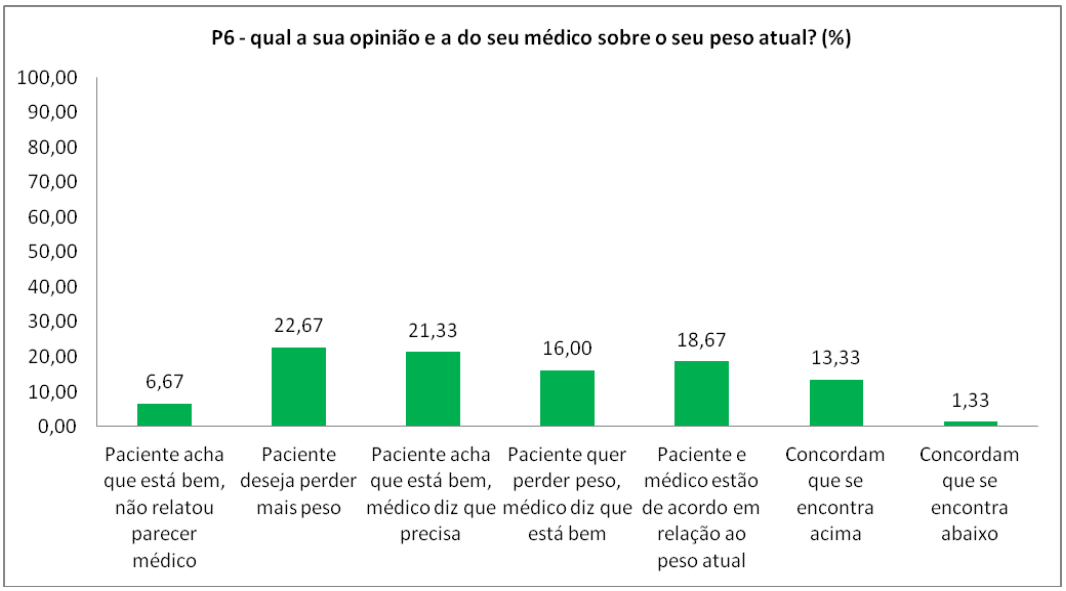


Gráfico 20 – Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P6.

A pergunta P6 procura conhecer o posicionamento dos entrevistados em relação ao peso corpóreo. Nesse caso, certo padrão de bom relacionamento com os membros da equipe multidisciplinar, notadamente com o médico, pôde expressar a adesão do paciente ao tratamento multidisciplinar, no acompanhamento em longo prazo.

As respostas obtidas nessa questão permitiram categorizações de sete discursos coletivos. Dentre as concentrações percentuais observadas destacaram-se os 17 entrevistados (22,7%) que desejavam perder mais peso e aqueles que referiram estar bem, embora relatassem que o médico indicava a necessidade de continuar eliminando peso corpóreo, que perfazem 16 pessoas (21,3%). Em relação aos pacientes que estavam de acordo com médico, classificaram-se três situações na data da entrevista: os que se encontravam acima do peso adequado, 10 pessoas (13,3%); aqueles que se sentiam bem com o próprio peso, 14 pessoas (18,7%); e, ainda, 1 pessoa (1,33%), que se encontrava abaixo do peso considerado normal para ela. Para 12 pessoas (16%) entrevistadas, observou-se o desejo de continuar perdendo peso, embora o médico já tivesse deliberado que se encontravam no peso adequado. Nesta análise 5 pessoas (6,67%) não referiram o parecer do médico. Esses resultados permitiram identificar 52% de pacientes insatisfeitos com o peso atual, fosse porque se encontravam acima do peso ideal ou devido ao desejo manifesto de continuar perdendo peso; ou, ainda, porque desejavam continuar perdendo peso, mesmo que o médico já os tivesse orientado no sentido de que se encontravam no peso certo.

Os resultados qualitativos referentes às categorizações das respostas à pergunta P6, que expressam os discursos coletivos dos sujeitos, na primeira pessoa do singular, apresentam-se a seguir.

Categoria A: “Paciente deseja perder mais peso.”

Tenho que perder mais um pouco de peso, porque andei ganhando uns quilinhos a mais durante este ano, desde que meu marido ficou com problema sério de saúde. Acho que foi por isso que engordei.

Já pesei menos, mas voltei a ganhar peso. Porém, mesmo levando em conta o peso que o médico fala, creio que é melhor perder um pouco mais por segurança. Essa diferença a menos me faz sentir mais segura quando, no fim de semana, por exemplo, eu for a uma festa ou a um barzinho e acabar saindo da linha.

Estou "brigando" para conseguir perder mais peso ainda, porque, afinal de contas, eu vou à academia para isso mesmo!

A única coisa que me desanima nesse tratamento é a interminável fila de espera para fazer a cirurgia plástica...

A nutricionista já me disse que ainda faltam uns quilinhos para chegar ao peso bom, mas, na verdade, quero emagrecer mais a fim de poder entrar num vestido lindo que tenho lá em casa!

Categoria B: “Paciente acha que está bem; médico diz que precisa perder mais peso.”

O médico está achando que estou um pouco gordinha, até indicou a nutricionista. Ele disse que sou sem-vergonha, que não emagreço por que não quero. Acontece que até hoje nunca consegui chega à meta... Gostaria... Mas é muito difícil!

Não quero emagrecer mais, principalmente porque tenho uma amiga que ficou muito feia depois que operou, pois passou a dar a impressão de que estava doente, assim, sabe?

Acontece que desejo fazer as cirurgias plásticas e isso me obriga, com certeza, a emagrecer mais um pouco. Mas a verdade é que, do jeito que estou, acho que já estou muito bem, graças a Deus.

Categoria C: “Paciente e médico estão de acordo em relação ao peso atual.”

O médico falou que meu peso está ótimo, e eu também acho! Agora não é mais para engordar e nem para emagrecer. Ele me deu parabéns, mas avisou que só vai me dar a vitória depois de dez anos. Creio que, graças a Deus, vou chegar lá!

Para fazer a cirurgia plástica bastaria chegar aos 85 quilos, mas já estou pesando 80! Ah, vou fazer plástica de tudo o que tiver direito!

Não quero emagrecer mais do que isso, pois acho que vou ficar muito ossuda... Quando estava pesando um pouco menos, ia me sentar e me machucava a bunda,

era só osso! Descobri ossos que nem conhecia! Do jeito que estou agora está maravilhoso, pois eu estou adorando!

Categoria D: “Paciente quer perder peso; médico diz que já está bem.”

O médico falou que está ótimo. Eu preferia emagrecer um pouquinho mais, mas ao mesmo tempo tenho medo de ficar assim chupada, aquela coisa horrorosa, porque já tem a questão da idade. Meu peso não está ideal, não!

Se for pela tabela eu teria que emagrecer mais um pouco, mas o médico acha que está razoável em relação ao que eu perdi. Cheguei ao que ele queria. Mas não concordo, pois gostaria de ficar menos pesada para ficar mais feliz. Até já fiz a minha imagem no computador, diminuí tudo, e disse para mim mesma: "Eu quero ficar assim!"

Fico olhando para as outras pessoas que já operaram, achando que elas é que estão magras, mas elas falam pra mim que estou magra também...

Ainda bem que o médico me encaminhou para o psiquiatra, pois acho que é só na minha cabeça que eu continuo me achando obesa!

Categoria E: “Médico e paciente concordam que se encontra acima do peso esperado.”

O médico acha que eu não estou no peso ideal, que tenho que emagrecer, e eu também acho! Vou ter que fazer uma plástica e preciso perder alguns quilos ainda!

Fico triste, chateada porque não estou conseguindo emagrecer e, com isso, passo a comer mais. Ele acha que devo fazer acompanhamento com a nutricionista e a psicóloga, para poder voltar a ter um peso melhor.

Fiquei dois anos sem aparecer por aqui, mas ele já tinha me avisado que demora dez anos para receber a alta. Parei de caminhar por causa do problema de dor nas pernas e, como engordei um pouquinho, estou com medo da bronca que vou levar. O médico não vai gostar, mas, atualmente, eu também estou insatisfeita com o meu peso.

Categoria F: “Paciente acha que está bem; não relatou parecer médico”.

Acho que estou bem, estou ótima assim! Eu é que não quero emagrecer mais.

Para a minha altura, o peso que tenho agora é muito bom. Se ficar magra demais a coisa vai pendurando muito! Gosto de ficar assim, um pouquinho mais cheia, porque passo a me sentir bem melhor. Com o tamanho de roupa que uso agora, já está dando para me vestir e sair toda bonita!

Categoria G: **“**Médico e paciente concordam que se encontra abaixo do peso.”

O médico acabou de me dar parabéns, porque estou abaixo do peso que era estimado para que a cirurgia fosse um sucesso.

Eu acho que estou bem, só não gosto de como ficou a flacidez da minha pele no corpo inteiro: braços, pernas, costas e barriga. Tirando isso, sou a pessoa mais feliz do mundo!

Pergunta 7 – "Valeu a pena fazer a cirurgia?"

As análises das respostas possibilitaram a classificação de quatro categorias (de A a D), cuja distribuição percentual encontra-se na Tabela 13 e no Gráfico 21.

Tabela 13 - Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P7.

Categorias	N	%
A - Sim, valeu a pena.	36	48,00
B - Sim, para a saúde e autoestima.	25	33,33
C - Sim, mas após algum tempo houve reganho de peso.	8	10,67
D - Sim, mas refere problemas de ordem fisiológica e alimentar.	6	8,00
Total	**75**	**100,00**

Fonte: amostra da pesquisa.

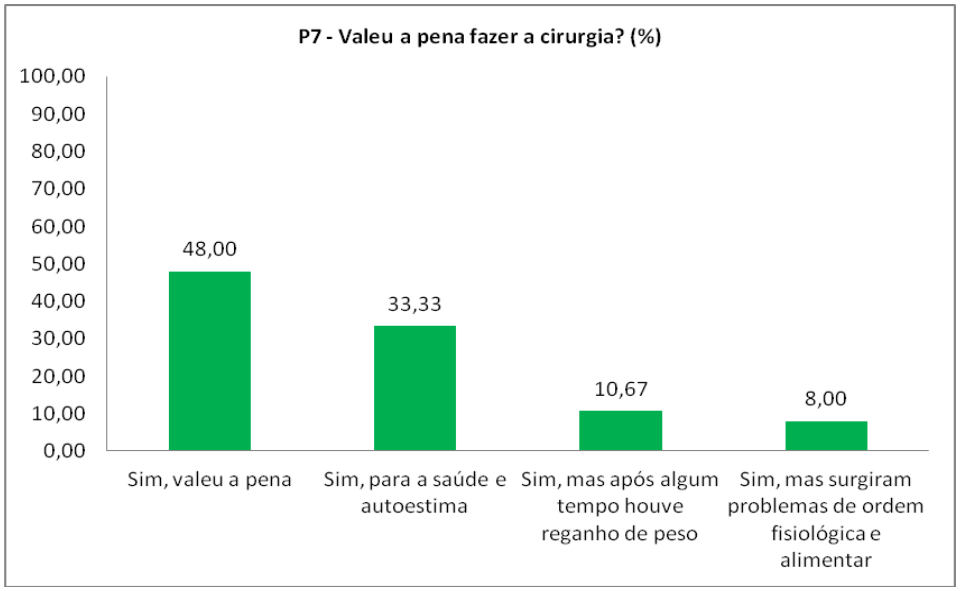


Gráfico 21 – Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P7.

A pergunta P7 mostra que, embora tenham sido mencionadas, ocorrências de reganho de peso em 8 pessoas (10,67%) e problemas de ordem fisiológica por 6 pessoas (8%), a maioria dos pacientes desta amostra, 51 pessoas (81,33%), posicionou-se de modo favorável à

realização da CB. Referiram desfrutar de boas condições de saúde e de qualidade de vida, autoestima mais elevada, destacando positivamente o tratamento instituído pela equipe multidisciplinar nos períodos pré e pós-operatórios e a realização das palestras mensais, que continuam sendo mantidas gratuitamente, abertas a todos os interessados.

Os resultados qualitativos referentes às categorizações das respostas à pergunta P7, que expressam os discursos coletivos dos sujeitos, na primeira pessoa do singular, são os seguintes:

Categoria A: “Sim, valeu a pena.”

> *Minha cirurgia valeu a pena, e muito! Demais mesmo!*
> *Hoje até me arrependo de não ter feito antes. Mas, é aquele negócio: não me operei antes por ignorância.*
> *Há uns 15 anos já tinha ouvido falar nessa cirurgia, porém naquela época era uma coisa muito arriscada, e eu tinha muito medo de cortar meu estômago. Vivia fazendo dieta, mas não tinha outro jeito de emagrecer tanto. Se tivesse que fazer três vezes, eu faria. Faria tudo novamente!*
> *Tive sorte por que caí com um médico muito bom, excelente pessoa, o doutor S., gosto muito dele. Fiquei mais de seis meses fazendo tratamento e assistindo às palestras de toda a equipe, para fazer a preparação. A pessoa, pra fazer essa cirurgia, tem que estar preparada. Precisa comparecer na primeira, na segunda e na terceira palestra. A gente só vai prestar atenção mesmo a partir da segunda palestra. Se prestar atenção, depois a gente jamais vai se arrepender.*
> *Graças a Deus, agora sou outra! Aquela gordona já era!!!* [risos...]

Categoria B: “Sim, valeu a pena para a saúde e autoestima, não mais se sente discriminada(o).”

> *Minha cirurgia valeu muito a pena e já deu certo! Porém, acho que é uma operação que não deve ser banalizada, porque tem suas consequências. Não é uma cirurgia simples, que seja indicada somente para a estética. Tem todo o envolvimento de um trabalho da equipe. Os outros pensam que é só marcar o dia e dizer assim: "Vai lá e opera!” Mas não é nada disso!*
> *Voltei à boa condição física, circulatória, deixei de roncar, baixou minha pressão que, felizmente, agora está normal. Não tenho mais diabetes, não tenho mais nada!*
> *Mudou minha autoestima, não me sinto debilitada, tenho disposição e, com essa mudança toda, passei a ter uma razão de viver. A gente muda como pessoa, como valores e, sendo assim, hoje em dia dou muito valor para a saúde em primeiro lugar.*

Quando entrava numa loja, a vendedora já vinha falando que não trabalhavam com o meu tamanho. No ônibus, sofria preconceito por que não dava para passar na catraca, tinha que sair pela porta da frente e, por isso, o motorista achava ruim. Era uma situação horrível! O obeso é estressado, revoltado e, às vezes, faz todo tipo de gracinha para distrair a atenção da sua gordura...

Eu era muito retraída, nunca tinha namorado. Pouco tempo depois que tinha acabado de me operar, arranjei um namorado. Comecei a trabalhar fora, passei a conversar mais e até o meu relacionamento com as pessoas mudou completamente!

Antes eu me escondia atrás da frase "eu sou feliz!" Olhava para um lado, olhava para o outro, pensava: "Cara, eu sou um zero à esquerda... Sou um nada, ao mesmo tempo em que sou um tudo: todo mundo me persegue, todo mundo sorri pra mim, todo mundo me acha engraçada, bacana, legal, mas... ninguém quer ficar comigo."

Na verdade, com esse tratamento cirúrgico conseguiram reverter o meu estado emocional. E foi muito bom! Hoje saio na avenida, junto com a escola de samba, e todo mundo fica olhando para mim! Agora posso dizer que sou realmente feliz!

Categoria C: "Sim, valeu a pena, mas após algum tempo apresentou aumento do peso corpóreo."

A minha cirurgia funcionou. Eu é que não funcionei. O problema está em mim! Consegui emagrecer bastante, mas ainda não estou perfeita: o descuido foi meu.

Eu pensei que a gente não engordava mais depois que fizesse a operação. No primeiro ano correu tudo bem. Porém, se algo deu errado a culpa é minha, pois todos os profissionais da equipe fizeram a parte deles muito magnanimamente! Penso que talvez tivesse sido melhor se eles me levassem a ferro e fogo...

A gente sempre fala que o médico opera o estômago e não a cabeça. Portanto, é preciso tomar consciência e dar ouvidos para tudo àquilo que a equipe ensina. Caso contrário a gente acaba mesmo voltando a engordar. Mas agora que já tirei a barriga e aquelas peles flácidas, já estou me sentindo atraente para conquistar alguém!

Categoria D: "Sim, valeu a pena, mas refere problemas de ordem fisiológica e de ordem alimentar."

Minha cirurgia foi bem em tudo! Melhorou o colesterol, a diabetes. Mas tem algumas coisas que me incomodam: depois de tanto tempo, ainda não consigo comer bife nem carne cozida, de jeito nenhum. Tem muita coisa que não me cai bem ainda: é comer e vomitar direto...

Depois que operei o estômago fiquei com uma hérnia e a minha pressão ainda não melhorou. Mas eu não ligo muito pra isso porque estou tomando remédio para controlar a pressão, e ela fica normal.

Felizmente não tenho dumping*, mas até que eu gostaria de ter, porque sou igual a uma formiga e não consigo parar de comer doce. Custa passar a ideia de "cabeça de gordo" para que a gente possa comer dentro dos limites.*

Atualmente, o que eu mais desejo é fazer a cirurgia plástica para tirar a flacidez das peles. Estou na fila de espera há cinco anos!

Apesar disso tudo, com todos esses problemas, posso dizer que estou satisfeita até onde cheguei. Ainda acho que valeu a pena!

Pergunta 8 – "O que se alterou em relação aos problemas na sua vida depois de eliminar peso?"

As análises das respostas possibilitaram a classificação de cinco categorias (de A a E), cuja distribuição percentual encontra-se na Tabela 14 e no Gráfico 22.

Tabela 14 – Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P8.

Categorias	N	%
A - Melhorou a saúde, a autoestima e a qualidade de vida.	25	33,33
B - Não alterou nada, nunca teve ilusão.	24	32,00
C - Problemas todo mundo tem, sempre existirão.	13	17,33
D - Mudou: apareceram problemas fisiológicos.	7	9,33
E – Mudou: surgiram problemas de relacionamento.	6	8,00
Total	**75**	**100,00**

Fonte: amostra da pesquisa.

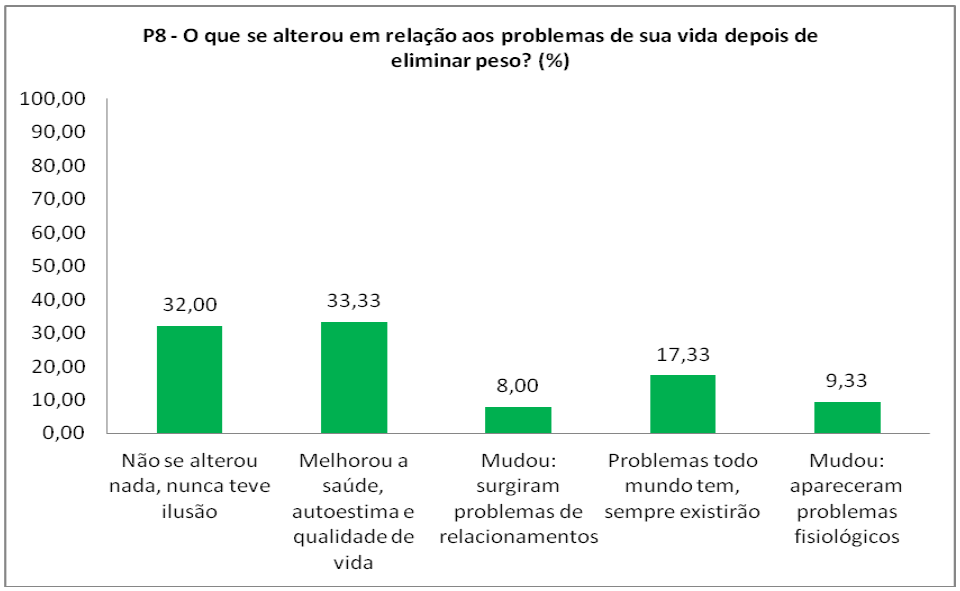


Gráfico 22 – Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P8.

Sobre a pergunta P8, as análises revelaram que nas categorias B e C somadas, 37 dos pacientes (49,33%) nunca idealizaram a CB como panaceia, demonstrando certo grau de adaptação ao cotidiano. Para 25 pessoas (33,33%) as mudanças foram percebidas de forma positiva, sob o aspecto da saúde física, manifestando-se satisfeitas com as condições emocionais nas quais se encontravam naquele momento. Para as categorias D e E somadas, 13 pacientes (17,33%) referiram enfrentar problemas fisiológicos, bem como nos aspectos de relacionamento familiar e social.

Os resultados qualitativos referentes às categorizações das respostas à pergunta P8, que expressam os discursos coletivos dos sujeitos, na primeira pessoa do singular, são os seguintes:

Categoria A: “Mudou porque houve melhoras na saúde, na autoestima e na qualidade de vida.”

> *Decidi optar pela cirurgia em busca de melhor qualidade de vida, achando que todos meus problemas acabariam. E, de certa forma, acabaram sim! Minha pressão baixou, não tenho mais diabetes e as taxas de colesterol e triglicérides encontram-se normais!*
>
> *Agora tenho disposição para fazer uma caminhada, subir escadas, porque antes não me era possível: tinha esporão, mal conseguia andar de tanta dor nos pés! Depois que perdi peso passei a conseguir me abaixar, levantar, caminhar e não sentir mais falta de ar.*
>
> *Melhorei meu desempenho no trabalho e progredi socialmente, porque posso ir ao cinema e me sentar com conforto na poltrona, andar de carro junto com outras pessoas. Antes, era rejeitada: ficava apertado, não dava lugar para mais ninguém.*

Hoje, acredito que perder peso é uma bênção e fez com que meu ego ficasse muito melhor. Consegui uma boa adaptação na minha vida: não vou mais comer sentindo raiva de comer. Essa cirurgia mudou muito a minha vida!

Categoria B: "Não alterou nada, nunca teve ilusão de que a CB acabaria com todos os problemas da sua vida."

Nunca tive ilusão de que a cirurgia resolveria todos os problemas da minha vida, ou que meus problemas acabariam com a perda de peso. Os problemas da minha vida não eram causados pela obesidade, somente os problemas de saúde. Minha grande preocupação era ocupar meu papel dentro da sociedade, ser provedor do meu lar e ter boa aparência para entrar num emprego.

Ser gordo era nocivo, maléfico. Veja bem, tem gente que é homofóbico, mas o homossexual trabalha. Tem gente que é racista, mas também tem gente que é "obesofóbica", está na cara! Obeso sofre discriminação, claro!

Fiquei três anos na fila de espera para a realização da cirurgia e, nesses três anos, só faltei duas vezes nas reuniões mensais. Vinha às reuniões com a psicóloga e todos da equipe. Fui bem preparado, sabia tudo o que estava previsto para acontecer no meu pós-operatório: tinha consciência de que precisaria espremer e limpar os meus pontos, que deveria caminhar, fazer a alimentação líquida e depois pastosa. Nunca tive problema com engasgo nem com aquela alimentação que entala e não desce de jeito nenhum.

O que eu tenho é alguma dificuldade, assim, com coisas pequenas, não tenho mais muita paciência como antes. Acho que o meu limite não é tão grande como o das outras pessoas.

A verdade é que a cirurgia ajuda, mas não faz milagre simplesmente. Resolve o problema do peso e não da cabeça! Agora estou só esperando que os médicos façam alguma coisa para resolver meu caso, porque, além da plástica na barriga, ainda falta fazer a cirurgia da hérnia e das minhas varizes.

Categoria C: "Problemas todo mundo tem, e sempre existirão."

Sempre fui uma pessoa muito centrada. Se eu estivesse desempregada, pensava que milhões de magros estavam desempregados também.

Depois da cirurgia nem todos os problemas vão acabar, pois problemas existem para todo mundo. Acontece que agora tenho mais força, mais coragem para procurar resolvê-los.

A pessoa operada tem que primeiro trabalhar a mente, conseguir se adaptar ao estômago pequeno, pois a gente tem que saber o que pode e aquilo que não pode comer. Isso é óbvio! Mas quando era obesa, eu desanimava. Hoje já não!

Fazer essa cirurgia foi tudo de bom pra mim, porque antes eu não me tratava e raramente ia ao médico. Agora tenho atitude e faço as coisas acontecerem. Não preciso depender de mais ninguém, não!

Categoria D: “Mudou no sentido de que apareceram problemas sob os aspectos fisiológicos.”

Como não podia faltar no meu trabalho participei muito pouco das reuniões e, reconheço, não pude fazer um bom preparo antes da realização da minha cirurgia. Assim, fui com a visão de que ia emagrecer para não engordar nunca mais. Era essa a expectativa que eu tinha...

No começo perdi mais peso, mas voltei a engordar. Não o tanto que era antes, né? Perdi 30 quilos e recuperei 10, mas agora meu peso está estacionado.

Passo mal. Para mim, é só de vez em quando, mas acho que isso é normal. Não costumo vomitar. Porém, se achar que a coisa não vai descer, eu mesmo procuro me acalmar. Paro tudo, vem o suor frio, de vez em quando sinto aquelas tremedeiras, mas, como agora já sei disso tudo, procuro me controlar tomando água de coco.

Ultimamente estou tendo muito refluxo: depois de comer ponho tudo para fora. Fui ao médico e passei duas vezes com a nutricionista, que me recomendou comer mais devagar, não tomar água durante as refeições e esquecer que existe refrigerante. Tive anemia três vezes, agora tenho uma hérnia e sinto muito cansaço.

Mas preciso dizer que muita coisa melhorou para mim, depois da cirurgia. O que piorou foi a vesícula e, não sei como, apareceram umas pedras nos rins. Já tomei tanto chá de quebrar pedra, mas ainda continua...

De resto, tudo que me aconteceu foi bom porque, apesar dos pesares, minha vida está muito melhor!

Categoria E: “Mudou no sentido de que, após a realização da CB, surgiram problemas de relacionamentos.”

Depois da cirurgia, como se diz por aí, saí de trás do armário! Passei a falar mais, a aparecer, essas coisas que eu tinha medo, mas acabei percebendo que isso desagrada muito as pessoas. Por mais que gostem da gente, elas preferem que a gente fique trancada lá! O fato de sair do armário, além de desagradar os outros, pode causar certas confusões...

Meu marido foi ficando ciumento e, para piorar a situação, perdi a vontade de ter relação sexual. Acabei me separando dele e voltei pra casa da minha mãe sem emprego, levando comigo meus filhos, dois colchões e alguns talheres de cozinha! Algum tempo depois fiquei sabendo que o ex-marido estava vivendo com uma mulher muito mais nova do que eu!

Quanto ao problema de obesidade, mudou de lugar na minha família: antes era eu, mas agora um dos meus irmãos é que se tornou obeso!

Hoje não consigo mais ficar debaixo do mesmo teto com a mesma pessoa, e decidi que vou me arranjar melhor do que antes. A cirurgia também me trouxe muita coisa boa, porque agora me sinto muito bem do jeito que estou!

Pergunta 9 – “Você acha que todas as pessoas que sofrem de obesidade mórbida devem ser operadas?”

As análises das respostas possibilitaram a classificação de cinco categorias (de A a E), cuja distribuição percentual encontra-se na Tabela 15 e no Gráfico 23.

Tabela 15 - Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P9**.**

Categorias	N	%
A - Sim, todos devem ser operados; melhora a saúde e a qualidade de vida.	25	33,33
B - Sim, porque a cirurgia é uma grande ajuda para os obesos.	21	28
C - Depende, a cirurgia oferece riscos, é uma decisão pessoal.	14	18,67
D - Nem sempre, porque a pessoa tem de estar bem antes da cirurgia.	11	14,67
E - Não, porque tem gente que come errado e pode voltar a engordar.	4	5,33
Total	**75**	**100,00**

Fonte: amostra da pesquisa.

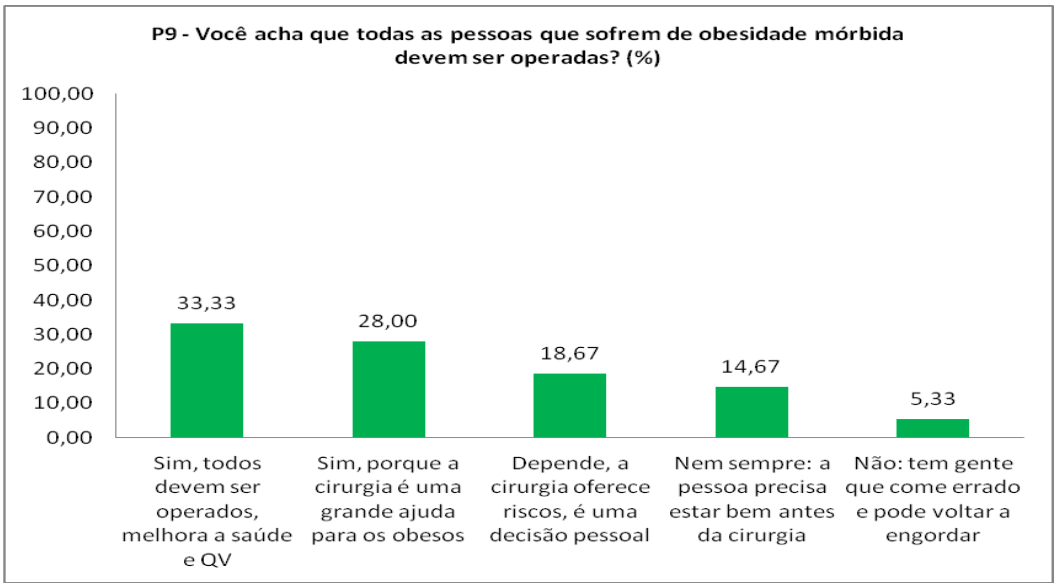


Gráfico 23 – Percentual de cada categoria das respostas referentes à pergunta P9.

Observou-se nas respostas categorizadas da pergunta P9 que nas categorias C, D e E somadas, para 29 pessoas (38,67%), após a realização da CB, a vida cotidiana passou a demandar auto-observação constante, exigindo comprometimento com a observância dos hábitos alimentares, ingestão de suplemento vitamínico e de sal mineral, juntamente com a prática de atividades físicas.

Nas categorias A e B somadas, 46 pessoas (61,33%) observaram que todos aqueles que são portadores de obesidade mórbida deveriam submeter-se ao tratamento cirúrgico. A expressão de sentimentos positivos, gerados pelo momento de vida que atravessavam na data

da entrevista, revelou indivíduos que aprenderam a conviver com determinados problemas fisiológicos, superando situações de crise.

Os resultados qualitativos referentes às categorizações das respostas à pergunta P9, que expressam os discursos coletivos dos sujeitos, na primeira pessoa do singular, são os seguintes:

Categoria A: “Sim, todos devem ser operados; melhora a saúde e a qualidade de vida.”

> *Devem sim, com certeza, para melhorar a própria vida da pessoa, principalmente se tiver problema de saúde. O magro tem disposição para tudo! Eu fiz essa cirurgia nem tanto pela estética, mas sim, pela saúde. A cirurgia traz solução para vários problemas. Eu melhorei da diabetes, minha pressão voltou ao normal e acabou o inchaço que eu tinha nas pernas.*
>
> *Passei a ter mais facilidade pra me locomover, comecei a me sentir bem no meio dos outros por que, aos poucos, fui me libertando do preconceito que sofria, da angústia que sentia e da baixa autoestima. E assim, quando comecei a perder peso, fui me sentindo renovada, renascida!*
>
> *Procurei seguir direitinho todas as regras que foram impostas na pré-cirurgia e, agora, acho que estou apta para o que der e vier. Deve ser difícil quando a pessoa obesa não encontra apoio. Mas esse não foi o meu caso, pois tive apoio total da minha família e de alguns amigos!*
>
> *Com certeza é uma pena ter poucas vagas para fazer a cirurgia bariátrica. Deveria existir um hospital só para esse tipo de tratamento da obesidade mórbida, pois assim alteraria a qualidade de vida de milhões de pessoas. Em todos os sentidos, é uma grande melhora!*

Categoria B: “Sim, porque a cirurgia bariátrica é uma grande ajuda para os obesos que não conseguem emagrecer.”

> *Olha, acho que se a pessoa chegou à obesidade mórbida, deve operar sim. Se chegou a esse ponto é por que não tem o controle da comida, mesmo. Se tivesse, ninguém chegava à obesidade mórbida voluntariamente, pois é uma judiação ser gordo! As pessoas precisam viver para sentir o gostinho de estar magro. Acho que Deus não fez essa operação só para alguns, acho que fez para todo mundo.*
>
> *Veja bem: a comida não vai sozinha para a boca. Alguém deve estar se entuchando além da conta!*
>
> *A obesidade mórbida é uma doença... A pessoa precisa de ajuda, sim. Porque é aquela história: a pessoa que é gorda não tem lugar neste mundo! Acho que é uma indecência o país não operar. Hoje posso trabalhar, estou inserido na sociedade e não acho que essa cirurgia é um caso de luxo: é um caso de lixo! Quando era obeso, eu não tinha vida!*
>
> *E tem mais: o operado de obesidade mórbida precisa de acompanhamento por que, se eu ficar doente, vai ser impossível entrar numa fila e ficar esperando dez meses para ser atendido, por que senão eu definho.*

Pra dizer a verdade, eu mesmo não gosto de ver ninguém gordo na minha frente, porque é aquela pessoa infeliz! Vou logo falando para operar.

Embora ainda hoje possa vomitar, quando eu como alguma coisa dura ou quando como muito doce, estou sempre me educando. Pra mim, essa cirurgia foi o que resolveu a minha vida!

Categoria C: "Depende, a cirurgia bariátrica oferece riscos; é uma decisão pessoal."

Se eu pudesse operar de novo, operaria. Não tenho nada contra, pois o risco de morte que a gente corre na mesa de cirurgia é o mesmo que vai correr se continuar obeso mórbido!

Acontece que, às vezes, a pessoa tem muito medo de ser operada. Mas quem não sente medo? Tem amor à vida e se respeita como ser humano, deve pensar que, em primeiro lugar, é uma decisão que tem que ser tomada pela própria pessoa!

Mas, pensando bem, acho que cada caso é um caso e, por isso, os médicos e psicólogos precisariam adequar a operação a condições necessárias para cada um.

Antes de reduzir o estômago, acho que a pessoa tem que ter alguma coisa para lhe dar prazer. Eu, por exemplo, me sinto feliz quando toco guitarra, mas a minha esposa, que operou também, está debandando para a bebida.

Se a pessoa não estiver com a cabeça muito bem feita, passar por essa cirurgia não vai resolver nada... Na verdade, acredito que cada um tem que procurar seu bem-estar com as próprias pernas, pois a gente tem que caminhar de acordo com as nossas necessidades. Aqueles que se operam do estômago só porque indicaram poderão fazer parte dos fracassos e dos grandes erros que, às vezes, acontecem depois da cirurgia!

Categoria D: "Nem sempre, porque a pessoa tem que estar bem preparada antes da CB com apoio psicológico, pois pode ficar magra, mas tem certas limitações."

Para fazer a cirurgia bariátrica acho que a pessoa tem que ser obediente e estar bem preparada psicologicamente. Como diz o nosso médico, ele opera o estômago, mas não opera a cabeça!

Tive oito sessões de atendimento psicológico, além das palestras. Eu era viciada em doces, tinha problema com a minha mãe, com a família toda, e não tinha como chegar para fazer a cirurgia do jeito que me encontrava!

Em primeiro lugar, todos deveriam procurar um bom médico, porque se sabe que existem por aí aqueles que se dizem médicos - já falando mal deles - mas são aqueles que nem calculam o IMC e já vão operando! Sei de pessoas que não estão felizes com a cirurgia. Elas fizeram com médico particular, gastaram muito dinheiro, mas hoje parecem mortos-vivos, porque, psicologicamente falando, não estavam preparadas para isso.

Eu posso dizer que fui para a cirurgia sem ter nenhuma dúvida: perguntei tudo, falei tudo, esclareci tudo. A gente tem que estar ciente do que está fazendo. Veja bem: toda cirurgia envolve risco e o paciente deve estar pronto para tudo aquilo que pode acontecer. A cirurgia é como um trinco, mas não é a fechadura total. Basta eu fechar [a boca] *e utilizar da forma correta* [a comida].

5.1.4 Resultados da Escala de Silhuetas Humanas (SMT)

Os resultados da aplicação da Escala de Silhueta de Stunkard (SMT) (ANEXO D) mostraram que a percepção da autoimagem – diante das escolhas de SA, que se dirigiram às figuras de números 9 (18,7%), 10 (21,3%) e 12 (14,7%) – configurou-se de forma crescente na escala representativa, no sentido da obesidade (Tabela 16; Gráfico 24).

Quanto às escolhas de SI, sugestivas da imagem que os pacientes idealizaram de si próprios, observou-se que se dirigiram para as figuras de números 3 (14,7%), 6 (14,7%), 7 (21,3%) e 8 (13,3%), indicativas do desejo de maior esbeltez (Tabela 16; Gráfico 24).

Tabela 16 – Escolhas das figuras representativas da SA e SI, na data da realização da entrevista.

Silhueta (número)	**Silhueta atual (SA)**		**Silhueta ideal (SI)**	
	N	**%**	**N**	**%**
1	4	5,3	7	9,3
2	2	2,7	3	4,0
3	1	1,3	11	14,7
4	3	4,0	3	4,0
5	5	6,7	8	10,7
6	3	4,0	11	14,7
7	4	5,3	16	21,3
8	5	6,7	10	13,3
9	14	18,7	6	8,0
10	16	21,3	0	0,0
11	7	9,3	0	0,0
12	11	14,7	0	0,0
Total	**75**	**100,0**	**75**	**100,0**

Fonte: amostra da pesquisa.

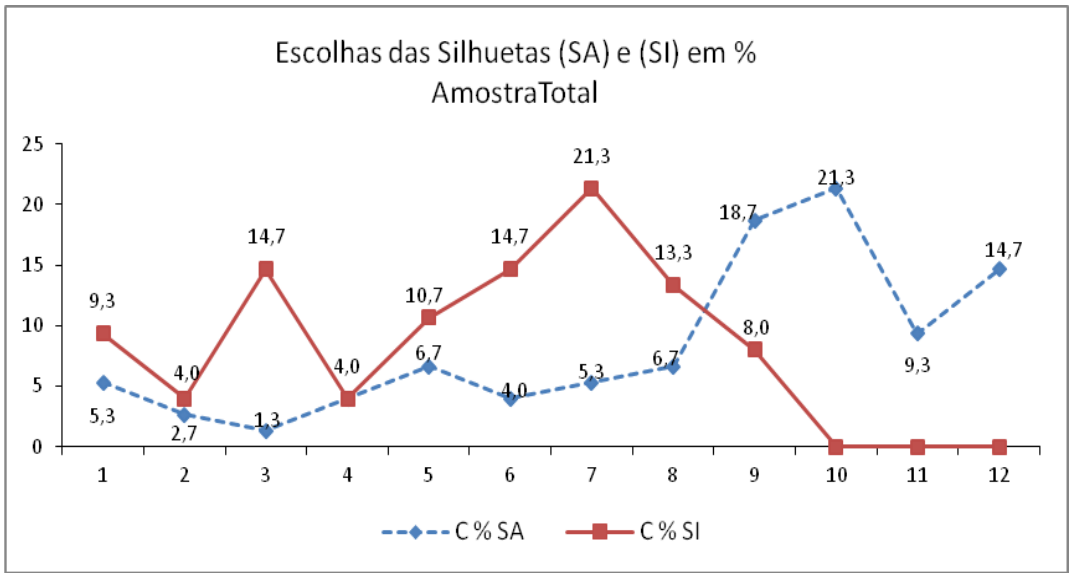


Gráfico 24 – Escolhas das silhuetas SA e SI, em porcentagem.

Observadas as escolhas individuais de SA e SI dos 75 entrevistados, independentemente dessas escolhas tenderem à identificação com silhueta mais corpulenta ou mais esbelta, verificou-se que 14 pessoas (18,7%) que compõem a amostra indicaram a mesma figura como silhueta atual e silhueta ideal, (SA - SI = 0), encontrando-se, portanto, satisfeitos com própria imagem, uma vez que apontaram a silhueta atual (SA) coincidente com a silhueta ideal (SI). Observou-se que entre eles 60 (80%) pessoas perceberam-se mais corpulentas do que desejavam, enquanto somente 1 (1,3%) deseja engordar (Tabela 17; Gráfico 25).

Tabela 17 – Diferença de escolhas entre silhueta atual e silhueta ideal.

	N	**%**
(SA - SI) >0	60	80,0
(SA - SI) = 0	14	18,7
(SA - SI) < 0	1	1,3
Total	**75**	**100,0**

Fonte: amostra da pesquisa.

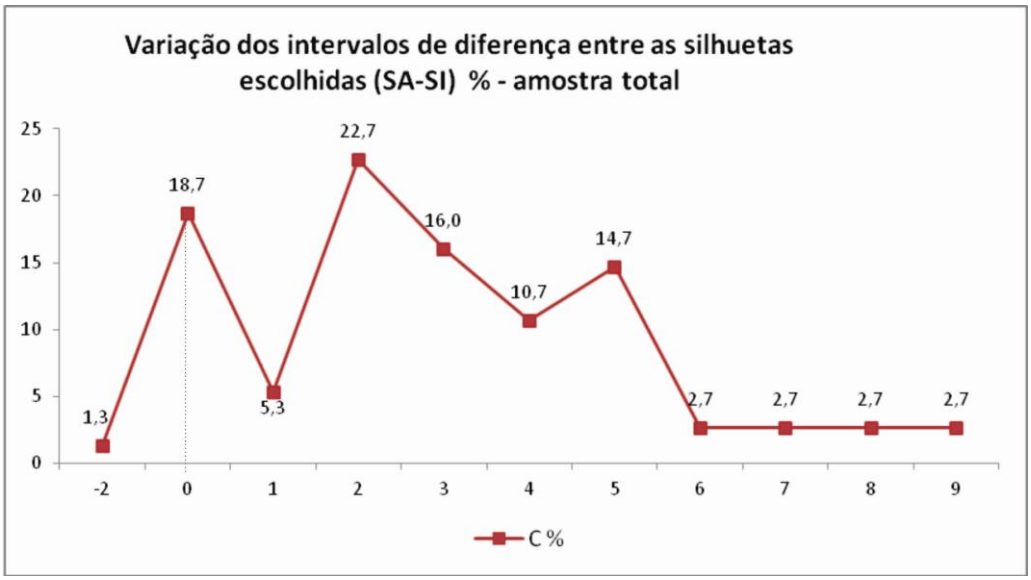


Gráfico 25 – Variação dos intervalos da diferença entre as silhuetas escolhidas.

5.1.5 Resultados da Matriz de Correlação

Análises dos resultados obtidos na matriz de correlação (ANEXO G, formato eletrônico) entre as variáveis consideradas da amostra total.

As correlações estabelecidas entre as 28 variáveis consideradas no tratamento estatístico totalizaram 378 resultados, sendo que 64 delas (16,93%) mostraram-se significantes ($p \leq 0,05$).

Não foram encontradas correlações significantes com as seguintes variáveis: idade, perguntas P3 (olhar das pessoas), P4 (vida em família), P5 (hábito alimentar e prazer), P6 (opinião sobre o peso atual), P8 (alteração de problemas da vida).

A quantidade de correlações significantes de cada variável, fixada, e suas intercorrelações correspondentes com as demais variáveis estudadas na matriz, é apresentada na Tabela 18.

Tabela 18 – Correlações significantes de cada variável fixada, com as demais variáveis estudadas.

Quant. de correlações	Variável fixada	Variável correlacionada	r	p
16	Silhueta atual (SA)	Silhueta ideal (SI)	,662	,000
		Diferença SA - SI	,637	,000
		P2 – Preocupação com aparência	,442	,000
		P7 – Valeu a pena	,277	,016
		Nível COP-FQ	-,334	,003
		Nível COP-geral	-,377	,001
		Nível HS-FQ	-,282	,014
		Nível HS-INT	-,227	,050
		Nível HS-geral	-,292	,011
		Tempo após cirurgia	,255	,028
		Peso na data da cirurgia	,334	,003
		Peso na data da entrevista	,503	,000
		Porcentagem de variação de peso	-,303	,008
		IMC na data da cirurgia	,354	,002
		IMC na data da entrevista	,574	,000
		Antecedentes familiares	-,253	,029
9	Silhueta ideal (SI)	P2 - Preocupação com aparência	,345	,002
		P7 - Valeu a cirurgia?	,291	,011
		Nível COP-FQ	-,318	,005
		Nível HS-FQ	-,247	,032
		Peso na data da cirurgia	,322	,005
		Peso na data da entrevista	,404	,000
		IMC na cirurgia	,272	,018
		IMC data entrevista	,379	,001
		Silhueta atual (SA)	,662	,000
9	Nível COP-geral	Nível HS-FQ	,465	,000
		Nível HS-INT	,743	,000
		Nível HS-geral	,903	,000
		Escolaridade	-,305	,008
		Tempo após cirurgia	-,238	,040
		Silhueta atual (SA)	-,377	,001
		Diferença SA - SI	-,293	,011
		Nível COP-FQ	,477	,000
		Nível COP- INT	,727	,000
8		Porcentagem de variação de peso	-,441	,000
		IMC na data da cirurgia	,528	,000
		IMC na data da entrevista	,892	,000
		Silhueta atual (SA)	,503	,000
		Silhueta ideal (SI)	,404	,000

		Diferença SA - SI	,248	,032
		P2 - Preocupação com aparência	,266	,021
		Peso na data cirurgia	,711	,000
8	IMC na data da entrevista	Silhueta atual (SA)	,574	,000
		Silhueta ideal (SI)	,379	,001
		Diferença SA - SI	,367	,001
		P2 - Preocupação com aparência	,235	,043
		Peso na data da cirurgia	,563	,000
		Peso na data da entrevista	,892	,000
		Porcentagem de variação de peso	-,510	,000
		IMC na data da cirurgia	,586	,000
8	Porcentagem de variação de peso	IMC na data da cirurgia	,381	,001
		IMC na data da entrevista	-,510	,000
		Antecedentes familiares	,326	,004
		Silhueta atual (SA)	-,303	,008
		Diferença SA - SI	-,244	,035
		P2 - Preocupação com aparência	-,250	,031
		Peso na data da cirurgia	,299	,009
		Peso na data da entrevista	-,441	,000
8	Diferença SA - SI	P2 - Preocupação com aparência	,228	,049
		Nível COP-geral	-,293	,011
		Nível HS-INT	-,264	,022
		Peso na data da entrevista	,248	,032
		Porcentagem de variação de peso	-,244	,035
		IMC na data da entrevista	,367	,001
		Antecedentes familiares	-,269	,019
		Silhueta atual (as)	,637	,000
8	P2 - Preocupação com aparência	Peso na data da entrevista	,266	,021
		Porcentagem de variação de peso	-,250	,031
		IMC na entrevista	,235	,043
		Antecedentes familiares	-,328	,004
		Silhueta atual (SA)	,442	,000
		Silhueta ideal (SI)	,345	,002
		Diferença SA - SI	,228	,049
		P1- Comprar roupa	,296	,010
7	Nível HS-geral	Escolaridade	-,304	,008
		Silhueta (SA)	-,292	,011
		Nível COP-FQ	,443	,000
		Nível COP-INT	,741	,000
		Nível COP-geral	,903	,000
		Nível HS-FQ	,513	,000

		Nível HS-INT	,780	,000
7	Antecedentes familiares	Silhueta (SA)	-,253	,029
		Diferença SA - SI	-,269	,019
		P2 - Preocupação com aparência	-,328	,004
		P9 - Operar obesidade?	-,247	,033
		Nível COP-FQ	,239	,039
		Nível HS-FQ	,232	,045
		Porcentagem variação de peso	,326	,004
7	Nível HS-INT	Nível HS-geral	,780	,000
		Escolaridade	-,247	,033
		Silhueta (SA)	-,227	,050
		Diferença SA - SI	-,264	,022
		Nível COP-INT	,914	,000
		Nível COP-geral	,743	,000
		Nível HS-FQ	,270	,019
7	Nível HS-FQ	Nível HS-INT	,270	,019
		Nível HS-Geral	,513	,000
		Silhueta atual (SA)	-,282	,014
		Silhueta ideal (SI)	-,247	,032
		Nível COP - FQ	,902	,000
		Antecedentes familiares	,232	,045
		Nível COP-geral	,465	,000
6	Peso data Cirurgia	Peso na data da entrevista	,711	,000
		Porcentagem variação de peso	,299	,009
		IMC na data da cirurgia	,889	,000
		IMC na data da entrevista	,563	,000
		Silhueta atual (SA)	,334	,003
		Silhueta ideal (SI)	,322	,005
6	IMC na data da cirurgia	IMC na data da entrevista	,586	,000
		Silhueta atual (SA)	,354	,002
		Silhueta ideal (SI)	,272	,018
		Peso na data da cirurgia	,889	,000
		Peso na data da entrevista	,528	,000
		Porcentagem variação de peso	,381	,001
6	Nível COP-FQ	Nível COP-geral	,477	,000
		Nível HS-FQ	,902	,000
		Nível HS-Geral	,443	,000
		Antecedentes familiares	,239	,039
		Silhueta atual (SA)	-,334	,003
		Silhueta ideal (SI)	-,318	,005
3	Nível COP-INT	Nível COP-geral	,727	,000
		Nível HS-INT	,914	,000
		Nível HS-geral	,741	,000
3	Escolaridade	Nível COP-geral	-,305	,008
		Nível HS-INT	-,247	,033
		Nível HS-geral	-,304	,008

2	Tempo após cirurgia	Silhueta atual (SA)	,255	,028
		Nível COP-geral	-,238	,040
2	P7 - Valeu a pena?	Silhueta atual (SA)	,277	,016
		Silhueta ideal (SI)	,291	,011
1	P1 - Comprar roupa	P2 - Preocupação aparência	,296	,010
1	P9 - Operar obesidade?	Antecedentes familiares	-,247	,033

Fonte: amostra da pesquisa.

A análise das correlações com a variável SA (silhueta atual) apresentou o maior número de correlações significantes. Foram obtidas correlações negativas com a variável antecedentes familiares (r = -0,253; p = 0,029) e com o percentual da perda de peso entre a data da CB e a data da entrevista (r = -0,303; p = 0,008).

Observou-se, nesses resultados, que entrevistados que relataram possuir antecedentes familiares de obesidade apontaram como SA as figuras mais esbeltas e apresentaram maior percentual da variação de perda de peso, indicando que obtiveram redução maior de peso em relação àqueles que referiram não possuir tais antecedentes. As correlações positivas da variável silhueta atual (SA) (Tabela 18) foram verificadas com as cinco seguintes variáveis: 1) o tempo decorrido após a realização da CB (r = 0,255; p = 0,028); 2) o peso na data da entrevista (r = 0,503; p = 0,000); 3) o IMC na data da entrevista (r = 0,574; p = 0,000); 4) a pergunta P2 (r = 0,442; p = 0,000), que envolve a questão da preocupação com a aparência física; e 5) a pergunta P7 (r = 0,277; p = 0,016), que avalia a satisfação dos entrevistados. Esses resultados indicaram que quanto maior o tempo decorrido após a data da realização da CB, mais a silhueta atual (SA) escolhida apresentou tendência à corpulência e mais elevado apresentou-se o valor do peso corpóreo na data da entrevista e o correspondente IMC. Significa dizer que com o passar do tempo os entrevistados dessa amostra engordaram.

Quanto mais corpulenta a escolha da SA maior a preocupação demonstrada com a aparência física e mais intensamente revelou-se o sentimento de contentamento pela opção que fizeram em relação ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.

A variável silhueta ideal (SI) correlacionou-se de forma positiva com o IMC na data da entrevista (r = 0,379; p = 0,001), com a pergunta P2, que trata da preocupação com a aparência física (r = 0,345; p = 0,002), e com a pergunta P7, que investiga a avaliação do paciente sobre a opção feita pela CB (r = 0,291; p = 0,011).

Quanto mais corpulenta a escolha da SI maior o valor do IMC correspondente, para as pessoas que compõem a presente amostra. Essa escolha da SI mais robusta demonstrou maior preocupação em relação à aparência física, sendo que a correlação positiva com a pergunta P7 revelou o sentimento de prazer e contentamento em relação à opção que fizeram, qual seja, o

tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, de modo semelhante à correlação positiva e significante da SA e com a pergunta P7, anteriormente analisada.

A variável que representa o peso na data de realização da entrevista correlacionou-se negativamente com a variação percentual de perda de peso, entre a data da cirurgia e a data de realização da entrevista (r = -0,441; p = 0,000). Significa dizer que quanto maior o peso corpóreo da pessoa na data da entrevista, menor a variação percentual da perda de peso verificada, na mesma dará.

O peso na data da entrevista apresentou correlação positiva com a diferença entre SA – SI (r = 0,248; p = 0,032) e com a escolha da SI (r = 0,404; p = 0,000). Quanto maior o peso corporal do paciente maior a diferença SA – SI, demonstrando insatisfação com a imagem corporal na data da entrevista. A escolha da SI pelos entrevistados apresentou tendência em direção à figura mais corpulenta.

O IMC na data de realização da entrevista, além das correlações já analisadas com SA, SI e peso na data da entrevista, mostrou correlação positiva com a diferença entre SA – SI (r = 0,367; p = 0,001), com o peso na data da CB (r = 0,536; p = 0,000), com o IMC na data de realização da CB (r = 0,586; p = 0,000) e com P2, que se refere à aparência física (r = 0,442; p = 0,000). Por outro lado, mostrou correlação negativa com o percentual da perda de peso (r = -0,510; p = 0,000).

Os valores mais altos do ICM na data da entrevista foram observados nos pacientes que apresentaram pesos mais elevados na data da CB e correspondente IMC, naquela data. Verificou-se insatisfação em relação à imagem corporal – pela elevação da diferença SA – SI – acentuada preocupação com a aparência física e menor perda percentual de peso corporal. Pesos corpóreos com valores mais altos na data da entrevista foram apresentados por aqueles que mostraram, na data da CB, também mais altos pesos e seus correspondentes IMC. Portanto, verificou-se que a perda percentual de peso foi menor com IMC menor; porém, os referidos indivíduos revelaram maior preocupação com a aparência física.

A variação percentual de perda de peso corpóreo (média de 35,12%) – além das correlações negativas já analisadas em relação à SA, ao peso corpóreo na data da entrevista, ao IMC na data da entrevista – apresentou correlações positivas com antecedentes familiares (r = 0,326; p = 0,004), com o peso (r = 0,299; p = 0,009) e com o IMC na data da realização da CB (r = 0,381; p = 0,001); e correlações negativas com a diferença SA – SI (r = -0,244; p = 0,035) e com P2 (r = -0,250; p = 0,031).

Observou-se, conforme esperado, que a diminuição do percentual da perda de peso, que se encontra abaixo do previsto (40%), aumentou a diferença entre a escolha das silhuetas

(SA – SI), demonstrando uma situação de insatisfação com a imagem corporal e maior preocupação com a aparência física (P2). A correlação positiva com a presença de antecedentes familiares de obesidade indicou maior porcentagem de perda de peso entre aqueles com facilidade para engordar e que apresentavam maior peso corpóreo – assim como o correspondente ICM – na data da realização da CB.

A diferença de escolha de silhuetas (SA - SI), além daquelas correlações significantes já analisadas – com a SA, peso na data da entrevista, IMC na data da entrevista e percentual de perda de peso – apresentou correlação positiva com a variável P2, isto é, preocupação com a aparência física ($r = 0,228$; $p = 0,049$), e correlação negativa com a variável referente a antecedentes familiares de obesidade ($r = -0,269$; $p = 0,019$). Essas correlações são indicativas de maior preocupação com a aparência física, quando há insatisfação com a imagem corporal por parte daqueles que relataram não possuir antecedentes familiares de obesidade.

A pergunta P2, que trata da investigação sobre a preocupação com a aparência física, além das outras correlações significantes com ela já analisadas – SA, SI, diferença SA - SI, peso e IMC na data da entrevista e percentual da variação de peso entre a data da CB e a data da entrevista – apresentou correlação negativa com a variável referente a antecedentes familiares ($r = -0,328$; $p = 0,004$) e correlação positiva com a pergunta P1 sobre comprar roupas ($r = 0,296$; $p = 0,010$).

Esses resultados indicaram que maior intensidade de preocupação com a aparência física ocorreu entre os entrevistados que referiram não possuir antecedentes familiares de obesidade, assim como entre aqueles que revelaram grande satisfação pelo fato de conseguir comprar roupas em lojas comuns, o que revela a presença de processo adaptativo no sentido da inserção social.

Em relação à variável “antecedentes familiares de obesidade”, além das outras correlações significantes já analisadas, observou-se correlação negativa significante da P2 com a P9, que pesquisa a opinião dos entrevistados sobre a realização da CB como regra geral aplicada a todas as pessoas que sofrem de obesidade mórbida ($r = -0247$; $p = 0,033$).

Esse resultado da correlação estatística que se encontra ligado ao nível de enfrentamento pós-operatório, em longo prazo, revelou, entre os entrevistados que referiram presença de obesidade na família, o compartilhamento de atitudes prudentes, esclarecendo que a opção pela CB depende de decisão pessoal, porque se trata de uma cirurgia que oferece riscos. Ressaltaram ainda que o candidato à realização da CB deve receber preparo pré-operatório adequado.

Contrários à realização generalizada da CB para todos os portadores de obesidade mórbida posicionaram-se os pacientes que referiram antecedentes familiares, argumentando que o reganho de peso é uma realidade, caso a pessoa não consiga comprometer-se com a correta mudança de hábitos alimentares.

O resumo das correlações significantes decorrentes das variáveis correspondentes do teste SCOPE-*coping*, com as demais variáveis consideradas, é apresentado nas Tabelas 19, 20, 21, 22 e 23.

Não foram encontradas correlações significantes com a variável "nível de *coping*-intensidade".

Tabela 19 – Correlações significantes do nível de *coping*-geral.

***COPING*-GERAL**			
4	SA (silhueta atual)	-,377	,001
	Escolaridade	-,305	,008
	Diferença SA - SI	-,293	,011
	Tempo após cirurgia	-,238	,040

Fonte: amostra da pesquisa.

O nível de *coping*-geral, que se fundamenta na frequência e na intensidade com que foram utilizados os fatores de *coping*, apresentou correlações negativas em relação à silhueta atual (SA) (r = -0,377; p = 0,001), ao grau de escolaridade (r = -0,305; p = 0,008), à diferença SA – SI (r = -0,293; p = 0,011) e ao período de tempo decorrido após a realização da CB (r = -0,238; p = 0,040) (Tabelas 19 a 23).

Esses resultados indicam que as pessoas desta amostra com baixo grau de escolaridade apresentaram maior potencial adaptativo ao cotidiano. Foi observado que com altos níveis de *coping*-geral a escolha da SA encontra-se mais próxima da SI, uma vez que a diferença SA - SI mostrou tendência a reduzir-se. A correlação negativa com o período de tempo decorrido após a data da CB indica que aqueles que foram operados há menos tempo apresentaram níveis de *coping*-geral mais altos.

Tabela 20 – Correlações significantes do nível de *coping* em relação à frequência.

***Coping*-FQ**			
3	SA (silhueta atual)	-,334	,003
	SI (silhueta ideal)	-,318	,005
	Antecedentes familiares	,239	,039

Fonte: amostra da pesquisa.

O nível de *coping* em relação à frequência mostrou correlações negativas com a SA (r = -0,334; p = 0,003) e com a SI (r = -0,318; p = 0,005) e correlação positiva com os antecedentes familiares de obesidade (r = 0,239; p = 0,039). Esses resultados indicam que a frequência de *coping* é maior entre as pessoas com facilidade para engordar, demonstrando que quanto mais alta a frequência de *coping*, maior a tendência dos entrevistados para identificarem-se com a figura atual e ideal entre as mais esbeltas.

Não foram encontradas correlações com os níveis da intensidade de *coping*. Esse resultado é indicativo de baixo investimento de energia na utilização dos fatores de *coping*.

Tabela 21 – Correlações significantes do nível de *habilidade social* – geral.

***Habilidade social* – geral**			
2	Escolaridade	-,304	,008
	SA (silhueta atual)	-,292	,011

Fonte: amostra da pesquisa.

Em relação aos níveis de *habilidade social* geral foram obtidas correlações negativas com o grau de escolaridade (r = -0,304; p = 0,008) e com a silhueta atual (SA) (r = -0,292; p = 0,011). Esses resultados permitem reconhecer que as pessoas desta amostra com grau de escolaridade mais baixo demonstraram facilidade nos relacionamentos pessoais, percebendo-se com a SA tendendo à esbeltez.

Tabela 22– Correlações significantes do nível de *habilidade social* em relação à frequência.

***Habilidade social* – FQ**			
3	SA (silhueta atual)	-,282	,014
	SI (silhueta ideal)	-,247	,032
	Antecedentes familiares	,232	,045

Fonte: amostra da pesquisa.

O nível de *habilidade social* em relação à frequência mostrou correlação positiva com a variável correspondente aos antecedentes familiares de obesidade (r = 0,232; p = 0,045) e negativas com a silhueta atual (SA) (r = -0,282; p = 0,014) e silhueta ideal (SI) (r = -0,247; p = 0,032).

Observou-se que as pessoas desta amostra com mais altos níveis de *habilidade social* em relação à frequência são as que apresentam antecedentes familiares de obesidade. Em relação à autoimagem corporal, as escolhas recaíram sobre figuras que representam silhuetas mais esbeltas.

Em relação à obesidade, o nível de *habilidade social*- frequência mostrou correlações negativas com o grau de escolaridade (r = -0,247; p = 0,033), com a SA (r = -0,227; p = 0,050) e com a diferença SA - SI (r = -0,264; p = 0,022). Quanto mais alto o nível de *habilidade social* em relação à intensidade de energia investida nos relacionamentos, menor o grau de escolaridade das pessoas desta amostra, revelando que a identificação com a autoimagem corporal tende a se fazer com figuras mais esbeltas e que se encontram satisfeitas com a própria imagem corpórea.

Tabela 23 – Correlações significantes do nível de *habilidade social* em relação à intensidade.

***Habilidade social* – INTENSIDADE**			
3	Diferença SA - SI	-,264	,022
	Escolaridade	-,247	,033
	SA (silhueta atual)	-,227	,050

Fonte: amostra da pesquisa.

5.2 DETALHAMENTO DA SELEÇÃO DE PACIENTES COM OS MAIS ALTOS NÍVEIS DE *COPING* E DE *HABILIDADE SOCIAL*

Segundo o método proposto por Vasconcellos Brengelmann (1985, 2000), classifica-se como nível alto de *coping* quando, pela análise do *coping*-geral, esse nível é igual ou maior que 7. O mesmo ocorre em relação à *habilidade social* (Tabela 24).

Entre os entrevistados que fazem parte da amostra total (N = 75) foram selecionados os 17 indivíduos que obtiveram os mais altos níveis de *coping* e de *habilidade social*, com valores iguais a 8 e 9. O exame aprofundado desses fatos de *coping* e/ou *habilidade social*, tanto em frequência como em intensidade, teve a finalidade de estabelecer, segundo método proposto, o ranking dos fatores mais utilizados pelos indivíduos desse grupo.

Tabela 24 - Indivíduos selecionados com os mais altos níveis de *coping* e/ou *habilidade social*.

Entrevistados	Nível *coping*			Nível *habilidade social*		
	Freq.	**Int.**	**Geral**	**Freq.**	**Int.**	**Geral**
A.O.	9	9	**9**	9	9	**9**
C.C.	8	9	**8**	8	9	**8**
S.S.	7	9	**8**	5	9	7
C.S.	9	9	**9**	6	9	7
A.M.	8	8	7	7	9	**8**
M.C.	7	9	**8**	8	9	**8**
V.L.	9	9	**9**	9	9	**9**
A.G.	8	9	**8**	9	9	**9**
C.S.	9	9	**9**	8	9	**8**
M.C.	9	9	**9**	7	9	**8**
D.G.	9	8	7	8	9	**8**
C.C.	9	8	7	9	9	**9**
R.A.	7	9	**8**	5	9	7
N.K.	9	9	**9**	9	8	7
A.F.	9	9	**9**	9	9	**9**
A.C.	8	8	7	8	9	**8**
M.L.	8	9	**8**	7	9	**8**

Fonte: amostra da pesquisa.

5.2.1 Resultados Sociodemográficos e Clínicos dos Pacientes Selecionados

Para essa seleção de pacientes com os mais altos níveis de *coping* e de *habilidade social*, a média de idade foi de 53 anos, sendo a mínima 34 e a máxima de 76, com desvio padrão de 12,33 (Gráfico 26).

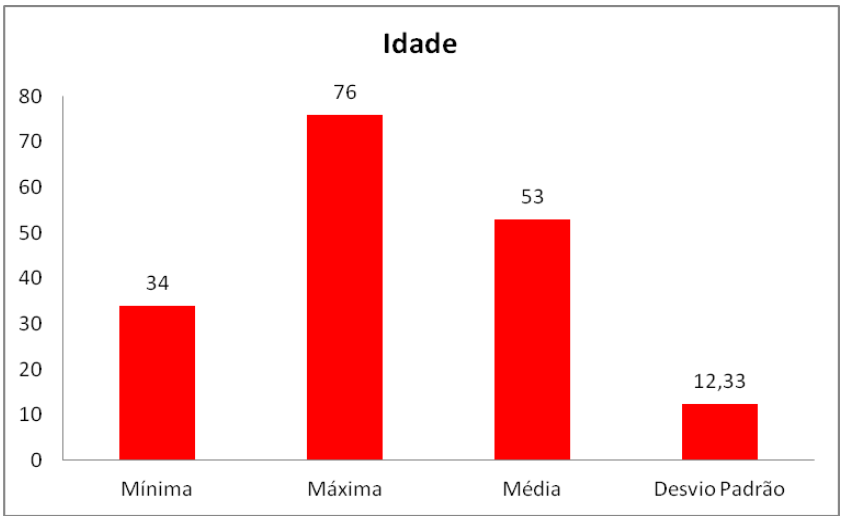


Gráfico 26 – Distribuição estatística da idade dos pacientes selecionados.

Em relação ao gênero foram observadas 16 mulheres, que constituem 94,1% da seleção com os mais altos níveis de c*oping* e *habilidade social*, e somente um homem (5,9%) (Gráfico 27).

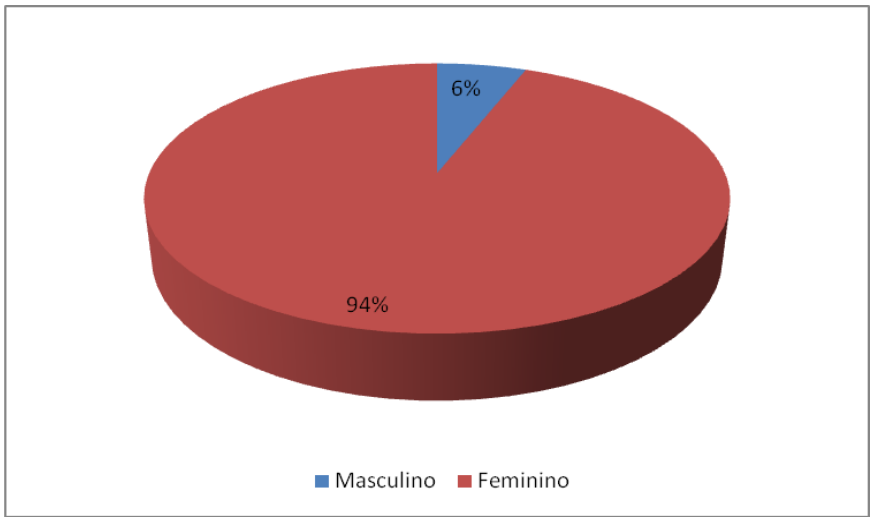


Gráfico 27 – Distribuição percentual de gênero, dos pacientes selecionados.

Apresentaram baixo grau de escolaridade, uma vez que a distribuição percentual foi demonstrada da seguinte maneira: 35,3% (N=6) referiram ensino fundamental incompleto; 29,4% (N=5) cursaram o ensino médio completo; 17,6% (N=3) completaram o ensino fundamental; na mesma proporção de 17,6% (N=3) encontram-se os que não completaram o ensino médio. Nenhum dos entrevistados teve acesso a curso superior (Tabela 25; Gráfico 28).

Tabela 25 - Distribuição da frequência e respectivo percentual do grau de escolaridade dos pacientes selecionados.

Escolaridade	**N**	**%**
Ensino fundamental incompleto	6	35,3
Ensino fundamental completo	3	17,6
Ensino médio incompleto	3	17,6
Ensino médio completo	5	29,4
Ensino superior incompleto	0	0,0
Ensino superior completo	0	0,0
Pós-graduação	0	0,0
Total	17	100,0

Fonte: amostra da pesquisa.

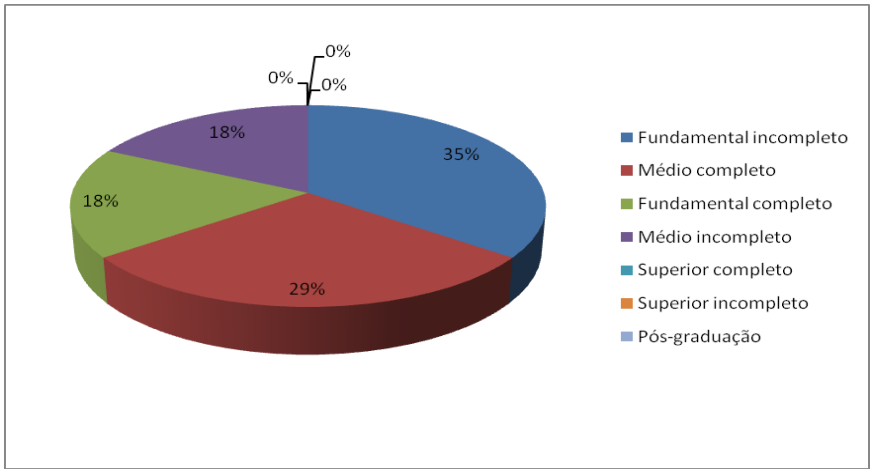


Gráfico 28 – Distribuição percentual do grau de escolaridade dos pacientes selecionados.

Relativamente ao tempo decorrido após a cirurgia bariátrica foi obtida, para a seleção de pacientes com altos níveis de *coping* e/ou *habilidade social*, média de 5,52 anos, mínima de 4 e máxima de 8 anos, e desvio padrão de 1,46 (Gráfico 29).

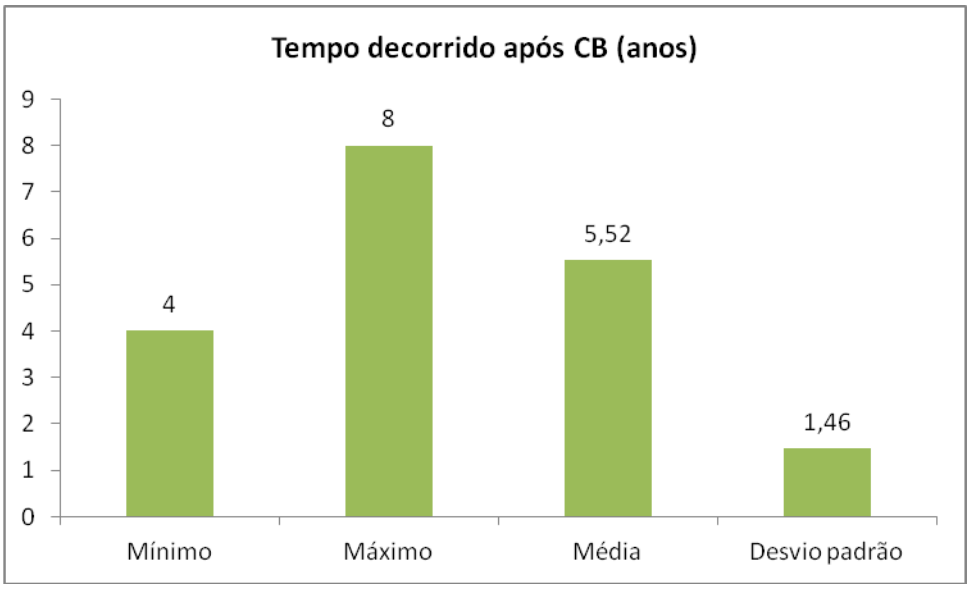


Gráfico 29 – Tempo decorrido após a realização da CB dos pacientes selecionados.

Em relação à altura dos entrevistados selecionados, foi observada a mínima de 1,50m, máxima 1,74m, com média de 1,61m e desvio padrão de 0,06 (Gráfico 30).

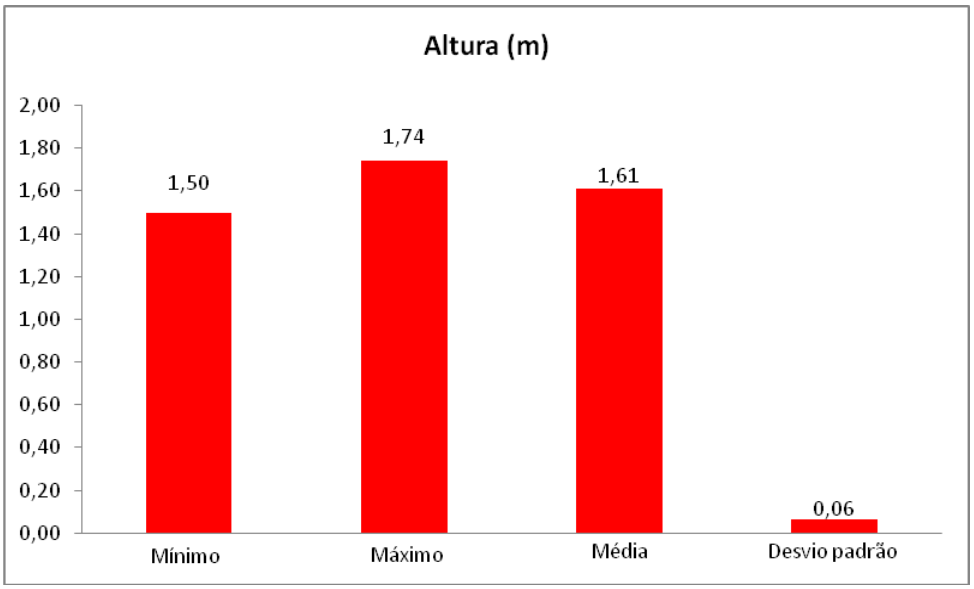


Gráfico 30 – Distribuição estatística da altura dos pacientes selecionados.

A demonstração comparativa do peso medido, entre a data da realização da cirurgia e a data da entrevista, mostrou diminuição nos valores do peso dos entrevistados de 142,32 kg para 83,23 kg, em média, com a mínima de 90 kg para 65,60 kg e a máxima de 215 kg para 124,40 kg, sendo o desvio padrão de 34,08 correspondente aos dados da época em que foi

realizada a cirurgia bariátrica, e o desvio padrão de 13,77 correspondente aos dados verificados na data de realização da entrevista (Gráfico 31).

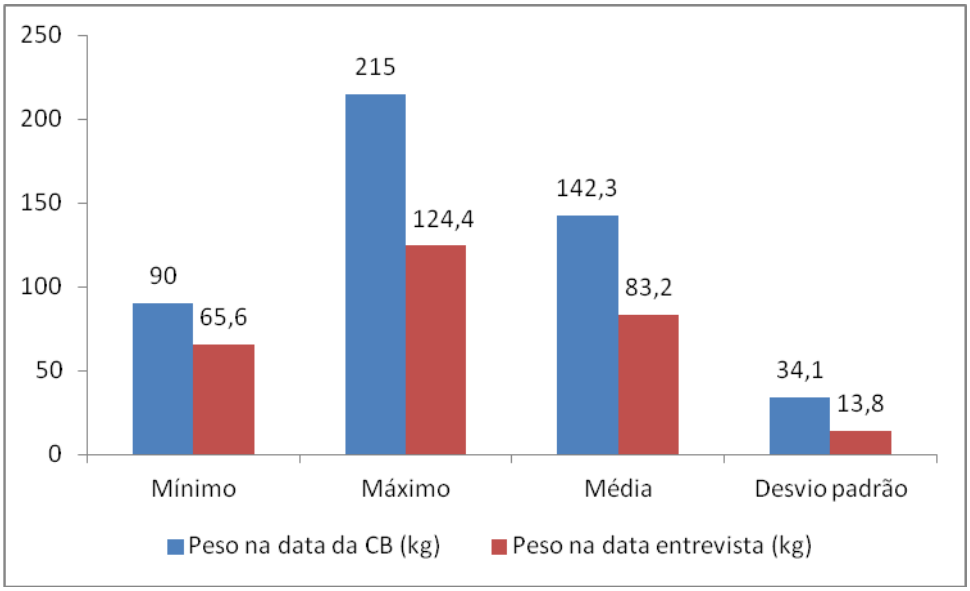


Gráfico 31 – Demonstração comparativa entre o valor do peso corpóreo, dos entrevistados selecionados, na data da realização da CB e na da entrevista.

A média da variação percentual de peso corpóreo dos pacientes selecionados, entre a data da realização da cirurgia e a data da entrevista, foi de 39,42%, o mínimo de 17,80%, máximo 57,60%, com desvio padrão de 12,57 (Tabela 26).

Tabela 26 – Percentual da perda do peso corpóreo dos pacientes selecionados.

Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
17,80	57,60	39,42	12,57

Fonte: amostra da pesquisa.

Para essa seleção de pacientes, em relação ao valor do IMC, na data da realização da cirurgia, foi observado o valor médio de 54,6, com o mínimo de 34,3 e o máximo de 79,9, com desvio padrão de 12,7. Posteriormente, na data da entrevista, o IMC foi reduzido, em média, para 32, mínimo de 26,5 e máximo de 46,3, com desvio padrão de 5,4 (Gráfico 32).

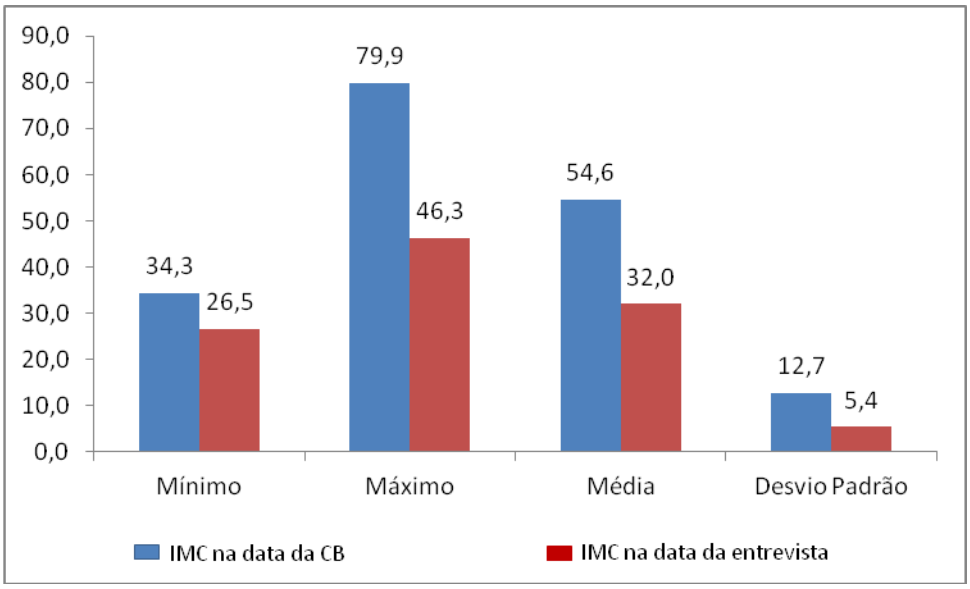


Gráfico 32 – Demonstração comparativa entre o valor do IMC na data da realização da CB e na data da entrevista, para os pacientes selecionados.

Entre os pacientes selecionados, a presença de antecedentes familiares de obesidade foi referida por 11 pessoas (65%) (Gráfico 33). Assim esse resultado revelou que a seleção de pacientes apresentou tendência para desenvolver elevado peso corpóreo.

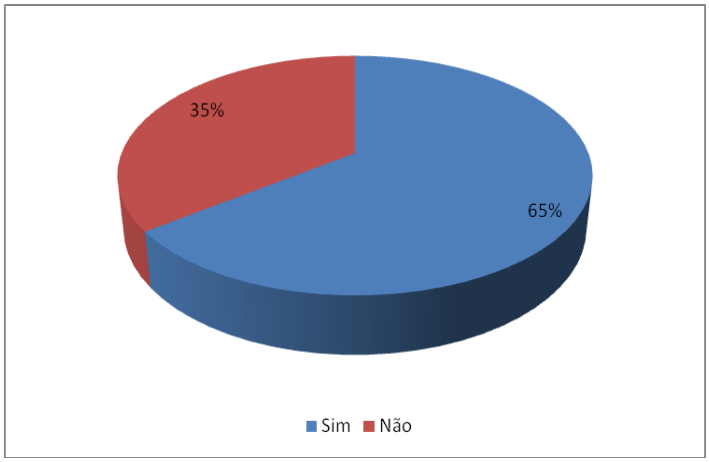


Gráfico 33 – Antecedentes familiares de obesidade, dos pacientes selecionados.

5.2.2 Resultados do *Coping* e *Habilidade Social* dos Pacientes Selecionados

Os resultados obtidos sobre o nível de *coping*, considerando-se a frequência de sua utilização para o enfrentamento sobre as questões do dia a dia, entre os pacientes

selecionados, apresentaram média de 8,06, nível mínimo de 6, máximo de 9 e desvio padrão de 1,09 (Gráfico 34).

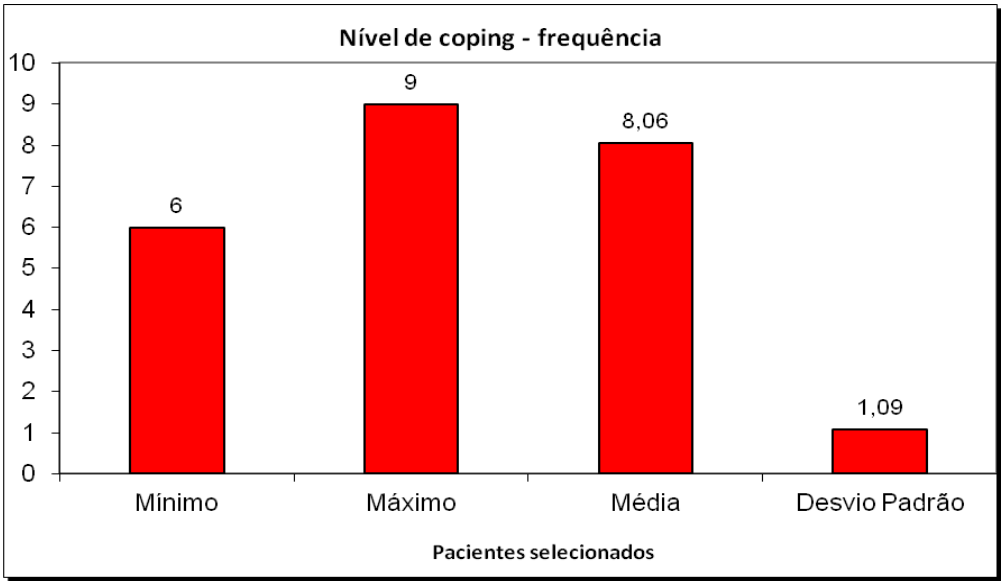


Gráfico 34 – Nível de *coping* dos entrevistados selecionados, em relação à frequência**.**

Considerando-se nível de *coping* em relação à intensidade de energia investida no enfrentamento, para o grupo de pacientes selecionados, observou-se o nível mínimo de 8 e o máximo de 9, com média de 8,82 e desvio padrão de 0,39 (Gráfico 35).

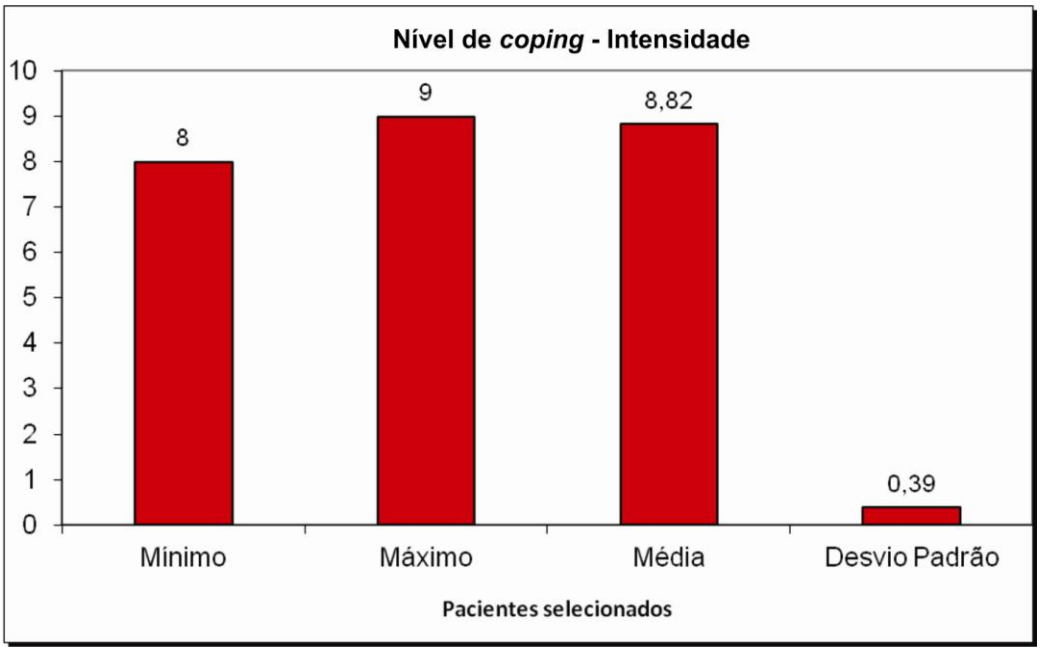


Gráfico 35 – Nível de *coping* dos entrevistados selecionados, em relação à intensidade.

No nível de *coping*-geral, o conjunto formado pela frequência e a intensidade, para os pacientes selecionados, foi obtido o mínimo de 7 e máximo de 9, com média de 8,06 e desvio padrão de 0,83 (Gráfico 36).

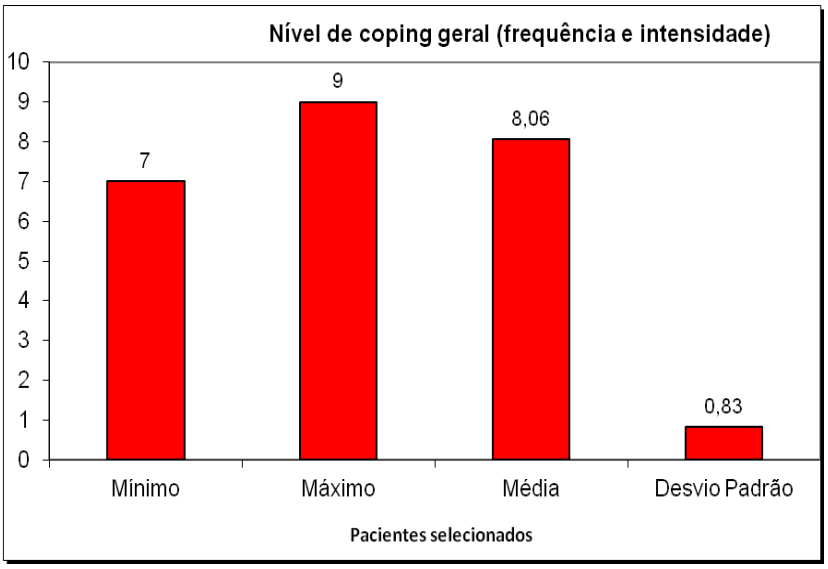


Gráfico 36 – Nível de *coping*-geral (frequência e intensidade) dos pacientes selecionados.

Na avaliação do nível de *habilidade social*, em relação à frequência, foram obtidos, para os pacientes selecionados, o valor mínimo de 7 e máximo de 9, com média de 8,35 e desvio padrão 0,79 (Gráfico 37).

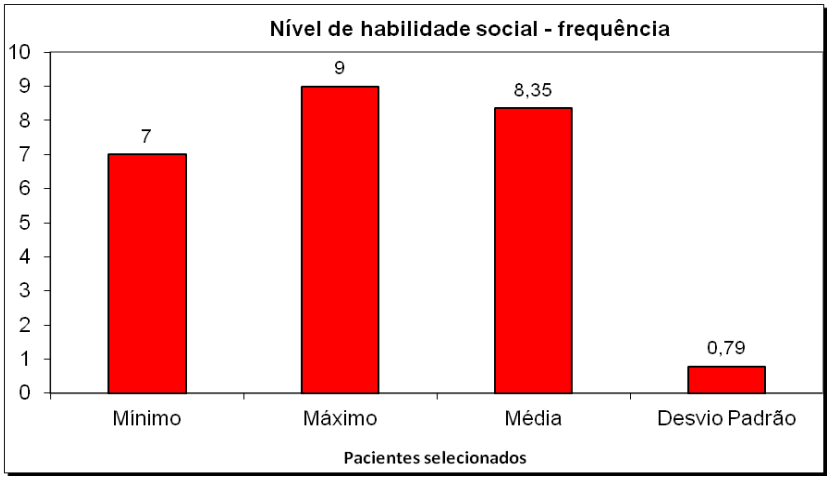


Gráfico 37 – Nível de *habilidade social* dos pacientes selecionados, em relação à frequência.

Em relação ao nível de *habilidade social* – intensidade, para os pacientes selecionados, o mínimo registrado foi 8 e máximo 9, com média 8,76 e desvio padrão de 0,44 (Gráfico 38).

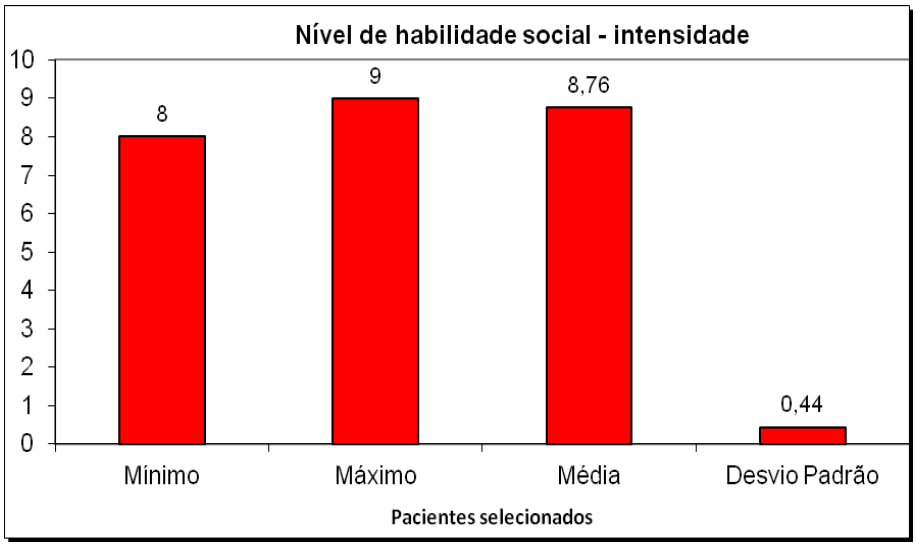


Gráfico 38 – Nível de *habilidade social* dos pacientes selecionados, em relação à intensidade.

Ao considerar-se o conjunto de frequência e intensidade do nível de *habilidade social* geral, para os pacientes selecionados, foi obtido o nível mínimo de 7 e máximo de 9, com média de 8,18 e desvio padrão de 0,81(Gráfico 39).

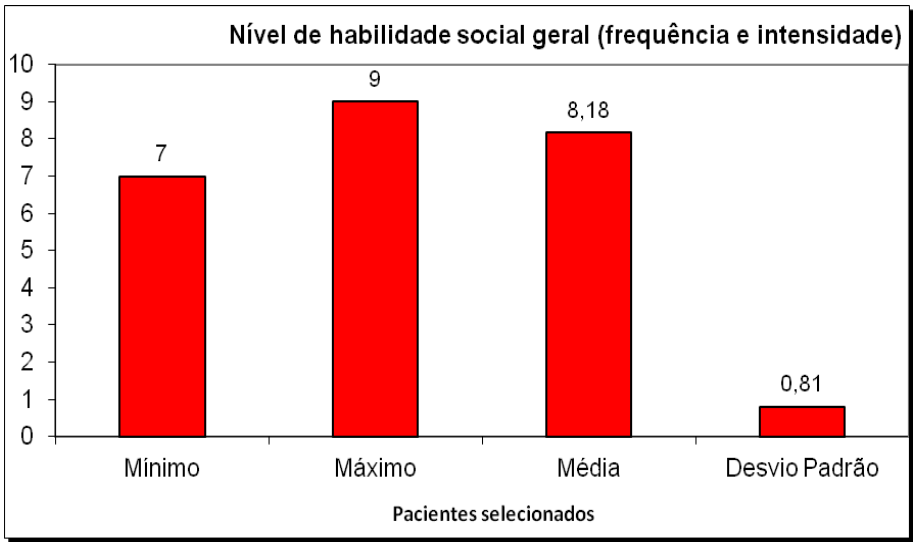


Gráfico 39 – Nível da *habilidade social* geral dos pacientes selecionados.

5.2.3 Resultados da Entrevista – Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) dos Pacientes Selecionados

Em relação aos resultados qualitativos da entrevista realizada com os pacientes da seleção com os mais altos níveis de *coping* e de *habilidade social*, seguem as categorias analisadas e suas respectivas porcentagens.

Como se trata do aprofundamento do estudo sobre as características psicossociais das 17 pessoas selecionadas na amostra (N=75) e não de um grupo para se estabelecer comparações, os discursos são os mesmos, porém o material apresentado diferencia-se pela frequência e pelo percentual das categorias estabelecidas.[10]

P1 – "Comprar roupas: como ficou isso para você depois da cirurgia?" (Tabela 27; Gráfico 40).

Tabela 27 – Categorias das respostas dos pacientes selecionados referentes a pergunta P1.

Categorias	**N**	**%**
A - Ficou maravilhoso; sente-se realizada (o)	12	70,59
B - Ainda tem alguma dificuldade para comprar roupas	3	17,65
C - Livrou-se do preconceito e da discriminação	2	11,76
D - Não mudou nada	0	0,00
E - Não compro nada	0	0,00
Total	**17**	**100,00**

Fonte: amostra da pesquisa.

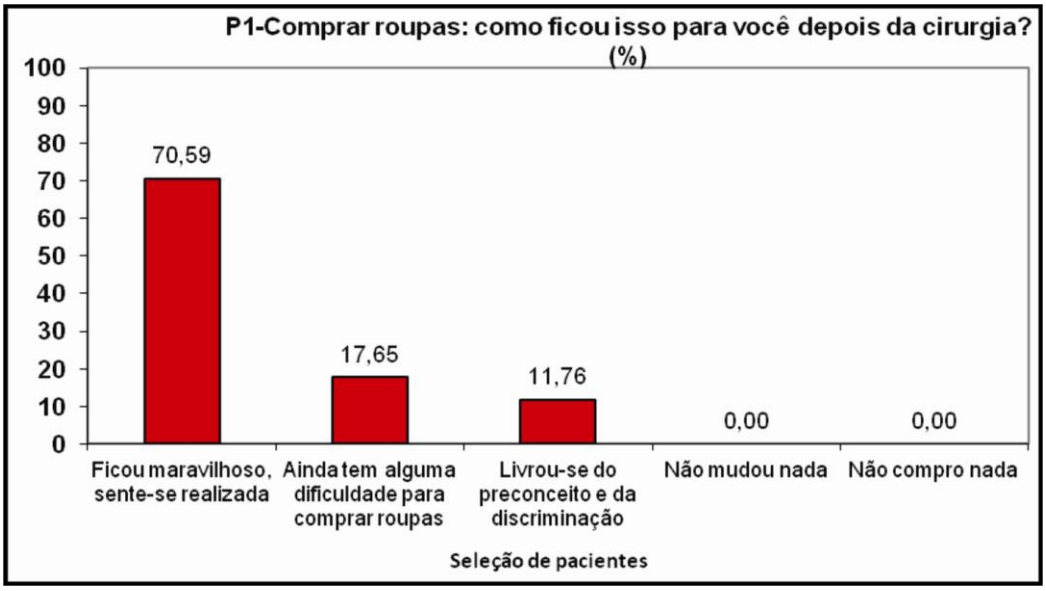


Gráfico 40 – Percentual das respostas categorizadas dos pacientes selecionados referentes à pergunta P1.

[10] Os discursos encontram-se a partir da página 64.

Pergunta P2 – “Preocupação com a aparência física: como você se sente?” (Tabela 28; Gráfico 41).

Tabela 28 - Categorias de respostas dos pacientes selecionados referentes à pergunta P2.

Categorias	**N**	**%**
A - Presença de frustração frente a aparência física	3	17,65
B - Preocupa-se com a aparência física	12	70,59
C - Não se preocupa com a aparência física	3	17,65
Total	17	100,00

Fonte: amostra da pesquisa.

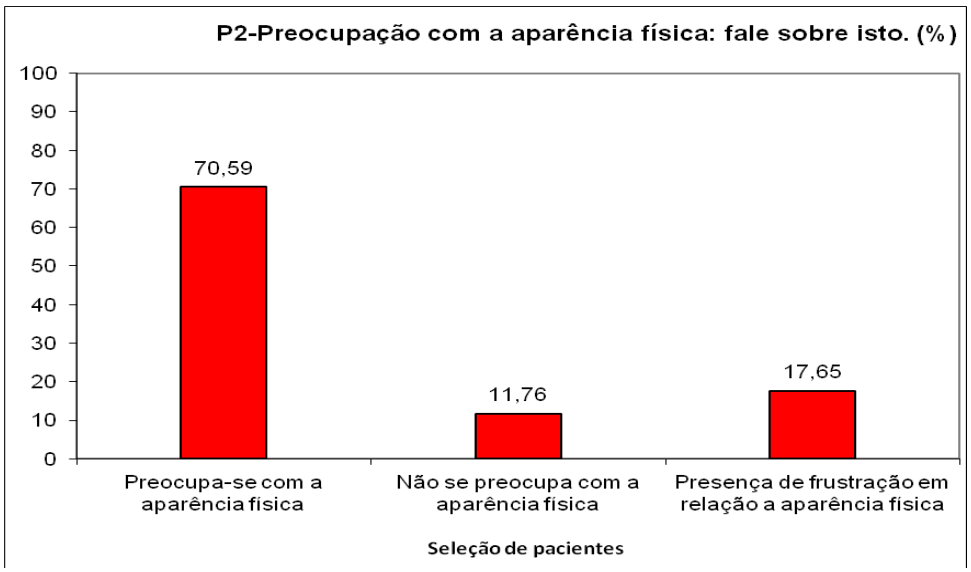


Gráfico 41 – Percentual das respostas categorizadas dos pacientes selecionados referentes à pergunta P2.

Os resultados observados voltam-se novamente para a questão da elevação da autoestima dos pacientes operados para a redução do estômago e destacam atitudes de cuidados pessoais com a aparência física, sugerindo capacidade de adaptação psicossocial.

Pergunta P3 – “O olhar das pessoas sobre você depois da cirurgia” (Tabela 29; Gráfico 42).

Tabela 29 – Categorias de respostas dos pacientes selecionados referentes à pergunta P3.

Categorias	**N**	**%**
A - Olham com admiração; recebem elogios	8	47,06
B - Olhares de curiosidade e/ou inveja e/ou crítica	4	23,53
C - Olham de modo diferente; agora se sente socialmente incluída(o)	5	29,41
Total	17	100,00

Fonte: amostra da pesquisa.

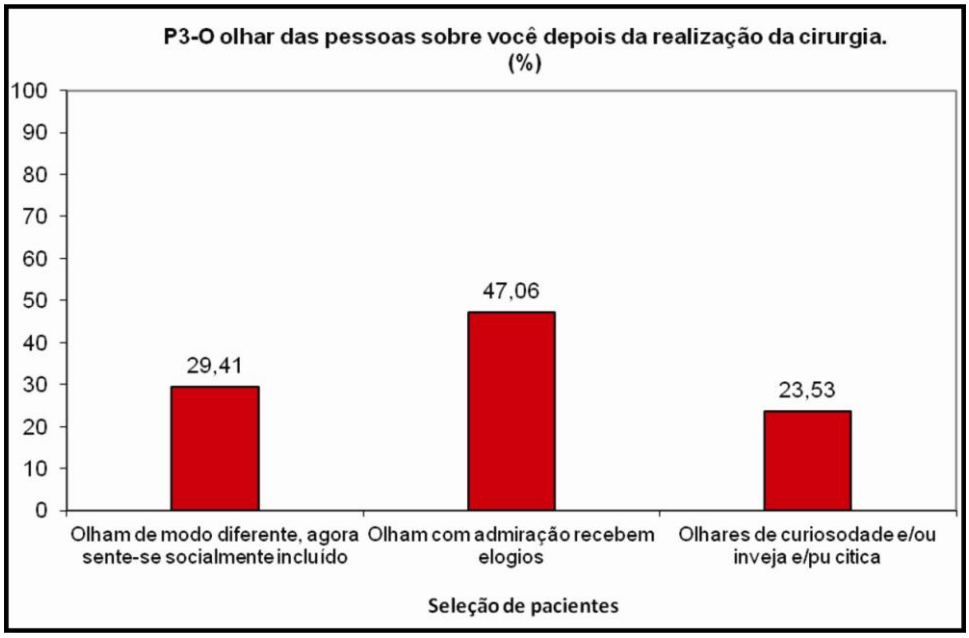


Gráfico 42 – Percentual das respostas categorizadas dos pacientes selecionados referentes à pergunta P3.

Pergunta P4 – "A vida em família após a realização da cirurgia bariátrica?" (Tabela 30; Gráfico 43).

Tabela 30 – Categorias das respostas dos pacientes selecionados referentes à pergunta P4.

Categorias	**N**	**%**
A - Melhora nos relacionamentos familiares	8	47,06
B - Atitude pessoal positiva perante a família	2	11,76
C - Mudança na dinâmica familiar: ciúmes, cobranças... inveja e/ou crítica		35
D - Influência de novos hábitos alimentares familiares na vida familiar	3	17,65
E - Sentimentos de incompreensão, abandono...	1	5,88
Total	17	100,00

Fonte: amostra da pesquisa.

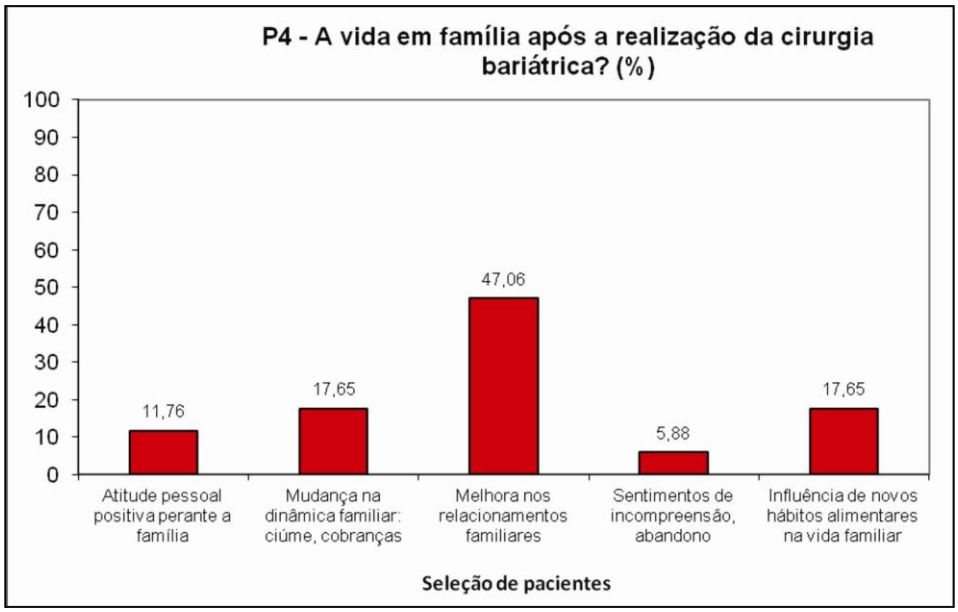


Gráfico 43 – Percentual das respostas categorizadas dos pacientes selecionados, referentes à pergunta P4.

Após a gastroplastia, em longo prazo, foram observadas mudanças nos relacionamentos familiares.

Pergunta P5 – "Hábito alimentar e prazer: o que você acha disso?" (Tabela 31; Gráfico 44).

Tabela 31 – Categorias de respostas dos pacientes selecionados referentes à pergunta P5.

Categorias	**N**	**%**
A - Sente prazer em comer, mesmo sendo pouca quantidade	7	41,18
B - Considera o alimento somente uma necessidade	5	29,41
C - Limitações na alimentação: engasga, tem *dumping*, vomita ou, ainda, usa o alimento como recompensa ou fuga	2	11,76
D - Não sente mais prazer em comer	3	17,65
Total	17	100,00

Fonte: amostra da pesquisa.

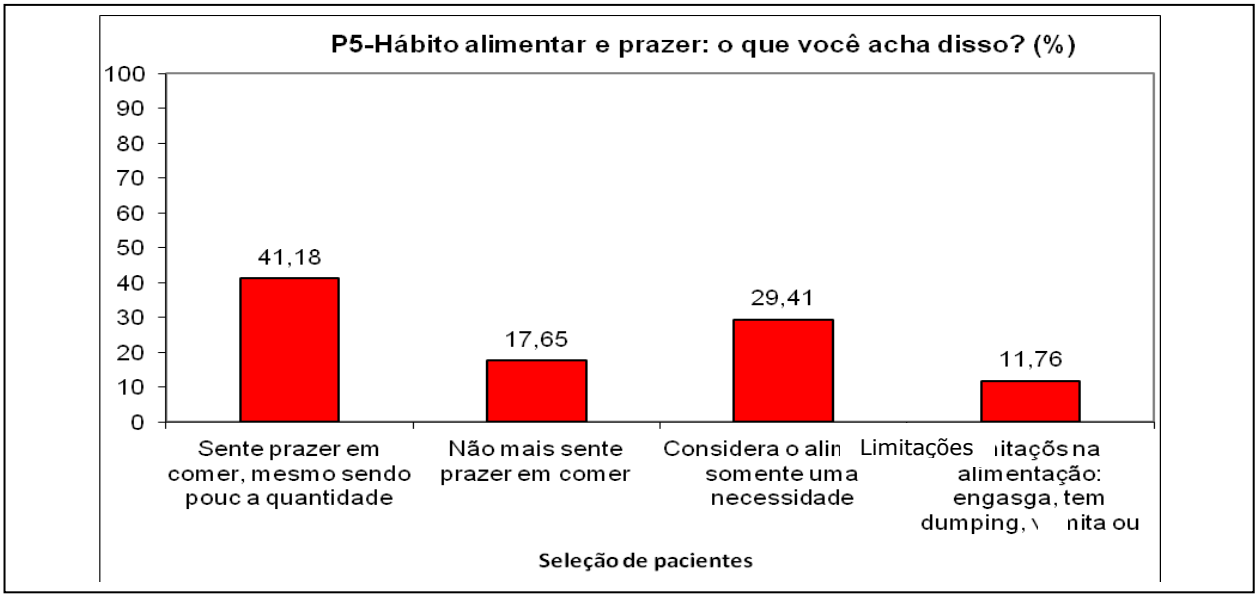


Gráfico 44 – Percentual das respostas categorizadas dos pacientes selecionados, referentes à pergunta P5.

Verificou-se que, em longo prazo, os operados demonstraram gerenciar seus hábitos alimentares, mantendo o prazer em comer, embora enfrentando problemas fisiológicos.

Pergunta P6 – "Qual a sua opinião e a opinião do seu médico sobre o seu peso atual?" (Tabela 32; Gráfico 45).

Tabela 32 – Categorias de respostas dos pacientes selecionados referentes à pergunta P6.

Categorias	**N**	**%**
A - Paciente deseja perder mais peso	2	11,76
B - Paciente acha que está bem; médico diz que precisa perder peso	5	29,41
C - Paciente e médico estão de acordo em relação ao peso atual	3	17,65
D - Paciente quer perder peso; médico diz que está bem	3	17,65
E - Médico e paciente concordam que se encontra acima do peso	1	5,88
F - Paciente acha que está bem; não relatou parecer médico	2	11,76
G - Médico e paciente concordam que se encontra abaixo do peso	1	5,88
Total	17	100,00

Fonte: amostra da pesquisa.

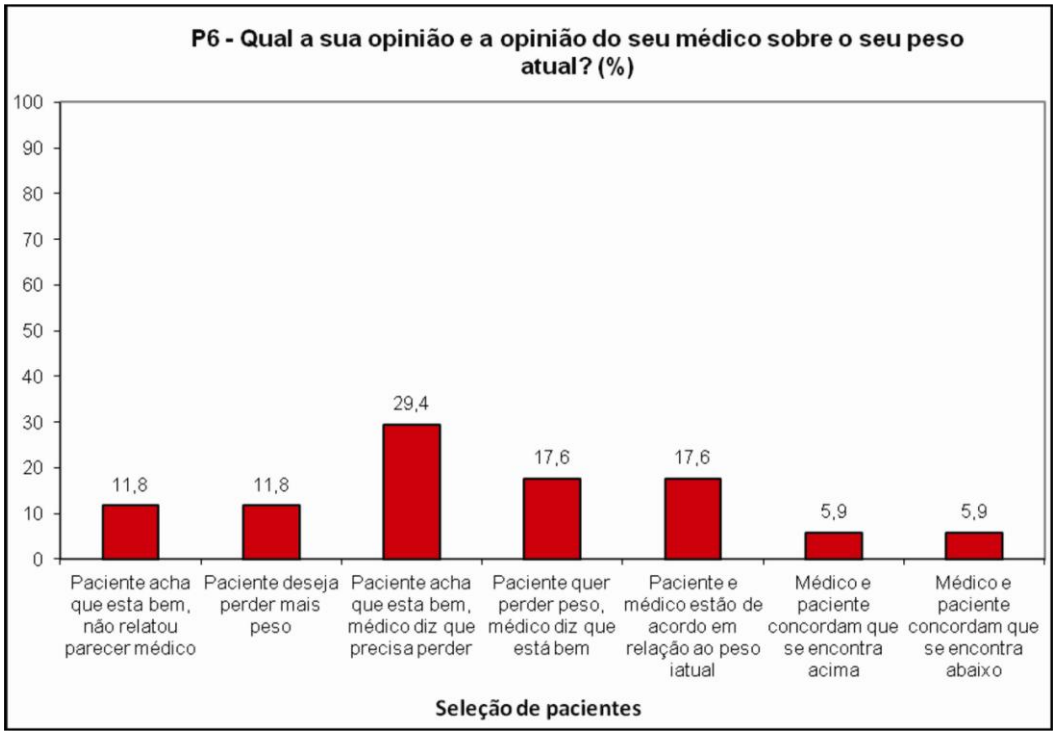


Gráfico 45 – Percentual das respostas categorizadas dos pacientes selecionados, à pergunta P6.

Pergunta P7 – "Valeu a pena fazer a cirurgia?" (Tabela 33; Gráfico 46).

Tabela 33 – Categorias de respostas dos pacientes selecionados referentes à pergunta P7.

Categorias	**N**	**%**
A - Sim, valeu a pena	11	64,71
B - Sim, para a saúde e autoestima	4	23,53
C - sim, mas após algum tempo houve reganho de peso	0	0,00
D - Sim, mas refere problemas de ordem fisiológica e alimentar	2	11,76
Total	17	100,00

Fonte: amostra da pesquisa.

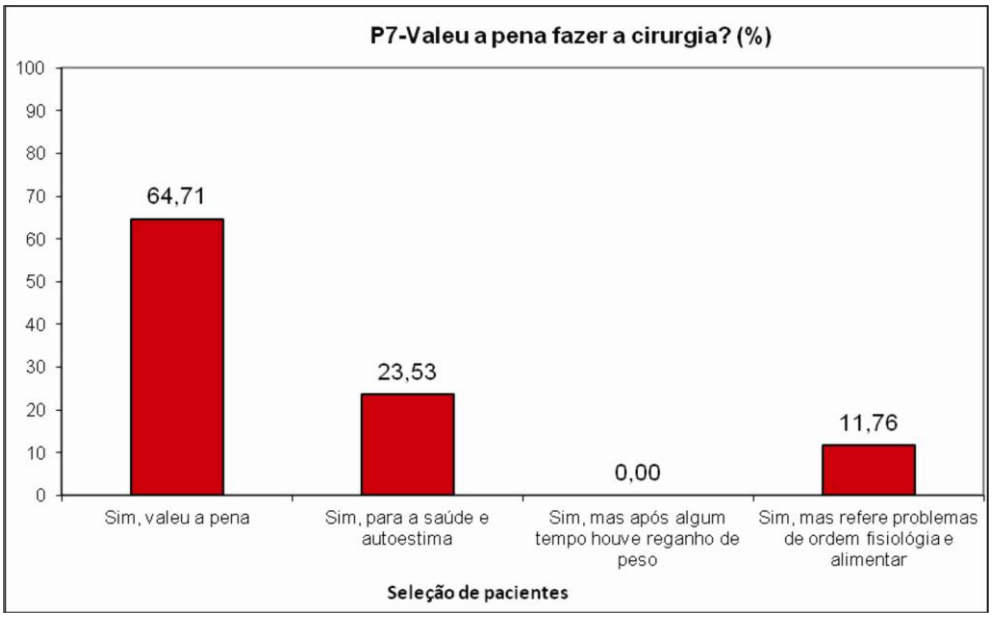


Gráfico 46 – Percentual das respostas categorizadas dos pacientes selecionados, referentes à pergunta P7 .

Nessa amostra de pacientes selecionados observou-se que não houve referência ao reganho de peso corpóreo.

Pergunta 8 – "O que se alterou em relação aos problemas de sua vida depois de eliminar peso?" (Tabela 34; Gráfico 47).

Tabela 34 – Categorias de respostas dos pacientes selecionados referentes à pergunta P8.

Categorias	**N**	**%**
A - Melhorou a saúde, a autoestima e a qualidade de vida	4	23,53
B - Não se alterou nada; não teve ilusão	7	41,18
C - Problemas todo mundo têm, sempre existirão	3	17,65
D - Mudou: apareceram problemas fisiológicos	2	11,76
E - Mudou: surgiram problemas de relacionamento	1	5,88
Total	17	100,00

Fonte: amostra da pesquisa.

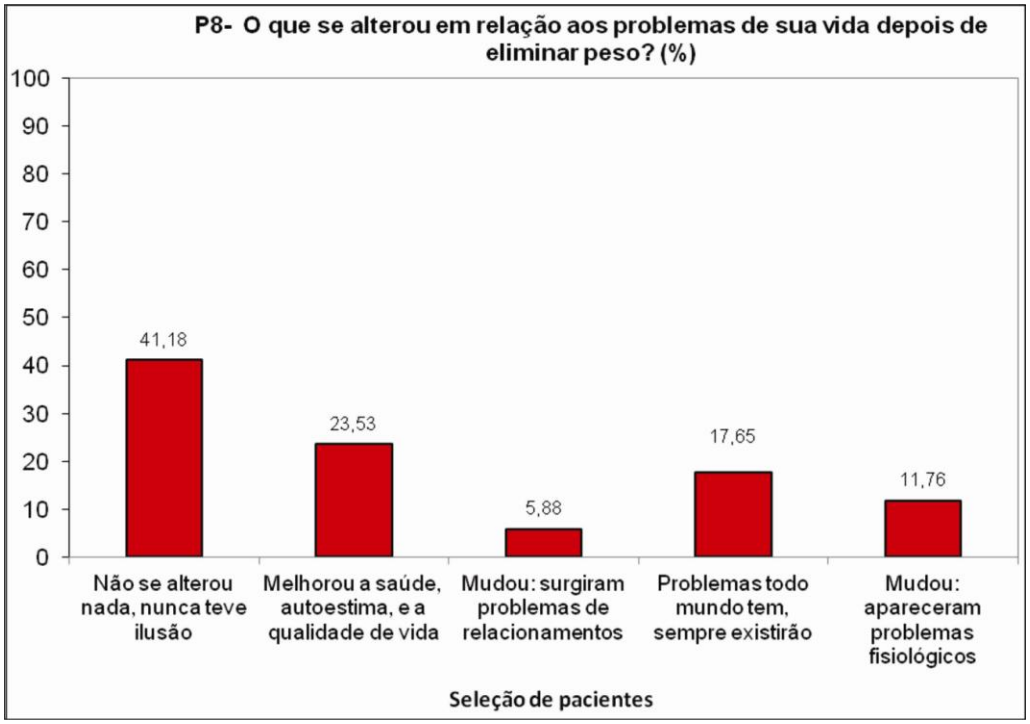


Gráfico 47 – Percentual das respostas categorizadas dos pacientes selecionados, referentes à pergunta P8.

A análise desses resultados sugeriu associação com os altos níveis de *coping* e de *habilidade social* dos pacientes selecionados.

Pergunta 9 – "Você acha que todas as pessoas que sofrem de obesidade mórbida devem ser operadas?" (Tabela 35; Gráfico 48).

Tabela 35 – Categorias de respostas dos pacientes selecionados referentes à pergunta P9.

Categorias	**N**	**%**
A - Sim, todos devem ser operados; melhora a saúde e a qualidade de vida	5	29,41
B - Sim, porque a cirurgia é uma grande ajuda para os obesos	4	23,53
C - Depende, a cirurgia oferece riscos; é uma decisão pessoal	2	11,76
D - Nem sempre, porque a pessoa precisa estar bem antes da cirurgia	4	23,53
E - Não, porque tem gente que come errado e pode voltar a engordar	2	11,76
Total	17	100,00

Fonte: amostra da pesquisa.

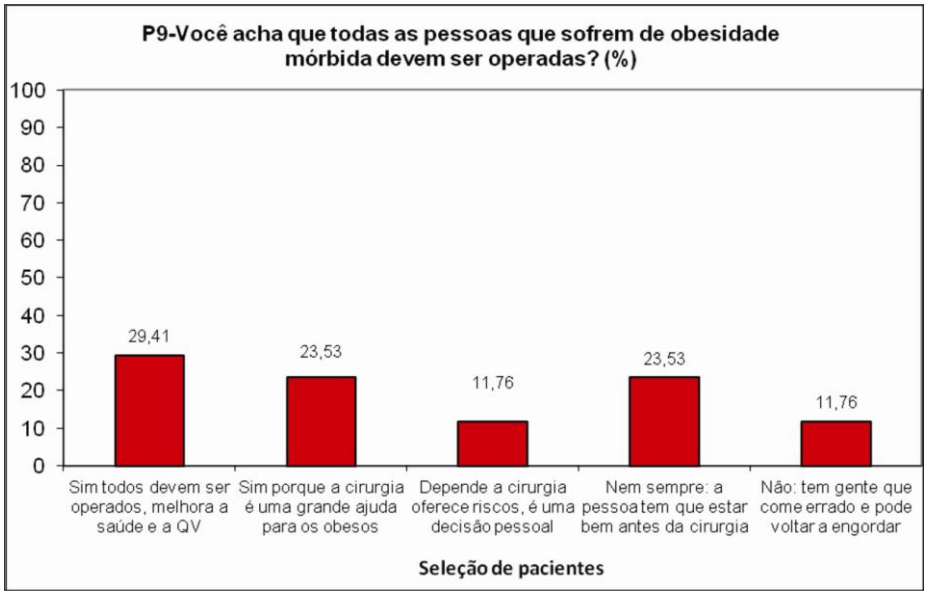


Gráfico 48 – Percentual das respostas categorizadas dos pacientes selecionados, referentes à pergunta P9.

A análise desses resultados indicou pessoas que se expressaram de forma prudente em relação ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.

5.2.4 Resultados da Escala de Silhuetas Humanas (SMT) dos Pacientes Selecionados

Os resultados obtidos na aplicação da escala de silhuetas, em relação aos pacientes selecionados com os mais altos níveis de *coping* e/ou de *habilidade social*, demonstraram que as escolhas de silhueta atual (SA) tendem para figuras mais esbeltas, enquanto aquelas de silhueta ideal (SI) encontram-se distribuídas mais uniformemente entre as figuras 4 e 7 (Tabela 36).

Tabela 36 – Escolhas das figuras representativas da SA - e SI, dos pacientes selecionados.

Escolha das silhuetas SA e SI em % Amostra total N = 75				
Silhueta (número)	**Silhueta atual (SA)**		**Silhueta ideal (SI)**	
	N	**%**	**N**	**%**
1	2	11,8	3	17,65
2	1	5,9	0	0,00
3	0	0,0	1	5,88
4	3	17,6	3	17,65
5	4	23,5	3	17,65
6	0	0,0	2	11,76
7	0	0,0	3	17,65
8	0	0,0	1	5,88
9	2	11,8	1	5,88
10	3	17,6	0	0,00
11	2	11,8	0	0,00
12	0	0,0	0	0,00
Total	**17**	**100,0**	**17**	**100,00**

Fonte: amostra da pesquisa.

Para essa seleção de pacientes foi utilizado gráfico de dispersão, modalidade estatística não paramétrica (Gráfico 49). Observou-se que a correlação positiva e significante com as escolhas de SA e SI ($r = 0,632$; $p < 0,001$), em sequência numérica ascendente, representa de maneira coerente a tendência para a satisfação em relação à autoimagem no sentido da adaptabilidade, pois quanto maior a figura escolhida como a atual, maior também a figura escolhida como a ideal (Gráfico 49).

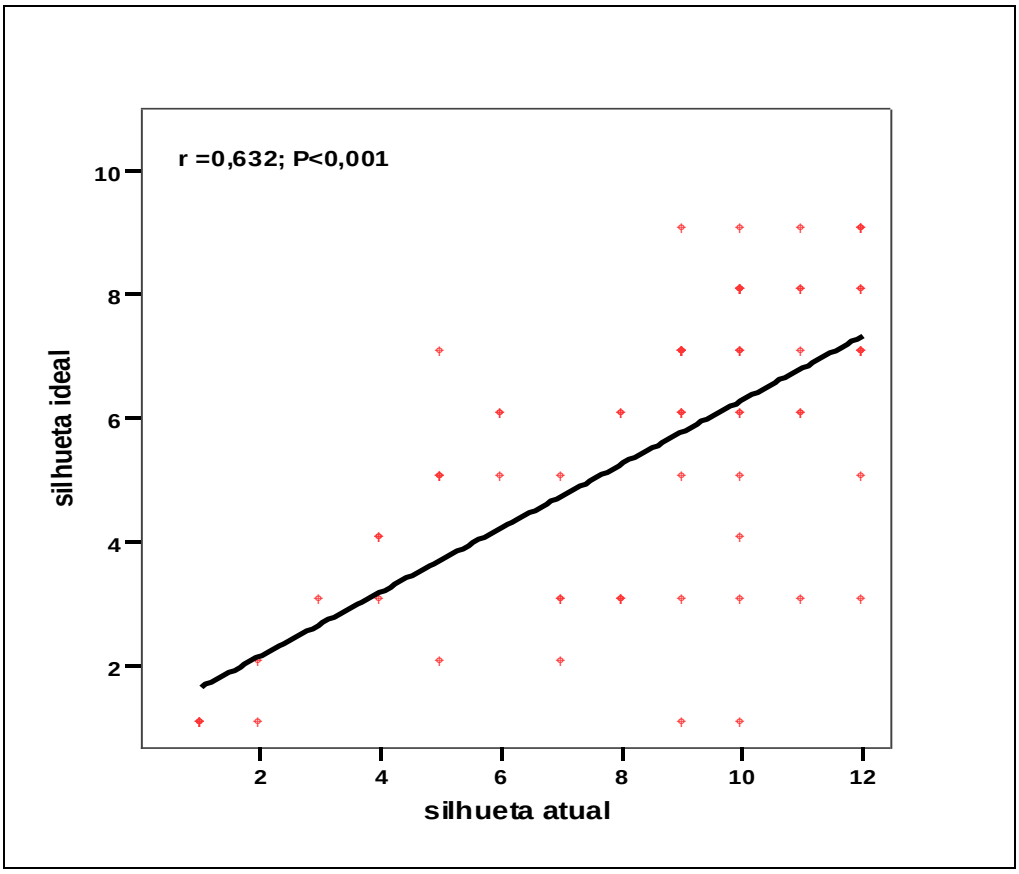


Gráfico 49 – Gráfico de dispersão das escolhas das figuras representativas de SA e SI, dos pacientes selecionados.

A variação do intervalo da diferença entre a escolha da silhueta atual e silhueta ideal (SA - SI) é representada no Gráfico 50.

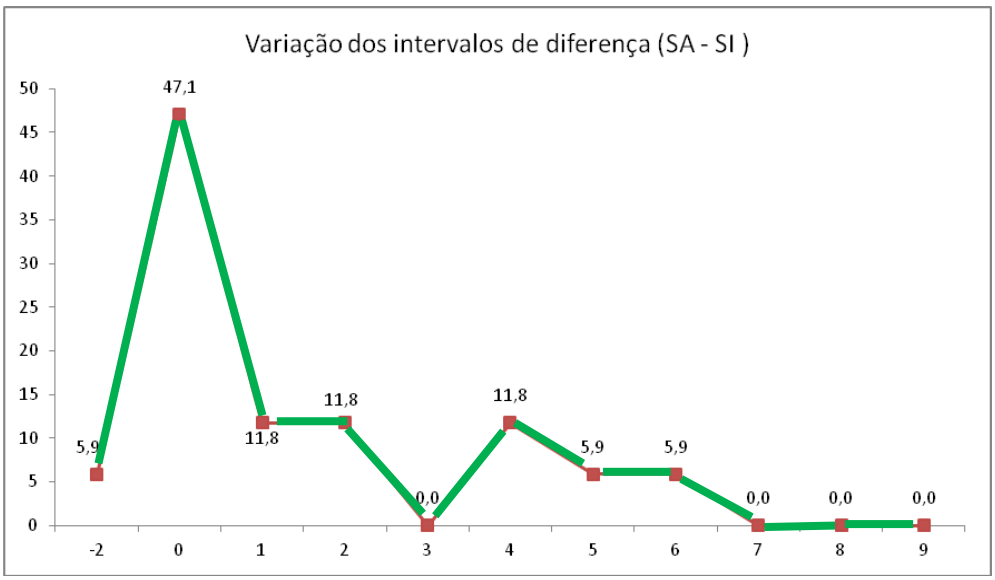


Gráfico 50 – Variação do intervalo da diferença (SA - SI), dos pacientes selecionados.

Os pacientes selecionados com os mais altos níveis de *coping* e de *habilidade social* mostraram-se divididos, em proporção, de certa forma semelhante, entre a satisfação e a insatisfação com a imagem corporal. A discrepância entre as escolhas SA - SI mostrou que 9 pessoas encontravam-se insatisfeitas com a própria silhueta corpórea na data da entrevista. Para 8 delas (47%) as escolhas revelaram o desejo de uma silhueta mais esbelta, enquanto 1 (5,9%) gostaria de exibir uma silhueta mais corpulenta (Tabela 37; Gráfico 50).

Tabela 37 – Diferença na escolha entre silhueta atual (SA) e silhueta ideal (SI).

(SA – SI)	**N**	**%**
(SA – SI) >0	8	47,0
(SA – SI) = 0	8	47,1
(SA – SI) < 0	1	5,9
Total	**17**	**100,0**

Fonte: amostra da pesquisa, que considera a seleção de pacientes com os mais altos níveis de *coping* e de *habilidade social*.

5.2.5 Resultados da Matriz de Correlação dos Pacientes Selecionados

Os resultados obtidos na aplicação dos três instrumentos de pesquisa, aos pacientes selecionados pelos mais altos níveis de *coping* e/ou *habilidade social*, deram origem à matriz de correlação (ANEXO H, em formato eletrônico), calculada entre as 28 variáveis consideradas (Tabela 38), que revelaram o seguinte:

- ✓ Entre as correlações verificaram-se 378 resultados, dos quais 59 (15,6%) mostraram-se significantes para o valor de $p \leq 0,05$.
- ✓ Não foram encontradas correlações significantes com as variáveis correspondentes à idade, tempo após a realização da cirurgia, escolaridade, perguntas P2 (preocupação com a aparência física), P5 (hábito alimentar e prazer), P6 (a opinião do entrevistado e do medico sobre o peso atual) e P8 (o que se alterou nos problemas na sua vida depois de eliminar peso).

Tabela 38 – Correlações significantes de cada variável fixada, com as demais variáveis estudadas para a seleção de pacientes com mais altos níveis de *coping* e *habilidade social*.

Quant. de Correlações	Variável Fixada	Variável Correlacionada	r	p
6	SA (silhueta atual)	SI (silhueta ideal)	0,791	0,000
		SA - SI dif. escolha	0,733	0,001
		Nível *coping* - geral	-0,522	0,032
		P7- Valeu a pena?	0,508	0,037
		Peso na data da entrevista	0,498	0,042
		IMC na data da entrevista	0,577	0,015
6	Nível *coping*-geral	Nível hab.soc. geral	0,731	0,001
		Nível hab.soc. - INT	0,559	0,020
		Silhueta atual (SA)	-0,522	0,032
		Silhueta ideal (SI)	-0,496	0,043
		Nível *coping*-FQ	0,552	0,022
		Nível *coping*-INT	0,611	0,009
5	Peso na data da entrevista	IMC na data da entrevista	0,888	0,000
		SA - SI dif. escolha	0,628	0,007
		Antecedentes familiares	-0,543	0,024
		Silhueta atual (SA)	0,498	0,042
		Peso na data da cirurgia	0,523	0,031
5	SA - SI dif. escolha	P7- Valeu a pena?	0,557	0,020
		Peso na data da entrevista	0,628	0,007
		IMC na data da entrevista	0,672	0,003
		Antecedentes familiares	-0,531	0,028
		Silhueta atual (SA)	0,733	0,001
4	Antecedentes familiares de obesidade	P1- Comprar roupas	0,629	0,007
		SA - SI dif. escolha	-0,531	0,028
		Peso data entrevista	-0,543	0,024
		Por. Var. peso	0,525	0,030
3	Peso na data da cirurgia	IMC na data da cirurgia	0,955	0,000
		% variação de peso	0,741	0,001
		Peso na data da entrevista	0,523	0,031
3	% var. de peso	IMC na data da cirurgia	0,725	0,001
		Antecedentes familiares de obesidade	0,525	0,030
		Peso na data da cirurgia	0,741	0,001
3	Nível de *coping* – INT	Nível de *habilidade socia*l INT	0,835	0,000
		Nível de *habilidade social* geral	0,694	0,002
		Nível de *coping*-geral	0,611	0,009
3	IMC na data da entrevista	SA - SI dif. escolha	0,672	0,003
		SA (silhueta atual)	0,577	0,015

		Peso na data da entrevista	0,888	0,000
3	Nível de *habilidade social* - intensidade	Nível de *habilidade social* geral	0,832	0,000
		Nível *coping*-INT	0,835	0,000
		Nível *coping*-geral	0,559	0,020
3	Nível de *habilidade social* - geral	Nível *coping*-INT	0,694	0,002
		Nível *coping* - Geral	0,731	0,001
		Nível de *habilidade social* - INT	0,832	0,000
3	IMC na data da cirurgia	Peso na data da entrevista	0,888	0,000
		Porcentagem variação de peso	0,725	0,001
		Peso na data da cirurgia	0,955	0,000
2	Nível de *coping* frequência	Nível *habilidade social* - freq.	0,778	0,000
		Nível coping-geral	0,552	0,022
2	Silhueta ideal (SI)	Nível coping-geral	-0,496	0,043
		Silhueta atual (SA)	0,791	0,000
2	P7 - Valeu a pena?	Silhueta atual (SA)	0,508	0,037
		Dif. escolha SA - SI	0,557	0,020
2	Nível de *habilidade social* - FQ	P9 - Operar todos?	-0,704	0,002
		Nível de coping - FQ	0,778	0,000
2	Nível *coping*-frequência	Nível *habilidade social* - frequência	0,778	0,000
		Nível *coping*-geral	0,552	0,022
2	Silhueta ideal (SI)	Nível *coping*-geral	-0,496	0,043
		Silhueta atual (SA)	0,791	0,000
2	P7 - Valeu a pena?	Silhueta atual (SA)	0,508	0,037
		Dif. escolha SA - SI	0,557	0,020
2	Nível de *habilidade social* - FQ	P9 - Operar todos?	-0,704	0,002
		Nível de *coping* - FQ	0,778	0,000
1	P1- Comprar roupa	Antecedentes familiares de obesidade	0,629	0,007
1	P3 - Olhar após CB	P4 - A vida em família	-0,546	0,023
1	P4 - Vida em família	P3- Olhar das pessoas	-0,546	0,023
1	P9 - Operar todos?	Nível de *habilidade social* - FQ	-0,704	0,002

Fonte: amostra da pesquisa que considera a seleção de pacientes com os mais altos níveis de *coping* e de *habilidade social*.

O nível de *coping*-intensidade, que mostrou correlação positiva com o nível de *habilidade social*-intensidade (r = 0,835; p = 0,000) e com o nível de *habilidade social* geral (r = 0,694; p = 0,002), revelou que a energia investida no enfrentamento do cotidiano à procura de adaptação psicossocial encontra-se diretamente ligada à busca de relacionamentos pessoais e à capacidade de formação e manutenção de vínculos.

De forma semelhante, a correlação do nível de *coping*-frequência com a *habilidade social*-frequência (r = 0,778; p = 0,000) demonstrou que quanto maior a capacidade de enfrentamento do dia a dia, maior também é a capacidade de manutenção dos relacionamentos em geral, formando um binômio que une traços de personalidade e estímulos do meio ambiente, apoiados na base da arquitetura de padrões adaptativos.

A correlação positiva e significante da SA com a SI (r = 0,791; p = 0,000) encontra-se em acordo com o resultado do gráfico de dispersão. A discrepância entre as escolhas de SA e SI confirma o desejo de exibir uma silhueta mais esguia e, portanto, revela insatisfação com a autoimagem.

A silhueta atual (SA) apresentou correlação positiva e significante com o peso corpóreo do sujeito na data da entrevista (r = 0,498; p = 0,042), o que significa dizer que quanto maior a escolha da figura representativa da SA, maior o peso do sujeito na data da entrevista.

Como o peso é componente da fórmula matemática para o cálculo do IMC, era esperado que a correlação entre a SA e o IMC, na data da entrevista, também fosse significante (r = 0,577; p = 0,015), o que ocorre de fato. Assim, observou-se que quanto maior a escolha da silhueta atual, maior o IMC na data da entrevista.

A correlação positiva e significante de SA com P7 (r = 0,508; p = 0,037) remete à porcentagem de 39,42% de perda do peso observada nos pacientes com os mais altos níveis de *coping* e/ou de *habilidade social*. Para 15 pessoas (88,24%) que responderam à pergunta P7 valeu a pena fazer a CB, considerando-se os benefícios para a saúde e a elevação da autoestima. Esse resultado da correlação sugere capacidade de adaptação psicossocial.

Quanto maior o valor do peso corpóreo na data da entrevista, maior a discrepância entre as escolhas (SA - SI), demonstrando insatisfação com a autoimagem (r = 0,628; p = 0,007) por parte dos indivíduos da seleção com níveis mais altos de *coping* e de *habilidade social*. Os pacientes que apresentaram maiores valores de peso corpóreo na data da entrevista foram aqueles que na data da CB também apresentavam maiores valores de peso corpóreo (r = 0,532; p = 0,031). A correlação com antecedentes familiares foi negativa e significante (r = - 0,543; p = 0,024), demonstrando que os indivíduos que referiram não possuir antecedentes familiares de obesidade apresentaram peso menos elevado na data da entrevista.

A análise dos resultados sobre a variável SA - SI apresentou correlações positivas e significantes com a pergunta P7 (r = 0,557; p = 0,020) e com o IMC na data da entrevista (r = 0,672; p = 0,003). Assim, aqueles que se encontravam insatisfeitos com a silhueta corpórea valorizaram a opção pelo tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.

Em relação aos antecedentes familiares de obesidade, a variável SA - SI apresentou correlação negativa e significante (r = -0,531; p = 0,028). Esse resultado demonstrou ser maior a insatisfação com a imagem corporal entre aqueles que referiram não possuir antecedentes familiares de obesidade.

A correlação dos antecedentes familiares com a pergunta P1 (r = 0,629; p = 0,007) revelou que satisfação maior em relação à facilidade de comprar roupas foi relatada por aqueles que referiram casos de antecedentes de obesidade na família. Considerando-se a correlação dos antecedentes familiares de obesidade com o percentual da perda de peso (r = 0,525; p = 0,030), o resultado indicou que aqueles entrevistados que referiram antecedentes familiares de obesidade apresentaram maior porcentagem de perda de peso.

A análise dos resultados da correlação positiva do peso corpóreo na data da CB com o percentual de perda de peso corpóreo (r = 0,741; p = 0,001) revelou que quanto maior o peso na data da CB, maior o percentual de perda de peso corporal.

A correlação negativa entre as perguntas P3 e P4 (r = -0,546; p = 0,023) demonstrou que a autopercepção da imagem corporal, espelhada no olhar alheio, tornou-se enfatizada pelos elogios recebidos e pela admiração percebida na manifestação dos outros, promovendo a elevação da autoestima do indivíduo operado.

Correlações significantes do nível de *coping*-geral encontram-se na Tabela 39.

Tabela 39 – Correlações significantes do nível de *coping*-geral.

***Coping*-geral**	**r**	**p**
SA - silhueta atual	-0,522	0,032
SI- silhueta ideal	-0,496	0,043

Fonte: amostra da pesquisa, que considera a seleção de pacientes com os mais altos níveis de *coping* e de *habilidade social*.

A correlação negativa e significante do nível de *coping*-geral com a SA e SI revela que quanto maior for a capacidade de enfrentamento, em frequência e e intensidade de energia investida, figuras menores são escolhidas na escala de silhuetas.

Tabela 40 – Correlações significantes do nível de *habilidade social* em relação à frequência.

***Habilidade social* - FQ**	**r**	**p**
P9 (Devem operar?)	-0,704	0,002

Fonte: amostra da pesquisa, que considera a seleção de pacientes com os mais altos níveis de *coping* e de *habilidade social*.

Na Tabela 40, a correlação negativa entre o nível de *habilidade social*-frequência e a pergunta P9 (r = -0,704; p = 0,002) demonstrou que comportamentos eficazes favorecidos por determinadas aptidões adquiridas por meio da educação ou da experiência pessoal podem promover atitudes conscientes que venham a resultar em benefícios positivos para o indivíduo. Altos níveis de *habilidade social*-frequência indicam, nesta correlação, certo cuidado demonstrado pelos pacientes selecionados em tecer considerações sobre a opção pelo tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, ponderando sobre possíveis riscos e consequências que poderiam tolher o sucesso almejado.

5.3 RANKING DOS FATORES DE *COPING* E DE *HABILIDADE SOCIAL* DOS PACIENTES SELECIONADOS

Para o aprofundamento dos estudos sobre as características psicológicas dos pacientes selecionados foi utilizado o método proposto por Vasconcellos e Brengelmann (1985, 2000) para a obtenção do ranking dos fatores de *coping* (Tabelas 41 e 42) e de *habilidade social* (Tabelas 43 e 44), considerando-se as frequências e intensidades em relação ao enfrentamento das vicissitudes da vida e à possibilidade de formação de vínculos.

A classificação hierárquica, conforme os mesmos valores de referência estabelecidos para os níveis de *coping* e de *habilidade social* (Tabela 3), mostrou que os fatores, no ranking, encontram-se distribuídos em uma faixa que se estende do nível 3 (baixo-médio) ao 9 (altíssimo). Somente em relação à frequência de *coping* foi observado um único fator que corresponde à classificação de nível baixo-médio, correspondente à “capacidade de relaxamento”.

De acordo com a tabela citada, as frequências de *coping* e de *habilidade social* ocupam no ranking as posições hierarquicamente superiores, com altos níveis nas posições de 1 a 6, expressando a presença dos fatores mais utilizados (Tabelas 41 e 42).

Assim, também o método empregado define as posições no ranking de níveis altos dos fatores de *coping* quanto à intensidade, entre 1 e 10 (Tabela 42).

Em relação às posições no ranking, ocupadas pelos fatores que expressam *habilidade social*-intensidade (Tabela 44), somente o fator “capacidade de liderança”, que ocupa a posição hierárquica mais baixa, encontra-se classificado como nível médio-alto, enquanto as demais apresentam classificação em níveis altos, ocupando as posições de 1 a 9.

As últimas posições no ranking dos fatores de *coping*, tanto em frequência como em intensidade, mostraram níveis médios – apenas um nível baixo −, que correspondem aos fatores “suporte social”, “capacidade de relaxamento” e “autocontrole” (Tabelas 41 e 42).

No ranking dos fatores de *habilidade social*, tanto em relação à frequência como em intensidade, o fator correspondente à “capacidade de liderança” ocupa a última posição, apresentando-se com nível médio de *habilidade social* (Tabelas 43 e 44).

Tabela 41 – Ranking dos fatores de *coping* em relação à frequência dos pacientes selecionados.

Posição no *ranking*	**Fatores de *coping***	**Nível**
1	Responsabilidade	Altíssimo
2	Otimismo	Altíssimo
3	Autodeterminação	Alto
4	Domínio de vida	Alto-baixo
5	Liberdade de ação	Alto-baixo
6	Capacidade de resolução de conflitos	Alto-baixo
7	Franqueza	Médio-alto
8	Planejamento	Médio-alto
9	Capacidade de decisão	Médio-alto
10	Suporte social	Médio-alto
11	Autocontrole	Médio-baixo
12	Capacidade de relaxamento	Baixo-médio

Fonte: amostra da pesquisa, que considera a seleção de pacientes com os mais altos níveis de *coping* e de *habilidade social*.

Tabela 42 – Ranking dos fatores de *coping* em relação à intensidade, dos pacientes selecionados.

Posição no *ranking*	**Fatores de *coping***	**Nível**
1	Responsabilidade	Alto
2	Otimismo	Alto
3	Domínio de vida	Alto
4	Autodeterminação	Alto
5	Liberdade de ação	Alto
6	Capacidade de resolução de conflitos	Alto-baixo
7	Capacidade de decisão	Alto-baixo
8	Planejamento	Alto-baixo
9	Franqueza	Alto-baixo
10	Suporte social	Alto-baixo
11	Capacidade de relaxamento	Médio-alto
12	Autocontrole	Médio

Fonte: amostra da pesquisa, que considera a seleção de pacientes com os mais altos níveis de *coping* e de *habilidade social*.

Ranking dos fatores de *habilidade social* dos pacientes selecionados considerando frequência (Tabela 43) e intensidade (Tabela 44).

No ranking dos fatores de *habilidade social*, tanto em relação à frequência como em intensidade, um fator correspondente à “capacidade de liderança” ocupa a última posição, apresentando-se com nível médio de *habilidade social* (Tabelas 43 e 44).

Nas primeiras posições encontram-se os fatores “extroversão” e “ ponderação”, características que confirmam, de maneira coerente, os altos níveis de *habilidade social* com que foi estabelecida essa seleção de pacientes.

Tabela 43 – *Ranking* dos fatores de *habilidade social* em relação à frequência dos pacientes selecionados.

Posição no *ranking*	**Fatores de *habilidade social***	**Nível**
1	Extroversão	Alto
2	Ponderação	Alto
3	Segurança	Alto-baixo
4	*Habilidade social*	Alto-baixo
5	Sociabilidade	Alto-baixo
6	Facilidade de vincular-se	Alto-baixo
7	Iniciativa social	Médio-alto
8	Fascinação	Médio-alto
9	Tolerância	Médio
10	Capacidade de liderança	Médio-baixo

Fonte: amostra da pesquisa, que considera a seleção de pacientes com os mais altos níveis de *coping* e de *habilidade social*.

Tabela 44 – *Ranking* dos fatores de *habilidade social* em relação à intensidade, dos pacientes selecionados.

Posição no *ranking*	**Fatores de *habilidade social***	**Nível**
1	Ponderação	Alto
2	Extroversão social	Alto
3	Segurança social	Alto
4	Facilidade de vincular-se	Alto
5	*Habilidade social*	Alto-baixo
6	Iniciativa social	Alto-baixo
7	Sociabilidade	Alto-baixo
8	Fascinação	Alto-baixo
9	Tolerância	Alto-baixo
10	Capacidade de liderança	Médio-alto

Fonte: Amostra da pesquisa, que considera a seleção de pacientes com os mais altos níveis de *coping* e de *habilidade social*.

6 DISCUSSÃO

Escolhida a área de psicologia social para a realização da presente pesquisa científica, foi delimitado o tema, cujo enfoque está voltado para o período pós-operatório do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, em longo prazo, em seus aspectos adaptativos.

O acompanhamento pós-cirúrgico da obesidade mórbida, em pesquisas científicas que evidenciam resultados de sucessos ou insucessos na perda de peso corpóreo, tem sido recomendado para tratar de repercussões emocionais e fisiológicas que possam dificultar a adaptação psicossocial do paciente (PEACOCK, ZIZZI, 2011; PACHECO, 2006; MAGRO, 2006; KINZL et al., 2002).

Medir, verificar ou determinar refere-se à extensão da grandeza de algo na natureza. Em matemática, um dos postulados estabelece a premissa de que três pontos determinam um plano infinito. Em arquitetura, três eixos determinam a atmosfera dos espaços internos, palcos do desenrolar da vida humana, em uma relação dialética da largura e do comprimento com a altura. Na psicologia a mensuração é uma questão presente no debate sobre a escolha, utilidade e validade da aplicação de instrumentos para a investigação de aspectos psicológicos (GRASSANO, 1996; OCAMPO et al., 1995; CUNHA et al., 1993). Discute-se a utilização de técnicas psicométricas e projetivas que possam dar conta da avaliação de aspetos cognitivos e emocionais, de sentimentos e motivações que envolvam sonhos e expectativas de todos os indivíduos, nas variadas formas da dinâmica que se estabelece no contexto desse processo multicambiante.

Visando contribuir com o importante aspecto da adaptação psicossocial dos indivíduos que se submeteram ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, em longo prazo, o cuidado de escolher os instrumentos adequados para a compreensão dos conteúdos biopsicossociais envolvidos nessa espécie de “sistema” complexo da existência humana foi predominante. Os resultados verificados nesta pesquisa indicam que os instrumentos ora utilizados possibilitaram atingir esse objetivo.

A articulação de diversos níveis do saber conduz a um novo tipo de conhecimento (ANGERAMI-CAMON, 2009), ampliando assim a possibilidade de várias abordagens que oferecem subsídios para fomentar o debate sobre o tema da adaptação psicossocial. Assim, com o uso dos equipamentos adequados e com o aporte teórico de conceitos extraídos da psicologia cognitiva, da psicologia positiva, da psicanálise, da sociologia e da antropologia, tal como o explorador que envereda por uma floresta sem trilhas, procurou-se seguir o rumo

norteado pela bússola do espírito científico. Dessa maneira, foi obtida uma quantidade considerável de dados, cujos resultados foram exaustivamente analisados.

No contexto da investigação da amostra específica que constituiu a presente investigação, a aplicação dos três instrumentos que emolduraram o enquadramento psicológico fez com que significados fossem descobertos sobre as condições de adaptação psicossocial em que se encontravam essas pessoas operadas em longo prazo. Foi ouvida a opinião que expressaram em relação às próprias expectativas depositadas nos resultados da cirurgia bariátrica, assim como o posicionamento adotado pelos entrevistados em relação à autoimagem corporal.

Prosseguindo, da mesma forma que um garimpeiro seleciona no fundo da bateia o material mais precioso que recolheu das águas, trabalhou-se com os resultados que se referiram diretamente aos objetivos propostos. Os dados não utilizados em toda a sua extensão, mas todos demonstrados na presente investigação, encontram-se preservados, como material para futuras potenciais inquirições.

Como não foram encontrados baixos níveis de *coping* e de *habilidade social*, no longo prazo após a gastroplastia, os entrevistados apresentam-se com recursos cognitivos e emocionais que os capacitam para lidar com situações de *stress* geradas pelas vicissitudes da vida, ressaltando-se que a presente pesquisa apenas incluiu os primeiros 75 indivíduos que compareceram, dentre os 385 que preencheram a condição de operados há mais de quatro anos. Segundo Kohn (1996), impactos negativos causados pelas contrariedades e tomadas de decisões que envolvem pequenos conflitos do dia a dia, frequentemente, são mais prejudiciais ao bem-estar da pessoa do que certos eventos pontuais que marcam difíceis situações atravessadas.

Os indivíduos dessa amostra demonstraram condições de adaptação favorecidas pelo reforço da autoestima e pela preservação desta ao longo do tempo, ainda que de certa forma rebaixada no intrarrelacionamento do sujeito, como inferiu-se pela análise dos discursos produzidos.

Pela aplicação da matriz de correlação, a tendência demonstrada para a manutenção de vínculos afetivos tornou-se clara por meio da análise das intercorrelações estabelecidas com os níveis de *habilidade social*, nas suas três formas avaliadas (frequência, intensidade e geral), com outras cinco variáveis, ou seja, a imagem corporal quanto à escolha da silhueta atual, quanto à escolha da silhueta ideal, tanto quanto à diferença de escolha entre as silhuetas atual e ideal, ao grau de escolaridade e à presença de antecedentes familiares de obesidade. Entre os indivíduos que fazem parte dessa população, há aqueles que se perceberam com silhuetas

mais esbeltas, e que estão satisfeitos com isso. Possuem grau de escolaridade correspondente ao ensino médio, sendo que, provavelmente, sentem-se à vontade em relação ao volume do seu próprio corpo, possivelmente devido à presença de antecedentes familiares de obesidade. Após a realização da cirurgia bariátrica, em longo prazo, os pacientes demonstram recursos internos para lidar com situações de interrelacionamentos em geral.

A matriz de correlação estatística faz com que seja verdadeira a situação inversa em relação às análises da *habilidade social*, nas suas três formas avaliadas, colocadas no parágrafo acima. Nas pessoas que não possuem antecedentes de obesidade na família notou-se que quanto mais os níveis de *habilidade social* tendem para valores inferiores, maiores são as silhuetas escolhidas, mais alto é o grau de escolaridade apresentado e maior a insatisfação com que a obesidade passa a ser percebida. Infere-se, assim, a importância da presença da percepção da autoimagem de acordo com a existência ou não de obesidade familiar. Após a realização da cirurgia bariátrica em longo prazo os pacientes dessa amostra contam com recursos internos para lidar com situações de interrelacionamentos. Sendo, como se notou pela análise da matriz de correlação, sempre associados ao nível de *coping*-intensidade, que na presente amostra é médio ou alto, compondo uma interação que acentua a capacidade de enfrentamento.

Importante ressaltar que esse exercício ilustrativo de raciocínio seria da mesma forma produtivo e útil caso houvesse registros de níveis baixos de *coping* e *habilidade social* entre as pessoas da amostra estudada, fato que não se verificou.

Segundo Bowlby (1997, p. 96), para psicólogos e psicanalistas “quase sempre foram invocadas as razões alimento e sexo” para dar explicações sobre a formação de vínculos: “a vinculação afetiva é resultado do comportamento social e se torna fonte de segurança para o indivíduo”. Na presente pesquisa analisou-se o comportamento relativo à alimentação, entre outros. Em relação aos indivíduos entrevistados os quais foram portadores de obesidade mórbida, notou-se pelo Discurso do Sujeito Coletivo já terem vivenciado sentimentos de humilhação, o que, segundo Paugam (1999), pode provocar o enfraquecimento e até mesmo a ruptura dos vínculos sociais, impedindo a tão almejada sensação de pertencimento ao grupo social.

O encadeamento dessas ideias nos leva a considerar que tentativas de adaptação social podem converter-se em conflitos geradores de ansiedade, provocando estímulos de *stress*. Para compensar esse tipo de funcionamento psicológico é possível que o indivíduo recorra vorazmente ao alimento, buscando o prazer, mas de forma destrutiva. Entende-se que por meio do movimento repetitivo da mastigação a pessoa mecanicamente vai triturando de forma

simbólica seus conteúdos psíquicos internos e externos, no gozo de uma sensação de poder incorporada a si mesmo, nesta forma de conduta manifesta: engole o produto eleito para lhe dar prazer, devorando seus conflitos internos.

De acordo com Alexander (2009, p. 38, tradução nossa), o ato de comer pode ser disparado por vários motivos: "come-se por sentir fome, para conter estados de ansiedade e por outras razões recreacionais e emocionais, como aborrecimento, *stress*, excitação, tradição, hábito, depressão, raiva, necessidade de consolo e comemorações festivas". De fato, a análise do DSC da população estudada confirma as observações do autor.

Para o portador de obesidade mórbida o sonho de tornar-se magro pode estar relacionado à aceitação de uma espécie de morte: antegoza o prazer de sua silhueta esguia, embora inconscientemente sofra com a perda inexorável da sua capa protetora de gordura. Sobre a vivência de uma perda, Kovacs (1997, p. 98) ressalta que "o sujeito pode se confrontar com as várias dimensões dessa situação. Muitas vezes sentimentos contraditórios emergem, como: raiva, tristeza, medo, culpa, depressão e dor." Assim, a perda do corpo volumoso acaba por estabelecer o conflito psíquico que oscila entre o desejo de romper com o paradigma da exclusão social, por um lado, e, por outro, o medo de tornar-se um indivíduo magro, mas totalmente desconhecido de si mesmo.

Após a realização da cirurgia bariátrica torna-se essencial vivenciar as mudanças de hábitos, necessárias para a obtenção dos resultados esperados, o que pressupõe a capacidade de aprender. A mudança do tamanho do corpo, segundo Benedetti (2003, p. 60), se reflete nas aptidões do indivíduo, no seu "jeito de se relacionar com o mundo e consigo próprio", o que acaba por exercer influência sobre a necessária mudança de comportamento. Os serviços especializados no tratamento da obesidade mórbida, como é o caso do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, têm considerado importante o acompanhamento pós-operatório para preencher também esses aspectos, entendendo que "a necessidade de suporte é fundamental e deve ser contínua" (MAGRO, 2009, p. 246).

Assim como as reuniões mensais gratuitas abertas aos interessados na realização da gastroplastia, dirigidas principalmente àqueles candidatos que se encontram na fase da preparação para a cirurgia, as consultas marcadas pelo serviço do hospital para atendimento ambulatorial promovem o reforço do sentimento de pertencimento nos pacientes operados. Eliminada a sombra ameaçadora do abandono, reduzidas as comorbidades da doença crônica, em conjunto com o desenvolvimento do processo educativo em relação ao modo de se alimentar e a modificação de outros hábitos, os pacientes passam a sentir-se em segurança, podendo usufruir qualidade de vida melhor.

Com a redução do peso corpóreo e, consequentemente, do volume do corpo, os pacientes desta pesquisa libertaram-se da imobilidade opressiva e adquiriram autonomia, usufruindo o direito de ir e vir. Todos os voluntários compareceram desacompanhados às entrevistas, se sentaram e se levantaram executando movimentos que demonstraram não haver dificuldade cinestésica, deixando, finalmente, a sala ambulatorial sem a ajuda de ninguém. De forma contrastante, no corredor das salas de atendimento ambulatorial foram observados candidatos, na fase do atendimento pré-operatório, frequentemente acompanhados por alguém que os amparava, atendendo suas necessidades, principalmente as de locomoção.

Indivíduos com baixos graus de escolaridade, assim como aqueles que possuem antecedentes familiares de obesidade, mostraram maior capacidade de enfrentamento e também mais intensidade no investimento de energia nos relacionamentos em geral, do que aqueles mais instruídos e sem antecedentes de excesso de peso na família.

A preocupação com a aparência física foi tônica predominante na atual pesquisa, um tema verdadeiramente recorrente. De acordo com o psicanalista Nasio (2009, p. 54) “somos o que sentimos e vemos do nosso corpo.” Conforme observado na comparação de silhueta atual com a silhueta ideal, os entrevistados sentem o próprio corpo e visualizam-no dentro de uma perspectiva egodistônica. A insatisfação em relação ao valor do peso corpóreo, conforme se verificou na matriz de correlação, assim como em relação à própria silhueta, sobre a qual cerca de 81% dos entrevistados mostraram-se insatisfeitos, na escala de silhuetas. Contudo, foram escolhidas figuras mais esbeltas, sugerindo que essas ainda se apresentam de forma idealizada para eles. Gleiser e Candemil (2006, p. 188), referindo-se ao tratamento psicológico no período pós-operatório da gastroplastia, destacam que “as mudanças na autoimagem são os aspectos mais delicados e fundamentais do trabalho clínico desses pacientes.”

Os entrevistados parecem aceitar tacitamente que se encontram acima do peso adequado, com certa indulgência devido às boas lembranças, revividas por eles na entrevista, sobre aquele período verdadeiramente glorioso que se segue imediatamente à realização da gastroplastia. Trata-se de um período que ocorre antes do início da fase de estabilização da perda de peso, isto é, entre 18 e 24 meses, e que tem sido observado na maioria das publicações (THONNEY et al., 2010; CHRISTOU, LOOK, MACLEAN, 2006; WOODWARD, 2001; PORIES et al.,1995).

Interessante notar que, de acordo com estudo de Engström e Forsberg (2011), avaliando o processo de mudança que ocorre no paciente após os dois primeiros anos de realização da gastroplastia, reavivaram-se sentimentos de medo do reganho de peso, a

autoimagem se tornou mais realista e houve rebaixamento da autoconfiança sobre as condições do controle da alimentação. Esses dados vêm ao encontro e se agregam às nossas observações em relação aos resultados verificados, na presente pesquisa, quanto à frustração dos entrevistados, que é causada, entre outras queixas apontadas, pelo reganho de peso e pela insatisfação com a autoimagem, em longo prazo. Tal resultado encontra respaldo na matriz de correlação quando analisa o nível de *coping*-geral com o tempo decorrido após a realização da cirurgia bariátrica com a escolha da silhueta atual e a diferença entre escolhas de silhuetas.

Durante a entrevista, o discurso desses indivíduos fluía do pensamento que se processava em dois tempos concomitantes. Para discorrer sobre o momento real das suas vidas, os assuntos vertiam via dois canais: o passado vivenciado enquanto eram portadores de obesidade mórbida e a glória do rápido "encolhimento" do volume corpóreo. Este último, provavelmente, um regozijo pelo fim de uma luta inglória contra a obesidade mórbida, uma vida levada a ingerir pílulas "miraculosas", subjugar-se a vários tipos de dietas, tentar curtos períodos de atividade física que acabavam, frequentemente, resultando em insucesso em relação à obesidade, porque voltavam a engordar.

Na atual fase da vida dos entrevistados, sentimentos de frustração subjacentes ao desejo, ainda não realizado, de exibir um corpo esteticamente adequado e de acordo com os padrões sociais e culturais reforçaram a necessidade da intervenção de cirurgia plástica corretora para alguns deles. A espera pela determinação da data da intervenção cirúrgica corretora provocou o aumento da ansiedade para alguns, porque o decorrer do tempo após a realização da cirurgia bariátrica diminui a capacidade de enfrentamento, conforme se demonstrou pela matriz de correlação, quando analisa o tempo decorrido após a realização da gastroplastia com o *coping*-geral e com a escolha da silhueta atual.

Outro tema constante, que se relaciona à libertação do preconceito social que atinge os portadores de obesidade mórbida, vivenciado outrora pelos entrevistados com grande sofrimento, foi observado por meio da análise dos discursos e da intercorrelação entre as perguntas "comprar roupas" e "preocupação com aparência". A transparência daquilo que se passava na emoção dos entrevistados transitou em quase todas as questões colocadas, permitindo interpretações do sentido latente pelo qual tal fato se processou.

O júbilo manifesto, decorrente do fato de agora poder comprar suas próprias roupas, encontra-se especialmente ligado às questões da adaptação psicossocial. Encontrar roupas em lojas que oferecem tamanhos comuns, escolher modelos mais ajustados ao corpo de acordo com o seu gosto pessoal, conquistar a atenção dos vendedores e perceber que estes se reportam de modo que os faz sentir como consumidores bem-vindos transparecem o gozo de

certo sentimento de vingança – notado em várias manifestações verbais acaloradas do DSC −, que resgata antigos episódios de humilhação e sofrimento.

A livre escolha do vestuário apresentou-se como um fator relevante para a elevação da autoestima, embora os indivíduos tenham apresentado IMC acima do esperado, sob o ponto de vista médico. Vivenciaram o fato de não ser mais referência individual pejorativa, fazendo parte da multidão na qual, agora, sentem-se inseridos, aliás, mesclados à crescente população com excesso de peso, que na região Sul do Brasil atinge 56,8% dos homens e 51,6% das mulheres (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Nesse sentido, vale ressaltar que uma nova cultura em relação aos padrões estéticos corporais já se faz perceber nos meios de comunicação. Organizam-se concursos de beleza (*Miss Brasil Plus Size*) e desfiles de moda dos quais participam estilistas de renome que, percebendo um nicho de mercado a ser explorado, lançam-se no desenho de modelagens especializadas em tamanhos *plus size*, exibidos por modelos de beldades "mais cheinhas" que desfilam nas passarelas.

Como exemplo desses eventos, a Fashion Weekend Plus Size[11] tem sido realizada em diferentes cidades do Brasil. Redes de grandes magazines, com lojas distribuídas por todo o país, já dispõem de um *corner plus size*[12] (nunca referidos como "tamanhos grandes"), com preços mais accessíveis do que aqueles praticados pelas lojas especializadas nesse tipo de confecção. Trata-se provavelmente de sintoma, ainda que incipiente, de uma mudança socioeconômica e cultural no sentido de quebrar um paradigma estético corporal que valoriza a magreza, agregando um novo significado ao conjunto de fatores que compõem a urdidura que entrelaça a trama da adaptação psicossocial.

Matéria veiculada em revista de grande circulação no país[13], intitulada "Modelos *plus size* podem ajudar a diminuir obsessão por magreza", que divulga uma pesquisa realizada na Universidade de Durham, Inglaterra, concluiu que campanhas publicitárias com a presença de modelos *plus size* podem exercer influência sobre as mulheres, moderando assim a obsessão pela magreza.

A prática clínica revela que pessoas portadoras de obesidade mórbida, durante algum tempo, demonstram agudo sentido crítico ao enxergar-se através do olhar dos outros. Pelo olhar de outras pessoas os entrevistados dessa amostra passaram a se perceber admirados,

---

[11] <http://fnps.com.br>, acesso em janeiro de 2013.

[12] Área delimitada dentro de um estabelecimento comercial destinada à venda de confecções de tamanhos grandes.

[13]<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/modelos-plus-size-podem-ajudar-a-diminuir-obsessao-por-magreza>, acesso em janeiro de 2013.

criticados, invejados, manifestando de forma latente, na entrevista, uma sensação de gozo por usufruir de novo *status* social. Passaram a desempenhar seu papel na sociedade com certa liberdade e espontaneidade, após a gastroplastia, situação que se exprime de forma clara no DSC, quando analisadas as respostas categorizadas da pergunta "olhar dos outros, após a cirurgia" e suas repercussões nas categorias formadas pelas respostas à questão que investiga "a vida em família".

Assim, na presente pesquisa foram significativos os reflexos da perda de peso causada pela gastroplastia, que se estenderam sobre o funcionamento da dinâmica familiar da amostra estudada, como dois lados de uma mesma moeda. Ao considerar o grupo familiar como um sistema que "permanecerá estável enquanto não houver mudanças no ambiente externo ou nos elementos internos", Benedetti (2003, p. 108) entende ser "possível compreender que quando a obesidade está a serviço da manutenção desse equilíbrio, o emagrecimento passa a ser uma ameaça ao sistema."

Casos de incompreensão e abandono podem ser atribuídos à condição de autonomia adquirida pelo cônjuge operado que conquistou uma silhueta menos corpulenta, causando desequilíbrio nos relacionamentos. Em função dessa mudança, abrir mão do poder da manipulação sobre o outro, quando era mantido um antigo desempenho de papéis na vida doméstica, que se configurava como dependência e servidão humana, pode tornar-se insuportável para o parceiro controlador. A mudança da estrutura assim formada elicia sentimentos de ciúme, provocando cobranças e sabotagem, esta principalmente relacionada aos hábitos alimentares, conforme evidenciado no Discurso do Sujeito Coletivo.

Por outro lado, aquela dona de casa portadora de obesidade mórbida que se arrastava para cumprir as tarefas domésticas, após a realização da gastroplastia, em longo prazo, assumiu atitudes positivas dentro da célula familiar, motivada pela autoestima reforçada. Sente-se melhor tratada pelo marido e filhos, orgulhando-se da mudança operada sobre o volume do seu corpo. Administra a alimentação de todos, influenciando positivamente nos seus hábitos alimentares, conquistando um espaço novo que lhe causa satisfação.

Diferentemente dessa situação, em número muito menor foi observada outra forma da consequência da redução do peso corpóreo com a renovação da silhueta: caso em que a esposa, impregnada pela autoconfiança adquirida ao longo do tempo, após a realização da cirurgia bariátrica, decidiu-se pelo divórcio manifestando a sua autoafirmação. Essas inferências são resultantes das análises do DSC quando investigadas "a vida em família", a "preocupação com a aparência" juntamente com as análises das intercorrelações da SA com o nível de *coping*-geral, assim como com o nível de *habilidade social* geral.

As mudanças introduzidas na vida das pessoas, resultantes da perda de peso e da nova imagem corporal, não interferiram totalmente no legítimo prazer de comer, mesmo em pouca quantidade. Todavia, em função das limitações causadas por engasgos, vômitos e *dumping*, bem como dos episódios de descontrole em relação à comida, que ocorrem como recompensa às frustrações ou fuga de situação conflitante, para alguns dos entrevistados o ato de alimentar-se se desvinculou da sensação prazerosa, tornando-se uma questão de necessidade para a sobrevivência.

O prazer em comer não se correlacionou significativamente com qualquer outra variável estudada. No entanto, como a presente pesquisa abrange o intrarrelacionamento que fundamentalmente considera a subjetividade da pessoa, julga-se relevante observar a presença de sintomas leves de psicopatologias, tais como a compulsão alimentar, atitude de afastamento dos demais elementos do grupo em reuniões sociais e de leve tendência ao alcoolismo, nessas ocasiões, relacionados a uma minoria, como foi observado no DSC em relação à pergunta sobre “hábito alimentar e prazer”.

A maioria dos entrevistados assumiu uma posição realista, consciente das atuais condições de saúde física e das expectativas dos resultados da gastroplastia, em longo prazo, mas às vezes conflitantes, descartando-se, todavia, hipóteses de sintoma ou sinal de alucinação ou de confusão mental. Na matriz de correlação, quando se examinou a SA com relação à diferença SA - SI, verificou-se que quanto mais corpulenta a escolha da silhueta na data da entrevista, maior a diferença entre as duas escolhas, indicando insatisfação com a imagem corporal. Percebeu-se como conflitante, no entanto, o fato de que a escolha da SA mais corpulenta correlacionou-se de forma positiva com a pergunta do DSC que investiga “se valeu a pena submeter-se à cirurgia bariátrica”. Assim, mesmo insatisfeitos com a silhueta atual, os entrevistados da presente amostra valorizaram a opção que fizeram pela gastroplastia, enfatizando que se submeteriam novamente, se fosse o caso, manifestação comprovada pelo estudo do DSC (quando investiga a questão “valeu a pena a cirurgia?”).

A ideia de que a gastroplastia valeu a pena apresentou-se como unanimidade motivada pela melhora de alguns aspectos da saúde física e pela qualidade de vida, aprovada por eles de forma positiva, e pelo consequente reforço apresentado em relação à autoestima. Com base na correlação da SA com a diferença de escolhas (SA - SI), mesmo aqueles que se mostraram insatisfeitos com a silhueta atual ou que estão lidando com problemas fisiológicos ou, ainda, com o reganho do peso corpóreo, foram emitidas opiniões favoráveis à gastroplastia, em função dos bons proveitos obtidos por eles. Sob o ponto de vista da medicina, conforme Benedetti (2003, p. 55), “qualquer perda de peso, ainda que modesta, sempre acarreta algum

benefício para a saúde do obeso.” Para a autora acima citada, a psicologia “reconhece também os benefícios da perda de peso, mas, sob diversos aspectos, vê com menos entusiasmo a questão do emagrecimento rápido e acentuado promovido pelas técnicas cirúrgicas” (p. 56). Às vezes, após a realização da cirurgia a assimilação da nova imagem, que vai se modificando rapidamente como resultado da perda de peso, requer um tempo psicológico diferente do tempo cronológico da recuperação do estado físico do paciente. Em publicação sobre a melhora da autoestima corporal após a realização da gastroplastia, Madan, Beech e Tichansky (2008) chamam a atenção para a necessidade de incluir aspectos psicológicos da estima corporal nas discussões sobre os benefícios auferidos pela cirurgia.

Em estudo sobre emagrecimento rápido e qualidade de vida após a realização da gastroplastia, van Hout et al. (2009) verificaram considerável perda de peso e significativa melhora na qualidade de vida dos pacientes. No entanto, no decorrer do tempo houve uma diminuição no nível da qualidade de vida, de forma que nem todos os pacientes beneficiaram-se igualmente do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. Interessante observar outro estudo sobre qualidade de vida, o de Sarwer et al. (2010) que também verificaram rebaixamento da qualidade de vida no segundo ano após a intervenção cirúrgica. Conquanto não tenha feito parte da presente pesquisa o estudo da qualidade de vida de pessoas que se submeteram ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida em longo prazo, as asserções nesse sentido são permitidas a partir da análise do discurso manifesto que deu origem às diferentes categorias do DSC por meio das perguntas feitas na entrevista. Não se aplicou, contudo, questionário para avaliar qualidade de vida. Esta questão em aberto pode motivar futuras investigações.

Diferentemente dos resultados obtidos nos estudos citados, para os pacientes da presente amostra, decorridos pouco mais de seis anos, em média, a qualidade de vida continua desempenhando papel importante, conforme as considerações feitas por eles na data da entrevista. De acordo com o exame das análises das categorias do DSC, nas perguntas que investigam “a vida em família” e “o que se alterou nos problemas da sua vida”, assim como a “preocupação com aparência física”, os entrevistados referiram enfaticamente que a cirurgia bariátrica proporcionou benefícios para a saúde física: eliminando o diabetes, baixando a pressão sanguínea e as taxas de gorduras no sangue, permitindo também que adotassem a prática de exercícios físicos, frequentando academias de ginástica ou simplesmente caminhando pelas ruas do bairro onde moram.

Contudo, os efeitos colaterais fisiológicos encontrados após a realização da gastroplastia são presença constante, verificada pelo aprofundamento do exame do DSC em

relação às questões sobre “hábito alimentar e prazer”, “valeu a pena fazer a cirurgia” e “preocupação com a aparência física”. Certas sequelas causaram prejuízos para o bem-estar físico e emocional dos indivíduos operados, em longo prazo, decorrentes das perturbadoras limitações fisiológicas. Nas respostas dos entrevistados sobre a pergunta “hábito alimentar e prazer” mais de 57% queixaram-se do enfraquecimento dos dentes, do longo tempo consumido pela mastigação a fim de conseguir ingerir alimentos, de engasgos, sintomas próprios do *dumping*, vômitos, flacidez da pele e de reganho de peso corpóreo, o que os faz se sentirem invadidos por fortes sentimentos de culpa e sensação de fracasso.

Na tentativa de vencer essas dificuldades, que podem ocorrer às vezes em momentos imprevisíveis, é que se percebe a presença dos altos níveis de *coping* e de *habilidade social* entre as pessoas da amostra. Elas conseguem desenvolver certas estratégias de *coping focado na ação* quando, por exemplo, suspiram fundo e tentam um relaxamento mental para suportar e impedir a intensificação dos conhecidos sintomas de aproximação de *dumping* ou de um jato de refluxo, não importa o lugar aonde se encontrem, se estão acompanhados ou a sós. Mais um exemplo de estratégia de *coping* focado na ação, analisado nessa mesma questão do DSC que investiga hábito alimentar e prazer, mas em outra categoria “limitações na alimentação”, mostrou que o indivíduo frequenta festas e “belisca” petiscos para satisfazer sua compulsão pela comida. Ao começar a sentir que vai passar mal procura o banheiro, vomita e volta para comer novamente.

Um exemplo de utilização do *coping focado na emoção* mostrou-se no DSC na questão “hábito alimentar e prazer”, na categoria “considera o alimento somente uma necessidade”. O indivíduo refletiu sobre as vantagens obtidas pela perda de peso após a realização da gastroplastia, conferindo um novo significado para situações de relacionamentos sociais. Não come nada em festas, mas esse fato deixou de ser um sofrimento, passando a representar ocasião oportuna para estar entre outras pessoas. Houve uma ressignificação do ato de comer que, para ele, tornou-se uma questão de necessidade de sobrevivência.

Para que os indivíduos operados aprendam a conviver com essas situações, que demandam esforços cognitivos e emocionais, o acompanhamento feito por equipe multidisciplinar reveste-se de um papel educativo que transita entre todos os profissionais envolvidos e que tem sido valorizado por diversos autores (PEACOCK; ZIZZI, 2011; KRUSEMAN et al., 2010; SONG; FERNSTROM, 2008; SARWER et al., 2008; GLEISER; CANDEMIL, 2006).

A média da redução percentual do peso de 35%, embora abaixo dos 40%, considerada um resultado satisfatório, fez com que deixassem de ser portadores de obesidade mórbida,

fato que representou benefícios para a saúde. O Índice de Massa Corporal (IMC) apresentou-se acima do esperado, indicando que, em média, os entrevistados encontram-se apenas no grau 1 de obesidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

A hereditariedade, entre outros fatores, contribui para o desenvolvimento de casos de obesidade como doença crônica (WOODWORD, 2001). “Estima-se que fatores genéticos possam responder por 24 a 30% da variância do IMC, por determinarem diferenças em fatores como taxa de metabolismo basal, resposta à superalimentação e outros” (COUTINHO; DUALIB, 2006, p. 265). Na presente amostra verificou-se que 75% dos pacientes relataram a presença de antecedentes familiares, portanto, apresentaram facilidade para adquirir peso corpóreo.

Análises das correlações da variável “antecedentes familiares de obesidade” mostraram que esses pacientes apresentam maior porcentagem de perda peso do que os outros. Utilizam-se mais dos fatores de *coping* e de *habilidade social* em relação à frequência, provavelmente para assegurar a perda do peso, sendo que para isso precisam manter-se no controle de si mesmos e sobre as suas ações. Encontram-se satisfeitos com a imagem corporal, conforme se verificou na matriz de correlação, e se preocupam menos com a aparência física. Foram criteriosos em relação à questão da realização generalizada da gastroplastia para todos os portadores de obesidade mórbida, talvez por que na data da realização da cirurgia bariátrica apresentassem os maiores valores de peso corpóreo. Analisando pelo DSC “todos devem ser operados?”, mostraram-se conscientes das perdas e dos ganhos resultantes da opção que fizeram pela gastroplastia, sendo que se manifestaram cautelosos em relação à realização generalizada do tratamento cirúrgico em pessoas que sofrem de obesidade mórbida como doença crônica.

Para essa amostra específica, em que a maioria dos entrevistados demonstrou insatisfação com a imagem e com o peso corpóreos, mas que se expressou repleta de entusiasmo com sentimentos de autoconfiança, provavelmente decorrentes da autonomia adquirida e pela melhor qualidade de vida que referiram, a cirurgia bariátrica ocupou um lugar simbólico de cruento rito de passagem. Certamente, a mutilação do organismo humano infligi dor física e também psíquica, associando-se a um caráter punitivo (BENEDETTI, 2003). Sob a vestimenta de indivíduos apenas obesos, que deixaram de exibir peso ultra-avantajado, e não mais se sentem discriminados pelo julgamento estético social, tal situação acaba por reforçar os vínculos sociais pela transposição metafórica a um novo *status* psicossocial, deixando de ser uma referência pejorativa e apresentando, assim, o ciclo completo sociopsicológico dos “ritos de passagem”.

Resultados semelhantes sobre a melhora das comorbidades e das condições de adaptação psicossocial dos pacientes, após a gastroplastia, foram encontrados por Monteiro (2006), para quem a cirurgia bariátrica promove a adaptação social do indivíduo, sendo uma solução tecnológica auxiliar.

No transcorrer do tempo, os entrevistados acostumaram-se ao usufruto da autonomia adquirida pela perda de peso, deslocando-se de livre e espontânea vontade, completando a higiene pessoal sem as dificuldades causadas pelo volume exagerado do corpo, outrora morbidamente obeso. Passaram a se autovalorizar, embora, como já foi dito, insatisfeitos com o peso e a com a silhueta do próprio corpo, que, na maioria das vezes, permaneceram além do adequado, conforme análise da variável IMC na data da entrevista, que se correlaciona com a diferença de escolha das silhuetas (SA - SI) e com a "preocupação com a aparência física".

Segundo Larsen (2004), as modernas teorias da psicologia da saúde dão ênfase para a importância dos fatores individuais e ambientais no prognóstico de comportamentos saudáveis. Para essa autora, características da personalidade subjacentes aos fatores individuais, tais como objetivos pessoais, crenças de autoeficácia, suporte social e reforço positivo, estão diretamente ligadas aos prognósticos de perda de peso após a realização da cirurgia bariátrica. Dois anos após a gastroplastia, como citado anteriormente, o peso corpóreo tende a se estabilizar, ou a aumentar, sendo que após esse prazo Larsen (2004) considera que o reforço social vai diminuindo. Nesse caso, ainda segundo a citada autora, o estudo dos traços da personalidade pode constituir-se em contribuição importante para o prognóstico tardio de resultados, relativamente à manutenção do peso adequado após a realização da gastroplastia.

Com relação à questão da adaptação, segundo Snyder e Lopez (2007, p. 104), quando ocorre de forma positiva, deve "cumprir expectativas sociais, educacionais e ocupacionais da sociedade." Porém, os autores referem que há uma "rede de pesquisadores que se dividem quanto à necessidade, também, de uma determinação de adaptação interna (bem-estar psicológico positivo)." Na presente pesquisa, buscaram-se os aspectos adaptativos do indivíduo tanto externos quanto internos, isto é, ligado ao grupo social em que se encontra inserido, considerando-se, ao mesmo tempo, suas motivações, sonhos e expectativas individuais.

Entre todos os pacientes da amostra foram selecionados aqueles que se encontravam nas melhores condições de adaptação psicossocial, representadas pelos níveis altos de *coping* e *habilidade social*. Dessa forma, a seleção de 17 sujeitos da pesquisa com altos níveis de *coping* e *habilidade social*, pinçada da amostra total, foi estudada detalhadamente, seguindo-

se os mesmos passos metodológicos da amostra total. Com esse aprofundamento efetuado, por meio do método proposto por Vasconcellos e Brengelmann (1985, 2000), foram formados os rankings dos fatores de *coping* e de *habilidade social* com a finalidade de investigação dos traços de personalidade hierarquicamente considerados, sob o "enfoque científico e aplicado da descoberta das qualidades das pessoas e da promoção de seu funcionamento positivo" (SNYDER; LOPEZ, 2007, p. 17).

De acordo com o instrumento SCOPE-*coping*, de Vasconcellos e Brengelmann (1985, 2000), são efetuados cálculos matemáticos sobre os 44 itens do referido teste, que permitem definir a hierarquização dos fatores de *coping* e de *habilidade social*.

As primeiras posições do ranking de *coping*, em frequência e intensidade, foram ocupadas pelos fatores "responsabilidade" e "otimismo" (Tabelas 41 e 42). As 17 pessoas selecionadas pelos mais altos níveis de *coping* e de *habilidade social* são comprometidas com autocuidados, geralmente procuram observar regras e assumir as atitudes recomendadas pelos profissionais da equipe multidisciplinar que as assistem. Costumam enfrentar adversidades de maneira positiva, confiantes de poder resolvê-las. Assim, a frustração demonstrada em relação aos problemas fisiológicos causados pela gastroplastia pode adquirir, para o indivíduo, um significado diferente com o uso do *coping focado na emoção*, fortalecendo o sentimento de autoconfiança. A emoção negativa vivida pela condição de surpresa do incidente fisiológico, mas superada pela presença do fator de *coping*, provavelmente se tornará um evento transitório.

Entre os fatores mais fracos do ranking que se referem aos fatores de *coping* encontraram-se "autocontrole" e "capacidade de relaxamento". Esses devem ser reforçados, em frequência e intensidade, para melhorar a capacidade de enfrentamento em relação aos estímulos *stressantes*[14]. Reconhece-se da prática clínica, no desempenho do trabalho do psicoterapeuta, que o reforço da capacidade de relaxamento do paciente vem no auxílio da obtenção de maior autocontrole (BROCHET, 1991).

Os fatores de *habilidade social* "extroversão" e "ponderação" mostraram-se os mais fortes, tanto em frequência quanto em intensidade, na presente seleção de 17 pacientes. Analisando-se as categorias das perguntas "hábito alimentar e prazer" e "mudanças na vida da pessoa após a gastroplastia", verificadas em conjunto com as correlações positivas que foram estabelecidas entre o *coping*-intensidade, com a *habilidade social*-intensidade, assim como com a *habilidade social*-geral, destacaram-se as características de pessoas em condições de se

[14] Grafia adotada pelo Prof. Dr. Esdras Guerreiro Vasconcellos por analogia ao termo da língua inglesa *stress*, um descritor que facilita buscas, por assunto, sobre trabalhos publicados em outros países.

comunicar com os outros, dotadas de bom senso, qualidades que corroboraram a capacidade de formação de vínculos, próprias dos indivíduos que apresentam elevado nível de *habilidade social*.

Os fatores mais fracos do ranking de *habilidade social*, tanto em frequência como em intensidade, foram “tolerância” e “capacidade de liderança”, indicativos de pessoas com pouca disponibilidade para concordar com os outros e, de certa forma, emocionalmente vulneráveis frente às situações que causam desconforto psicológico. Essa posição, poucas vezes verificada nos indivíduos da presente seleção, sugere limitada capacidade para modificar tanto os eventos do meio onde se encontram, como as ideias e atitudes em relacionamentos, e, ainda mais, com dificuldade para tomar iniciativa de comando. Assim sendo, a hierarquização do presente estudo (Tabelas 43 e 44) vem reforçar a noção de que esse subgrupo de indivíduos submetidos à gastroplastia, extraído da amostra total, apresenta-se muito bem nos aspectos de sua *habilidade social*.

Fatores que se apresentam nas primeiras posições devem ser mantidos e os que se seguem a eles, reforçados, conforme a posição que ocupam na classificação hierárquica. Comprovadamente o *coping* vem se firmando dentro da psicologia como importante modalidade para analisar a capacidade de enfrentamento e adaptação psicossocial (CAMARGO et al., 2009; HÖRCHNER et al., 2002; RYDÉN et al., 2001; KOHN, 1996, entre outros).

Nessa perspectiva, a avaliação de tais capacidades em determinada população é desejável para que seja desenvolvido um modelo adequado de intervenção psicológica. Assim sendo, considerando-se as trocas de saber que possibilitam a harmonia do trabalho da equipe multidisciplinar − que se responsabiliza pelo tratamento da obesidade mórbida − é razoável propor o aprofundamento do conhecimento sobre traços de natureza psicológica. Esse conhecimento, aliado à experiência de vida do cotidiano dos pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica, permite a elaboração de um procedimento de intervenção no contexto do monitoramento das condições dos pacientes operados, seja em grupo, por meio de palestras programadas ou em atendimento individual.

A relevância do estudo desses fatores compreende duas vertentes principais: abrangente e individual. Na primeira situação, tem a utilidade de ampliar os conhecimentos das diferentes áreas profissionais da equipe multidisciplinar em relação aos aspectos psicológicos dos pacientes operados. Na segunda, oferece aos psicólogos que se dedicam ao estudo da obesidade, assim como ao atendimento de pacientes nos períodos pré e pós-cirúrgicos bariátricos, aprofundamento em reconhecer a subjetividade dos indivíduos.

Espera-se que os resultados da atual investigação científica possam contribuir para o debate a respeito da adaptação psicossocial dos pacientes operados. Assim, ampliando as perspectivas sobre o atendimento psicológico, venha a promover de forma útil e proveitosa o trânsito das ideias entre os profissionais da equipe multidisciplinar que se dedica ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. Principalmente, contribuindo para que a integração dos operados, em seu meio ambiente, seja feita em um período mais curto possível e com o mais alto nível de *coping* como facilitador da adaptação psicossocial, de forma adequada.

A elaboração dessas considerações face aos resultados obtidos na presente investigação enseja delinear algumas propostas para prosseguimento da busca de novas informações científicas que melhor embasem os cuidados psicológicos, envolvendo os pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. Têm elas o objetivo primordial de – juntamente com os esforços dos demais componentes da equipe multiprofissional de saúde, que modernamente se compõe nesse tipo de intervenção integrada – superar os desafios da grave epidemia que sombreia o bem-estar de expressivo componente da comunidade humana, isto é, obesidade mórbida.

Essa ilação é suscitada pela avaliação da amostra total dos 75 indivíduos submetidos à gastroplastia, quando o grau de escolaridade de 18,7% das pessoas entrevistadas atingiu os dois mais altos patamares, seja em graduação ou pós-graduação universitárias. Contudo, quando se analisa o grupo selecionado, de 17 pacientes com os mais altos níveis de *coping* e de *habilidade social*, não se encontra nele pessoa que houvesse tido acesso ao curso superior. Uma pesquisa que relacione grau de escolaridade com a adaptação psicossocial pós-operatória da obesidade mórbida poderá ampliar o conhecimento sobre essa questão, dando continuidade ao debate de ideias sobre as avaliações psicológicas que devem ser efetuadas, necessariamente, nas fases pré e pós-operatória, em curto e longo prazos.

Ampliando as perspectivas com vistas a um futuro no qual se possa valorizar o banco de dados formado pela copiosa quantidade de informação que foi obtida, por meio dos instrumentos psicológicos utilizados na presente pesquisa, poderia ser esclarecedora uma comparação entre os 17 pacientes selecionados com os mais altos níveis de *coping* e de *habilidade social* e os demais 58 que completam a amostra total. Com a finalidade de investigar se há diferenças significativas no sentido de adaptação psicossocial se tornaria interessante incluir abordagem de gênero (caso a menor presença do gênero masculino for estatisticamente significativa em relação às do gênero feminino).

As discussões sobre a questão da avaliação psicológica de pacientes portadores de obesidade mórbida, candidatos à realização da cirurgia bariátrica, Leahey et al., 2009 eliciaram consequentes reflexões suscitadas pela presente pesquisa, em conjunto com a vivência no contato com os pacientes operados e seus aspectos emocionais. Assim, provocaram o desafio de se desenvolver um instrumento de avaliação para aplicação em dois momentos diferentes, mas desenhados com uma correlação planejada entre ambos. Com a verificação das características psicológicas do indivíduo em dois momentos distintos, na data da avaliação psicológica e em determinado prazo, ainda a ser estabelecido, após a data da realização da CB, poderia investigar-se a qualidade ou o conteúdo das mudanças que se verificariam, ou não, em relação às características psicológicas dos indivíduos operados.

Para essa amostra fica a pergunta: será que a adaptação observada entre os entrevistados com IMC acima do esperado ressoa no aumento de peso da população em direção à obesidade? Estudos sobre essa questão também poderiam ser esclarecedores, talvez em relação às mudanças que estariam dando início a um processo de desenvolvimento de padrões estéticos corporais da era pós-moderna em que nos encontramos, preconizando agravamento geral de condições da saúde física.

Perspectiva inquietante relaciona-se ao acompanhamento pós-cirúrgico pela equipe multidisciplinar em relação à superação de hábitos alimentares prejudiciais à saúde. O processo de aculturamento às necessidades de complementação nutricional e prática de exercícios físicos conscientiza o paciente sobre a necessidade de adotar novos hábitos, mas existe também a possibilidade de que seja simplesmente uma troca de estratégia de enfrentamento. A investigação das estratégias de *coping* utilizadas antes da realização da cirurgia bariátrica, no período pré-operatório, quando o paciente ainda é portador de obesidade mórbida, e no pós-operatório em longo prazo poderia esclarecer sobre a mudança de compulsão, que é um assunto desafiante e percebido com preocupação pela equipe multidisciplinar.

O estudo sobre a perda de peso corpóreo por parte das pessoas que referiram antecedentes familiares de obesidade mostrou que estas apresentaram perda de peso superior aos demais que não possuem esses antecedentes. Uma pesquisa sobre a perda de peso das pessoas que possuem antecedentes de obesidade abriria nova e animadora perspectiva para a indicação da cirurgia bariátrica.

Estudar a falta de controle sobre a ingestão de alimentos, com a participação de um grupo de voluntários comprovadamente com altos índices de massa corporal, comparando-o com outro grupo de pessoas que não conseguem, por exemplo, abandonar o tabagismo,

poderia contribuir para novos rumos da ação psicoterapêutica e do acompanhamento multidisciplinar pós-cirúrgico da obesidade mórbida, no sentido de ampliar conhecimentos sobre a adição, um tema envolvido profundamente com a questão adaptativa psicossocial.

Na presente discussão desenvolveu-se a hipótese de que o conjunto de ações que desencadeiam e promovem o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida simbolizaria verdadeiro rito de passagem. Tal hipótese promove o estímulo para a análise, devidamente aprofundada, dos fatores que podem contribuir para os resultados otimistas quanto ao *coping* e à *habilidade social* desvinculados, ao menos até este ponto, apesar das consequências biológicas, até mesmo decepcionantes, quanto à redução do peso corpóreo.

7. CONCLUSÕES

Ao proceder-se à investigação do *coping* e dos aspectos associados à adaptação psicossocial de pacientes que optaram pela cirurgia bariátrica, com a utilização da gastroplastia em longo prazo, foi possível concluir que:

1. Os 75 indivíduos portadores de obesidade mórbida, operados para a redução do peso corpóreo, apresentam médios e altos níveis de *coping* e de *habilidade social*, demonstrando capacidade para enfrentar situações do cotidiano e estabelecer vínculos sociais.

2. O tratamento da obesidade mórbida pela gastroplastia produz efeitos colaterais fisiológicos perenes que dificultam, mas não impedem, a adaptação psicossocial.

3. Os entrevistados têm consciência de que o peso pós-operatório e a autoimagem corporal não correspondem ao padrão esperado por eles, contudo apresentam adequado sentido de adaptação social.

4. A gastroplastia ocupa o lugar de rito de passagem. Os entrevistados encontram-se fora dos padrões considerados adequados em relação ao percentual de perda de peso e Índice de Massa Corporal (IMC), mas valorizam a cirurgia bariátrica como benefício para a promovida saúde física e psíquica.

5. Os 17 indivíduos selecionados por apresentarem os níveis mais altos de *coping* e de *habilidade social* manifestam-se de forma consistente tanto quanto à frequência e intensidade quanto às características psicológicas de responsabilidade e otimismo e extroversão social e ponderação; notando-se neles escolha crítica de silhueta ideal, sempre mais esbelta, conquanto aqueles com antecedentes familiares de obesidade mostram-se mais expostos a apresentarem peso menos elevado; apresentam discurso coletivo crítico quanto à indicação generalizada do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida; o desenvolvimento de autoconfiança, contudo, afetou o relacionamento familiar.

6. Os três instrumentos de avaliação psicológica empregados nesta pesquisa revelaram resultados homogeneamente convergentes, permitindo inferir sua adequação na busca da compreensão dos conteúdos biopsicossociais no pós-operatório, em longo prazo, da cirurgia bariátrica.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, C. L. *The emotional first + AID kit*: a practical guide to life after bariatric surgery. West Chester: Matrix Medical Communications, 2009.

ANGERAMI-CAMON, V. A. A. O ressignificado da prática clínica e suas implicações na realidade da saúde. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. A. (Org.). *Psicologia da saúde*: um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Cencage Learning, 2009. p. 7-21.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998.

BENEDETTI, C. *De obeso a magro*: a trajetória psicológica. São Paulo: Vetor, 2003. 134p.

BERTHERAT. T.; BERNSTEIN, C. *O corpo tem suas razões*: antiginástica e consciência de si. Tradução Estela dos Santos Abreu. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 168p.

BOWLBY, J. *Formação e rompimento dos laços afetivos*. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BOLETIM BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO DE TÉCNICAS EM SAÚDE. Cirurgia bariátrica no tratamento da obesidade mórbida. Brasília, ano 3, n. 5, setembro de 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/brats2008_n5.pdf. Acesso em: 21 jul. 2011.

BROCHET, I. Prefácio à edição brasileira. In: EHRENFRIED, L. *Da educação do corpo ao equilíbrio do espírito*. Tradução Maria Angela dos Santos. São Paulo: Summos, 1991.

CAMARGO, M. A. G. F. *Aspectos da personalidade associados ao tratamento do câncer do reto baixo*: abordagem psicodinâmica. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CAMARGO, M. A. G. F. et al. *Coping* e identidade como fatores relevantes para o sucesso/insucesso do tratamento pós-cirúrgico da obesidade mórbida. CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, 1., 2009, Algarve, Portugal. Experiências e intervenções. *Anais*... Algarve: Universidade do Algarve, 2009.

CAMPANA, A. N. N. B.; TAVARES, M. C. G. C. F. Anorexia nervosa: o não comer e as marcas no corpo. In: TAVARES, M. C. C. F. (Org.). *O dinamismo da imagem corporal*. São Paulo: Phorte, 2007. p. 107-121.

CAMPANA, A. N. N. B.; CAMPANA, M. B.; TAVARES, M. C. G. C. F. Scales for body image evaluation in eating disorders in Brazil. *Avaliação Psicológica*, Porto Alegre, v. 8, n. 3, dez. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2010.

CHRISTOU, N. V.; LOOK, D.; MACLEAN, L. D. Weight gain after short-and long-limb gastric bypass in patients followed for longer than 10 years. *Annals of Surgery*, Philadelphia, v. 244, p. 734-740, 2006.

COTTA-PEREIRA, R.; BENCHIMOL, A. K. Cirurgia bariátrica: aspectos cirúrgicos. In: NUNES, M. A. et al. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 353-366.

COUTINHO, W.; DUALIB, P. Etiologia da obesidade. In: NUNES, M. A. et al. *Transtornos alimentares da obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 265-272.

CUMINALE, N. Cirurgia de redução de estômago cresce junto com peso do brasileiro. *Veja*, São Paulo, 21 fev. 2011. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/cirurgia-de-reducao-de-estomago-cresce-junto-com-peso-do-brasileiro>. Acesso em: 14 mar. 2012.

CUNHA, J. A. et al. *Psicodiagnóstico-R*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

DAMATTA, R. Individualidade e liminaridade: considerações sobre os ritos de passagem e a modernidade. *MANA – Estudos de Antropologia Social*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 7-29, 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-93132000000100001>. Acesso em: 28 out. 2011.

DELAY, J. *Introducción a la medicina psicossomática*. Tradução Roberto Cruz. Barcelona: Toray-Masson, 1965.

DORON, R; PAROT, F. *Dicionário de psicologia*. São Paulo: Ática, 1998. 863p.

ENGSTRÖM, M.; FORSBERG, A. Wishing for deburning through a sustainable control after bariatric surgery. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, Jarfalla, Sweden, v. 6, n. 1, 15 Feb. 2011. Doi: 10.3402/qhw.v6i1.5901.

FISCHLER, C. Obeso benigno obeso maligno. In: SANT'ANNA, D. B. (Org). *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. 190p.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, Washington, DC, v. 21, p. 219-239, 1980.

FURTADO, L. C. R. Nutritional management after Roux-em Y gastric bypass. *British Journal of Nursing*, London, v. 19, n. 17, p. 428-36, 8-21 Apr. 2010.

GARDNER, R. M.; FRIEDMAN, B. N.; JACKSON, N. A. Methodological concerns when using silhouettes to measure body image. *Perceptual and Motor Skills*, Missoula, MT, v. 86, p. 387-395, 1998.

GARRINI, S. P. F. *Do corpo desmedido ao corpo ultramedido*: reflexões sobre o corpo feminino e suas significações na mídia impressa. In: CONGRESSO NACIONAL DE HISTÓRIA DA MÍDIA, 5., 2007, São Paulo. *Artigos*... São Paulo: Intercom. Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/outros/hmidia2007/resumos/R0037-1.pdf>. Acesso em: 11 set. 2012.

GLEISER, D.; CANDEMIL, R. S. O acompanhamento emocional após a cirurgia bariátrica. In: FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. (Org.). *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade*. São Paulo: Vetor, 2006. 279 p.

GRASSANO, E. *Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas*. Tradução Leila Salomão L. P. Cury Tardivo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

GREENBERG, I.; SOOG, S.; PERNA, F. M. Behavioral and psychological care in weight loss surgery: best practice update. *Obesity Surgery*, New York, v. 17, n. 5, p. 880-4, May. 2009.

GRIMALDI, D.; VAN ETTEN, D. Psychosocial adjustments following weight loss surgery. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, Thorofare, NJ, v. 48, n. 3, p. 24-29, Mar. 2010.

HOLAHAN, C. J.; MOOS, R. H. SCHAEFER, J. A. Coping, stress resistance, and growth: conceptualizing adaptive functioning. In: ZEIDNER, M.; ENDLER, N. S. (Ed.). *Handbook of coping:* theory, research and applications. New York: John Wiley & Sons, 1996. p. 24-43.

HOLROYD, K.; LAZARUS, R. Stress, coping and somatic adaptation. In: GOLDBERGER, L.; BREZNITZ, S. (Ed.). *Handbook of stress:* theoretical and clinical aspects. London: Collier Macmillan, 1986. p. 21-35.

HÖRCHNER, R. et al. Coping behavior and loneliness among obese patient. *Obesity Surgery*, New York, v. 12, n. 6, p. 864-868, Dec. 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009*. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm>. Acesso em: 10 out. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *POF 2008-2009*: desnutrição cai e peso das crianças brasileiras ultrapassa padrão internacional. Rio de Janeiro, 27 ago. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1699&id_pagina=1/. Acesso em: 21 ago. 2012.

JACOB, C. E. et al. Cirurgia bariátrica: técnicas operatórias. In: GIACAGLIA, L. R.; SILVA, M. E. R.; SANTOS, R. F. *Tratado de síndrome metabólica*. São Paulo: Roca, 2010. p. 787-806.

KINZL, J. F. et al. Psychotherapeutic treatment of morbidly obese patients after gastric banding. *Obesity Surgery*, London, v. 12, n. 2, p. 292-294, Apr. 2002.

KOHN, P. M. On coping adaptively with daily hassles. In: ZEIDNER, M.; ENDLER, N. S. (Ed.). *Handbook of coping:* theory, research and applications. New York: John Wiley & Sons, 1996. p. 181-220.

KOVACS, M. J. Deficiência adquirida e qualidade de vida. In: MASINI, E. A. F. S. et al. *Deficiência*: alternativas de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

KRUSEMAN, M. et al. Dietary, weight, and psychological changes among patients with obesity, 8 years after gastric bypass. *Journal of the American Dietetic Association*, Washington, DC, v. 110, n. 4, p. 527-534, Apr. 2010.

LARSEN, J. K. *Psychological predictors of outcome after gastric banding for morbid obesity*. 2004. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Utrecht, Holanda. Disponível em: <http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/2004-1108-122545/index.htm>. Acesso em: 08 jul. 2011.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984. p. 22-54.

LAZARUS, R. S. *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press, 1991. 557p.

_____. *Stress and Emotion:* a new synthesis. New York: Springer, 2006. 342p.

LEAHEY, T. M. et al. When is the best time to deliver behavioral intervention to bariatric surgery patients: before or after surgery? *Surgery Obesity Related Diseases*, New York, v. 5, n. 1, p. 99-102, Jan./Feb. 2009.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *Pesquisa de representação social*: um enfoque qualiquantitativo. Brasília: Liber Livro, 2010. 224p.

_____. O sujeito coletivo que fala. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação,* Botucatu, v. 10, n. 20, p. 517-524, jul./dez. 2006.

LIMA JR, S. E. *Obesidade mórbida*: manual de orientação ao paciente. São Paulo: Conjunto Hospitalar do Mandaqui. Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde, [s.d.]. 19p.

LIVHITS, M. et al. Behavioral factors associated with successful weight loss after gastric bypass. *The American Journal of Surgery*, Birmingham, AL, v. 76, n. 10, p.1139-1142, Oct. 2010.

MACRUZ, R. *Matemática da arquitetura humana* – V = k.ET – idiometria humana – novos rumos da normalidade. São Paulo: Roca, 2010.

MADAN, A. K.; BEECH, B. M.; TICHANSKY, D. S. Body esteem improves after bariatric surgery. *Surgical Innovetion*, Thousand Oaks, California, v. 15, n. 1, p. 32-37, Apr. 2 2008. Epub.

MAGRO, D. O. Uma palavra do nutricionista para o psicólogo que trabalha com paciente submetido ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. In: FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade.* São Paulo: Vetor, 2006. p. 241-251.

MARSH, H. W.; ROCHE, L. A. Predicting self-esteem from perceptions of factual and ideal ratings of body fatness: is there one ideal "supermodel"? *Research Quarterly for Exercice and Sport*, Reston, VA, v. 67, n. 1, p. 13-23, 1996.

MATHUS-VLIEGEN, E. M.; de WITT, L. T. Health-related quality of life after gastric banding. *British Journal of Surgery*, London, v. 94, n. 4, p. 457-465, Apr. 2007.

MEIRA, M. B. V. Sobre estruturas etárias e ritos de passagem. *Ponto-e-vírgula*, São Paulo, v. 5, p. 185-201, 2009. Disponível em: <http://www.pucsp.br/ponto-e-virgula/n5/artigos/pdf/pv5-18-vanzella.pdf>. Acesso em: 11 set. 2012.

MONTEIRO, G. V. *Obesidade e cirurgia bariátrica*: estudo psicossocial sobre relações entre uma patologia social e uma solução tecnológica. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MOREIRA, R. O.; BENCHIMOL, A. K. Princípios gerais do tratamento da obesidade. In: NUNES, M. A. et al. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 289-298.

NASIO, J. D. *Meu corpo e suas imagens*. Rio de Janeiro: Zahar, 2009. 180p.

NOVAES, J. V. *Sobre o intolerável peso da feiura*: corpo, sociabilidade e regulação social. 2004. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

OCAMPO, M. L. S. et al. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

ODOM, J. et al. Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, New York, v. 20, n. 3, p. 349-356, Mar. 2010.

OGDEN, C. L. et al. Prevalence of obesity in the United States, 2009–2010. *NCHS Data Brief*, Atlanta, n. 82, p. 1-7, Jan. 2012. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db82.pdf>. Acesso em: 07 set. 2012.

PACHECO, E. S. C. Uma palavra sobre a dificuldade de adesão do paciente no acompanhamento pós-operatório da cirurgia bariátrica. In: FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade.* São Paulo: Vetor, 2006.

PARKER, J. D. A.; ENDLER, N. Coping and defense. In: ZEIDNER, M.; ENDLER, N. S. (Eds.). *Handbook of coping:* theory, research and applications. New York: John Wiley & Sons, 1996. p. 3-23.

PAUGAM, S. O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais. In: SAWAIA, B. (Org.). *As artimanhas da exclusão*. Petrópolis: Vozes, 1999. 156p.

PEACOCK, J. C.; ZIZZI, S. J. An assessment of patient behavioral requirements pre-and post-surgery at accredited weight loss surgical centers. *Obesity Surgery*, New York, 21 Feb. 2011. Epub ahead of print.

PETERSON, M.; ORTEGA-SMITH, E.; THOLSTRUP, B. S. Validity of the body mass index silhouette matching test. *American Journal of Health Behavior,* Oak Ridge, NC, v. 28, n. 5, p. 437-444, 2004.

PORIES, W. J. et al. Who would have thougth it? An operation proves to be the most effective therapy for adult-onset diabetes mellitus. *Annals of Surgery*, Filadélfia, Pensilvânia, v. 222, n. 3, p. 339-352, 1995.

PORTER, L. S.; STONE, A. A. An approach to assessing daily coping. In: ZEIDNER, M.; ENDLER, N. S. (Ed.). *Handbook of coping:* theory, research and applications. New York: John Wiley & Sons, 1996. p. 133-150.

REPETTO, G.; RIZZOLLI, J. Cirurgia bariátrica: acompanhamento clínico. In: NUNES, M. A. et al. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 343-352.

RYDÉN, A. et al. Obesity-related coping and distress and relationship to treatment preference. *British Journal of Clinical Psychology*, London, v. 40, n. 2, p. 177-188(12), jun. 2001.

SANT'ANNA, D. B. (Org.). *Políticas do corpo*: elementos para uma história das práticas corporais. Apresentação. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. 190p.

SARWER, D. B. et al. Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. *Surgery for Obsety and Related Deseases*, New York, v. 6, n. 6, p. 608-614, Nov./Dec. 2010. Epub 13 Aug. 2010.

SARWER, D. B.; FABRICATORE, A. N. Psychological considerations of the bariatric surgery patient undergoing body contouring surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, Arlington Heights, IL, v. 121, n. 6, p. 423e-434e, 2008.

SASSAKI, R. K. *Inclusão*: construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA, 1997. 174p.

SCAGLIUSI, F. B. et al. Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into Portuguese. *Appetite*, London/New York, v. 47, p. 77-82, 2006.

SEGAL, A.; MANCINI, M. *Tudo que você deve saber antes de reduzir seu estômago*: guia completo da cirurgia da obesidade. São Paulo: Brasiliense, 2007. 154p.

SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez, 2007. 195p.

SICHIERI, R.; SOUZA, R. A. G. Epidemiologia da obesidade. In: NUNES, M. A. et al. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 251-263.

SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. *Psicologia positiva*: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas. Tradução Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2007. 516p.

SONG, A.; FERNSTROM, M. H. Nutritional and psycholocial considerations after bariatric surgery. *Aesthetic Surgery Journal*, St. Louis, v. 28, n. 2, p. 195-199, Mar./Apr. 2008.

STEARNS, P. N. *Fat history*: bodies and beauty in the modern Western. New York: New York University Press, 2002. 294p.

STENZEL, L. M. *Obesidade* – o peso da exclusão. 2 ed. Porto Alegre: Edipucrs, 2003. 124p.

STUNKARD, A.; SORENSEN T.; SCHLUSINGER, F. Use of Danish adoption register for the study of obesity and thinness. In: KETY, S. et al. (Eds.). *The genetics of neurological and psychiatric disorders*. New York: Raven, 1983. p. 115-120.

THONNEY, B. et al. The relationship between weight loss and psychosocial functioning among bariatric surgery patients. *The American Journal of Surgery*, Birmingham, AL, v. 199, n. 2, p. 183-188, Feb. 2010.

TINDLE, H. A. et al. Risk of suicide after long-term follow-up from bariatric surgery. *American Journal of Medicine*, Tucson, Arizona, v. 123, n. 11, p. 1036-1042, 2010.

VAN DER BEECK, E. S. J.; VAN DER MOLEN, A. M.; VAN RAMSHORST, B. Complications after body contouring surgery in post-bariatric patients: the importance of a stable weight close to normal. *Obesity Facts*, Basileia, Suíça, v. 4, p. 61-66, 2011. DOI:10.1159/000324567.

VAN HOUT, G. C. et al. Weight loss and eating behavior following vertical banded gastroplasty. *Obesity Surgery*, New York, v. 17, p. 1226-1234, 2007.

VAN HOUT, G. C.; FORTUIN, F. A.; VAN HECK, G. L. Psychosocial functioning, personality, and body image fllowing vertical banded gastroplasty. *Obesity*, New York, v. 18, n. 1, p. 115-120, Jan. 2008.

VAN HOUT, G. C.; VREESWIJK, C. M.; VAN HECK, G. L. Bariatric surgery and bariatric psychology: evolution of the Dutch approach. *Obesity Surgery*, New York, v. 18, n. 3, p. 321-325, Mar. 2008.

VAN HOUT, G. C. et al. Health-related quality of life following vertical banded gastroplasty. *Surgical Endoscopy*, New York, v. 23, n. 3, p. 550-556, Mar. 2009.

VASCONCELLOS, E. G. Psiconeuroendocrinoimunologia. In: TEDESCO, J. A.; CURY, A. F.(Ed.). *Ginecologia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 39-50.

VASCONCELLOS, E. G.; BRENGELMANN, J. C. Teste SCOPE – *Coping*. São Paulo: Instituto Paulista de Stress, Psicossomática e Psiconeuroimunologia: 1985, R-2000.

WHITE, J. (Org.). *O mais elevado estado da consciência*. Introdução. Tradução Rubens Rusche. São Paulo: Cultrix/Pensamento, 1972. 381p.

WINDOVER, A. K. et al. Prevalence and psychosocial correlates of self-reported past suicide attempts among bariatric surgery candidates. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, New York, v. 6, n. 6, p. 702-706, Nov./Dec. 2010. Epub Sep. 16 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Obesity*: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneve: WHO, 2000. p. 256. (WHO Obesity Technical Report Series, n. 284).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *European Charter on Counteracting Obesity*. In: WHO EUROPEAN MINISRETIAL CONFERENCE ON COUNTERACTING OBESITY, 2006, Istambul, Turkey. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/87462/E89567.pdf. Acesso em: 4 fev. 2013.

WOLFE, B. L.; TERRY, M. L. Expectations and outcomes with gastric bypass surgery *Obesity Surgery*, New York, v. 16, n. 12, p. 1622-1629, Dec. 2006.

WOODWARD, B. G. *A complete guide to obesity surgery*. Canada: Trafford Publishing, 2001. 170p.

ANEXO A - Carta de apresentação e solicitação de autorização para pesquisa no Conjunto Hospitalar do Mandaqui

São Paulo, 31 de março de 2010

Ao
Dr. Sizenando Ernesto de Lima Junior,
Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica

Aos cuidados

Clínica Cirúrgica do Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Rua Voluntários da Pátria, 4301
CEP 02401-400 - São Paulo – SP

Prezado Doutor,

Como professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e do Trabalho, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo-USP, sou Orientador da pesquisa a ser realizada pela aluna Maria Adelaide Gallo Ferreira de Camargo, do curso de doutorado em Psicologia Social e do Trabalho.

Maria Adelaide é psicóloga e Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e como Tese de Doutorado pretende realizar estudo sobre: "Coping e Aspectos da Personalidade associados ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida."

Tendo em vista que o Hospital do Mandaqui mantém programa credenciado como serviço de referência do tratamento cirúrgico da obesidade pelo Ministério da Saúde, e que Maria Adelaide gostaria de contribuir para com o desenvolvimento do conhecimento científico, venho consultá-lo quanto à possibilidade de ela realizar a pesquisa junto aos pacientes que encontram-se cadastrados, nesta especialidade, no banco de dados do Hospital do Mandaqui.

Como bolsista da CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – poderá realizar a coleta de dados sem qualquer ônus financeiro para o referido Hospital.

Gostaria de esclarecer ainda, que estamos em fase de definição do projeto, preparando-o para encaminhamento à Comissão de Ética do Instituto de Psicologia da USP, sendo que para a devida aprovação é necessário o aceite de uma Instituição para sua realização.

Certo de que a presente consulta será devidamente apreciada por V.Sa. agradeço antecipadamente sua atenção, colocando-me ao seu inteiro dispor para quaisquer outras informações que se façam necessárias.

Atenciosamente

Prof. Dr. Esdras Guerreiro Vasconcellos

ANEXO B –– Carta de liberação para realização da pesquisa no Núcleo de Obesidade Mórbida do Conjunto Hospitalar do Mandaqui

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAUDE DA REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE SÃO PAULO
CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI

MANDAQUI
CONJUNTO HOSPITALAR

São Paulo, 07 de abril de 2010

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Esdras Guerreiro Vasconcellos

Aos cuidados
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Av. Prof. Mello Moraes, 1721
05508-030 - Cidade Universitária – São Paulo - SP

Prezado Professor Vasconcellos

Em relação à correspondência de V. Sa., datada de 31 de março de 2010, sobre a possibilidade de a doutoranda Maria Adelaide Gallo Ferreira de Camargo realizar, a pesquisa de sua autoria, intitulada "*Coping* e aspectos psicossociais associados ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados em longo prazo", junto à população de pessoas portadoras de obesidade mórbida submetidas à cirurgia bariátrica neste Hospital, informamos nosso interesse sobre o trabalho proposto.

Assim, colocamos o Núcleo de Obesidade Mórbida deste Hospital à disposição para que a referida doutoranda possa realizar a coleta de dados para a sua pesquisa, trabalhando em conjunto com a nossa equipe multidisciplinar.

Sendo o que se apresenta para o momento,

Atenciosamente

Sizenando Ernesto de Lima Júnior
Cirurgia Geral e da Obesidade
CRM 40638 CPF 101944013-91

Dr. Sizenando Ernesto de Lima Junior
Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica
Coordenador do Núcleo de Obesidade Mórbida do Conjunto Hopitalar do Mandaqui

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

De acordo com a **Resolução CNS 196/96**

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Nome :.....

Documento de Identidade:.....Sexo: M □ F □

Data nascimento: ...../...../..... Data da cirurgia:...../...../..... IMC .....

Estado Civil ..... Data entrevista.....

Endereço:.....Nº..... Apto. .....

Bairro: ....Cidade:.....

CEP:.....-..... Telefone: DDD (.....) .....

Escolaridade:..... Profissão: .....

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

Coping e aspectos psicossociais associados ao tratamento pós-cirúrgico da obesidade mórbida em longo prazo.

2. PESQUISADOR:

Maria Adelaide Gallo Ferreira de Camargo

CARGO / FUNÇÃO:

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Bolsista CAPES.

INSCRIÇÃO NO CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA: 58.524/06

UNIDADE DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO: Instituto de Psicologia –Departamento de Psicologia Social e do Trabalho

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO **X** RISCO MÍNIMO □ RISCO MÉDIO □

RISCO BAIXO □ RISCO MAIOR □

Não há risco sob o aspecto emocional como conseqüência imediata ou tardia do estudo. Caso trate-se de manifestação de sintoma físico, o que é muito raro acontecer, pode-se contar com o atendimento da equipe de saúde do próprio Hospital naquele momento.

4. DURAÇÃO DA PESQUISA:

Estimativa de seis meses, no máximo, para a coleta de dados no campo.

III – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. Justificativa e os objetivos da pesquisa:

Sou psicóloga, meu nome é Maria Adelaide Camargo, e estou realizando esta pesquisa que guarda o anonimato das pessoas que fizeram a cirurgia para a redução do estômago, a fim de saber como os operados se encontram emocionalmente, como é a rotina do dia-a-dia, os relacionamentos com parentes e amigos e no trabalho, depois de quatro anos ou mais da realização da operação. O resultado desta pesquisa servirá para ajudar outras pessoas que ainda vão se submeter ao tratamento cirúrgico semelhante ao seu, e também para levar ao conhecimento das equipes de

saúde que trabalham neste campo, sempre com o objetivo de atender cada vez melhor os usuários dos serviços de Saúde.

2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos:

Isto que vamos fazer é uma investigação clínica para se ter uma idéia de como você está lidando com as situações de grandes mudanças que podem ocorrer na vida da pessoa após este tipo de cirurgia. Gostaria que você respondesse a uma entrevista e a dois testes. Vai levar pouco menos de uma hora e não precisa se preocupar porque não há respostas certas ou erradas, e nem vai haver procedimento invasivo, como injeção ou qualquer coisa assim. Pode ficar tranquilo(a) e relaxar durante nossa entrevista. Vou utilizar um gravador para não precisar escrever, mas tudo será mantido em caráter estritamente confidencial e, posteriormente, destruído após a utilização dos dados. Você dará sua opinião sobre umas frases que lhe serão apresentadas, em seguida responderá a um teste de perguntas sem a conotação de certo/errado, qualquer coisa que você responder está bem, e, por último pedirei para apontar, diante de uma série de figuras humanas, primeiramente com qual das figuras você acha sua silhueta mais parecida atualmente, e em seguida qual das figuras representa a silhueta que você gostaria de ter. Depois da análise dos testes, o que ainda vai levar algum tempo, se você quiser, poderá ser marcado um retorno para a sessão devolutiva.

3. Desconfortos e riscos esperados:

Não há a menor possibilidade de correr risco para a saúde. Estou aqui prestando atenção em você para evitar qualquer desconforto. Durante o procedimento, se tiver alguma dúvida pode fazer perguntas, pedir esclarecimentos e/ou deixar a pesquisa a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem quaisquer conseqüências, penalizações ou prejuízos.

4. Benefícios que poderão ser obtidos:

Pode ser que a entrevista de hoje lhe traga algum alívio, pois pode acontecer que você passe a compreender alguma nova situação que esteja acontecendo na sua vida, mas que nunca havia se dado conta disso; dessa maneira, com uma nova visão ou entendimento de algo antigo, talvez possa mudar os seus sentimentos em relação àquela situação.

5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo:

O método de pesquisa proposto tem o caráter de apoio psicológico, não havendo expectativa, para a pesquisadora, de procedimentos alternativos. A vantagem que está sendo oferecida, no presente Termo de Consentimento, é a possibilidade de uma sessão devolutiva, caso o paciente manifeste o interesse por tal procedimento.

IV – ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

Quando a pesquisa envolver atendimentos clínicos ou situações que possam vir a demandar um encaminhamento para um atendimento clínico, a pesquisadora se responsabilizará por esse encaminhamento ou continuidade do atendimento após o término da pesquisa, em comum acordo com os(as) psicólogos(as) da equipe multidisciplinar que atua na Clínica Cirúrgica do Conjunto Hospitalar do Mandaqui – Cirurgia do Aparelho Digestivo e Obesidade.

Os resultados da pesquisa poderão ser utilizados para a publicação de artigos em revistas científicas ou periódicos, por meio eletrônico disponível na Internet, para publicação de livro e realização de palestras, resguardando-se sempre o anonimato dos participantes, garantindo assim os seus direitos de privacidade estabelecidos por meio deste instrumento que será impresso em duas vias, sendo uma delas de propriedade da pessoa que assina seu "de acordo" no presente Consentimento Livre e Esclarecido.

Disponibilização de contato com o pesquisador:

Maria Adelaide G. F. Camargo

Celular: (11) 9636-4055

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP

Av Prof. Mello Moraes, 1721, Bloco G, sala 22, Cidade Universitária – São Paulo, SP

Tel: (11) 3097-0529

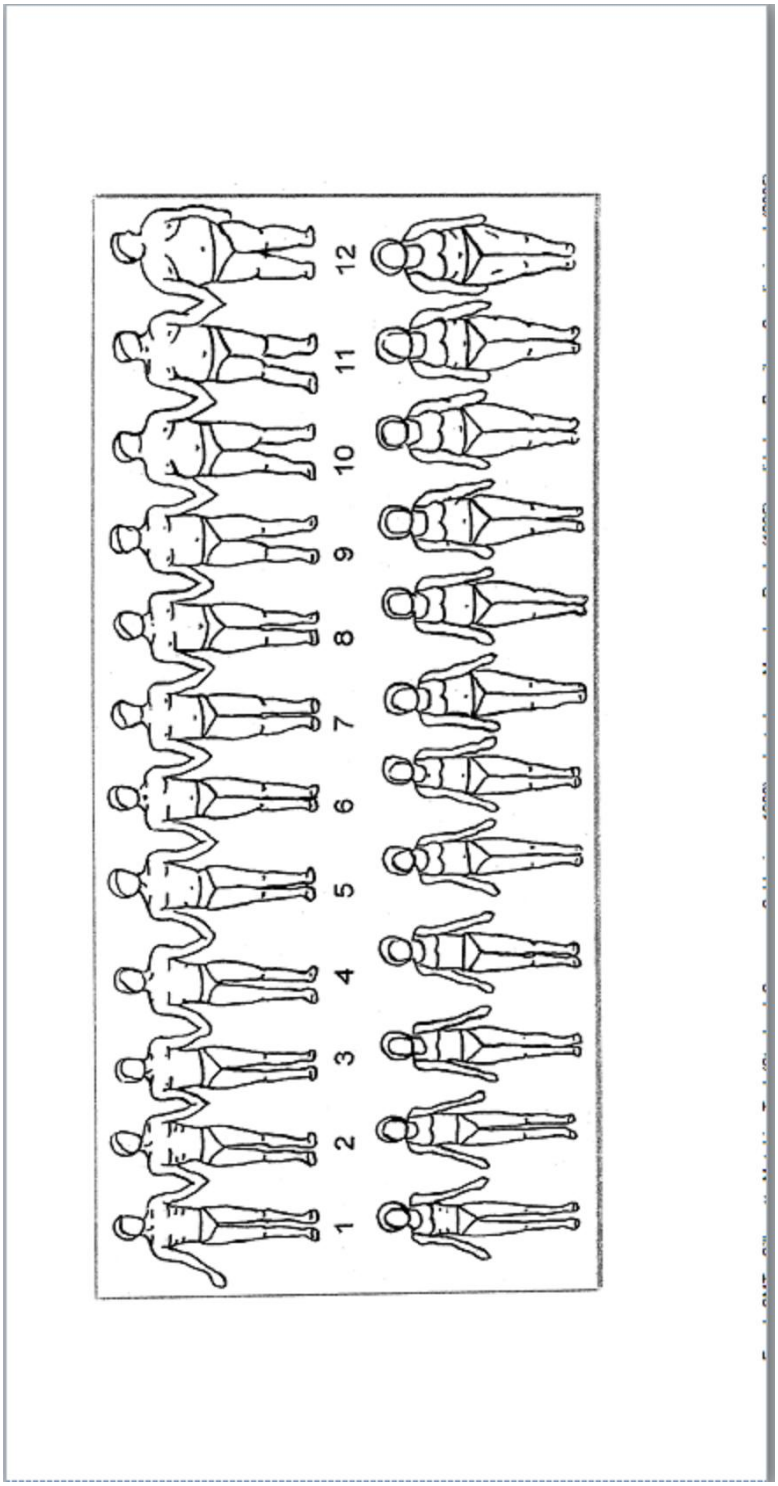
_____

Assinatura do Paciente

_____

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO D - Modelo da Escala de Silhuetas Humanas de Stunkard – Silhouette Matching Task (SMT)



ANEXO E - Documento de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH-IPUSP) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPH-IP

Of.063/2010-CEPH-IP - 06/07/2010

Senhor Professor,

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP (CEPH-IP) em reunião de 05.07.2010 aprovou, conforme parecer anexo, o Projeto de Pesquisa nº 2010.025, intitulado: "Coping e aspectos da personalidade associados ao tratamento pós-cirúrgico da obesidade mórbida", a ser desenvolvido por sua orientanda Maria Adelaide Gallo Ferreira de Camargo, nível Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do IPUSP.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Ana Maria de Barros Aguirre
Coordenadora do CEPH-IP

Ilmo. Sr.
Prof. Esdras Guerreiro Vasconcellos
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social
IPUSP

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – Bloco G - Sala 22 – Cidade Universitária – 05508-030 – São Paulo – SP – Brasil
Fone: 3097-0529

ANEXO F - Parecer de aprovação emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH-IPUSP).

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CEPH - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HUMANA COM SERES HUMANOS-

Registro **CEPH No. 2010.025**

Título do Projeto: Coping e aspectos da personalidade associados ao tratamento pós-cirúrgico da obesidade mórbida
Pesquisador: Maria Adelaide Gallo Ferreira de Camargo
Orientador: Esdras Guerreiro Vasconcellos
Departamento/ Área de concentração: Psicologia Social e do Trabalho

PARECER

O projeto tem como objetivo principal investigar os fatores de enfrentamento e habilidade social utilizados pelos indivíduos que se submeteram à intervenção cirúrgica para a redução do estômago no período mínimo de quatro anos.

Trata-se de projeto de doutorado que será desenvolvido no Hospital do Mandaqui de São Paulo. Os sujeitos da pesquisa serão pacientes com idade entre 22 e 59 anos de idade; o tamanho da amostra não está definido e será estabelecido após consulta ao banco de dados da Gerência da Clínica Cirúrgica – Núcleo de Obesidade Mórbida do Hospital e selecionados aqueles pacientes que preencherem os critérios de idade e tempo decorrido de quatro anos, no mínimo, após a realização da cirurgia para a redução do estômago. Os dados serão obtidos por meio de entrevista semidirigida e aplicação do teste SCOPE-COPING e aplicação da técnica projetiva Desenho da Figura Humana. O contato será feito pelo hospital.

O Projeto apresenta o problema da pesquisa e a justificativa fundamentada em literatura científica; a proposta é de estudo qualitativo e quantitativo; o método está descrito de forma sucinta, e a descrição dos procedimentos para coleta de dados apresentados como anexo.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido explicita o objetivo do estudo, o anonimato, garante o sigilo, mencionam a forma de participação, os procedimentos que serão utilizados e a forma de utilização dos dados, bem como a via de acesso ao pesquisador e ao CEPH. Sugiro retirar o endereço e o telefone residencial da pesquisadora e incluir espaços para assinaturas do pesquisador e do participante.

Os currículos da pesquisadora e do orientador mostram experiência com a proposta da pesquisa.

Diante do exposto,o projeto poderá ser:

(X) **APROVADO**.