**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DEÍSE MOURA DE OLIVEIRA

**O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO DA MULHER
OBESA PELA CIRURGIA BARIÁTRICA: UMA
ABORDAGEM COMPREENSIVA**

**SÃO PAULO
2013**

DEÍSE MOURA DE OLIVEIRA

**O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO DA MULHER
OBESA PELA CIRURGIA BARIÁTRICA: UMA
ABORDAGEM COMPREENSIVA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Miriam Aparecida Barbosa Merighi

**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.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Oliveira, Deíse Moura de

O processo de tomada de decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica: uma abordagem compreensiva / Deíse Moura de Oliveira. -- São Paulo, 2013.
125 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Miriam Aparecida Barbosa Merighi
Área de concentração: Cuidado em saúde

1. Obesidade 2. Cirurgia bariátrica 3. Saúde da mulher
4. Enfermagem 5. Pesquisa qualitativa 6. Fenomenologia
I. Título.

Nome: Déise Moura de Oliveira
Título: O processo de tomada de decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica: uma abordagem compreensiva

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Durval Alcino de Oliveira (in memoriam) e Dalvani de Moura Oliveira. Com vocês aprendi o verdadeiro significado do amor, da doação, do compromisso, da responsabilidade e da abnegação. A conclusão desta etapa é marcada por esse constructo humano, no qual vocês sempre serão as minhas grandes referências.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora, Professora Doutora Miriam Aparecida Barbosa Merighi, que me acolheu no Grupo de Pesquisa em Enfermagem com Abordagens Fenomenológicas no ano de 2007 e me deu a satisfação de tê-la como orientadora desta pesquisa a partir de 2010. Foram muitas as oportunidades que me concedeu desde então, sendo esta trajetória marcada por um grande crescimento e amadurecimento acadêmico. Agradeço pela confiança, pelo aprendizado compartilhado, pela compreensão e auxílio diante dos obstáculos encontrados nesta caminhada. Obrigada pelas lições ontológicas que somente os grandes mestres podem nos ensinar.

À Professora Doutora Maria Cristina Pinto de Jesus, que me gestou e me ensinou a dar os primeiros passos no caminho da investigação científica, permitindo-me encontrar no ato de pesquisar uma resignificação da minha trajetória profissional. A conclusão deste trabalho só foi possível devido ao fato de, no início da minha graduação, você ter me olhado de uma forma diferente e acreditado nas potencialidades que nem mesmo eu conseguia enxergar em mim. Os horizontes que me apresentou há mais de dez anos, como orientadora das minhas iniciações científicas foram os alicerces que fundamentaram a minha chegada até aqui. Obrigada por tudo!

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por se fazer presente em todos os momentos, sendo luz e direção no meu caminho, esperança nas minhas incertezas, sustento nos períodos difíceis e a verdadeira paz e amor, capazes de preencher os vazios do meu humano coração.

A minha mãe, pelo amor incondicional e presença fundamental em todos os momentos desta trajetória. Obrigada por tudo que faz por mim!

Ao meu pai, que sempre me incentivou a ir em busca dos meus objetivos. Sinto pela sua partida no curso desta etapa da minha vida, mas sei que, hoje, de onde estiver, está celebrando comigo esta conquista.

Aos meus irmãos, Evandro, Giovana e Diogo, e aos meus cunhados, Paulo Renato e Carol, pelo apoio e torcida de sempre.

Aos meus sobrinhos, Júlia, Nina, Laís, Eric, Lucas e Enzo. Vocês me fazem acreditar na esperança de um lindo amanhã!

Aos meus tios e primos, que se fizeram presentes em todos os momentos, dando-me a certeza de que em vocês sempre terei o meu porto seguro.

Ao amigo Marcelo Henrique da Silva, por me mostrar através de seus atos o verdadeiro significado da amizade. Obrigada pelas experiências compartilhadas e pelo auxílio durante a realização deste trabalho. Você é, sem dúvida, um grande presente de Deus para mim!

À amiga Érica Toledo de Mendonça, que esteve comigo desde o início desta trajetória. Sua amizade tem um valor imensurável para mim. Obrigada pelo apoio, escuta, conselhos e carinho sempre demonstrado. Fecho esta etapa feliz, por saber que, na próxima, estaremos mais juntas do que nunca.

Aos amigos José Mendonça, Christian Pelaes, Aline Silva de Oliveira Menezes, Rayla Amaral Lemos, Soraia Nunes Aquino Silva, Luciane Ribeiro, Elisa de Oliveira Marsicano, Priscilla Ribeiro Biscotto, Mariana Alvina dos Santos, Leila Chaves e Gilberto pela amizade compartilhada e por sempre acreditarem em mim. Valorizo demais suas presenças em minha vida!

Ao Ministério Universidades Renovadas, onde encontrei grandes amigos que me ensinaram a reconhecer que um pouco de ciência nos afasta de Deus. Muito, nos aproxima.

Aos amigos do Grupo de Pesquisa em Enfermagem com abordagens fenomenológicas, em especial Rafaella Queiroga Souto, Marcelo Henrique, Roselane Gonçalves, Sebastião Caldeira, Patrícia Pavan e Selisvane Domingos, pelas trocas enriquecedoras, contribuições e amizade.

Às Professoras Doutoras Roselena Bergamasco, Neide de Souza Praça e Florence Romijn Tocantins por participarem dos meus Exames de Qualificação e contribuírem para um melhor delineamento desta pesquisa.

Às Professoras Doutoras Maria Elisa Caputo Ferreira, Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues, Neide de Souza Praça e Maria Cristina Pinto de Jesus, por aceitarem participar da Banca Examinadora de Defesa da Tese, agregando e abrilhantando ainda mais a conclusão desta etapa.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pela disponibilidade, carinho e atenção sempre demonstrados, em especial ao Marcello, Betânia, Dayse e Silvana. Vocês foram fundamentais nesse processo. Muito obrigada por tudo!

À equipe multiprofissional do Serviço de Controle de Hipertensão, Diabetes e Obesidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, em especial à médica Arise Galil e à nutricionista Margareth Lopes pela parceria, apoio e confiança depositada.

Aos pacientes do Serviço de Controle da Hipertensão Diabetes e Obesidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, cadastrados no Programa Pró-obeso pelo acolhimento e trocas enriquecedoras de experiências profissionais e de vida. Em especial às mulheres depoentes deste estudo, que compartilharam abertamente as suas vidas, possibilitando o desenvolvimento desta pesquisa.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, estiveram ao meu lado no decorrer desta importante etapa da minha trajetória acadêmica.

O mundo da vida está aí. Parece-nos imutável, mas não é. Na realidade, somos atores sociais de um mundo constituído anteriormente a nós, mas que inicia o seu processo de construção para o nosso universo subjetivo e intersubjetivo a partir do momento em que nele começamos a habitar. É a nossa ação neste mundo que permite que ele se construa continuamente em nós, por nós e com o outro. Transformamos e somos transformados ao longo de nossas vidas, tecendo histórias que nos situam biograficamente motivados para conduzirmos as mudanças das estruturas sociais em que vivemos. O que vou apresentar agora revela uma faceta do meu processo de mudança e de intervenção neste mundo. Este trabalho, que ontem era um projeto, hoje já se constitui em ato, configurando-se em cerne de infinitas possibilidades que me conduzirão ao encontro de novos desafios.

Deíse Moura de Oliveira

Oliveira DM. O processo de tomada de decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica: uma abordagem compreensiva [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

RESUMO

Introdução: a decisão pela cirurgia bariátrica pode envolver uma gama de situações que perpassam o cotidiano da mulher, razões que a conduzem a submeter-se a este procedimento cirúrgico, entendendo que os riscos nele envolvidos são consideravelmente menores do que aqueles inscritos na sua convivência com a obesidade. **Objetivo:** compreender o processo de tomada de decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica. **Método:** pesquisa qualitativa fundamentada na Fenomenologia Social de Alfred Schütz. Participaram deste estudo 12 mulheres candidatas à cirurgia bariátrica cadastradas no Serviço de Controle de Hipertensão, Diabetes e Obesidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, frequentadoras do grupo educativo do Programa Pró-obeso. Os depoimentos foram obtidos por meio de entrevista, no período de outubro a dezembro de 2012, a partir das seguintes questões norteadoras: o que fez você se decidir pela cirurgia bariátrica? Como está sendo para você se decidir pela cirurgia bariátrica? O que você espera para a sua vida ao decidir-se pela cirurgia bariátrica? **Resultados:** o processo de tomada de decisão da mulher pela cirurgia bariátrica fundamenta-se na inadequação dos seus hábitos alimentares, na sua aparência física incongruente com o padrão corporal da sociedade contemporânea, no preconceito social vivenciado, nas limitações impostas pela obesidade e no insucesso das inúmeras tentativas prévias de emagrecimento. Diante disso, a mulher se situa de modo a enfrentar o medo da cirurgia e rever os seus hábitos alimentares, buscando e encontrando no grupo educativo o apoio de que necessita. Tem como expectativas para a sua vida após a cirurgia bariátrica obter o emagrecimento desejado, vislumbrando com isso o resgate de sua saúde, sua inclusão social e inserção no mercado de trabalho. **Conclusões:** a compreensão do processo de tomada de decisão da mulher pela cirurgia bariátrica confere subsídio para o enfermeiro e demais profissionais da saúde na assistência às pessoas obesas. Aponta a relevância do tema obesidade na formação dos profissionais de saúde, sinalizando para os educadores a importância de conduzir os estudantes na reflexão desta temática para além do prisma biomédico, valorizando o sujeito obeso e o contexto de vida no qual está inserido. Sinaliza finalmente a necessidade do incremento de pesquisas qualitativas no sentido de elucidar outros múltiplos meandros inscritos na obesidade.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade. Cirurgia Bariátrica. Saúde da Mulher. Enfermagem. Pesquisa Qualitativa. Fenomenologia.

Oliveira DM. The decision-making process of obese women on the bariatric surgery: a comprehensive approach [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

ABSTRACT

Introduction: The decision on bariatric surgery may involve a range of situations that happens in women's daily lives which lead to submit themselves to this surgical procedure. What they need is to understand that the possible risks in the surgery are considerably smaller than those in obesity. **Objective:** To understand the decision-making process of obese women on the bariatric surgery. **Method:** It is a qualitative research based on Social Phenomenology of Alfred Schütz. This study included 12 candidates women for the bariatric surgery enrolled in the Control Service of Hypertension, Diabetes and Obesity in Juiz de Fora, Minas Gerais, attending the Pro-obese educational group. From October to December 2012, the statements were obtained through interviews which asked the following questions: Why did you decide on the bariatric surgery? How do feel about deciding on the bariatric surgery? What do you expect for your life to decide on the bariatric surgery? **Results:** The decision-making process of women on the bariatric surgery considers their inadequate eating habits, their physical appearance which is inconsistent with the contemporary society body standard, the social prejudice, the obesity limitations and the previous failure of many attempts to lose weight. Therefore, the women challenge themselves to face the fear of surgery and revise their eating habits. They seek and find the necessary support in the educational group. Their expectations for their lives after the bariatric surgery consist of losing the desired body weight, catching a glimpse of health's redemption, social inclusion and integration into the labor market. **Conclusions:** Understanding the decision-making process of women on the bariatric surgery is important for nurses and other health professionals to assist obese people. Furthermore, it shows that the obesity topic should be deepened in health professionals trainings, leading the students to think about this theme beyond the biomedical perspective, valuing the obese individuals and their life context.

Finally, this study reveals the need to increase qualitative research in order to elucidate other several intricacies involved in obesity.

KEYWORDS: Obesity. Bariatric Surgery. Women's Health. Nursing. Qualitative Research. Phenomenology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1:	Objeto, inquietações e objetivo do estudo. São Paulo, 2013.	21
Figura 2:	Eixos estruturantes da literatura revisada. São Paulo, 2013.	33
Figura 3:	Tipo de estudo, cenário, região de inquérito, sujeitos e questões norteadoras da entrevista. São Paulo, 2013.	53
Figura 4:	Esquema representativo da análise compreensiva. São Paulo, 2013.	54
Figura 5:	Resultados. São Paulo, 2013	78

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA.....	22
3	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	34
3.1	A OPÇÃO PELA FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ	35
3.1.1	Concepções teóricas da Fenomenologia Social de Alfred Schütz: a interface com a temática	36
4	TRAJETÓRIA DO ESTUDO	43
4.1	CENÁRIO E REGIÃO DE INQUÉRITO.....	43
4.2	SUJEITOS DA PESQUISA	44
4.3	OBTENÇÃO DOS DEPOIMENTOS	47
4.4	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	50
4.5	QUESTÕES ÉTICAS	52
5	RESULTADOS.....	55
5.1	AS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO.....	55
5.1.1	Decisão pela cirurgia bariátrica.....	56
5.1.1.1	Hábitos alimentares.....	56
5.1.1.2	Aparência física	57
5.1.1.3	Limitações	58
5.1.1.4	Preconceito social	61
5.1.1.5	Insucesso nas tentativas de emagrecimento.....	65
5.1.1.6	Enfrentamento da cirurgia	66
5.1.1.7	Apoio do grupo	69
5.1.2	Expectativas para a vida pós-cirurgia bariátrica	71
5.1.2.1	Resgate da saúde	71
5.1.2.2	Inclusão social	73
5.1.2.3	Inserção no mercado de trabalho	75
5.2	A TIPIFICAÇÃO	76
6	DISCUSSÃO	79
7	IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL.....	104
8	CONCLUSÕES	111
	REFERÊNCIAS.....	114
	APÊNDICES	122
	ANEXO.....	124

1 INTRODUÇÃO

Meu encontro com a saúde da mulher teve início na graduação, na qual tive a oportunidade de realizar iniciações científicas nessa área. Pesquisas envolvendo mulheres sempre me chamaram atenção, o que me fez perceber que, apesar de a Enfermagem estar ampliando seus conhecimentos nesse segmento, muitos estudos ainda precisam ser realizados, pois existem lacunas que podem ser preenchidas com o olhar investigador e crítico-reflexivo do enfermeiro.

Entre essas lacunas, considero a obesidade uma das mais fecundas, pois diz respeito a uma inquietação profissional e pessoal que permeia a minha vida. Convivo com a obesidade desde a infância, com diversas tentativas – frustradas – de emagrecimento e sua manutenção. Recentemente, deparei-me com a possibilidade da cirurgia bariátrica e com uma pergunta geradora de conflito: fazê-la ou não?

Vivenciar essa indicação me fez perceber o quanto é difícil a tomada de decisão por um procedimento invasivo como este. Tal percepção deu lugar a inquietações diversas, no sentido de compreender como se dá o processo de tomada de decisão pela cirurgia bariátrica por mulheres obesas mórbidas.

A tomada de decisão é processual, uma vez que se origina na vida pregressa da mulher e é sedimentada por suas experiências presentes, que a permitem fazer a projeção de ações futuras.

Esta experiência me permitiu evocar questionamentos de como ela se daria quando oriunda de um determinado grupo de mulheres obesas que, como eu, decidiu se submeter a este procedimento cirúrgico. O que inicialmente gerou um caminho

inquietante dentro de mim se reflete hoje neste estudo, que possibilitará um avançar da Enfermagem na temática estudada, a qual se encontra ainda pouco explorada e, portanto, com um universo inesgotável passível de ser pesquisado pelo enfermeiro.

A obesidade tem se configurado, ao longo dos anos, como um problema de saúde pública, apresentando índices progressivos e alarmantes nas últimas décadas, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Esta situação tem gerado por parte dos teóricos que estudam a temática um despertar para a necessidade de aumentar e difundir o conhecimento da gênese da doença e dos mecanismos de controle da mesma.

O Ministério da Saúde reitera que tal configuração mundial de aumento crescente da prevalência da obesidade pode ser explicada pela globalização, consumismo, necessidade de prazeres rápidos e respostas imediatas, dando à doença uma conotação social. Entende-se, dessa forma, que falar sobre obesidade envolve uma complexa relação entre corpo-saúde-alimento e sociedade, na medida em que os grupos possuem diferentes inserções sociais e concepções diversas sobre esta temática, que variam com a história⁽¹⁾.

Pode-se dizer que a obesidade é um atributo físico, percebido, interpretado e influenciado pelo sistema social. Valores socioculturais relacionados à doença podem, por conseguinte, variar de uma sociedade para outra, nos diferentes contextos históricos. Nesse sentido, a corpulência que, no passado, esteve associada à ideia de saúde, no imaginário coletivo, hoje, tem seu significado transformado⁽²⁾.

Entre os diversos meandros alocados no fenômeno da obesidade, dá-se destaque para a sua prevalência mundial nas mulheres, as quais merecem uma atenção e atuação singular na

pluralidade dos contextos nos quais estão inseridas. Estes são variados, uma vez que a prevalência da doença no sexo feminino é evidenciada em diversos estudos de diferentes países do mundo, com características socioculturais próprias que precisam ser estudadas e valorizadas no processo de enfrentamento da doença entre as mulheres⁽³⁻⁶⁾.

Uma questão intrigante é que, em meio à evidente prevalência da obesidade nas mulheres, observa-se uma desproporção considerável no momento em que se tornam obesas mórbidas candidatas à cirurgia bariátrica.

Estudos realizados com obesos mórbidos no pré-operatório da cirurgia bariátrica evidenciam um quantitativo expressivamente maior do sexo feminino. A análise de pesquisas realizadas na Suíça⁽⁷⁾, Estados Unidos⁽⁸⁾, Brasil⁽⁹⁾ e Espanha⁽¹⁰⁾ permitiu evidenciar que, do total de obesos mórbidos estudados, 81,5% eram do sexo feminino. Portanto, evidencia-se que a mulher busca expressivamente mais a cirurgia bariátrica como opção de controle da obesidade.

A cirurgia bariátrica tem avançado, ao longo dos anos, no incremento de novas técnicas, menos agressivas sob o ponto de vista médico. Entretanto, sabe-se que qualquer que seja o procedimento cirúrgico envolve riscos eminentes ao paciente, principalmente quando se soma a estes a ocorrência de fatores de comorbidade, característicos na obesidade.

A decisão pela cirurgia bariátrica pode envolver uma gama de situações que perpassam o cotidiano da mulher, razões que a conduzem a submeter-se a este procedimento cirúrgico, entendendo que os riscos nele envolvidos são consideravelmente menores do que aqueles inscritos na sua convivência com a obesidade.

A tomada de decisão para um procedimento como a cirurgia bariátrica remonta uma ressignificação de um corpo com múltiplos sentidos imersos no plano social. Esse corpo, através dos séculos, nas diversas culturas e sociedades, tem adquirido variadas conotações, significados, importância e tratamento diferenciados. É evidente que a forma de sentir, pensar e agir dos sujeitos será influenciada por essa transformação do imaginário coletivo sobre esse corpo, em especial quando se encontra fora dos padrões estabelecidos pela cultura e sociedade vigentes⁽¹⁾.

O imaginário coletivo produz, portanto, uma percepção de desvio de padrão ao obeso. Como se evidencia, são as mulheres as mais pressionadas a atingir o padrão corporal vigente – o de ser magro – e sob as quais incide majoritariamente a realização da cirurgia bariátrica, que poderia ser traduzida pelo senso comum como “a cirurgia de adequação ao corpo ideal e bem aceito socialmente”.

Apesar da indicação da cirurgia para o controle do peso em longo prazo, essa decisão não é algo simples, uma vez que muitos a veem como um atestado de fracasso para o obeso, pela ausência de força de vontade para seguir uma dieta e manter o controle do peso. Não é incomum que os pacientes que chegam a optar pela cirurgia ouçam daqueles que o cercam e até dos próprios profissionais de saúde a categórica fala: “Não precisa de cirurgia, é só fechar a boca”⁽¹¹⁾.

Soma-se a esse contexto a própria questão do risco cirúrgico. Apesar de seus resultados impressionantes, a cirurgia para obesidade mórbida é um procedimento importante, com um risco inerente de morbidade imediata e tardia e da mortalidade perioperatória⁽¹²⁾. Tais riscos podem interferir na tomada de decisão e precisam ser considerados.

Sabe-se que a representação numérica e esvaziada de sentidos, tão comumente difundida quando a obesidade está em pauta, não possibilita um aprofundamento nos significados e sentidos que compõem as múltiplas facetas de um objeto demasiadamente complexo⁽¹³⁾. Entre as facetas inscritas na temática obesidade, dá-se destaque ao processo de tomada de decisão da mulher pela cirurgia bariátrica, considerada um procedimento invasivo e reconstrutor de uma nova identidade social.

Diante disso, elegeu-se como objeto de estudo: “o processo de tomada de decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica”, o que conduziu às seguintes inquietações:

- ✓ O que leva a mulher obesa a se decidir pela cirurgia bariátrica?
- ✓ Que fatores estão envolvidos no processo de enfrentamento da mulher quanto à decisão pela cirurgia bariátrica?
- ✓ O que a mulher obesa espera para a sua vida ao decidir-se pela cirurgia bariátrica?

Este estudo teve como objetivo compreender o processo de tomada de decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica.

A contribuição desta pesquisa pautou-se na valorização da subjetividade que perpassa a tomada de decisão da mulher pela cirurgia bariátrica. O olhar lançado sob o objeto do presente estudo iniciou-se no corpo físico/biológico feminino e o transcendeu, incluindo e potencializando os aspectos psicossociais que permeiam tal decisão.

Cabe destacar que o enfermeiro tem se debruçado timidamente sobre a temática deste estudo⁽¹⁴⁾, denotando escassez de pesquisas no âmbito da Enfermagem e, portanto, uma premente

necessidade de ampliação das mesmas. Ademais, a compreensão das experiências vividas pelas pessoas com obesidade pode enriquecer o conhecimento de uma ampla gama de profissionais na área da saúde pública⁽¹⁵⁾.

Desse modo, a compreensão do processo de tomada de decisão da mulher pela cirurgia bariátrica sinalizará aspectos imbricados nesta experiência que denotam a atenção e a atuação do enfermeiro e demais profissionais de saúde, no sentido de que as ações voltadas para essa clientela respondam às necessidades por ela externalizada. Além disso, permitirá a elaboração de novos questionamentos, que conduzirão a outras investigações com enfoque na temática estudada.

A figura 1 apresenta a síntese do objeto, das inquietações e do objetivo do estudo.

Figura 1: Objeto, inquietações e objetivo do estudo. São Paulo, 2013.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

A obesidade tem assumido posição de destaque no mundo. Trata-se de uma doença crônica prevalente em todos os estratos sociais e em diversos países, configurando-se um grave problema de saúde pública em nível mundial⁽¹⁶⁾.

A epidemia global da obesidade, como é conhecida no mundo contemporâneo, reflete os problemas sociais, econômicos e culturais atualmente enfrentados por países em desenvolvimento ou recentemente industrializados, assim como pelas minorias étnicas em situações desvantajosas nos países desenvolvidos. Trata-se de uma doença complexa com consequências sociais e psicológicas graves, trazendo prejuízos amplificados à vida⁽¹⁷⁾.

O Relatório de Estatísticas de Saúde Mundial 2012, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou que, entre 1980 e 2008, a obesidade duplicou em todas as regiões do mundo. Atualmente, meio bilhão de pessoas – 12 % da população mundial – são consideradas obesas⁽¹⁸⁾. O aumento da prevalência global da obesidade é tão sério que, mesmo países que não conviviam com a problemática, hoje já se deparam com ela e precisam buscar meios para enfrentá-la⁽¹⁹⁾.

Tal configuração do aumento da obesidade reflete também no Brasil, trazendo uma inversão dos indicadores nutricionais no país, caracterizada pelo declínio acentuado da desnutrição e, em contrapartida, pela ascensão da obesidade. Isso permite afirmar que, notoriamente, a obesidade é, na atualidade, o maior problema alimentar da população brasileira⁽²⁰⁾.

Um inquérito realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2008-2009 aponta que a

prevalência nacional de obesidade nos homens é de 12,4%, enquanto que, nas mulheres, tal taxa sobe para 16,9%. Um fato interessante, entretanto, é o comportamento dessas prevalências ao longo dos anos. Do inquérito realizado em 1974-1975 a 2008-2009 a obesidade aumentou mais de quatro vezes entre os homens (de 2,8% para 12,4%). Em contrapartida, no mesmo período, a obesidade na mulher aumentou um pouco mais que o dobro (de 8% para 16,9%)⁽²¹⁾.

Infere-se, portanto, que, atualmente, no Brasil, a prevalência de obesidade na mulher é mais elevada, porém a incidência tem se mostrado maior no sexo masculino, configurando um contraponto que poderá provocar mudanças na prevalência da obesidade entre os sexos no porvir.

A prevalência maior da doença no sexo feminino é corroborada por outros estudos, em nível internacional, os quais mostram que a mulher tem mais predisposição para a obesidade⁽²²⁻²⁴⁾.

Entre os tratamentos de combate à doença, dá-se destaque às mudanças dos hábitos alimentares, associadas ou não a terapias medicamentosas. Em casos mais severos, isto é, de obesidade grau III / mórbida, determinada pelo índice de massa corporal (IMC) entre 40 e 44,9⁽²⁵⁾, pode-se optar pela técnica cirúrgica, que tem se difundido como um caminho possível no controle da doença.

A cirurgia bariátrica, também conhecida como cirurgia da obesidade ou gastroplastia começou a ser realizada nos Estados Unidos, em 1953, tendo sido as experiências pioneiras no Brasil iniciadas somente 20 anos mais tarde. Trata-se de um procedimento cirúrgico que está se expandindo exponencialmente no enfrentamento da epidemia global da obesidade. De 1998 a 2003, o

número anual de cirurgias bariátricas passou de 40.000 para 146.301 em todo o mundo, perfazendo um aumento de 266%⁽²⁶⁾.

Dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica apontam que, em 2010, foram realizadas 64,04 mil cirurgias no país, alta de 275% em relação a 2003, ano em que os primeiros registros foram coletados, e de 33% em relação a 2009⁽²⁷⁾.

Pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o número de cirurgias aumentou 23,7% entre 2007 e 2009, chegando a 3.681 intervenções, mesmo com filas de espera de até oito anos. Em hospitais vinculados ao SUS, o número de cirurgias aumentou quase 800% entre 2001 e 2010. Em unidades particulares, o crescimento registrado na última década é menor, cerca de 300%. Estes números fazem do Brasil o segundo colocado no *ranking* de cirurgias bariátricas, atrás apenas dos Estados Unidos, com 300 mil procedimentos em 2010⁽²⁷⁾.

A cirurgia bariátrica, no âmbito do SUS, foi regulamentada pela Portaria nº 628/GM, de 26 de abril de 2001. Esta regulamentação se deu considerando a transformação ocorrida nos últimos anos nos padrões nutricionais da população brasileira, a relevância da obesidade como problema de saúde pública, a prevalência da obesidade mórbida, a verificação dos casos que não respondem aos tratamentos convencionais (levando a um aumento da morbimortalidade nesses indivíduos), a necessidade de ampliar a oferta de serviços na área da gastroplastia e de proporcionar mecanismos que facilitem o acesso dos portadores de obesidade mórbida⁽²⁸⁾.

Em 31 de agosto de 2007 entrou em vigor a Portaria nº 492, com vistas a definir as Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, determinando os papéis destas unidades na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas

funções. Além disso, esta Portaria se propôs a auxiliar os gestores no controle e na avaliação da atenção às pessoas portadoras de obesidade grave. Estabeleceu também o regulamento técnico, as normas e os critérios para as Unidades de Assistência de Alta Complexidade, com a finalidade de credenciamento e habilitação para o tratamento da obesidade grave, destacando ainda a necessidade do estabelecimento de um sistema de fluxo de referência e contrarreferência no âmbito do SUS⁽²⁹⁾.

Portanto, a cirurgia bariátrica é um procedimento regulamentado e garantido pelo SUS, sendo indicado para pacientes com obesidade mórbida. Uma ressalva é feita no caso de pessoas com IMC maior ou igual a 35kg/m^2 , os quais podem ser submetidos à cirurgia no caso de apresentarem graves comorbidades associadas à obesidade. A cirurgia deve ser considerada como último recurso, mediante a falha na tentativa prévia de outros tratamentos convencionais, ou seja, não é recomendada para pessoas com ganho de peso transitório⁽¹²⁾.

A cirurgia bariátrica configura-se como um caminho comprovadamente efetivo para a redução do número de obesos mórbidos e, por conseguinte, da maior mortalidade mundial nessa população⁽³⁰⁾, que pode ser superior a 200%, se comparada com indivíduos eutróficos⁽³¹⁾.

Sua base para redução e manutenção do peso está relacionada à restrição da ingestão de alimentos e/ou má absorção de nutrientes, proporcionadas pela cirurgia. A suposição é de que o comportamento alimentar seja modificado quando pacientes consomem mais lentamente pequenas quantidades diárias de alimentos⁽¹²⁾. Os procedimentos atualmente autorizados pelo Conselho Federal de Medicina estão baseados em técnicas restritivas ou mistas (restritivas/disabsortivas)⁽³²⁾.

Entre as cirurgias restritivas, destaca-se a banda gástrica ajustável e a gastrectomia vertical. A primeira consiste na instalação de um anel de silicone inflável ajustável ao redor do estômago, diminuindo a capacidade gástrica. Trata-se de um método reversível, pouco agressivo, que permite ajustes individualizados no diâmetro da prótese. Não há secção e sutura do estômago, apresentando baixa morbimortalidade operatória⁽³²⁾.

A banda gástrica ajustável oferece uma perda de 20 a 30% do peso inicial, porém, em longo prazo, é a técnica que apresenta maior índice de ganho de peso, exigindo maior comprometimento do paciente com o seu padrão alimentar⁽³²⁾.

A gastrectomia vertical consiste em uma restrição gástrica que envolve a remoção de 70% a 80% do estômago proximal. Trata-se de uma técnica considerada recente, sendo realizada há pouco mais de uma década. Promove uma perda ponderal superior à bandagem gástrica ajustável, porém pode produzir complicações de alta gravidade e de difícil tratamento, como a fístula junto ao ângulo de Hiss (esôfago-gástrico)⁽³³⁾.

As cirurgias mistas para tratamento da obesidade mórbida associam a restrição e a disabsorção de nutrientes, em maior ou menor grau, dependendo da técnica empregada e da extensão do intestino delgado excluído do trânsito alimentar, levando a perdas ponderais significativas. Somado a isso, essas cirurgias têm efeitos independentes da perda de peso, na medida em que modificam a produção de hormônios gastrintestinais, cujos efeitos podem afetar a saciedade e a produção de insulina⁽³²⁾.

Entre as cirurgias mistas, destaca-se a com maior componente restritivo e a com maior componente disabsortivo. Na primeira, tem-se uma maior restrição da capacidade gástrica, com um menor componente disabsortivo. Na segunda, acontece o inverso: menor restrição da capacidade gástrica (com possibilidade

de maior ingestão de alimentos) e predomínio do componente disabsortivo⁽³⁴⁾.

A cirurgia com maior componente restritivo realizada mundialmente é o *bypass* gástrico. Trata-se também da técnica cirúrgica mais difundida no Brasil, perfazendo em torno de 75% das cirurgias realizadas, consagrada na atualidade como o padrão ouro da cirurgia bariátrica. Consiste no grampeamento de parte do estômago, construindo uma porção de apenas 30 a 50ml para participar do processo digestório. Associa-se ao desvio da primeira porção do intestino, promovendo um aumento de hormônios da saciedade e diminuição da fome⁽³⁵⁾.

A perda ponderal estimada um ano após a cirurgia de *bypass* gástrico é de aproximadamente 40% a 45% do peso inicial. Apresenta como vantagens uma manutenção do emagrecimento em longo prazo e o controle ou a reversão das comorbidades metabólicas, em especial do diabetes tipo 2. É uma cirurgia tecnicamente complexa, conferindo acesso radiológico e endoscópico limitados ao estômago excluído e ao duodeno. Além disso, pode aumentar a probabilidade de deficiências proteicas e o desenvolvimento da anemia⁽³⁵⁾.

Quanto à técnica mista de maior componente disabsortivo, destaca-se a *Duodenal Switch*, que consiste em uma derivação cirúrgica biliopancreática com gastrectomia vertical e preservação do piloro. Tem a vantagem de proporcionar uma menor restrição da ingestão alimentar, sendo muito eficaz em relação à perda de peso e manutenção em longo prazo. No entanto, tal técnica é mais sujeita a complicações nutricionais e metabólicas, podendo levar a uma deficiência de vitaminas lipossolúveis, de vitamina B12, cálcio, e ferro. Além disso, pode induzir um processo de desmineralização óssea e um aumento do número de evacuações diárias⁽³⁶⁾.

Percebe-se que a cirurgia bariátrica apresenta na atualidade evidências científicas seguras, com clareza dos riscos e benefícios aplicáveis às diversas técnicas cirúrgicas. Por outro lado, ainda evidencia-se que a cirurgia da obesidade tem sido amplamente discutida e, em alguns momentos, até mesmo criticada, não somente sob o ponto de vista do procedimento em si, mas também quanto aos critérios utilizados para a indicação da mesma.

O IMC, por exemplo, parâmetro inicial para inserir ou não um indivíduo na fila de espera para a cirurgia bariátrica, tem sido alvo de discussão na atualidade, pela sua incapacidade de reconhecer os efeitos da distribuição de gordura. O IMC configura-se como um marcador inespecífico para captar as variações metabólicas presentes nos indivíduos que possuem grandes depósitos de gordura visceral ou naqueles em que a gordura localiza-se principalmente em depósitos subcutâneos⁽³⁷⁾.

Tal crítica ampara-se emblematicamente na evidência de que indivíduos de natureza asiática e afro-americana, com IMC de 32kg/m^2 , possuem semelhante distribuição da adiposidade corporal e prevalência de comorbidades associadas quando comparados a indivíduos brancos com IMC de 35kg/m^2 ⁽³⁷⁾.

Essa discussão, atualmente iniciada, irá provocar desdobramentos que podem, inclusive, levar em conta as características de cada população no estabelecimento de critérios para a cirurgia bariátrica.

Outra questão levantada e que merece destaque é como os pacientes administram o procedimento cirúrgico em suas vidas. Na realidade, os obesos mórbidos podem apoiar-se na medicina para resolver, ou mesmo decifrar sua obesidade, buscando apenas soluções fora deles para o enfrentamento e superação da doença⁽³⁸⁾.

O que pode haver, nesse caso, é uma não correspondência do ato realizado com o sujeito sob o qual se realiza esse ato. Desse modo, apesar da necessária indicação cirúrgica, muitos obesos podem não se desvencilhar do laço com a comida. Isso implica dizer que a desconstrução da obesidade não pode ser objetificada por uma cirurgia, uma vez que questões subjetivas estão imbricadas nesse processo de mudança corporal e, portanto, identitária⁽³⁸⁾.

Esta mudança remete a uma ressignificação da pessoa, na medida em que o corpo, entendido como meio pelo qual vimos a ser no mundo, é carregado de significados, sofrendo as dores e as alegrias da experiência existencial. Vivenciar a obesidade é carregar nesse corpo marcas de uma história que traz algumas consequências ao ser humano, as quais permeiam seu imaginário, no âmbito biopsicossocial.

Construído no seu percurso existencial, o corpo vem sofrendo modificações que são alteradas pela cultura de cada época, sendo determinado por padrões sociais de beleza. Há uma construção cultural do corpo, com uma valorização de certos atributos e comportamentos em detrimento de outros, fazendo com que haja um corpo considerado típico para cada sociedade⁽³⁹⁾.

Cada vez mais, o corpo é alvo de grandes preocupações e questionamentos. Evidencia-se, especialmente nos grandes centros urbanos do mundo ocidental, uma crescente glorificação do corpo, com ênfase cada vez maior na exibição pública do que antes era escondido e, aparentemente, mais controlado⁽⁴⁰⁾.

O imaginário relativo ao corpo contemporâneo difere de qualquer outro período histórico já presenciado. Nunca se teve uma preocupação tão grande com a beleza, a juventude e o prazer. A eterna busca pelo hedonismo se apresenta, também, como fator determinante nesse processo⁽⁴⁰⁾.

Na sociedade contemporânea, o *status* do corpo é adquirido por meio da sua jovialidade, de sua beleza, da aparência de felicidade, do seu poder de atração sexual e, finalmente, de silhuetas magras, que correspondam ao corpo idealizado na época vigente. As regulações permanentes e os referenciais identitários, portanto, se tornam enraizados nas expectativas relativas ao corpo, e qualquer contravenção estética maior provoca um mal-estar. O padrão de beleza instituído – inscrito no corpo – assume, portanto, um valor social⁽³⁸⁾.

Esse “mal-estar” é muito percebido por obesos e merece atenção ao se projetar um olhar para esse público, uma vez que são pessoas imersas em uma sociedade e que vão de encontro com os padrões estabelecidos por ela.

Conquistar a “boa forma” é uma das preocupações que perpassa todos os segmentos da sociedade, principalmente o do público feminino. As demarcações de um corpo bonito traduzem insígnias de uma nova ordem social que se instaurou e que ganha destaque neste início de século: corpos fortes, torneados e magros⁽⁴¹⁾.

Estudo realizado com mulheres obesas mostra como a contravenção estética imposta pela obesidade produz impactos importantes em suas vidas. Estas verbalizaram emblematicamente situações de discriminação em seus ciclos sociais, provocando em última instância o isolamento social. Situações cotidianas, tais como comprar uma roupa e ir a um teatro ou cinema, já se mostram suficientes para que mulheres obesas percebam que a sociedade não somente rotula, mas também impõe o alcance do padrão corporal contemporâneo por meio de estruturas concebidas no bojo da cena social⁽¹⁵⁾.

Dessa forma, o excesso de peso para o público feminino pesa em diversos aspectos. Como visto, as mulheres são mais

coagidas culturalmente, pois se veem necessitadas de se enquadrar em um determinado estereótipo de beleza que está relacionado ao corpo magro⁽⁴²⁾.

Por outro lado, comumente são as responsáveis por tarefas domésticas, com exigências de cuidado relacionadas ao seu papel de mãe e esposa. Desse contexto decorre a necessidade de maior mobilidade corporal no cumprimento de suas atribuições. A obesidade, nesse sentido, dificulta o desempenho de suas atividades, concebidas socialmente como cerne da identidade feminina⁽⁴³⁾.

A gordura corporal excessiva influencia no desempenho do papel feminino, tornando a mulher mais dependente de outras pessoas no que se refere ao cumprimento das atividades que a ela são atribuídas. Esta situação torna-se ainda mais expressiva nas mulheres que sofrem de obesidade mórbida, pois estas já não conseguem se locomover ou não têm mobilidade suficiente para realizar suas atividades cotidianas⁽⁴³⁾.

Diante de todo um contexto avesso aos padrões socialmente estabelecidos como necessários à mulher no mundo contemporâneo, a cirurgia bariátrica emerge e se reveste de sentido no universo subjetivo de mulheres obesas mórbidas. Sabe-se, entretanto, que a tomada de decisão por este procedimento cirúrgico envolve uma gama de fatores que se fazem presentes nesse processo.

Para esboçar a necessidade de considerar os riscos da cirurgia bariátrica, uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, com mulheres obesas de natureza africano-americanas apontou que, apesar de apresentarem as maiores taxas de obesidade e doenças correlacionadas, são menos prováveis do que outras mulheres a se submeterem a esta cirurgia. As barreiras que identificaram para a não realização da mesma estavam relacionadas com as

preocupações com o trans e o pós-operatório, incluindo o medo, inclusive de morte, e com a concepção de radicalidade circunscrita ao ato cirúrgico⁽⁴⁴⁾.

Estudo qualitativo realizado com mulheres brasileiras submetidas à cirurgia bariátrica apontou que esse procedimento promove alterações físicas, sociais e emocionais relativamente rápidas, sendo visto pelas mulheres como uma possibilidade de ser reintegradas e aceitas socialmente⁽⁴⁵⁾.

Presume-se, portanto, que fatores relacionados à aparência física podem predominar nas mulheres, quando se decidem pela cirurgia bariátrica. Todavia, estudos qualitativos realizados na Suíça⁽⁷⁾, Austrália⁽⁴⁶⁾ e Estados Unidos⁽⁸⁾ constataram que a decisão pela cirurgia, em ambos os sexos, deveu-se predominantemente a problemas de ordem física e psicológica, decorrentes da obesidade mórbida. As questões relacionadas à estética, que pertencem ao plano da aparência física, também surgiram no contexto da decisão, mas foram menos expressivas, principalmente entre os homens.

Observa-se, na literatura consultada, que a apresentação do tema obesidade em interface com a cirurgia bariátrica vem permeada pelo enfoque biomédico, restringindo o olhar do profissional de saúde aos aspectos clínicos e às doenças associadas e/ou possíveis agravos que podem advir da obesidade^(7,17).

Portanto, compreender o processo de tomada de decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica torna-se algo instigador, na medida em que essa decisão será justificada não sob o ponto de vista médico, mas pela ótica de quem vivencia esta experiência.

Os eixos estruturantes da literatura revisada estão representados na Figura 2.

Figura 2: Eixos estruturantes da literatura revisada. São Paulo, 2013.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que compreende a experiência vivida pelas mulheres obesas na tomada de decisão pela cirurgia bariátrica. Esta abordagem de pesquisa permite trabalhar com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes dos sujeitos envolvidos, bem como contribui para a aproximação entre o conhecimento e a prática, na medida em que auxilia na compreensão dos sentimentos das pessoas, explicitando suas ações diante de um problema⁽⁴⁷⁾.

Optou-se pela ancoragem na fenomenologia, que se baseia no estudo das essências, as quais se referem ao sentido ideal ou verdadeiro dado a algo, conferindo um entendimento comum ao fenômeno sob investigação. Esse sentido está atrelado à intencionalidade, isto é, a como a consciência do indivíduo se volta para algo, atribuindo-lhe um significado comum diante de uma dada experiência humana⁽⁴⁸⁾.

Como método de pesquisa, a fenomenologia permitirá à pesquisadora acessar a consciência da mulher obesa que vivencia o processo de decisão pela cirurgia bariátrica, buscando o modo como ela se volta para esse processo, ou seja, sua intencionalidade diante da tomada de decisão.

Pressupõe-se que esta decisão não se restringe a uma intencionalidade individual, na medida em que o modo em que a consciência se volta para alguma coisa, atribuindo-lhe significado, passa por uma estrutura social. Desse modo, a experiência intencional individual da mulher obesa é construída no bojo social desde a infância, constituindo uma intencionalidade que traduz sua experiência no contexto das relações sociais permeada pela intersubjetividade.

3.1 A OPÇÃO PELA FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ

Dada a dimensão social que se delineia no mundo intersubjetivo dos sujeitos – mulheres obesas –, este estudo foi alicerçado pela fenomenologia social, que visa compreender o mundo com os outros em seu significado intersubjetivo⁽⁴⁹⁾. Para tal, optou-se pela fenomenologia social de Alfred Schütz, que possibilita o olhar sob a dimensão social circunscrita à mulher obesa no processo de decisão pela cirurgia bariátrica.

Alfred Schütz nasceu na Áustria, em 1899, e faleceu nos Estados Unidos, em 1959. Sua formação na área de sociologia o levou a construir uma teoria da ação social embasada no pensamento de dois filósofos: Max Weber e Edmund Husserl. Max Weber inspirou Schütz ao trazer à tona uma perspectiva de interpretação da realidade social pautada na significação dos atos pelo sujeito que os pratica. Schütz buscou em Husserl o arcabouço filosófico que lhe permitiu compreender os fenômenos sociais a partir do significado atribuído pelo sujeito à ação, amparando-se nos conceitos de intencionalidade e intersubjetividade⁽⁵⁰⁾.

A primeira obra de Schütz foi publicada em 1932, em Viena, intitulada *Der Sinnhafte Aufbau der Sozialen Welt* (A construção significativa do mundo social), entendida como fundamental por trazer a fusão dos pensamentos de Weber e Husserl. No total, publicou, em vida, 33 textos, a maioria em inglês, alguns traduzidos para os idiomas francês, alemão e espanhol. Postumamente, foram publicados no idioma inglês os três volumes dos *Collected Papers*, contendo a maior parte de seus textos escritos⁽⁵⁰⁾.

Schütz, em sua obra, decodifica uma gama de conceitos aplicados ao mundo social. Para fundamentar o olhar lançado sobre

o fenômeno deste estudo, foram utilizados os seguintes conceitos: mundo da vida, atitude natural, intersubjetividade, situação biográfica, acervo de conhecimentos, ação social, motivação e tipificação.

3.1.1 Concepções teóricas da Fenomenologia Social de Alfred Schütz: a interface com a temática

A identidade da mulher no mundo ocidental está ancorada no padrão do corpo magro, sendo tal característica identitária sedimentada no seu mundo social. O estereótipo de beleza feminina está atribuído a um padrão determinado e dado neste mundo, o qual precisa ser considerado neste estudo.

Schütz discute a estrutura social e salienta a relação social como elemento fundamental na interpretação dos significados. Para isso, eleger como relevante a compreensão que se dá na cotidianidade da existência humana no mundo da vida, também denominado de mundo social ou mundo cotidiano⁽⁴⁹⁾.

As ciências que almejam a interpretação da ação humana devem iniciar com uma descrição das estruturas fundamentais constituídas pelo pré-reflexivo, ou seja, a realidade que se mostra evidente e inquestionável para os homens. Essa realidade é o mundo social⁽⁵¹⁾.

Este é permeado por uma estrutura maior, que promove a construção social dos sujeitos e influencia as suas relações. Tal influência perpassa, evidentemente, pelo corpo – veículo do ser no mundo –, movendo-o a sucessivas construções e reconstruções, sendo esta última cabível a indivíduos obesos, que precisam ser moldados novamente – mesmo que isso implique desconstrução

identitária – para serem tomados como sujeitos-padrão para o mundo social.

Para a fenomenologia social, esse mundo é o cenário onde o ser humano vive, o qual já se encontra estruturado previamente, anterior ao seu nascimento. A leitura que ele faz da realidade estabelecida o faz agir de modo natural, a partir do que lhe é apresentado como realidade social. Além disso, tem a capacidade de intervir naturalmente nesse mundo, influenciando e sendo influenciado, transformando-se continuamente e alterando as estruturas sociais. Schütz denomina atitude natural a essa forma de o ser humano se colocar no mundo da vida⁽⁵¹⁾.

A atitude da mulher no mundo social se dá de modo natural, pois se trata de uma atitude de correspondência aos pressupostos que lhe foram dados desde o nascimento. Na relação da mulher/corpo/sociedade, cria-se um ambiente que possibilita uma interação permissível a influências mútuas.

Essa relação é permeada por um mundo cultural e intersubjetivo, o qual determina as possibilidades de interação dessa mulher no seu contexto de relações. Isso implica dizer que padrões culturalmente aceitos denotam uma consciência similar de adequação ou inadequação do corpo feminino construído na intersubjetividade das relações. Nesse sentido, acredita-se que a cultura do corpo magro pode fomentar o desenho de uma consciência uníssona para a mulher obesa mórbida e para os demais sujeitos imersos no mundo da vida.

O mundo da vida, portanto, não é um mundo privado, mas sim um mundo cultural e intersubjetivo, uma vez que outros homens coexistem e convivem entre si, não só de maneira corporal e entre os objetos, mas também como seres dotados de uma consciência que é essencialmente similar⁽⁴⁹⁾.

O mundo é intersubjetivo porque vivemos como homens e entre homens com quem nos vinculamos em diferentes relações sociais, compreendendo e sendo compreendidos por meio destas relações. É um mundo cultural porque desde o princípio o mundo da vida cotidiana é um universo de significação que deve ser interpretado para nos orientar e sermos conduzidos nele⁽⁴⁹⁾.

Para viver no mundo da vida, o homem se orienta pelo modo como define o cenário da ação, interpreta suas possibilidades e enfrenta seus desafios. Isso precede o reconhecimento da situação atual do sujeito que é constituída de uma história sedimentada por todas as suas experiências subjetivas prévias que não são anônimas, mas sim exclusivas e subjetivamente pertencentes a ele⁽⁴⁹⁾.

O sentido comum é a matriz de toda a ação social e cada pessoa se situa de maneira específica no mundo da vida, o que Schütz denomina de situação biográfica. Nascer nesse mundo significa, antes de tudo, uma situação que, a princípio, é exclusiva, pois somos criados por nossos progenitores que constituem, inicialmente, os elementos condutores de nossa experiência⁽⁴⁹⁾.

Em se tratando de mulheres obesas, pode-se conceber que o modo como olham seus corpos diz muito não só de como a macroestrutura social as vê, mas também de como a microestrutura – familiar – enxergou e enxerga o “estar fora do padrão”. Esse olhar prediz um situar-se de determinada forma no mundo cotidiano, considerando a sua biografia. Esta não vem dissociada de uma experiência individual, a qual pode endossar e/ou refutar a realidade de sentido comum, tomada como “aparentemente” universal.

A esse respeito Schütz diz que cada pessoa segue durante toda a sua existência interpretando o que encontra no mundo segundo as perspectivas de seus próprios interesses, motivos, desejos, compromissos ideológicos e religiosos. A realidade

de sentido comum é dada de forma cultural como universal, contudo o modo como essas formas se expressam na vida individual depende da totalidade da experiência que a pessoa constrói no curso de sua existência concreta. Essa experiência agrega um acervo de conhecimentos que estão disponíveis e acessíveis, de acordo com a situação biográfica do sujeito⁽⁴⁹⁾.

O acervo de conhecimentos é constituído primariamente por meio de nossos progenitores que são os mediadores da nossa inserção nas relações sociais. Além destes, soma-se o conhecimento agregado pelos educadores, que complementam nossa bagagem de referência para a compreensão do mundo. Ao longo da vida, esse acervo é reestruturado a partir de nossas experiências concretas, que servem de base para uma ação subsequente⁽⁴⁹⁾.

Assim, no seio familiar, atribuem-se ao corpo valores, crenças e significados que são transmitidos à mulher por pessoas que conduzem seu processo de socialização. A partir dessa referência inicial e de elementos constitutivos da sua experiência cotidiana a mulher se situa motivada ou não para realizar uma dada ação social. Nesse sentido, sua situação biográfica e o acervo de conhecimentos a ela disponíveis são determinantes para a ação de decidir pela cirurgia bariátrica.

Schütz define ação como a conduta humana projetada pelo sujeito de maneira autoconsciente, intencional, dotada de propósito, podendo ser manifesta ou latente, positiva ou negativa. Nunca está isolada, desvinculada de outra ação, dissociada do mundo. Manifesta ou latente, a ação tem seus horizontes de racionalidade com a realidade social e pressupõe uma tipificação que tem como cerne a vida de sentido comum. Assim o sujeito atua de modo típico, em uma dada situação para produzir uma situação tipicamente similar⁽⁴⁹⁾.

Desse modo, a decisão pela cirurgia bariátrica por mulheres obesas diz de uma conduta projetada por essas mulheres, a qual está alinhavada à realidade social em que vivem, em especial sobre os seus corpos circunscritos nesta realidade. A decisão pelo ato cirúrgico remete a essas mulheres a possibilidade do emagrecimento e o abandono do corpo obeso, vivenciado no momento presente.

Schtüz afirma que o sujeito, ao projetar a ação, antecipa o ato como se tivesse sido cumprido, sendo que as possibilidades de realizá-lo estão diretamente ligadas aos elementos do tempo presente. A situação biográfica e o acervo de conhecimentos disponíveis e acessíveis condicionam, desse modo, a projeção da ação⁽⁴⁹⁾.

O projeto constitui-se no sentido primário e fundamental da ação, situando esta no tempo futuro. Ao realizar a ação, seu sentido inicial, tal como fora planejada, poderá se modificar, considerando o modo como ela se efetivou, abrindo um leque de infinitas reflexões⁽⁵²⁾.

Desse modo, a decisão pela cirurgia bariátrica configura-se como uma ação em fluxo, na qual coabitam projetos mais imediatos (referentes ao período pré-operatório) e aqueles relacionados às expectativas geradas para a vida da mulher após a cirurgia. Estes projetos podem ser modificados durante a experiência da mulher no processo de tomada de decisão pela cirurgia bariátrica.

A ação é interpretada pelo sujeito a partir de seus motivos existenciais. Os motivos que se relacionam aos projetos são chamados “motivos para” e aqueles que se fundamentam no acervo de conhecimentos e na experiência vivida no âmbito biopsicossocial do sujeito são denominados “motivos porque”⁽⁴⁹⁾. O conjunto de motivos “para” e “porque” traduzem o fluxo da ação em pauta. Tais motivos são derivados da subjetividade da pessoa e, desse modo,

constituem-se em fios condutores da ação do sujeito no mundo social⁽⁴⁹⁾.

A tomada de decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica associa-se a todos os componentes acima descritos, amparando-se no contexto que antecede a decisão e que justifica o rompimento com o corpo obeso – “motivos porque”. Esse rompimento é prescrito na consciência da mulher obesa e projetado para o alcance de novas perspectivas de vida, traduzidas pelas expectativas presentes diante de tal decisão – “motivos para”. Esses motivos são existenciais porque se revestem de sentido no universo subjetivo dessas mulheres, assim como no mundo intersubjetivo que as permeia.

Diante do sujeito que está inserido em um mundo intersubjetivo, toda interpretação de sua experiência deve ser a partir do ponto de vista subjetivo. Cabe ao pesquisador distanciar-se do sujeito para que possa observá-lo no mundo social. Para objetivar algo subjetivo, faz-se necessário construir um esquema conceitual que permita agrupar as informações acerca desse mundo – a tipificação⁽⁵²⁾.

A tipificação em Schütz se refere a um tipo pessoal que vive em um mundo social real e que realiza um ato típico. A pessoa de tipo ideal, a qual nunca é idêntica a uma pessoa ou grupo, proporciona a compreensão do homem nas suas relações sociais. Essa compreensão será mais abrangente quando o esquema de tipificação for mais regular e padronizado. A tipologia compreensiva de Schütz se faz pela organização teórica das características da existência concreta de sujeitos típicos inseridos no mundo social, constituindo o tipo vivido⁽⁵³⁾.

Assim, as mulheres obesas configuram-se em um grupo social que possui características típicas que as levam à tomada de decisão pela cirurgia bariátrica. Desse modo, importa compreender

os motivos típicos, que se referem às situações típicas, com meios e finalidades típicas que conduzem as mulheres à decisão pela cirurgia.

Partindo desses pressupostos, o presente estudo foi fundamentado na fenomenologia social de Alfred Schütz, no intuito de compreender como se dá o processo de tomada de decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica.

4 TRAJETÓRIA DO ESTUDO

4.1 CENÁRIO E REGIÃO DE INQUÉRITO

O estudo teve como cenário o Serviço de Controle da Hipertensão, Diabetes e Obesidade (SCHDO), pertencente à rede de serviços disponibilizados pelo SUS, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. Este serviço público centraliza o acompanhamento multidisciplinar dos usuários candidatos à cirurgia bariátrica, bem como dos que já vivenciaram tal experiência.

Semanalmente, acontecem consultas individuais com os membros da equipe – nutricionista, médicos e psicóloga – e grupos educativos, abertos para todos os pacientes inseridos no programa da cirurgia bariátrica, denominado Pró-Obeso. Nesses grupos, os pacientes do pré e pós-operatório se encontram, compartilhando suas experiências relativas ao momento vivenciado.

O acompanhamento grupal se dá em dois momentos distintos. O primeiro diz respeito à questão de saúde e nutrição, sendo coordenado por uma equipe composta por médica, enfermeira e nutricionista, com duração aproximada de uma hora. Em um segundo momento, acadêmicos de Psicologia trabalham com o grupo, por um período de 40 minutos, as questões psicológicas que perpassam o pré e o pós-operatório da cirurgia bariátrica.

Considerando a característica voluntária para a participação no grupo, ressalta-se que nem todos os usuários cadastrados no Pró-Obeso são assíduos, embora haja uma frequência regular de alguns participantes.

O que contribui para a presença no grupo são as consultas médicas e com a nutricionista, as quais acontecem anterior e posteriormente às atividades grupais, motivando os usuários que já estão no serviço a nelas comparecer. Os encontros semanais do grupo contam com a presença de aproximadamente 20 pessoas, sendo a maioria do sexo feminino.

A experiência da mulher acompanhada pelo Pró-Obeso, que referiu estar decidida a submeter-se à cirurgia bariátrica constituiu a região de inquérito deste estudo. Tal região é o local onde emergem as dúvidas e inquietações do pesquisador, não sendo, necessariamente, um espaço físico, mas de referência conceitual, em que as pessoas vivenciam suas experiências e as expressam ao investigador quando interrogadas⁽⁵⁴⁾.

4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Foram incluídas neste estudo 12 mulheres que estavam aguardando a gastroplastia na fila de espera do SCHDO, independentemente do tempo em que se encontravam cadastradas no serviço, uma vez que importava considerar o fato de estarem decididas pela cirurgia bariátrica.

Serão apresentadas a seguir as características que definem a situação biográfica das mulheres participantes do estudo:

Entrevistada 1: viúva, 43 anos, ensino superior incompleto, um filho, obesa há seis anos, no SCHDO há três meses, decidida pela cirurgia há um ano e meio. Pesava 55kg antes de engravidar. Após o nascimento do filho, não retomou o peso que tinha, engordando gradativamente ao longo dos anos. Refere diversas tentativas de emagrecimento sem sucesso, decidindo-se pela cirurgia bariátrica quando atingiu 115kg. Relata estar em um

processo de reeducação alimentar com vistas a se preparar para o procedimento cirúrgico.

Entrevistada 2: em união estável, 36 anos, ensino médio completo, sem filhos, obesa desde a infância, decidida pela cirurgia há dois anos (período em que está no SCHDO). Procurou tratamento para a obesidade quando atingiu 149kg, tendo sido orientada pelo médico endocrinologista a submeter-se à gastroplastia. Sua decisão pela cirurgia pautou-se no seu estado clínico e também no desejo de engravidar. Não refere adesão às orientações pré-operatórias realizadas pela equipe multiprofissional do SCHDO.

Entrevistada 3: divorciada, 48 anos, ensino fundamental incompleto, três filhos, obesa há cerca de seis anos, período em que está no SCHDO. Decidida pela cirurgia há cinco anos. Em seu discurso, reforça a importância das atividades grupais realizadas no Programa Pró-Obeso para a mudança dos seus hábitos alimentares, tendo emagrecido 5kg no período pré-operatório.

Entrevistada 4: casada, 38 anos, ensino médio completo, dois filhos, obesa há cerca de 12 anos (após primeira gestação). No SCHDO há um mês e decidida pela cirurgia há dez meses. Era magra antes de ter o primeiro filho, momento em que começou a engordar, atingindo 127kg. Reforça, no decorrer do discurso, um autopreconceito arraigado. Carrega consigo uma fotografia de biquíni, que revela o seu corpo magro na juventude e, ao mesmo tempo, a não aceitação do seu corpo obeso.

Entrevistada 5: casada, 50 anos, ensino médio completo, três filhos, obesa há dez anos (após a última gestação), no SCHDO há um mês. Decidiu-se pela cirurgia bariátrica devido ao agravamento de sua condição clínica, especialmente de problemas osteoarticulares, que, no momento, limitam a sua deambulação.

Entrevistada 6: solteira, 34 anos, ensino fundamental incompleto, não tem filhos, obesa desde a infância, há cerca de um ano está no SCHDO, mesmo período em que se diz decidida pela cirurgia bariátrica. Em seu discurso, refere inúmeras tentativas de emagrecimento sem sucesso. Indicada a submeter-se à gastroplastia pela sua médica endocrinologista, sendo a sua decisão pautada fortemente no preconceito social vivenciado.

Entrevistada 7: casada, 54 anos, ensino fundamental incompleto, 12 filhos, obesa há cerca de 15 anos, no SCHDO e decidida pela cirurgia bariátrica há dois anos. Sua decisão pela cirurgia relacionou-se, principalmente, à ocorrência de comorbidades (cardiopatia, hipertensão arterial sistêmica e diabetes tipo 2). Desde que se inseriu no SCHDO, tem apresentado adesão às orientações da equipe multiprofissional, relatando mudança de hábitos alimentares e emagrecimento no período pré-operatório.

Entrevistada 8: casada, 55 anos, ensino fundamental incompleto, quatro filhos, obesa há cerca de 32 anos, no SCHDO há um ano e dois meses. Refere inúmeras tentativas de emagrecimento sem sucesso. Sua decisão pela cirurgia bariátrica pautou-se fundamentalmente nas limitações impostas ao seu cotidiano devido à obesidade e no preconceito social vivenciado.

Entrevistada 9: casada, 60 anos, ensino médio completo, sem filhos, obesa há cerca de 20 anos, no SCHDO e decidida pela cirurgia bariátrica há 8 meses. Histórico de diversas tentativas de emagrecimento sem êxito. Apresenta limitações físicas em decorrência da obesidade, implicando dificuldade de deambulação, fato que a conduziu à decisão pela gastroplastia.

Entrevistada 10: casada, 43 anos, um filho, ensino médio incompleto, obesa há cerca de 20 anos (após a gestação). No SCHDO e decidida pela cirurgia bariátrica há dois anos. Refere diversas tentativas de emagrecimento no decorrer da vida. Relata

constrangimento pelo fato de ser obesa, com discurso fortemente marcado por experiências de preconceito social.

Entrevistada 11: casada, 33 anos, dois filhos, obesa desde a infância, no SCHDO e decidida pela cirurgia bariátrica há cerca de quatro anos. A decisão pela cirurgia pautou-se expressivamente no preconceito vivenciado ao longo da sua trajetória de convivência com a obesidade. Apresenta dificuldade de aderir às orientações da equipe multiprofissional. É tabagista e não consegue abandonar o cigarro, condição estabelecida pelo Programa Pró-Obeso para submeter-se à cirurgia.

Entrevistada 12: casada, 29 anos, um filho, obesa desde a infância, no SCHDO e decidida pela cirurgia há um ano. Refere diversas tentativas prévias de emagrecimento sem êxito, encontrando na cirurgia sua última opção para o tratamento da obesidade. Não se mostra disposta a aderir às orientações da equipe multiprofissional, revelando, em seu discurso, episódios frequentes de compulsão alimentar.

4.3 OBTENÇÃO DOS DEPOIMENTOS

A inserção da pesquisadora como voluntária nas atividades grupais realizadas no Programa Pró- Obeso do SCHDO oportunizou a criação de vínculo desta com os usuários do serviço, o que possibilitou a construção de uma relação de confiança mútua com os sujeitos entrevistados.

A captação das mulheres ocorreu após as reuniões do grupo, momento em que foram convidadas a participar do estudo. Antes da obtenção dos depoimentos, foi solicitada às mulheres a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1), sendo explicados individualmente a proposta do

estudo, seus objetivos, finalidade, questões éticas envolvidas e importância da participação. O material gravado foi arquivado e será mantido sob a guarda da pesquisadora durante cinco anos e, posteriormente, destruído.

Para alcançar o objetivo proposto e responder às inquietações desta pesquisa acerca da decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica, foi utilizada a entrevista fenomenológica, que visa à compreensão intuitiva do vivido. Esta modalidade de entrevista pressupõe a abordagem centrada na empatia pesquisador/sujeito e constitui-se um instrumento que permite ao participante revelar a sua experiência vivida quanto à ação desenvolvida no mundo social.

A entrevista fenomenológica requer uma relação face a face – encontro direto e autêntico entre os sujeitos – tomada como o tipo mais importante de relação social. Esta possibilita à pessoa se manter aberta e acessível aos atos intencionais do outro, constituindo uma “relação-nós” permissível para que o fluxo da consciência do sujeito se apresente ao pesquisador⁽⁴⁹⁾.

Do ponto de vista metodológico, faz-se necessário nortear a entrevista de modo coerente ao referencial adotado para a obtenção dos significados da ação. Desse modo, é importante propor questões que evoquem a motivação, considerada o fio condutor da ação. Estes questionamentos objetivam inserir o participante no contexto de suas experiências passadas e presentes (motivos porque) e remetê-lo ao seu futuro (motivos para)⁽⁴⁹⁾.

Nesse sentido, as seguintes questões nortearam a entrevista: o que fez você se decidir pela cirurgia bariátrica? Como está sendo para você se decidir pela cirurgia bariátrica? O que você espera para a sua vida ao decidir-se pela cirurgia bariátrica?

Foram entrevistadas 13 mulheres, cujos depoimentos foram obtidos no período de outubro a dezembro de 2012. Na ocasião, foi solicitada a permissão para a utilização do gravador, a fim de registrar os discursos na íntegra, possibilitando a organização e análise dos resultados. Todas as mulheres permitiram a gravação da entrevista e se mostraram à vontade para expressar suas experiências.

As entrevistas foram realizadas no SCHDO em consultórios disponibilizados pela coordenação do serviço, garantindo às depoentes um ambiente com privacidade para verbalizarem suas vivências e expectativas diante do processo de tomada de decisão pela cirurgia bariátrica. Não houve recusa quanto à participação na pesquisa. Uma mulher entrevistada foi excluída, uma vez que demonstrou insegurança quanto à decisão pela cirurgia bariátrica no transcorrer do depoimento.

Ressalta-se que, anteriormente à obtenção dos depoimentos, foi solicitada a autorização formal da coordenadora do SCHDO, serviço onde os sujeitos do estudo estão inseridos (Apêndice 2).

A fim de garantir o anonimato, foi utilizada a letra “E” para a identificação das depoentes do estudo, seguida de números arábicos, considerando a ordem em que as entrevistas foram realizadas (E1 a E12).

O número de participantes não foi preestabelecido, tendo sido definido o quantitativo de sujeitos quando o objetivo foi alcançado e as inquietações respondidas. Assim, as entrevistas foram encerradas quando os depoimentos das mulheres mostraram convergência dos “motivos porque” e “motivos para”, possibilitando a constituição das características típicas dessas mulheres ao decidirem-se pela cirurgia bariátrica.

4.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A organização e a análise dos resultados foram realizadas fundamentadas em estudos conduzidos por pesquisadores da Fenomenologia Social de Alfred Schütz⁽⁵⁵⁻⁵⁶⁾.

Para apreender o sentido global da experiência vivenciada pelas mulheres obesas na tomada de decisão pela cirurgia bariátrica, foram realizadas, inicialmente, leituras atentas e criteriosas de cada depoimento na íntegra. A leitura em profundidade proporcionou a emersão da essência (eidética) da ação social expressa pelas mulheres, o que possibilitou a descrição densa dos significados, a categorização e a compreensão do fenômeno investigado.

A partir da leitura e releitura em profundidade dos depoimentos transcritos, foi possível agrupar o conteúdo significativo oriundo dos discursos, identificando a convergência de sentidos que compõem as categorias. Estas, quando resultantes do estudo fundamentado na Fenomenologia Social de Alfred Schütz, são denominadas concretas, uma vez que seus conteúdos emergem do vivido. Para compô-las, agruparam-se os sentidos convergentes que expressam os “motivos porque” e “motivos para” da ação em foco. Estas categorias constituem os constructos de segundo nível, elaborados pela ciência e originados da vivência dos sujeitos no mundo social⁽⁴⁹⁾.

As categorias concretas expressam os fenômenos sociais, tal como se apresentam no senso comum e envolvem tanto a reflexão dos participantes como a visão do pesquisador⁽⁵³⁾. Além disso, os significados que as constituem não são necessariamente excludentes. Determinados aspectos das vivências podem estar presentes em mais de uma categoria, já que são inter-relacionadas.

O conjunto organizado de categorias fez emergir as características típicas da ação das mulheres ao decidirem-se pela cirurgia bariátrica, permitindo identificar o tipo pessoal ideal – estrutura invariável, única de uma sociedade composta de mentes viventes⁽⁵²⁾. A tipificação expressa um esquema interpretativo do mundo social que é utilizado na relação interpessoal para compreensão dos fenômenos do mundo de senso comum.

Trata-se de uma representação invariante da ação ou da pessoa/grupo que a torna homogênea, abstendo das características individuais⁽⁴⁹⁾. Por se constituir em uma elaboração objetiva, pode ser expressa mediante uma linguagem significativa compreendida por aqueles que vivenciam situação semelhante. A compreensão que parte da motivação existencial tem, ao mesmo tempo, um significado que é subjetivo (vivenciado pelos sujeitos no mundo social) e objetivo (que reflete a situação concreta imbricada no fenômeno investigado).

A tipificação pressupõe que o pesquisador considere princípios da ciência para garantir a validade científica dos modelos construídos (postulado da consciência lógica), a significação subjetiva da ação (postulado da interpretação subjetiva) e a compatibilidade entre as construções do pesquisador e as experiências do sentido comum da realidade social (postulado da adequação)⁽⁵²⁾.

A compreensão do típico da ação no mundo social tem como eixo norteador o diálogo entre os resultados da pesquisa, o referencial teórico-metodológico da Fenomenologia Social de Alfred Schütz e as evidências científicas relacionadas à temática em estudo.

O conteúdo que constituiu a tipificação do vivido pelas mulheres na ação de decidirem-se pela cirurgia bariátrica foi interpretado à luz das evidências científicas referentes à temática

pesquisada, considerando o contexto que permeia a vivência em foco. Nesse sentido, estabeleceu-se um diálogo entre o que se mostrou como característica típica da ação e a produção do conhecimento na área, contextualizando a essência do fenômeno pesquisado no campo da ciência social, o que possibilitou o seu desvelamento.

4.5 QUESTÕES ÉTICAS

O TCLE foi assinado em duas vias, sendo uma entregue à participante e a outra arquivada pela pesquisadora. Neste momento, os sujeitos do estudo foram esclarecidos quanto à manutenção do sigilo, do anonimato, bem como sobre o direito de participar ou não da mesma, ou ainda de solicitar o desligamento de sua participação a qualquer momento, conforme previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁵⁷⁾.

Essa pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e obteve Parecer favorável, sob o número 73.616, em 14 de agosto de 2012 (Anexo).

As Figuras 3 e 4 trazem o esquema representativo da trajetória do presente estudo.

Figura 3: Tipo de estudo, cenário, região de inquérito, sujeitos e questões norteadoras da entrevista. São Paulo, 2013.

Figura 4: Esquema representativo da análise compreensiva. São Paulo, 2013.

5 RESULTADOS

5.1 AS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO

A compreensão do processo de tomada de decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica permitiu a organização e análise das categorias concretas, que retratam os motivos “porque” e “para” imbricados nesta decisão. Estas categorias expressam os aspectos relevantes da vivência em pauta, com destaque para a ação de decidir-se pela cirurgia que se constitui em um fenômeno social apreendido a partir da reflexão do vivido explicitado pela mulher e refletido pelo pesquisador.

A análise dos depoimentos permitiu a compreensão do que conduz a mulher obesa à **decisão pela cirurgia bariátrica**, constituindo a primeira categoria do estudo. Neste contexto, destaca-se que os seus hábitos alimentares, sua aparência física, as limitações impostas pela obesidade, o preconceito social que sofre e o insucesso nas tentativas de emagrecimento configuraram-se como elementos preditores no seu processo decisório. Uma vez que se considera decidida pela gastroplastia, a mulher enfrenta o medo da cirurgia e busca rever os seus hábitos alimentares, contando com o apoio do grupo do Programa Pró-Obeso.

As **expectativas para a vida pós-cirurgia bariátrica**, expressas na segunda categoria do estudo, evidenciam que a mulher busca com o emagrecimento a possibilidade de resgatar sua saúde, sentir-se incluída socialmente e inserir-se no mercado de trabalho.

5.1.1 Decisão pela cirurgia bariátrica

A tomada de decisão pela cirurgia bariátrica consiste em uma ação que tem início na vida cotidiana da mulher obesa e está relacionada ao conjunto de experiências por ela vivenciadas. Neste contexto, traz aspectos pessoais e sociais que sinalizam o seu processo decisório.

5.1.1.1 Hábitos alimentares

Ao refletir sobre a tomada de decisão pela gastroplastia, a mulher enfatiza que o seu cotidiano é permeado por hábitos alimentares inadequados que culminam no processo de construção do corpo obeso:

[...] eu me alimento muito mal hoje em dia, como muita porcaria. Gosto de salada, verdura, mas não consigo ficar sem um hambúrguer, pizza, doce, churrasco todo fim de semana. (E4).

[...] na minha casa, é torresmo, carne de porco, maionese no final de semana, salpicão, bolo, tudo que não pode tem na minha casa (E6).

[...] na minha casa, eu gasto em média 12 latas de óleo por mês. Lá em casa, consome muita gordura e muito açúcar, tudo é muito doce (E7).

[...] eu brigo com meu filho, porque eu não quero que ele coma muito e fique igual a mim. Mas como eu posso falar isso com ele se ele me vê comendo muito? Eu sei que a comida é para mim, hoje, uma válvula de escape. Se eu não comi agora, tenho que comer depois para compensar alguma coisa (E12).

Uma vez que consome alimentos calóricos e em grande quantidade, a mulher tem como resultante a aparência de um corpo em excesso, que foge dos padrões de beleza socialmente estabelecidos.

5.1.1.2 Aparência física

A obesidade incomoda a mulher em relação à sua imagem corporal, à vestimenta e aos ambientes que frequenta. Neste contexto, sua aparência é tomada como uma contravenção à norma, constituindo-se em um fator motivador para a decisão de mudar o seu corpo por meio da cirurgia:

[...] Eu não me enxergava gorda até eu começar a perceber que realmente as roupas não estavam servindo. Subi na balança e estava com 115 quilos. [...] Sempre fui uma pessoa muito vaidosa. Aí eu decidi fazer a cirurgia. Eu quero muito isso (E1).

Eu não consigo mais achar roupas, as roupas que me acham. A minha mãe costurou muito tempo para mim. Roupas, sapato você não acha nada (E1).

[...] eu acho que, primeiro, todo mundo vai pela vaidade, mas, depois, você começa a ver que a cirurgia pode melhorar a nossa qualidade de vida como um todo (E3).

[...] nos finais de semana, quando a gente resolve passear no clube, eu não coloco mais maiô. Não dá para eu ir à piscina, porque eu tenho vergonha do meu corpo. Às vezes, quando eu chego na turma de amigos, eu sou a única gorda. Aí eu fico com muita vergonha de mim. Essa é minha maior preocupação (E4).

[...] eu fico morrendo de calor no período do verão, porque eu só uso roupa com manga [...] não deixo meu braço de fora de jeito

nenhum. Eu fico com roupa de inverno no verão, para esconder o meu corpo. E a gente que tem mais peso transpira muito. Não posso arrumar o cabelo, usar maquiagem, porque fico toda suada. É horrível, é muito constrangedor (E4).

Quero fazer a cirurgia porque não consigo colocar uma roupa decente. Não adianta, você veste uma calça e fica dividida no meio, fica horrível. E roupa de gordo é tudo larga e estampada (E10).

Além da aparência física, a situação de saúde é também considerada pela mulher no seu processo decisório, uma vez que se encontra alterada em decorrência da obesidade. Os desdobramentos disso podem ser evidenciados em limitações de ordem física, psíquica e social que impactam negativamente a sua vida.

5.1.1.3 Limitações

As limitações físicas decorrentes das comorbidades que acompanham a obesidade motivam a mulher a buscar o emagrecimento por meio da cirurgia bariátrica, afastando e/ou minimizando potenciais riscos para a sua saúde:

Eu sinto muita dor [...] todos os dias. Desde o pescoço até o dedão do pé, mas eu estou tentando segurar a onda, não é fácil. E tudo isso eu sei que está relacionado ao meu peso (E3).

[...] de um jeito ou de outro, eu estou correndo risco, pois sou gorda. Sou hipertensa [...] operando ou não, estou correndo um risco. Foi por isso que decidi (E4).

Fui em um endocrinologista em Belo Horizonte e ele disse que o melhor para o meu problema é a cirurgia, porque os meus órgãos estão todos sobrecarregados. Está arriscado eu até parar de andar por causa do problema de cartilagem do joelho. Aí eu tomei coragem e estou superanimada para fazer a cirurgia (E5).

[...] eu não era diabética e, por conta da obesidade, fiquei [...] a pressão também está muito alta [...] tive até que fazer cateterismo e angioplastia. Aí, a cada dia, a situação vai piorando mais (E6).

O que me fez tomar a decisão é que eu estava com o meu açúcar muito alto [...] (E7).

A minha pressão aumentou, porque eu estou muito gorda. Além disso, tenho dores fortes do joelho pra baixo e na coluna também. Está de um jeito que eu não estou conseguindo andar. Eu ando, mas sinto muita dor, eu sofro muito (E9).

Envolta às limitações impostas pelas comorbidades, a mulher refere dificuldade de realizar atividades cotidianas, como deambular, fazer a higiene pessoal, cuidar da saúde, participar de momentos de lazer, trabalhar e realizar tarefas domésticas, vislumbrando na cirurgia a opção de transcender tais limites:

Brincar com os meus filhos eu não consigo. Quando vamos sair, às vezes, por causa do trabalho, o meu marido ou eu temos que ficar para o outro ir. Os meninos já têm preferência pelo pai, porque ele é todo esportista, gosta de jogar bola e dá pra acompanhar eles, o que eu não aguento (E4).

Um morrinho que eu subo já fico bufando, me sentindo mal. A obesidade está prejudicando muito a minha vida. Está me privando de muita coisa, de viver. E eu acho

que é uma fase da vida boa, uma idade boa que eu estou perdendo por causa disso. E é por isso que eu estou muito decidida a fazer a cirurgia (E4).

[...] eu não saio de casa mais, não aguento mais sair por causa do joelho. Quando eu saio, é só de carro. Então fica uma vida limitada, só dentro de casa. Eu quero mudar isso (E5).

Não aguento subir morro, não consigo dormir. Aí a doutora disse que eu tinha que fazer regime e ir pra cirurgia bariátrica (E6).

Antigamente, eu passava na roleta, eu trabalhava. Hoje não passo na roleta e já não trabalho. Faço uma coisa e já fico cansada. Agora eu fico em casa. O pessoal da minha casa trabalha fora e eu fico cuidando da casa. Aí, por isso, que eu quero fazer a cirurgia (E6).

Teve a festa do meu sobrinho de um ano que eu não fui não, porque não tinha roupa. Teve também um casamento para eu ir e eu não fui pelo mesmo motivo. O pessoal lá de casa tudo foi. Encontrar calçado também é complicado. O meu pé incha muito e não tem uma sandália que serve, nenhum sapato. No casamento, eu não tinha roupa e ir de tênis? Aí eles foram e eu não fui (E6).

Quando vou à praia, fico só olhando e minhas irmãs me chamam pra deitar na areia com elas, mas eu não vou. Depois, para eu levantar, vai ser um custo danado (E8).

Em casa, você não consegue fazer nada, na rua, não consegue andar. Caminho com muita dificuldade [...] demorei quase uma hora até aqui. Eu vim com muita dificuldade, parando. Eu sofri muito [...] não existe um outro meio a não ser a cirurgia bariátrica. A minha vida está me levando a tomar essa atitude (E9).

Você não consegue arrumar uma casa, tem que pagar os outros pra fazer. Antes eu

arrumava minha casa, hoje eu não consigo mais. Só consigo lavar roupa, porque é a máquina que faz. Mas o resto está difícil demais. Fazer uma faxina, arrastar os móveis, eu não faço nada disso mais. Qualquer coisa eu fico ofegante. Fico só deitada (E9).

Sinto mau cheiro no corpo, porque acumula suor na virilha, nas dobras. [...] sinto um odor desagradável. Debaixo das mamas, queima tudo. Preventivo não faço [...] por causa do meu corpo, parei de fazer [...] Então tudo é horrível. Quando você chega num ponto desse, não tem jeito mais não. Tudo está difícil para mim. A alternativa é a cirurgia (E9).

Minha vida está muito limitada. É da casa para igreja, da igreja para a casa, da casa para o médico. Tudo é difícil de fazer, por conta do peso (E10).

Até a minha higiene pessoal está difícil de fazer e isso já está me prejudicando muito [...] isso me incomoda (E12).

Evidencia-se que as limitações conferidas pela obesidade ao cotidiano da mulher estão entremeadas a um contexto ainda maior, que é por ela valorizado. Nesse sentido, as questões de ordem social são destacadas, em especial aquelas que a colocam como uma pessoa que, além de limitada, não é bem aceita, assumindo uma posição de marginalização frente ao padrão corporal estabelecido na contemporaneidade.

5.1.1.4 Preconceito social

O preconceito social marca a vida da mulher obesa, sendo expresso em situações vivenciadas no âmbito da estrutura física dos estabelecimentos, no meio de transporte e no julgamento

depreciativo experienciado em situações típicas do cotidiano, como fazer compras, transitar pelas ruas, frequentar ambientes públicos, entre outros:

As pessoas falam que eu sou gorda, mas consigo fazer muita coisa. Se as pessoas tivessem mais um pouquinho de educação, não acabavam com o dia da gente (E3).

[...] a vida da gente acaba se resumindo a pouca coisa. Ontem, por exemplo, eu fui em uma lanchonete para tomar café. A moça que trabalha lá olhou para mim e cochichou com um outro funcionário [...] eu vi que tinha um monte de lugares para sentar, mas só que tudo estreitinho. Percebi até que ela ficou com pena de mim (E3).

Eu tenho preconceito de mim mesma. Não gosto de andar de ônibus, porque eu sei que os outros falam mesmo, olham, riem. Eu não passo na frente de escola no horário de saída do colégio, porque eu sei que criança mexe, zomba. Já me perguntaram se eu vou fazer a cirurgia por causa dos outros e eu digo que não, que é por mim. Às vezes, a gente quer andar, sentar em um lugar e todo mundo fica falando para ter cuidado com a cadeira (E8).

Você não pode tirar uma foto, porque os outros deboçam. Se as pessoas tiverem que filmar, é a mesma coisa. Se você vai numa loja comprar uma calça, as pessoas te olham de cima em baixo e já vem te falando: “aqui não tem roupa para você”. Às vezes, eu nem vou comprar pra mim, é para o meu marido, para o meu filho. Aí eu tenho que explicar que não é pra mim. Se eu entro no ônibus, todo mundo fica olhando, como se eu fosse um ET. É muito triste ser gorda, é muito constrangedor. [...] Eu tenho muita vergonha. Ficar passando constrangimento toda hora, só porque eu sou gorda, isso acaba com a gente. Os outros afetam a gente, é claro que afetam [...] eu não quero fazer pelos outros, mas por mim, para me sentir melhor (E10).

Os outros olham para gente e falam: “ah, gorda não sabe fazer nada”. Coitado do gordo! Não pode passar na roleta do ônibus, não pode estudar porque não vai caber na carteira, vai à igreja e tem perigo da cadeira quebrar. Em todo lugar, a gente é excluído [...] eu decidi que não quero mais isso para mim. (E10).

Eu quero fazer a cirurgia porque a gente vai pegar um ônibus e se sente mal, porque tem que entrar pela porta da frente, os outros ficam debochando da gente na rua. No colégio, eu era criticada. [...] a gente passa na rua e os outros riem de você, entra no ônibus e você fica sem graça. Por mais que eu consiga trabalhar, andar, você acaba se sentindo oprimida por causa dos outros. Porque os outros tentam te diminuir o tempo todo. Então ou você muda ou continua com aquela vidinha ali, sendo debochada e podendo entrar em depressão novamente (E11).

Uma das formas de preconceito mais percebidas e valorizadas pela mulher é a que acontece no seio familiar, onde estão situadas as pessoas significativas para ela. Tal preconceito é identificado por meio da cobrança que os familiares direcionam à mulher, no sentido de que deixe de ser uma pessoa obesa:

[...] a minha decisão é também por preocupar com o meu filho, que é um adolescente de 16 anos e me disse: “eu quero que você emagreça, mãe. O risco da cirurgia é de dois por cento e você vai conseguir. Faz a cirurgia que eu tenho certeza que você vai conseguir”. Aí eu decidi fazer. Eu quero muito (E1).

[...] eu tenho pai, mãe, marido, filhos que também me cobram muito [...] e o meu marido gosta muito de esportes, ele se alimenta bem. Ele cuida muito da saúde em relação à aparência física, então ele me cobra muito porque ele não me conheceu

assim. Os meus filhos também me cobram. Uma vez, o meu filho mais velho, que era pequeno na época, me disse: “nossa, eu queria tanto ter uma mãe magrinha” (E4).

[...] eu tenho um filho de 12 anos. Quando ele fica com raiva de mim, ele fala: “Te falei que você é muito gorda, tem que fazer regime porque eu tenho vergonha de ir com você pra escola, porque meus colegas ficam falando que minha mãe é o maior elefante, que minha mãe é uma baleia”. Então acho que isso veio me trazer para fazer a cirurgia bariátrica (E7).

A minha obesidade está afetando até o meu filho. Ele fez no colégio uma produção de texto dizendo que ele queria ser rico para pagar uma cirurgia pra mim, para eu poder ser magra. “Eu sei que a minha mãe sofre muito porque ela é gorda” (se referindo ao texto produzido pelo filho) (E12).

O preconceito social traz como consequência o isolamento da mulher, consagrando a opressão que a sociedade faz sobre os corpos que estão fora do padrão por ela estabelecido. O isolamento torna-se para a mulher obesa uma possibilidade de esconder-se dos julgamentos e críticas emitidos pela sociedade. Nesse processo de reclusão, ela deixa de estar em evidência e passa a assumir uma posição de anonimato:

Na minha casa, eu não podia ficar com a porta e com a janela aberta, porque as pessoas me viam e eu não queria que elas me vissem. Então eu ficava sentada o dia inteiro com uma camisola, de costas para a rua [...] não fazia nada, absolutamente nada (E3).

A gente acaba se isolando de tudo, do mundo [...] se eu continuar assim, eu não vou nem mais sair de casa. Igual praia, a minha família vai e me chama e eu nem vou mais, nem tenho vontade de ir (E4).

[...] eu tenho vontade de sair, ir na rua, ver loja. Mas eu não saio, tenho vergonha [...] (E5).

Eu não estou querendo nem sair de casa, viajar com as minhas irmãs, passear, ir para o forró, ouvir uma música. Eu não! Chegar lá e ficar só olhando? Não vou mesmo! (E8).

Os outros riem da minha cara, me chamam de gorda, feia. Então eu fico muito triste. Daí eu fui largando trabalho, larguei colégio, larguei tudo (E11).

As experiências vivenciadas com o corpo obeso levam a mulher a desejar o emagrecimento. Contudo, suas tentativas de perda e manutenção do peso são marcadas, ao longo de sua vida, por experiências fracassadas.

5.1.1.5 Insucesso nas tentativas de emagrecimento

Tendo em vista as inúmeras tentativas não exitosas de dietas hipocalóricas com o uso concomitante ou não de medicamentos inibidores de apetite, a mulher refere que a decisão pela cirurgia se constitui na última opção para o emagrecimento:

Fazia dieta com remédio e emagrecia uns dez quilos, 20 quilos e, depois, engordava tudo de novo. Só que agora, nem com remédio, eu estou conseguindo mais, porque eu começo a tomar e me sinto muito mal e não consigo emagrecer (E4).

[...] eu também tomava remédio para emagrecer e estava emagrecendo. Parei de tomar o remédio, engordei tudo de novo. Agora só a cirurgia mesmo (E6).

Já tentei de tudo nessa vida para emagrecer e não tive perda de peso nenhuma. O último caso é a cirurgia. Só ela agora para me ajudar (E9).

Eu já fiz muita dieta e nada adiantou. Emagrecia e, depois, engordava tudo de novo. Não adianta, tenho é que fazer a cirurgia. [...] (E10).

Eu tentei vários regimes, inclusive com remédio, e não conseguia emagrecer. Foi chegando uma hora que eu fiquei muito deprimida. Eu tentei fazer vários regimes com apoio do endocrinologista, paguei consultas caras, mas não conseguia emagrecer. Conseguia perder uns 15 quilos, mas, depois, parava e engordava tudo de novo (E12).

Uma vez decidida pela cirurgia bariátrica, a mulher evidencia a necessidade de mudar sua atitude perante a vida. O medo é um sentimento recorrente nesse processo decisório, entretanto, motivada pela possibilidade de uma melhoria na sua qualidade de vida, a mulher o transcende ao decidir passar por esse procedimento.

5.1.1.6 Enfrentamento da cirurgia

A constatação do expressivo excesso de peso, a necessidade de ajuda para emagrecer, bem como o sofrimento e o risco relacionados à obesidade impulsionam a mulher a vencer o medo e a enfrentar a gastroplastia como a opção que lhe resta de tratamento. Vislumbra, no procedimento cirúrgico, uma oportunidade para a conquista de uma vida melhor:

Mudar é muito difícil. Aí opera ou não opera? Não é fácil tomar a atitude. Escutei um falando, outro falando. Conheci muitos casos bem-sucedidos e alguns malsucedidos. Mas a balança é um ponto que sobressai (E1).

[...] fico com medo, a gente vê tantos casos. Sabemos o risco que acontece em qualquer cirurgia. Na bariátrica, é a mesma coisa [...] o negócio é você seguir certo depois; isso é importante. Mas a vontade que eu estou de fazer a cirurgia é tanta que acho que, depois, vai ser tranquilo [...] eu quero tomar um jeito na minha vida, mas eu não posso mais sozinha, eu não consigo. Estou muito decidida. (E4)

Eu disse que não queria porque eu tenho medo, eu já vi na televisão muito caso que deu errado. E ficou aquele medo [...] por já ter visto muita gente morrendo na cirurgia [...] eu não queria a cirurgia, mas hoje eu quero (E7).

Eu tinha medo. Agora o meu coração está pedindo para fazer [...] eu quero fazer a cirurgia. Não é o outro que mandou eu fazer [...] muitos médicos falaram para eu fazer, mas eu tinha medo de morrer. Agora eu ainda tenho medo, mas eu quero fazer. Não pelos outros, mas por mim mesma. Agora quem quer sou eu, muitas vezes, eu falei que ia e ficava com medo e não ia nada (E8).

Eu não era gorda assim. Deus não me fez assim. Porque eu não vou mudar? Por isso que quero fazer essa cirurgia, para acabar com esse sofrimento. Só ela que pode me ajudar mesmo (E8).

No início, eu estava com muito medo. [...] receosa com a cirurgia. Depois fui entendendo e vi que, se eu não operar, eu vou acabar tendo um problema. Se eu operar, eu tenho chance de ter uma qualidade de vida melhor. Tenho mais chance tentando a cirurgia (E9).

Eu tive medo e ainda tenho, mas o que eu não quero é ficar assim, como estou. Viver desse jeito não vale a pena (E10).

[...] se a gente quer o melhor para nossa vida e se quer viver um pouco mais, a gente

tem que, às vezes, tomar decisões radicais, como essa cirurgia. [...] Eu não quero ser motivo de chacota, de deboche para tudo. Então você se sente na obrigação de ter que mudar [...] (E11).

Eu custei a criar coragem, porque a gente sabe que é uma coisa de risco, mas chega um ponto que eu tive que pensar e achar uma solução. [...] o meu marido não aceita de jeito nenhum. Mas eu falei com ele: independentemente de você querer que eu faça ou não, eu quero te comunicar que eu vou fazer (E12).

A revisão dos hábitos alimentares que a conduziram à obesidade mórbida começa a fazer parte da vida da mulher a partir do momento em que ela se vê decidida pela cirurgia bariátrica. Desse modo, tal decisão vem acompanhada de uma necessidade de equilibrar a sua alimentação, com o intuito de mantê-la adequada ao longo de sua vida:

Agora comecei a fazer uma dieta com muitas frutas, verduras e muita boa vontade. Depois de muita pesquisa, eu decidi que quero fazer, estou consciente, eu já perdi quatro quilos e meio em dois meses. Enfim, não é fácil. Já consegui muita coisa. (E1)

Eu tenho que trabalhar a minha alimentação [...] tenho hipertensão e gosto muito de coisa salgada. (E4)

Tem que ter determinação [...] eu tive determinação com a comida. Se o médico diz que certo alimento me faz mal, porque eu vou comer ele? (E7)

[...] eu que tenho que ter consciência de fazer uma dieta, de fazer o acompanhamento correto depois da cirurgia. Caso contrário, não vai adiantar de nada ter feito a cirurgia. A questão é mudar agora e,

depois, continuar mudando, para continuar magra. (E11)

[...] você já está acostumada a comer de um jeito e, de repente, você fala: “eu quero mudar, eu não quero mais isso para mim”. Então você se sente na obrigação de ter que mudar, pressionada mesmo a não comer tanto desse jeito. Não só por obrigação, mas também pela sua saúde. (E11)

Eu não quero ter uma vida dependente de comida [...] tendo que comer para compensar alguma coisa (E12)

A necessidade premente de mudança no estilo de vida leva a mulher a buscar apoio para vivenciar a cirurgia bariátrica. Neste contexto, insere-se o grupo do Programa Pró-Obeso, que oportuniza o encontro de pessoas que passaram e passarão pela experiência desse procedimento cirúrgico.

5.1.1.7 Apoio do grupo

A mulher evidencia maior segurança e confiança para a realização da cirurgia a partir da sua participação no grupo do Programa Pró-Obeso. Até que o procedimento cirúrgico se concretize, ela se vê em um período de preparação, no qual são veiculadas orientações por uma equipe multiprofissional, em que se dá uma expressiva troca de experiências emanadas do contexto grupal:

Quando eu cheguei aqui no grupo, eu vi uma pessoa magra. Daí pensei: “o que ela está fazendo aqui?” Aí, no final do grupo, essa pessoa chegou pra mim, conversou comigo e me disse: “eu já fui tão obesa quanto você. Eu operei com 178 quilos”. Aquilo para mim foi um tapa na cara. Eu pensei que, se ela conseguiu, eu posso conseguir também. Se

ela fez a cirurgia e ficou assim, eu vou conseguir também. Isso foi o que me deu mais força de vontade pra fazer a cirurgia. (E2)

[...] eu comecei a ver que eu precisava muito da ajuda de alguém [...] Aqui no grupo, eu encontrei esse apoio. (E3)

Aqui no grupo, eu comecei a aprender a me alimentar [...] eu não sabia me alimentar. Não podia ver salgado, churrasco, muita coisa que não pode. No grupo, eu aprendi o que me faz bem e o que me faz mal. Estou aprendendo a comer. Hoje eu não como muito arroz, muito macarrão. Como mais legumes. (E7)

E, toda vez que eu venho aqui no grupo, eu penso que um dia eu vou ficar magra como as minhas amigas que já fizeram a cirurgia. Isso te anima ainda mais a operar (E8)

Estando aqui no programa, vendo o resultado das pessoas do grupo, como eram e como estão agora, fico mais animada ainda. Quero de qualquer forma fazer. [...] Esse acompanhamento todo, essa dedicação que a equipe tem com a gente é muito gratificante e deixa a gente mais confiante, mais certa do que a gente quer. (E12)

A mulher consegue ver materializado no grupo aquilo que ainda se constitui em projeto de vida para ela. Nesse sentido, a experiência positiva de outras pessoas que passaram pela cirurgia bariátrica a deixa ainda mais motivada para submeter-se a este procedimento.

A despeito dos aspectos positivos advindos da sua participação no grupo, também compõem o processo decisório da mulher as experiências negativas nele vivenciadas, como a ocorrência da perda (falecimento) de colegas participantes do grupo:

Agora nós tivemos algumas perdas e, devido a essas perdas, a gente acaba ficando um pouco balançado, com medo de fazer e morrer também. Aqui todo mundo é muito chegado, muito próximo. (E2)

Nesse sentido, foi evidenciada a participação ativa da equipe de saúde, que atua apoiando e esclarecendo a mulher quanto aos aspectos positivos e negativos relacionados à gastroplastia:

Quando acontece uma perda, dá vontade de desistir de fazer a cirurgia [...] O caso da A (pessoa falecida) me fez desistir [...] a equipe conversou bastante comigo [...] Aí novamente eu decidi fazer (E2).

A mulher, ao considerar os fatores envolvidos no seu processo decisório pela cirurgia bariátrica se coloca em uma postura de enfrentamento, traçando projetos mais imediatos e também os relacionados ao emagrecimento desejado com a gastroplastia.

5.1.2 Expectativas para a vida pós-cirurgia bariátrica

Ao expressar o que espera para a sua vida a partir da decisão pela cirurgia bariátrica, a mulher projeta alcançar com o emagrecimento uma vida melhor, o que inclui o resgate da saúde, sua inclusão social e inserção no mercado de trabalho.

5.1.2.1 Resgate da saúde

A mulher espera que a decisão pela cirurgia possibilite o resgate da sua saúde física e mental. Projeta ficar livre dos limites impostos pela obesidade, vislumbrando uma vida sem dor, com

capacidade de se exercitar regularmente, melhorar a vida sexual e o quadro depressivo:

Quero ter saúde e qualidade de vida. (E1)

A dor no meu joelho é por conta do peso e eu não quero isso. Eu quero eliminar essa gordura da minha vida. Eu espero poder levar uma vida como todo mundo. Uma vida tranquila. [...] poder levantar e fazer a minha caminhada. (E2)

[...] Quero ter saúde e depois conseguir engravidar. Poder engravidar e conseguir ter um filho. (E2)

[...] eu acredito que, depois que eu fizer a cirurgia, vou ter uma vida muito melhor. As limitações que eu tenho não vou ter mais. Então são coisas que a gente acaba ficando limitada, restrita a não fazer, e coisas que eu tenho certeza que, depois, com uma saúde melhor, eu vou voltar a fazer coisas que hoje não faço. (E3)

[...] poder calçar e amarrar o meu sapato, ir em uma loja e não ter vergonha. (E4)

[...] quero melhorar a minha condição de vida, minha saúde. Melhorar esses problemas porque eu sinto muita dor no joelho, durante a noite, é muito remédio contra a dor. Eu espero que, com essa cirurgia, que eu melhore. (E5)

Eu espero muita coisa boa depois da minha cirurgia. Saúde boa. Em primeiro lugar, a saúde. Eu espero que a minha saúde volte a ser como era antes. Quero poder andar de bicicleta que eu gosto. Tenho muita vontade de andar de novo. (E7)

[...] não vejo a hora de poder andar, é a primeira coisa que quero. Andar sem sentir dor. [...] minha vida vai melhorar demais. Quero tomar um banho direito, fazer a minha higiene pessoal. (E9)

Ah, eu quero melhorar, em todos os sentidos. Até na parte sexual, porque eu não tenho vontade, não tenho prazer com meu marido. [...] se Deus quiser, com a cirurgia, isso vai melhorar, eu vou poder ter prazer de novo. (E10)

Eu quero poder falar para os meus filhos: “hoje estou com saúde. [...] sou uma mãe completa, porque hoje eu não tenho depressão e não fico nervosa”. (E11)

Somado à retomada de uma vida saudável, a mulher espera que, com o corpo magro, possa se sentir incluída na sociedade contemporânea, que impõe este corpo como padrão de beleza.

5.1.2.2 Inclusão social

A mulher vislumbra, na decisão pela cirurgia bariátrica, a possibilidade de ter um corpo que a permita sentir-se incluída nos ambientes onde frequenta ou que, por conta da obesidade, não se permite frequentar:

[...] quero frequentar todos os ambientes sem ter vergonha de mim. Poder colocar a roupa que eu quero [...] ter uma boa alimentação, fazer uma academia como o meu marido [...] hoje eu não consigo [...] tenho vergonha de fazer academia. Você vai na academia e você só vê gente sarada. Quero também fazer passeios, que, às vezes, eu me limito. Por exemplo: ir a uma praia, colocar um maiô. Ficar debaixo de uma sombrinha com saída de praia? Eu quero mudar isso. Quero ter uma alimentação melhor. Isso pra mim é qualidade de vida. (E4)

Quero mudar a minha condição de vida. Sair, ir em uma festa, ver uma roupa, ficar doida com ela e poder usá-la. (E5)

Eu espero colocar um biquíni, um maiô bonito [...] depois da cirurgia, eu quero fazer operar as minhas veias, para poder ficar com as pernas bonitas. Eu quero ter um corpo bonito, ser magrinha. Poder andar, poder passear tranquila sem os outros ficarem olhando para a gente. Quero poder sentar no lugar em qualquer lugar, ser bem recebida. [...] o meu maior sonho é colocar meu maiô, ir na praia e passear por onde eu quero. Poder ficar com o corpo bonitinho pra poder pôr um biquíni. Nunca pus na minha vida. (E7)

Eu quero poder entrar em um lugar e as pessoas verem como eu emagreci e também mostrar para os outros que, se a gente quiser, a gente consegue. (E7)

Quero ficar bonitona e gostosona. Ir à praia, passear. Ah... eu quero sair e passear bastante! Ir na praia, passear na água. Não ficar só sentada na cadeira, mas dar umas voltas. Vou dançar funk, fazer tudo o que tenho direito. Sair para um barzinho, escutar uma música, aproveitar a vida. Quero colocar um biquíni, um maiozinho. Tudo que eu fazia quando era mais nova quero voltar a fazer. (E8)

[...] quero comprar roupa que me sirva [...] quero entrar em uma loja e não ver os outros arregalando o olho para mim. (E9)

[...] Quero ir em uma loja e poder comprar uma roupa decente [...] quero também poder voltar a andar de bicicleta, dançar – porque eu adorava dançar, mas agora, gorda desse jeito, ninguém chama a gente pra dançar, acha que a gente não é de nada. (E10)

No âmbito familiar, tal inclusão também é almejada, expressa pelo desejo de participar das atividades de lazer com os filhos:

Eu quero estar com o meu filho, sair com ele. Eu não quero mais ser gorda. Quero me sentir bonita [...] ter uma vida melhor. (E1)

[...] poder participar mais da infância dos meus filhos, do lazer [...] não ficar só olhando e sim participar. (E4)

Quero ir com o meu filho para os churrascos e quero que ele tenha orgulho de mim [...] eu sei que ele tem, mas eu quero fazer ele ficar ainda mais orgulhoso. (E8)

Com o alcance da saúde física e mental e sentindo-se aceita pela sociedade a mulher se lança para o projeto de retomada das atividades laborais.

5.1.2.3 Inserção no mercado de trabalho

A mulher, a partir da decisão pela cirurgia bariátrica, se vê em condições de ser uma pessoa produtiva e, a partir dos frutos do seu trabalho, realizar-se e ser feliz:

Quero voltar a trabalhar. Eu não sou uma pessoa deprimida [...] sempre tive prazer em viver. Acho que, se eu tiver bem, vou ter um prazer maior ainda. Com a família, com os filhos, com o trabalho. (E3)

[...] depois que eu perder bastante peso, quero arrumar um emprego novamente e pagar uma academia para eu malhar, melhorando cada vez mais. (E6)

Eu trabalhava, saía de madrugada, enfrentava o dia e a noite [...] agora eu não aguento, mas espero que, depois da cirurgia, eu aguente trabalhar novamente. (E7)

E no trabalho também, eu quero voltar a trabalhar. [...] Então o que eu quero mesmo

é viver mais e ser feliz, porque, gorda desse jeito, eu não estou feliz. (E10)

Quero recuperar minha autoestima [...] gente gorda não consegue um trabalho, não consegue nada. Eu quero conseguir um trabalho decente. [...] voltar a trabalhar, estudar (E11).

A mulher obesa espera, portanto, alcançar um corpo que a permita ter saúde, bem como uma vida sem as limitações impostas pela obesidade. Somado a isso, vislumbra ser aceita socialmente e inserir-se no mercado de trabalho.

5.2 A TIPIFICAÇÃO

O conjunto organizado de categorias concretas do vivido permite construir, objetivamente, o típico da ação, considerada uma construção teórica⁽⁴⁹⁾. A tipificação é uma estrutura invariável, única, de um grupo da sociedade constituída por mentes viventes, composta por um sistema de relevâncias, que funciona como um esquema de interpretação e de orientação, socialmente aprovado e, portanto, institucionalizado⁽⁴⁹⁾.

Trata-se de um esquema que apresenta aspectos típicos da vivência dos sujeitos no mundo social, onde estão situados os “motivos porque” e os “motivos para” da ação desses sujeitos. Este esquema é utilizado pelo pesquisador para a compreensão dos fenômenos sociais.

No presente estudo, este esquema representa o tipo vivido que expressa as características típicas da mulher obesa no processo de tomada de decisão pela cirurgia bariátrica. Estas a definem como aquela que fundamenta a decisão pela cirurgia na inadequação dos seus hábitos alimentares, na aparência física

incongruente com o padrão corporal da sociedade contemporânea, no preconceito social vivenciado no cotidiano, nas limitações impostas pela obesidade e no insucesso das inúmeras tentativas prévias de emagrecimento.

Diante disso, situa-se de modo a enfrentar o medo da cirurgia e rever os seus hábitos alimentares, buscando e encontrando no grupo do Programa Pró-Obeso o apoio de que necessita. Tem como expectativas para a sua vida após a cirurgia bariátrica obter o emagrecimento desejado, vislumbrando, com isso, o resgate de sua saúde, sua inclusão social e inserção no mercado de trabalho.

O esquema representativo dos resultados do presente estudo pode ser visualizado na Figura 5.

Figura 5: Resultados. São Paulo, 2013

6 DISCUSSÃO

As experiências vivenciadas pelo ser humano no tempo presente não são meramente constituídas por retenções e rememorações de suas experiências passadas. Qualquer experiência também se refere ao futuro. Ela traz consigo expectativas de eventos esperados de modo mais imediato, bem como antecipações de eventos temporalmente mais distantes, com os quais a experiência presente deverá ter alguma relação⁽⁵⁰⁾.

Desse modo, a tomada de decisão pela cirurgia bariátrica por mulheres obesas é entendida neste estudo como um processo que tem seu início na vida pregressa da mulher, em que suas experiências com a obesidade são sedimentadas. Compõe ainda o seu momento presente, no qual a mulher vislumbra na cirurgia a opção mais promissora para o enfrentamento da obesidade. Tal processo perfaz, finalmente, as expectativas dessa mulher a partir da decisão pela cirurgia, presentes tanto no momento do pré quanto no pós-operatório.

A **decisão pela cirurgia bariátrica** constitui, portanto, uma ação em fluxo para a mulher. Tal ação é, neste estudo, percebida como um processo que leva em conta o curso de sua vivência com a obesidade, do qual emanam incursões ditadas pelo passado, presente e futuro. Nesta perspectiva, a Fenomenologia Social de Alfred Schütz se apresenta como o referencial de escolha para a organização, análise e discussão dos resultados desta investigação.

A atitude natural da mulher obesa no mundo social é marcada pelo desejo do alcance do corpo magro, concebido como o padrão corporal socialmente aceito na contemporaneidade. Ao ser influenciada por esta padronização, a mulher busca interferir na sua

realidade social, encontrando na cirurgia um meio de adequar-se aos moldes ditados pela sociedade.

A bagagem de conhecimentos e experiências prévias da mulher com o seu corpo obeso a situa biograficamente em um momento que a possibilita enxergar na cirurgia bariátrica o meio de se desvencilhar da obesidade. Neste contexto, destaca-se que o seu processo decisório considera o seu curso de vida, marcado por hábitos alimentares inadequados, constrangimento em relação ao seu corpo, situações de preconceito social vivenciadas, acometimento por limitações decorrentes da obesidade e inúmeras tentativas frustradas de emagrecimento.

Nesse sentido, os motivos relacionados à ação da mulher de decidir-se pela cirurgia incluem o padrão inadequado dos seus **hábitos alimentares**, que reforçam a manutenção do corpo obeso. A compreensão da relação do sujeito com o alimento se dá desde o seu nascimento, sendo proveniente dos seus hábitos primários, constituídos no universo familiar, em especial com a figura materna, bem como no meio social em que vive⁽⁵⁸⁾. Desse modo, os hábitos alimentares são construídos a partir de influências culturais, socioeconômicas, familiares e psicológicas⁽⁵⁹⁾.

Isso foi corroborado nos discursos das mulheres obesas, que referiram estar alocada no universo familiar a inadequação dos seus hábitos alimentares, sendo as suas próprias casas o cenário em que tais hábitos são construídos e preservados.

Os aspectos de natureza cultural e simbólica demonstram ser elementos que interagem na seleção de alimentos e, conseqüentemente, no padrão alimentar. A alimentação é concebida como um ato social dotado de significados, envolvendo um universo de escolhas, hábitos e preferências alimentares⁽⁶⁰⁾.

Uma questão importante para se pensar a construção dos hábitos alimentares diz respeito à seleção de alimentos, muitas vezes permeada por aspectos emocionais. A associação entre alimento, emoções e sentimentos se constrói no desenvolvimento do ser humano. Desse modo, desconfortos emocionais podem ser traduzidos como fome e levar o sujeito a comer inadequadamente, contribuindo para a ocorrência de desordens no comportamento alimentar⁽⁵⁹⁾.

Um estudo realizado no interior de Santa Catarina com pessoas submetidas à cirurgia bariátrica evidenciou que todos os participantes, anteriormente ao procedimento cirúrgico, possuíam práticas alimentares inapropriadas, na quantidade e na qualidade dos alimentos, bem como na dinâmica cotidiana da alimentação. Um dos motivos para a dificuldade de manter o controle alimentar residia no fato de o alimento tornar-se um substituto, frente a uma outra real necessidade apresentada pela pessoa⁽⁶¹⁾.

Estudos ainda são insuficientes para gerar uma teoria contemporânea que possa compreender o fenômeno das mudanças no padrão alimentar⁽⁶²⁾. No entanto, no Brasil, é notório que tal padrão apresenta características negativas, evidenciadas em todas as classes sociais. Pesquisa que objetivou investigar o padrão alimentar do brasileiro, realizada pelo IBGE no período de 2008-2009, apontou um elevado consumo de açúcar e insuficiente de frutas e hortaliças⁽⁶³⁾.

O padrão alimentar das depoentes do presente estudo vai ao encontro do que foi demonstrado pelo IBGE e ainda traz à tona o consumo exagerado de gordura. Embora o Brasil apresente uma diversidade gastronômica, reflexo da miscigenação dos diferentes povos que fazem parte de sua história, o consumo do açúcar e das gorduras assume posição de destaque⁽⁶⁰⁾.

Estudo realizado em um Hospital Universitário do Estado do Ceará, com 50 pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, sendo 37 mulheres e 13 homens, verificou que o padrão alimentar é preponderante na situação ponderal exibida pelos obesos graves. Estes apresentavam um desequilíbrio dietético demonstrado pela ingestão elevada de calorias, proteínas, lipídios, colesterol e fibras⁽⁶⁴⁾.

Esta evidência foi também encontrada em uma investigação realizada em Fortaleza, com mulheres obesas assistidas por uma Unidade de Saúde da Família, a qual evidenciou que o grupo pesquisado apresentava um elevado consumo de alimentos ricos em açúcares, gorduras e cereais, além de frituras e refrigerantes⁽⁶⁵⁾.

Outro estudo com obesos no pré-operatório da cirurgia bariátrica apontou os hábitos alimentares como um fator comportamental importante relacionado ao aumento de peso, caracterizado por poucas refeições durante o dia, refeições rápidas e ingestão de alimentos calóricos⁽⁵⁹⁾.

Um dos fatores que deve ser considerado ao colocar em pauta os hábitos alimentares da mulher obesa é o quanto a modernidade pode interferir no seu padrão alimentar. Neste sentido, percebe-se que a vida moderna, somada ao desenvolvimento de novas tecnologias aplicadas à área de alimentos, impulsiona o aumento no consumo de produtos industrializados, hipercalóricos e com baixo valor nutricional. Além disso, as mensagens sobre alimentação veiculadas pelos meios de comunicação merecem destaque, considerando o papel da mídia na formação de opinião e no comportamento alimentar do sujeito⁽⁶⁶⁾.

Ressalta-se, no entanto, que este comportamento, apesar de arraigado no meio social em que a pessoa vive, é passível de ser modificado. O conhecimento dado no mundo social é

majoritariamente transmitido por pessoas do convívio do sujeito, primariamente pelo seu núcleo familiar. Neste cenário, as experiências vividas, *a priori*, não são questionadas, uma vez que se dão naturalmente no ambiente em que ele vive. No entanto, tal realidade é passível de questionamento. A partir desse momento, o que antes era estabelecido como universal passa a ser questionável, denotando a possibilidade de mudanças na ordem social⁽⁵⁰⁾.

Esta interpretação se aplica à mulher obesa, que reflete e questiona os seus hábitos alimentares construídos e sedimentados ao longo de sua vida no momento em que decide pela cirurgia bariátrica.

Fica evidente que elementos constituintes de uma dada cultura refletem um determinado padrão alimentar, que traz como consequência a constituição de corpos que podem não corresponder à normalização de beleza instituída pela sociedade. Isso pode implicar uma **aparência física** incompatível com o padrão corporal vigente, constituindo-se um motivo de sofrimento para a mulher obesa.

A experiência corporal, considerada comumente individual, está entremeada, desde o início, por um forte componente social, marcada pelas relações experienciadas. É por meio do corpo que se expressa o efeito e os significados que as relações tiveram ou têm nos sujeitos. A existência corporal é perpassada por um contexto relacional e cultural, sendo este o canal pelo qual as relações são construídas e vivenciadas⁽⁶⁷⁾.

O corpo humano, além de seu caráter biológico, é afetado pela religião, grupo familiar, classe, cultura e outras intervenções sociais. Desse modo, a aparência, expressa na corporeidade, funciona como balizadora da integridade de uma pessoa, em termos do grau de proximidade ou de afastamento em relação ao conjunto

de atributos que caracterizam a imagem dos indivíduos, segundo as tipificações sociais⁽⁶⁸⁾.

Historicamente, a tipificação conferida à mulher mostra-se diferenciada com relação à do homem. A este é atribuído o perfil de dominador e de detentor da razão, e à mulher valoriza-se a aparência, a preocupação com a beleza, com a reprodução, maternidade e com o fato de ser vista como objeto de prazer⁽⁶⁸⁾.

Dela se espera que seja feminina, ou seja, sorridente, simpática, atenciosa, submissa, delicada, discreta, contida, apagada e, até mesmo, invisível. Neste caso, ser magra contribui para esta concepção de ser mulher. Sob o olhar dos outros, as mulheres se veem obrigadas a experimentar constantemente a distância entre o corpo real, a que estão presas, e o corpo ideal, que procuram incessantemente alcançar⁽⁶⁹⁾.

Diferentes caminhos podem conduzir a mulher ao alcance do corpo por ela desejado. O quantitativo de mulheres que buscam o emagrecimento por meio da cirurgia bariátrica é superior se comparado ao dos homens. Isso, de certa forma, revela que as mulheres são mais cobradas socialmente a ter um corpo magro⁽⁴³⁾.

Nesta perspectiva, inscreve-se a aparência física como um fator imbricado na decisão da mulher pela cirurgia bariátrica, que se revela como uma possibilidade para desconstruir uma imagem corporal avessa ao padrão de beleza instituído e construir uma que se aproxime ou atinja a padronização estabelecida pela sociedade contemporânea.

O desenvolvimento do individualismo feminino e a intensificação das pressões sociais das normas do corpo são indissociáveis. De um lado, o corpo feminino se emancipou amplamente de suas antigas servidões – sexuais, procriadoras ou indumentárias –, de outro, encontra-se, atualmente, submetido a

coerções estéticas mais regulares, imperativas e geradoras de ansiedade do que antigamente⁽³⁹⁾.

Isso foi evidenciado na presente investigação, em que a mulher expressa em seu discurso sentimentos de vergonha, desconforto e privação no investimento do autocuidado e de vestimentas que possam valorizar a sua aparência. Tal situação implica sentimentos de baixa autoestima e tristeza, motivando-a a se decidir pela cirurgia bariátrica.

Comprar roupas torna-se, de fato, uma tarefa difícil para a pessoa obesa, produzindo nervosismo e sofrimento, pois, neste ato, evidencia-se a discrepância entre o corpo real e o corpo idealizado socialmente⁽⁵⁹⁾. O investimento na valorização da beleza, como o uso de maquiagem facial e de roupas atrativas, traz visibilidade à mulher, conferindo a ela mais feminilidade. A dificuldade em conseguir roupas adequadas desmotiva a mulher obesa a se vestir como gostaria. Esta atribui à roupa a função de conforto e proteção, definindo-a como uma segunda pele⁽⁴³⁾.

Estudo que investigou a relação e o envolvimento de mulheres obesas com o vestuário e a moda mostrou que elas consideram a qualidade, o preço e o fato de ser bonita como atributos importantes ao vestuário, mas afirmam que, dificilmente, encontram para si roupas que reúnam esses elementos. Percebem que o setor de vestuário corrobora a discriminação em relação à pessoa obesa, apresentando dificuldades para acompanhar as tendências ditadas pela moda⁽⁷⁰⁾.

Portanto, refletir sobre o corpo e o que representa é entendê-lo como revelador de um constructo orgânico, social, psicológico, cultural e religioso. Esse corpo está inscrito na vida cotidiana, no universo das relações sociais, sendo um meio de comunicação que utiliza a corporeidade – signos ligados à linguagem, gestos, entre outros – na relação com o outro. Produz

sentidos que representam a sua cultura, desejos, afetos, emoções e o seu mundo simbólico socialmente construído⁽⁶⁷⁾.

Ser obesa no mundo social associa-se a uma aparência física avessa à representação do ideário de corpo pregado pelo meio em que a mulher vive. Desse modo, a tipificação do padrão corporal de magreza transcende a natureza conceitual do signo, ganhando sentido para a mulher no momento em que esta se coloca em relação com o outro. Portanto, o signo atribuído ao corpo ganha sentido no universo das relações intersubjetivas.

Para além de uma aparência física que não representa o padrão ditado pela sociedade, a obesidade conduz a mulher a uma situação de desajuste na saúde, impondo **limitações** que comprometem a sua qualidade de vida.

A obesidade está fortemente associada a um risco maior de doenças, sejam cardiovasculares, câncer ou mortalidade. O *National Health and Nutrition Examination Study*, desenvolvido nos Estados Unidos pelo *Centers for Disease Control and Prevention*, apontou que a obesidade está associada a um aumento da prevalência de diabetes tipo 2, doença da vesícula biliar, doença arterial coronariana, hipertensão arterial sistêmica, osteoartrose e de dislipidemia⁽⁷¹⁾.

A obesidade está ainda relacionada com incapacidade funcional, redução da qualidade/expectativa de vida e aumento da mortalidade. Condições crônicas, como doença renal, osteoartrose, câncer, diabetes tipo 2, apneia do sono, doença hepática gordurosa não alcoólica, hipertensão e doenças cardiovasculares, estão diretamente relacionadas com a incapacidade funcional e com a obesidade. A perda de peso leva, portanto, à melhora dessas doenças, reduzindo os fatores de risco e a mortalidade nessa população⁽⁷²⁾.

Uma investigação realizada com 252 pacientes candidatos à cirurgia bariátrica (sendo 80,15% do sexo feminino) atendidos pelo Programa de Cirurgia Bariátrica do Núcleo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul evidenciou um predomínio de comorbidades associadas à obesidade na clientela estudada, com destaque para a hipertensão (63,49%), dispneia (55,56%), varizes de membros inferiores (45,63%) e depressão (36,51%)⁽¹⁷⁾.

Estudo que objetivou identificar a prevalência e fatores associados à obesidade em mulheres usuárias de serviços de pronto-atendimento do SUS, no sul do Brasil, evidenciou que mulheres com sobrepeso ou obesidade apresentavam prevalências maiores de agravos à saúde, com destaque para a hipertensão, diabetes e depressão, quando comparadas a mulheres com IMC normal⁽⁷³⁾.

Pesquisa realizada no interior de São Paulo, com pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica, mostrou que, anteriormente à cirurgia, a hipertensão arterial, a osteoartralgia, a irregularidade menstrual, o ovário policístico, a dificuldade para engravidar, a diabetes Mellitus, as dislipidemias, a falta de flexibilidade das articulações, a dor e o edema associados às osteoartrites foram os problemas físicos relacionados e intensificados com a obesidade⁽⁶¹⁾.

As depoentes do presente estudo apresentam uma situação de saúde mais vulnerável, em decorrência de doenças crônicas associadas à obesidade – como diabetes tipo 2, hipertensão e osteoartrose. Relatos de dor foram recorrentes entre elas e mostram o impacto substancial disso na qualidade de vida das mesmas.

Como uma das consequências advindas das comorbidades relacionadas à obesidade destacam-se, no presente estudo, as limitações impostas ao cotidiano da mulher obesa. Esta,

muitas vezes, vê-se impossibilitada ou com dificuldades para conduzir as atividades simples do dia a dia, além de se privar do lazer no âmbito familiar devido às restrições de naturezas diversas causadas pelo excesso de peso.

A obesidade é sentida pela mulher como prejudicial a toda a família, caracterizando-se como uma “doença familiar”, que interfere em seu cotidiano⁽⁴³⁾. A falta de mobilidade em decorrência da obesidade implica cansaço para a execução das atividades da vida diária e de lazer, trazendo prejuízos para as relações familiares e sociais. Além disso, constitui um impeditivo para as práticas laborativas, tendo em vista que a dificuldade de locomoção diminui a agilidade e a capacidade produtiva da pessoa⁽⁵⁹⁾.

As comorbidades decorrentes da obesidade conduzem a pessoa a reações incapacitantes, que incluem o afastamento do trabalho e restrições nas atividades físicas e de lazer, incluindo-se também o ônus emocional devido à aparência corporal⁽⁶¹⁾.

Na presente investigação, foi observado que a obesidade confere à mulher um ônus emocional importante, corroborando o que se tem descrito na literatura. Os limites instituídos em seu cotidiano implicam uma exposição da fragilidade causada pela doença, impedindo-a de ter uma vida social como a das demais pessoas. Nesta externalização das limitações que possui, vê-se dependente da ajuda do outro para executar tarefas cotidianas, relacionadas ao âmbito doméstico e ao autocuidado.

O excesso de peso dificulta a execução de tarefas diárias, como, por exemplo, fazer higiene pessoal, vestir-se, amarrar o cadarço do sapato, caminhar, subir uma escada, entrar em um ônibus, relacionar-se sexualmente, etc. A pessoa já não sente disposição para fazer as coisas que fazia antes, pelo fato de estar pesada, além de parar de fazer o que antes conseguia com facilidade, em decorrência do desânimo advindo da obesidade⁽⁴³⁾.

Além das restrições experienciadas pelas mulheres do presente estudo, estas vivenciam limites impostos pela sociedade, que as rotula como pessoas fora do padrão de beleza instituído. Isso traz como consequência o **preconceito social** em relação ao corpo obeso, impactando negativamente na sua autopercepção corporal e no modo como percebem o olhar do outro em direção a si.

Na sociedade contemporânea, a relação da pessoa com seu corpo ganhou uma importância nunca vista em outros tempos. Transcende a representação de uma identidade social, expressando um modo de vida. Nesse sentido, há uma mudança no estatuto do corpo, que, ao mesmo tempo que ganhou em importância, tornou-se mais vulnerável e ameaçado⁽⁷⁴⁾.

No presente estudo, a vulnerabilidade e a ameaça são demarcadas pela discriminação que a mulher percebe no âmbito social. O sentimento de inadequação do próprio corpo é gerador de sofrimento para ela, impactando no seu universo intersubjetivo.

O fenômeno da obesidade parece sinalizar que “a condição de obesa” produz um intenso impacto na pessoa, bem como em suas relações sociais. Ou seja, o diagnóstico de obesidade, em especial de obesidade mórbida, pode levá-la a sofrimento e importantes impedimentos sociais. Evidentemente que a questão não se limita ao diagnóstico, mas a como as pessoas e a sociedade em geral lidam com a pessoa obesa⁽⁷⁴⁾.

Como descrito na literatura, os resultados da presente investigação trouxe à tona as situações de preconceito vivenciadas pela mulher obesa na dimensão pessoal e social. No que diz respeito ao pessoal, fica evidente que, uma vez imersa em uma sociedade que impõe o padrão de beleza do corpo magro, é natural que a mulher se veja com um olhar de discriminação.

As pessoas obesas comumente apresentam sentimentos de menos valia e autorrejeição, devido à insatisfação com o corpo que possuem. Isso está intimamente relacionado à baixa autoestima conferida pela obesidade, impactando negativamente na sua vida social⁽⁷⁵⁻⁷⁶⁾.

No que se refere ao âmbito social, a exclusão sofrida pelas mulheres do presente estudo se deu em diversos contextos, com destaque para as relações familiares. O preconceito social, quando proveniente dos membros da família, desdobra-se na forma de cobrança para o alcance do corpo magro, contribuindo na decisão da mulher pela cirurgia bariátrica.

A cobrança da família para com a pessoa obesa foi evidenciada em um estudo com candidatos à gastroplastia, no qual foi observado um sentimento de inadequação nos sujeitos obesos, gerando angústia e ansiedade. Somada à cobrança da família, foi também evidenciado que incide sobre essas pessoas uma autocobrança exacerbada, na medida em que evidenciam forte desejo de seus familiares no sentido de que devam emagrecer⁽⁷⁶⁾.

Outros cenários da vida social da mulher são motivadores para que ela decida-se por abandonar o corpo obeso por meio da cirurgia. Evidenciou-se esta motivação nas depoentes deste estudo, que referiram experiências de exclusão nos ambientes que frequentam e na impossibilidade de escolher, por exemplo, o tipo de roupa que desejam vestir.

A literatura aponta que a cultura da exclusão de corpos que não sejam magros está explicitada no cotidiano das pessoas, que apresentam dificuldades para encontrar roupas do seu tamanho ou mesmo para conseguir um emprego⁽⁶¹⁾.

Ademais, os espaços sociais, tais como cinema, teatro, ônibus, restaurantes, entre outros, ainda não estão preparados para

receberem essas pessoas, colocando-as em situações constrangedoras e excludentes⁽⁷⁷⁾.

Diante disso, a mulher responde ao preconceito social sofrido, afastando-se das pessoas e do meio em que vive, buscando o isolamento como a possibilidade de esquivar-se do julgamento da sociedade frente ao seu corpo obeso.

Estes resultados são corroborados por um estudo que identificou estados de rejeição, reclusão e desajustes nas relações pessoais de pessoas que conviveram com a obesidade mórbida, provocando perdas afetivas significativas e consequentes estados de tristeza, ansiedade e até de depressão⁽⁶¹⁾.

A estigmatização da obesidade causa prejuízos psicossociais às mulheres. O excesso de peso contribui para a restrição da vida social, como sair com a família, ir à praia ou visitar amigos e parentes. Esse retraimento pode estar atrelado à percepção negativa que as mulheres têm de seus corpos, refletindo no estigma a eles relacionado e agravando ou tornando crônica a dificuldade de interação social⁽⁶⁵⁾.

Os estigmas e preconceitos atribuídos à aparência física da pessoa obesa são revelados através de olhares, insultos e agressões que constroem. Em uma sociedade que valoriza extremamente a aparência corporal, é natural que determinado aspecto físico considerado negativo, que fomenta a discriminação e causa sofrimento, seja algo que motive o indivíduo a buscar uma solução⁽⁴³⁾. O sofrimento psicológico vivenciado com o preconceito e a exclusão, presente entre os obesos, prejudica a saúde mental dessas pessoas, estimulando o interesse pela cirurgia bariátrica⁽⁵⁹⁾.

O constrangimento em relação à aparência física e o preconceito vivenciado pela mulher no presente estudo – que a conduziu ao isolamento social – são desencadeados a partir da

tipificação do “ser gordo” na sociedade contemporânea. Parte-se do pressuposto de que a pessoa obesa tem uma representação social baseada em características típicas (especialmente relacionadas à aparência física) dadas como uma verdade no mundo social.

A transcendência dessa tipificação conferida ao obeso se dá por meio da relação intersubjetiva – com a família, os amigos, colegas de trabalho, profissionais de saúde, entre outros –, na qual as reais características biopsicossociais presentes no sujeito obeso são emersas, possibilitando a desconstrução da tipologia estabelecida pelo senso comum.

Para além das questões anteriormente levantadas, destaca-se que a mulher, em razão da autocobrança e da cobrança do social (em especial da família), trava uma luta contra a obesidade, traduzida por diversas tentativas frustradas de emagrecimento.

O insucesso nas tentativas de emagrecimento – dietas, uso de medicamentos, psicoterapia e exercícios físicos – é relatado em outros estudos com pessoas obesas. Tal histórico insatisfatório de perda de peso associa-se ao fracasso, que culmina em sentimentos de frustração nessa clientela^(59,74).

As depoentes deste estudo referiram a busca pelo emagrecimento como uma constante em suas vidas, chegando, em alguns momentos, a alcançar o emagrecimento, com posterior ganho do peso eliminado. Desse modo, evidenciou-se que a manutenção do peso alcançado após o emagrecimento se constitui como um desafio para o grupo estudado.

Este achado é explicitado na literatura, que revela ser comum o obeso passar por diversas tentativas de perda de peso por meio de tratamentos que não surtem um efeito desejável, resultando

em períodos cíclicos de emagrecimento e aumento de peso, denominado efeito sanfona⁽⁵⁹⁾.

A maioria dos indivíduos obesos busca o emagrecimento a partir de tratamentos convencionais como dietas, atividade física e medicamentos. No entanto, quando não respondem a essas manobras, decidem-se pela cirurgia bariátrica, considerada uma intervenção radical e invasiva^(61,77-78).

Portanto, a decisão pela cirurgia bariátrica se dá na impossibilidade de emagrecimento, considerando o grau elevado de obesidade. A cirurgia é tomada como último recurso, após outras tentativas não exitosas de resolução do problema⁽⁵⁹⁾. Nesse sentido, a bagagem de conhecimentos e as experiências prévias vivenciadas pelas mulheres, marcadas por diversas tentativas frustradas de emagrecimento, as situam biograficamente favoráveis à tomada de decisão por este procedimento.

A decisão pela cirurgia bariátrica pelas mulheres deste estudo configura-se, portanto, como uma ação motivada pelo contexto de experiências prévias (motivos porque), marcado por hábitos alimentares inadequados, insatisfação com a aparência física, limitações, preconceito social e diversas tentativas frustradas de emagrecimento. Este contexto serve de base para que a mulher busque um novo caminho para atingir e manter o emagrecimento desejado.

Nesta perspectiva, insere-se o **enfrentamento da cirurgia** pela mulher, que se depara com o medo de realizá-la em decorrência do risco cirúrgico. Ao avaliar a sua convivência com a obesidade, considera valer a pena correr esse risco, transcendendo o medo e decidindo-se pela gastroplastia.

Isso foi também evidenciado em uma pesquisa com candidatos à cirurgia bariátrica, em que se observou no grupo

estudado relato de medo da cirurgia (relacionados ao risco cirúrgico e à dor que poderiam sentir no pós-operatório). No entanto, tal como na presente investigação, os pacientes transcenderam o medo e decidiram-se pela cirurgia, imbuídos de expectativas de melhoria da qualidade de vida após a gastroplastia⁽⁷⁶⁾.

O enfrentamento da cirurgia como opção de tratamento implica também para a mulher a necessidade de rever os seus hábitos, em especial no que tange à alimentação, a fim de se preparar para um novo padrão alimentar que deve ser seguido após a cirurgia bariátrica.

Estudo realizado na Grécia acompanhou por um período de três anos mulheres que foram submetidas à cirurgia bariátrica, dividindo-as em dois grupos. No primeiro, estavam as sedentárias e pouco aderidas a uma alimentação mais balanceada. No segundo, foram alocadas aquelas que praticavam uma atividade física e se mostraram mais comprometidas com os hábitos alimentares saudáveis. A manutenção do emagrecimento foi observada no segundo grupo, constituindo-se a mudança no estilo de vida uma condição importante para o sucesso da cirurgia⁽⁷⁹⁾.

Um estudo brasileiro realizou, durante cinco anos, o acompanhamento de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, sendo 84% do sexo feminino. O aumento ponderal, ao longo do tempo, foi verificado em 56% das pessoas acompanhadas, sendo que deste percentual 29% recuperaram mais de 10% do menor peso atingido com a cirurgia. Tal panorama foi associado a uma dificuldade de essa clientela manter um estilo de vida compatível com a manutenção do peso alcançado, burlando o tratamento com uma alimentação inadequada e com hábitos sedentários⁽⁸⁰⁾.

A não observância dos fatores que levam ao ganho de peso pode conduzir a mulher ao insucesso do tratamento cirúrgico, uma vez que, para que tenha um resultado positivo, faz-se

necessário o seu comprometimento e corresponsabilização, no que tange à adoção de um novo estilo de vida.

Estudo realizado em Portugal com candidatos a cirurgia bariátrica mostrou que estes não possuem controle do seu comportamento alimentar, considerando um grande sacrifício o fato de terem de se comprometer com as exigências alimentares preditoras de emagrecimento. Para esses pacientes, a cirurgia é entendida como um “milagre” que irá mudar suas vidas, sem a necessidade de um papel ativo ou a sua participação⁽⁷⁶⁾.

Portanto, a revisão do comportamento alimentar no período que antecede a cirurgia constitui uma medida importante para o seu sucesso, entendendo que esta não representa uma solução milagrosa, exigindo dos sujeitos a ela submetidos um comprometimento com o seu emagrecimento e manutenção do peso alcançado.

Uma vez que a mulher se decide pela cirurgia, é evidenciado que uma rede de suporte – constituída por pacientes no pré/pós-operatório e pela equipe de saúde – a auxilia a vivenciar com maior segurança o período que antecede a gastroplastia. O **apoio do grupo** do Programa Pró-Obeso foi evidenciado como fundamental para a mulher do presente estudo. Tal apoio se deu em um cenário rico, permeado pela troca de experiências e informações sobre o procedimento cirúrgico.

Esta evidência vai ao encontro dos resultados de um estudo com pessoas obesas participantes de grupos educativos. Estas afirmaram estar no grupo para buscarem apoio, compreensão e o encontro com indivíduos que vivenciam experiências em comum. Avaliando a participação no grupo, evidenciaram que este as auxiliou a lidar com os desafios da obesidade, ajudando-as a operacionalizar mudanças necessárias ao estilo de vida⁽⁸¹⁾.

O grupo se constitui para as pessoas com doenças crônicas e de difícil controle, como a obesidade, como um modo de compartilhar conhecimentos e experiências, com vistas à construção de uma vida mais saudável. Pode também ser promotor de uma maior independência dos indivíduos que dele participam, além de melhorar a autoimagem e estimular a livre expressão de sentimentos, encorajando ligações positivas entre as pessoas que enfrentam situações semelhantes⁽⁸²⁾.

Portanto, o grupo constitui um ambiente de motivação para o tratamento em pauta. Através da partilha de dificuldades e da busca de alternativas para superá-las, os indivíduos se unem, sendo suporte uns para os outros diante de uma mesma situação vivenciada. Desse modo, tentam se estimular mutuamente e encontrar recursos para lidar com a doença e com os efeitos que esta produz sobre as suas vidas⁽⁸³⁾.

É importante salientar que os recursos para lidar com a obesidade, no caso do presente estudo, referem-se à possibilidade de também lidar com as experiências de perda que emanam do grupo. Isso implica o rompimento de laços afetivos construídos (que se deu, no presente estudo, com a morte de alguns participantes, em decorrência de complicações advindas da cirurgia), sinalizando o risco iminente circunscrito ao procedimento cirúrgico.

As experiências de perdas que emanam do contexto grupal fazem com que as mulheres repensem a decisão pela cirurgia bariátrica. Esta é passível de ser revista, uma vez que, no momento da concepção do projeto, a pessoa possui liberdade de escolha. Antes da realização da ação, que se dá em um processo flexível e coerente, desencadeiam-se diversas decisões parciais que conduzem ou não à concretização do projeto idealizado⁽⁵⁰⁾.

Nesse contexto, percebe-se a importância da equipe multidisciplinar, que apoia e orienta os pacientes com relação aos possíveis desfechos da cirurgia, encorajando-os a não declinar da decisão de realizá-la.

Na decisão pela cirurgia bariátrica, é importante que o paciente esteja bem-informado e avalie os possíveis riscos e complicações do procedimento cirúrgico, além do regime necessário no pós-operatório, devendo ser fornecidas orientações que o levem à adesão ao tratamento cirúrgico⁽¹⁰⁾.

Um estudo realizado na região sul do Brasil evidenciou que mulheres no pré-operatório da cirurgia bariátrica consideraram a participação nos grupos de acompanhamento no pré-cirúrgico como uma oportunidade de obter apoio emocional⁽⁵⁹⁾, o que foi também evidenciado nesta investigação.

Diante do exposto, percebe-se que o significado subjetivo do grupo, isto é, o significado que o grupo tem para seus membros está intimamente ligado ao sentimento de pertencimento e de compartilhamento de interesses comuns. Consiste também no conhecimento e experiências de situações comuns que decorrem do sistema de tipificação e relevâncias⁽⁵⁰⁾.

O contexto que fundamentou a decisão da mulher pela cirurgia bariátrica e a situação em que se encontra no momento presente – aguardando submeter-se ao procedimento cirúrgico – fazem com que ela trace **expectativas para a vida pós-cirurgia bariátrica**.

A decisão da mulher pela cirurgia bariátrica é permeada por expectativas relacionadas à mudança de vida que busca a partir da submissão a este procedimento. Neste contexto, a cirurgia tem como principal objetivo conferir à pessoa obesa uma melhor condição de saúde e, conseqüentemente, melhoria na sua qualidade de vida⁽⁸⁴⁾.

A cirurgia é tomada como um tratamento capaz de minimizar problemas de saúde associados à obesidade, aumentando a longevidade dos gastroplastizados. Baseados nessa

possibilidade, os sujeitos operados têm como expectativa o controle e a prevenção de doenças crônicas, como a diabetes, a hipertensão e as cardiopatias⁽⁵⁹⁾.

O **resgate da saúde** integral, esperado com a cirurgia bariátrica, implica um processo contínuo de enfrentamentos, dotado de diversos desafios à pessoa operada, que deve aprender a se portar diante de um novo estilo de vida que lhe será exigido adotar em decorrência da cirurgia⁽⁶¹⁾.

As expectativas das mulheres deste estudo são compatíveis com o observado em uma investigação realizada com pacientes no pós-cirúrgico, que apontou melhora significativa nas comorbidades, como artralgias, disfunção hormonal, taxas de glicose alteradas e hipertensão no grupo estudado⁽⁶¹⁾.

Para além da saúde física, evidenciou-se, na presente pesquisa, que a mulher busca com a cirurgia a possibilidade de se ver livre das limitações na vida diária ora enfrentadas. O alcance dessa expectativa foi verificada em um estudo realizado em João Pessoa, com mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica, as quais apresentaram melhora na mobilidade com o emagrecimento. Após a cirurgia, as mulheres puderam retomar as atividades para as quais, como obesas, estavam limitadas, como cuidar das suas casas, passar pela roleta dos ônibus, sentar-se em cadeiras de plástico, calçar uma meia, amarrar os cadarços do tênis, entre outras⁽⁸⁵⁾.

No âmbito da saúde sexual e reprodutiva, as expectativas das depoentes do presente estudo se voltaram para a reprodução e retomada do desejo e prazer sexual. Tal expectativa reveste-se de sentido, uma vez que a sexualidade é comumente um aspecto prejudicado na vida das pessoas obesas.

Uma revisão da literatura aponta forte associação da obesidade com a atividade sexual, sendo o grau de obesidade inversamente proporcional ao desempenho sexual nesse grupo. Desse modo, presume-se que obesos mórbidos apresentem maiores dificuldades nesse âmbito, melhorando tal desempenho após a cirurgia bariátrica⁽⁸⁶⁾.

Esta evidência é também encontrada em outros estudos, com mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. Observou-se, nessa clientela, uma melhora no desempenho do papel de mulher e esposa, fundamentada no fato de conquistar, por meio do procedimento cirúrgico, uma maior aceitação do seu corpo, culminando na melhoria da sua relação com o cônjuge^(77,85).

Outra questão que merece atenção no que se refere à sexualidade das mulheres que vivenciaram a cirurgia bariátrica diz respeito aos desdobramentos que esta pode causar no relacionamento conjugal. O emagrecimento faz com que a mulher eleve sua autoestima e fique mais bonita e atraente aos olhos do outro, gerando situações de ciúme e conflitos com o companheiro⁽⁸⁷⁾.

Como reflexo de uma vivência mais plena da sexualidade uma das depoentes do presente estudo tem como projeto a maternidade. A literatura sinaliza ser prudente que o emagrecimento ocorra, a fim de que a mulher possa engravidar e conduzir a gestação/trabalho de parto com maior tranquilidade e segurança, tanto para ela quanto para o bebê⁽⁸⁸⁾. A gravidez na mulher obesa mórbida pode envolver riscos importantes para ela e para o feto, sendo a cirurgia bariátrica um caminho elegível na minimização de riscos ao vivenciar a maternidade⁽⁸⁹⁻⁹⁰⁾.

Outro aspecto levantado pelas depoentes se refere à possibilidade de a cirurgia fazer com que a mulher, deixando de ser obesa, possa sair do quadro depressivo em que se encontra. Estudo realizado na Espanha com pessoas que apresentavam peso normal

e com pacientes candidatos a cirurgia bariátrica evidenciou, neste grupo, níveis mais elevados de estresse, ansiedade e depressão⁽⁹¹⁾.

A melhoria desse quadro é observada em pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica. Um estudo com 50 mulheres caucasianas que passaram por esse procedimento evidenciou que, após o emagrecimento, houve uma redução significativa dos sintomas depressivos no grupo estudado⁽⁹²⁾. Portanto, esta expectativa apresentada por uma das depoentes da presente investigação se mostra congruente com os achados da literatura.

Um aspecto importante observado nos discursos das mulheres obesas se refere à cirurgia como possibilitadora de sua inclusão na sociedade. Uma das expectativas que a mulher traz no que tange à **inclusão social** se refere ao desejo de ir a ambientes que se priva de frequentar em decorrência da obesidade.

A expectativa de sentirem-se incluídos socialmente também foi observada em um estudo com homens e mulheres no pré-operatório da cirurgia bariátrica. As mudanças desejadas e consideradas mais importantes estavam relacionadas a deixar de ser motivo de piadas e preconceito, assim como melhorar os relacionamentos sociais, familiares e de trabalho. Os participantes esperavam aumentar a mobilidade para retomar a prática de esportes, fortalecer o convívio social e familiar e poder acompanhar os filhos nas brincadeiras⁽⁵⁹⁾.

A evidência do referido estudo é congruente com os resultados da presente pesquisa, que salienta o desejo da mulher de resgatar a sua vida social no âmbito familiar, participando ativamente das atividades de lazer com os filhos.

O cumprimento das expectativas de inclusão social foi observado em pesquisas com pacientes no pós-operatório da cirurgia bariátrica. Um estudo realizado com mulheres submetidas à

gastroplastia em um hospital de um município do interior de Minas Gerais evidenciou que estas deixaram de vivenciar situações de preconceito em locais públicos, tais como ônibus, cinema e teatro⁽⁷⁷⁾, remetendo a uma maior inclusão social desses sujeitos.

Estudo realizado com mulheres operadas em um hospital universitário de Campinas evidenciou que, após a recuperação cirúrgica, os pacientes externaram uma forte sensação de aceitação e reinserção social. A possibilidade de o procedimento cirúrgico contribuir para a reconstrução da identidade social do sujeito operado é considerada um fator importante na recuperação da autoestima. Isso permite o rompimento do círculo vicioso (baixa autoestima/ansiedade/busca por alimentos), que leva, muitas vezes, a pessoa a não ter motivação para lutar para a manutenção do peso desejado⁽⁹³⁾.

Outra questão presente nos discursos das depoentes diz respeito às expectativas de mudança no seu vestuário após o emagrecimento. Como se veem tolhidas de comprar roupas consideradas bonitas, comumente não encontradas para obesas no mercado, projetam com o emagrecimento a possibilidade de melhorar a aparência física por meio de vestimentas atraentes e da moda, dotadas de um potencial valor inclusivo.

É importante ressaltar que a aparência física desejada pela mulher para o pós-cirúrgico não necessariamente corresponde à conquistada após a perda de peso. Um estudo mostrou que a mulher pode apresentar uma insatisfação com o seu corpo após o emagrecimento, em decorrência das dobras de pele, flacidez e cicatriz da cirurgia, o que pode levá-la ao isolamento social, na medida em que não quer que os outros a vejam com a aparência considerada por ela decadente⁽⁸⁷⁾.

Neste contexto, emerge nos discursos a cirurgia reparadora, capaz de corrigir os danos provocados na aparência

física da mulher em consequência de um emagrecimento abrupto, podendo impedir que ela vivencie um novo ciclo de isolamento social.

A mulher obesa relata ainda que espera, após a cirurgia, **inserir-se no mercado de trabalho**, uma vez que se vê limitada para exercer as atividades laborais. A obesidade, por não corresponder aos padrões sociais e culturais estabelecidos, pode prejudicar a vida das pessoas, especialmente no que diz respeito a empregos, salários e promoções⁽⁹⁴⁾.

As expectativas em relação à inserção em atividades laborais – evidenciadas pelas depoentes da presente pesquisa – foram alcançadas em um estudo com mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. Estas puderam inserir-se no mercado de trabalho após o emagrecimento, atribuindo a prioridade de satisfação nesse campo à capacidade para o desempenho do trabalho, em detrimento do valor financeiro recebido⁽⁷⁷⁾.

A inserção no mercado de trabalho, agregado à retomada do convívio social, impacta positivamente na qualidade de vida do sujeito operado e daqueles que participam dos seus círculos sociais⁽⁶¹⁾.

Desse modo, a cirurgia bariátrica é vista por aqueles que serão a ela submetidos como um caminho de infinitas possibilidades. A partir do alcance do peso desejado, as pessoas vislumbram acompanhar o crescimento de seus filhos, reinserir-se socialmente e obter um emprego, recuperando a liberdade e a independência perdidas devido à obesidade⁽⁷⁸⁾.

Portanto, a decisão pela cirurgia bariátrica inclui a motivação existencial relacionada à finalidade da realização deste ato (motivos para). Neste estudo, tais motivos iniciaram-se no momento em que a mulher se vê impulsionada a enfrentar a cirurgia

e a rever os seus hábitos alimentares. Para isso, busca no grupo o apoio de que necessita para concretizar os projetos relacionados ao ato cirúrgico. Suas expectativas para a vida pós-cirurgia bariátrica constituem-se na outra etapa dos “motivos para”, que expressam o que a mulher espera alcançar após o emagrecimento, isto é, resgatar a saúde, sentir-se incluída socialmente e inserir-se no mercado de trabalho.

7 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

A compreensão do processo de tomada de decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica sinaliza aspectos importantes que devem ser considerados pelo enfermeiro e demais profissionais da saúde que prestam assistência a essa clientela. Estes aspectos se situam inicialmente na trajetória de vida da mulher com o corpo obeso, configurando-se como a motivação existencial para a ação de decidir-se pela cirurgia.

Nesse sentido, serão pontuadas algumas questões referentes ao período pré e pós-operatório, ancoradas nas experiências e expectativas evocadas pelas depoentes do presente estudo, apontando diversas demandas que merecem a atenção e a atuação de múltiplos atores sociais no campo da saúde.

Um primeiro aspecto refere-se à importância da atuação de uma equipe multiprofissional para trabalhar os hábitos alimentares inadequados, comumente observados no grupo de pessoas que apresentam sobrepeso e obesidade. Demarca-se, nesse sentido, a importância da Atenção Primária à Saúde (APS), cenário fecundo para a emergência dos diversos fatores envolvidos no estilo de vida adotado pela pessoa, consagrados majoritariamente no cerne familiar.

A atuação neste campo deve transcender a perspectiva prescritiva, uma vez que se parte da premissa de que as pessoas sabem o que devem e o que não devem comer. As dificuldades concentram-se no momento em que tal informação se configura em uma ação geradora de mudanças em suas vidas. O relato das depoentes deste estudo mostra que o hábito alimentar inadequado nasce, ganha força e se mantém na estrutura familiar, sinalizando que as intervenções neste campo devem incluir a família, de onde

emergem os valores simbólicos imbricados na alimentação de seus membros.

No tocante às pessoas que irão se submeter à cirurgia bariátrica, a intervenção multiprofissional nesse âmbito torna-se ainda mais importante, uma vez que serão submetidas a um procedimento que implicará uma mudança obrigatória dos hábitos alimentares. Nesse sentido, cabe aos profissionais de saúde propor estratégias de abordagem individual – em consultas, visitas domiciliares, entre outros – como também coletiva – por meio de grupos educativos –, que trabalhe concomitantemente com a pessoa obesa e com os demais membros de sua família, no sentido de que haja a adesão a um plano alimentar adequado, condição primordial para o sucesso da gastroplastia.

A vivência da mulher com o seu corpo obeso, cerne do processo decisório pela cirurgia bariátrica, trouxe também questões relacionadas à aparência física e ao preconceito social, os quais merecem receber a devida atenção dos profissionais de saúde. A intervenção nesse campo deve partir de uma postura aberta do profissional para escutar de modo qualificado o que está sendo vivido e sentido pela pessoa obesa. Esta abertura permitirá que o sujeito expresse o reflexo que o padrão de beleza ditado pela sociedade produz em sua subjetividade, possibilitando que elabore melhor tais questões e encontre possíveis caminhos para superar o incômodo e o constrangimento impostos pela ditadura do corpo magro.

O encontro destes caminhos nem sempre será possível pela própria pessoa, sendo necessário o auxílio de profissionais que deem conta de trabalhar de modo mais efetivo tais questões, como o psicólogo. Ao enfermeiro e demais profissionais de saúde sugere-se que busquem as potencialidades inscritas nos sujeitos obesos, a fim de que se ancorem em seus pontos fortes para a elevação da

autoestima, que se encontra, muitas vezes, prejudicada em consequência da obesidade.

Ademais, o insucesso nos tratamentos anteriores de emagrecimento aponta aspectos importantes para a reflexão dos profissionais de saúde. O primeiro se refere a atentarem para o uso arbitrário e indiscriminado de medicamentos inibidores de apetite pelo obeso, que agem no reflexo e não sobre a causa do problema. A mudança de hábito induzida por drogas não se configura em uma real mudança, resultando no conhecido “efeito sanfona”, marcado pelo emagrecimento e posterior ganho de peso.

Cabe ao profissional atuar mais diretamente nas atividades de promoção da saúde, no sentido de mediar o empoderamento da pessoa no tocante à mudança do seu estilo de vida, a fim de que o mecanismo de emagrecimento seja ativo (provocado pela ação do sujeito) e não apenas passivo (em decorrência da ação das drogas em detrimento da própria pessoa).

O segundo aspecto a ser trabalhado nesse campo é o ideário de que, uma vez que a história da pessoa obesa é marcada por diversas tentativas frustradas de emagrecimento, a cirurgia surge como a última opção e única saída possível para atingir o corpo magro.

Nessa lógica, parece que a pessoa atribui somente à cirurgia a responsabilidade pelo seu emagrecimento, como anteriormente atribuía a medicamentos inibidores de apetite. O profissional da saúde tem um papel importante nesse sentido, pois precisa trabalhar desde o pré-operatório a noção de que a cirurgia bariátrica, como qualquer outro tratamento para o emagrecimento, implica uma via de mão dupla, exigindo corresponsabilização da pessoa obesa para que se configure em uma experiência exitosa.

No tocante às limitações impostas pela obesidade, algumas reflexões importantes merecem ser destacadas para os profissionais do campo da saúde. Estas se concentram sob duas vertentes: a da prevenção e a do tratamento/recuperação. A primeira baseia-se na captação precoce das pessoas que apresentam sobrepeso e obesidade grau I e grau II. Esta captação tem como finalidade intervir previamente, a fim de que a pessoa obesa não apresente as limitações comuns às encontradas nos casos de obesidade severa. No presente estudo, pelo fato de as mulheres apresentarem um grau avançado de obesidade, as comorbidades já instaladas trouxeram limitações à vida cotidiana dessas pessoas.

Importante destacar nesse âmbito que, como fora evidenciado no presente estudo, comumente a obesidade coabita com outras doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes tipo 2. As estratégias de intervenção direcionadas aos hipertensos e diabéticos já estão bem consolidadas nos serviços de saúde. Um fato curioso é pensar que essa clientela apresenta comumente algum grau de obesidade, sendo esta relegada a um segundo plano e, muitas vezes, nem percebida como um campo que demanda a intervenção da equipe multiprofissional, o que precisa ser revisto de forma urgente.

Nesse sentido, chama-se a atenção para que os profissionais da saúde estejam atentos ao grupo populacional que apresenta indícios de aumento do peso ao longo dos anos. Destaca-se sob esse prisma a importância do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que deve conferir à equipe de profissionais da APS a visibilidade da situação alimentar e nutricional da área de abrangência que está sob sua responsabilidade.

Isso implica uma necessidade de planejar e efetivar ações no âmbito coletivo (como grupos de caminhada, atividades de educação em saúde, entre outras) com a inclusão de profissionais

de outras áreas (como educadores físicos) e de outros setores (como da área de educação), a fim de a soma de esforços se configure em iniciativas que motivem as pessoas a buscar um estilo de vida mais saudável, prevenindo e/ou evitando que o excesso de peso cresça exponencialmente.

A segunda vertente proposta para reflexão nesse âmbito se refere ao momento em que as limitações já estão instaladas, o que foi observado nas mulheres deste estudo. Nesta perspectiva, uma rede de atenção à saúde deve estar preparada para atender essas pessoas, uma vez que apresentam a necessidade de múltiplos profissionais da saúde, situados em diversos níveis de atenção.

A fragmentação da assistência à saúde ainda constitui um desafio a ser superado nesse campo, exigindo que tanto os profissionais quanto os gestores se atentem para a necessidade de criar redes integradas de assistência à pessoa obesa, com a implementação de linhas de cuidado que possam dar encaminhamento às múltiplas demandas apresentadas por essa clientela.

Para além das intervenções no campo clínico, em que imperam as limitações impostas pela obesidade, há que se ressaltar a necessidade premente de criação de espaços de potência para trabalhar as diversas questões (objetivas e subjetivas) entremeadas a esse importante problema de saúde público mundial. É nesse contexto que emergem os grupos educativos, uma efetiva ferramenta para intervenção no âmbito coletivo, devendo ser utilizada pelos profissionais da saúde em todos os níveis de atenção.

No presente estudo, foi evidenciado o quanto os grupos são importantes no processo decisório da mulher, no sentido de lhe conferir maior segurança para vivenciar o procedimento cirúrgico e também o pós-operatório. Isso sinaliza que os centros de saúde

especialistas em cirurgia bariátrica devem se amparar nessa ferramenta, a fim de preparar as pessoas obesas para uma vivência mais segura e tranquila da cirurgia.

Isso se configura ainda mais importante no momento em que se depara, na atualidade, com a banalização da gastroplastia. Em especial nos serviços privados de saúde, evidencia-se uma busca desenfreada de pessoas obesas pela cirurgia bariátrica, conferindo ao ato cirúrgico a responsabilidade pelo emagrecimento muitas vezes não conseguido ou mantido. O grupo, nesse sentido, se configura como uma ferramenta importante para instruir essa clientela quanto aos riscos e benefícios da cirurgia, bem como quanto ao caráter de corresponsabilização e comprometimento da pessoa para o alcance de suas metas.

Tendo em vista o projeto que as mulheres deste estudo têm para as suas vidas após submeterem-se à cirurgia bariátrica, demarca-se aqui outra dimensão em que deve se dar a atuação do enfermeiro e demais profissionais de saúde. As expectativas de resgatar a saúde, incluir-se socialmente e inserir-se no mercado de trabalho têm como eixo estruturante o emagrecimento e a sua manutenção, sendo este o ponto que merece atenção da equipe multiprofissional.

Pensar em uma linha de cuidado para o público obeso é atentar-se também para o momento em que ele já não assume mais a representação social da obesidade, porém ainda apresenta desafios cotidianos que o conduziram ao agravamento da doença. Isso denota que o profissional da saúde deve continuar atuando junto ao obeso no período pós-operatório, no sentido de que a cirurgia redefina um novo estilo de vida a ser adotado e incorporado em seu cotidiano.

Nesse momento, reforça-se novamente a importância da inclusão da família, formando uma tríade de cuidado compartilhado –

sujeito operado, família e profissional de saúde –, que deve atuar de forma conjunta no sentido de que a cirurgia se configure em uma desconstrução não somente do corpo obeso, mas fundamentalmente dos motivos que o conduziram a essa conformação.

Portanto, percebe-se que o presente estudo sinaliza aspectos que transcendem a decisão em si pela cirurgia bariátrica, os quais precisam ser valorizados na assistência à pessoa obesa. Os discursos das mulheres trouxeram pontos importantes para serem refletidos pelos profissionais de saúde, no sentido de que se atentem e possam atuar frente às diversas questões aqui demarcadas.

8 CONCLUSÕES

Esta investigação possibilitou a compreensão de uma faceta imbricada em um fenômeno complexo – a obesidade. A análise do processo de tomada de decisão da mulher pela cirurgia bariátrica permitiu revelar que, muito além de uma doença, tomada sob uma perspectiva biomédica, a obesidade é um fenômeno que exige ser compreendido sob o prisma que valorize a subjetividade da pessoa.

A compreensão do processo de tomada de decisão pela cirurgia bariátrica por mulheres obesas trouxe à tona a identificação de aspectos biopsicossociais entremeados ao processo decisório. A Fenomenologia Social de Alfred Schütz permitiu desvelar o fenômeno estudado, com destaque para os motivos existenciais que fundamentaram a decisão da mulher pela cirurgia (motivos porque) e os relacionados aos projetos de vida entremeados a esta decisão (motivos para).

Evidenciou-se, nesse sentido, que o processo decisório das mulheres não tem o seu início no momento em que se diz decidida pela cirurgia bariátrica. Na realidade, esta decisão configura-se como uma ação social em fluxo, ancorada nos seus “motivos porque” – marcados por hábitos alimentares inadequados, insatisfação com sua aparência física, limitações impostas pela obesidade, preconceito social vivenciado e pelo insucesso em tentativas prévias de emagrecimento.

Além disso, sua decisão pela cirurgia é mediada continuamente pelo estabelecimento de novos projetos, sejam mais imediatos – como enfrentar o risco cirúrgico, rever os seus hábitos alimentares e buscar apoio no grupo – ou mais distantes, concentrados no que esperam para as suas vidas após a cirurgia –

resgatar a saúde, sentir-se incluídas pela sociedade e inserir-se no mercado de trabalho.

Tendo em vista ser a obesidade uma doença crônica de magnitude mundial, com forte componente psicossocial, sugere-se a criação de programas específicos de atenção a este público, com a inclusão de uma linha de cuidado ao obeso. Esta deve perpassar todos os níveis de atenção à saúde e ser mediada pela abordagem de uma equipe multiprofissional que atue de modo interdisciplinar, com vistas ao atendimento das diversas demandas apresentadas por esta clientela.

O presente estudo apresenta como limitação o fato de ser desenvolvido com um público seletivo: mulheres participantes de grupos educativos de um programa de obesidade consolidado no município estudado. Presume-se que a decisão pela cirurgia neste contexto apresenta contornos diferenciados, uma vez que esta se dá em um ambiente de aprendizagem, trocas e experiências mútuas que ressignificam continuamente o processo decisório da mulher. Nesse sentido, os achados desta pesquisa podem divergir de outras realidades que não retratam o cenário estudado, inviabilizando, portanto, a generalização dos resultados.

A despeito de a presente investigação ter se debruçado sob um grupo específico de mulheres que já apresenta um grau avançado de obesidade, suas vivências remetem aspectos importantes que devem conduzir as ações profissionais no cuidado às pessoas com sobrepeso e diversos graus de obesidade, as quais estão expressivamente presentes no cotidiano dos serviços de saúde.

A compreensão do processo de tomada de decisão da mulher pela cirurgia bariátrica deve servir de subsídio para o enfermeiro e demais profissionais da saúde ao assistirem as pessoas obesas. Aponta também a relevância do tema obesidade no

processo de formação dos profissionais no campo da saúde, sinalizando para os educadores a importância de conduzir os futuros profissionais na reflexão desta temática para além do prisma biomédico, valorizando o sujeito obeso e o contexto de vida no qual está inserido.

Sinaliza, finalmente, a necessidade do incremento de pesquisas qualitativas que abordem as inúmeras facetas desse fenômeno tão complexo, a fim de que novas investigações sejam propostas no sentido de elucidar outros múltiplos meandros inscritos na obesidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade: cadernos de atenção básica. Brasília (DF); 2006.
2. Pena M, Bacallo J (Orgs). La obesidad en la pobreza un nuevo reto para la salud publica. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
3. Ismail MN, Chee SS, Nawawi H, Yusoff K, Lim TO, James WP. Obesity in Malaysia. *Obesity reviews*. 2002; 3(3):203-8.
4. Yumuk VD. Prevalence of obesity in Turkey. *Obesity reviews*. 2005; 6(1):9-10.
5. Aranceta J, Pérez RC, Serra LM, Bellido D, De La Torre ML, Formiguera X, Moreno B. Prevention of overweight and obesity: a Spanish approach. *Public Health Nutr*. 2007;10(10A):1187-93.
6. Papandreou C, Moura DTA, Abdeen Z, Philalithis A, Tzanakis N. Obesity in Mediterranean region (1997-2007): a systematic review. *Obesity reviews*. 2008; 9(5):389-99.
7. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Sigrist S, Buddeberg C. Impact of Psychosocial Stress and Symptoms on Indication for Bariatric Surgery and Outcome in Morbidly Obese Patients. *Obes Surg*. 2004;14(3):361-69.
8. Wee CC, Jones DB, Davis RB, Bourland AC, Hamel MB. Understanding Patients' Value of Weight Loss and Expectations for Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2006;16(4):496-500.
9. Petribu K et al. Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife PE. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2006;50(5):901-8, out. 2006.
10. Sogg S, Mori DL. Psychosocial Evaluation for Bariatric Surgery: the Boston Interview and Opportunities for Intervention. *Obes Surg*. 2009;19(3):369-77.
11. Franques ARM. Participação do Psiquiatra e do Psicólogo na fase perioperatória B: participação do psicólogo. In: Garrido Júnior AB, organizador. *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Atheneu; 2004. p.75-9.

12. Santos LMP, Oliveira IV, Peters LR, Conde WL. Trends in Morbid Obesity and in Bariatric Surgeries Covered by the Brazilian Public Health System. *Obes Surg*. 2010; 20(7):943-48.
13. Carvalho MC, Martins AA. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004; 9(4):1003-12.
14. Zottis C, Lambronic LM. O Corpo obeso e a percepção de si. *Cogitare enferm*. 2002; 7(2):21-9.
15. Thomas SL, Hyde J, Hebert AD, Komesaroff PA. Being 'fat' in today's world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. *Health Expectations*. 2008; 11(4):321-30.
16. Monteiro CA, Moura EC, Conde WL, Popkin BM. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004; 82(12):940-6.
17. Costa ACC, Ivo ML, Cantero WB, Tognini JRF. Obesity in candidates for bariatric surgery. *Acta Paul. Enferm*. 2009; 22(1):55-9.
18. World Health Organization. World Health Statistics 2012 [Internet]. 2012 [cited 2013 fev. 27]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/.
19. Khambalia AZ, Visita LS. Trends in overweight and obese adults in Malaysia (1996-2009): a systematic review. *Obesity reviews*. 2010; 11(6):403-12.
20. Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade no Brasil: tendências atuais. *Rev Portuguesa de Saúde Pública*. 2006; 24(2):71-82.
21. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão / IBGE; 2010.
22. Kain J, Vio F, Albala C. Obesity trends and determinant factors in Latin America. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(Suppl1):77-86.
23. Beltaifa L, Traissac P, El At J, Levèvre P, Romdhane HB, Delpeuch F. Prevalence of obesity and associated socioeconomic factors among Tunisian women from different living environments. *Obesity reviews*. 2009; 10(2):145-53.
24. Thande NK, Hurstac EE, Sciacca RE, Giardina EGV. Management of Obesity: a Challenge for Medical Training and Practice. *Obesity*. 2008; 17(1):107-13.

-
25. World Health Organization. BMI Classification 2004 [Internet]. 2009 [cited 2009 mar. 12]. Available from: http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.
26. Buchwald H, Willians SE. Bariatric Surgery WorldWide 2003. *Obes Surg*. 2004; 14(9):1157-64.
27. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Evolução da cirurgia bariátrica e metabólica no Brasil [Internet]. 2011 [citado 2012 dez. 20]. Disponível em: <http://www.sbcbr.org.br/cbariatica.asp?menu=0>.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília (DF); 2001.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 492, de 31 de agosto de 2007. Define sobre a Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2013 fev. 15]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/PT-492.htm>.
30. Cordás TA, Lopes Filho AP, Segal A. Transtorno Alimentar e Cirurgia Bariátrica: Relato de Caso. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2004; 48(4):564-71.
31. Lenz M, Richter T, Mühlhäuser I. Morbidity and mortality associated with overweight and obesity in adulthood. *Dtsch Int Arztebl*. 2009; 40(106):641-8.
32. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1.942/2010, de 12 de fevereiro de 2010. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe [Internet]. 2010 [citado 2012 dez. 5]. Disponível em: <http://www.sbcbr.org.br/legislacao.asp?menu=2>.
33. Berti LV, Oliveira MR, Garrido Júnior, AB. Gastroplastia Vertical com Bandagem. In: Garrido Júnior AB, organizador. *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Atheneu; 2004. p.149-54.
34. Leite MAM, Rodrigues MPF. Procedimentos cirúrgicos: introdução histórica. In: Garrido Júnior AB, organizador. *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Atheneu; 2004. p.141-8.
35. Garrido Júnior AB et al. Derivações Gastrojejunais. In: Garrido Júnior AB, organizador. *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Atheneu; 2004. p.155-61.

36. Marchesini JB, Marchesini JCD, Marchesini SD, Cambi MPC, Frare RC, Strobel R. Derivações biliopancreáticas com gastrectomia distal (Operação de Scopinaro) e gastrectomia vertical com preservação do piloro (Duodenal Switch de Hess e Marceau). In: Garrido Júnior AB, organizador. *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Atheneu; 2004. p.163-71.
37. Pories WJ, Dohm LG, Mansfield CJ. Beyond the BMI: the Search for Better Guidelines for Bariatric Surgery. *Obesity*. 2010; 18(5):865-71.
38. Vilhena J. Novaes JV. Comendo, comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea. *Rev Mal-estar e Subjetividade Fortaleza*. 2008; 8(2):379-406.
39. Goldenberg M. Gênero e corpo na cultura brasileira. *Psicol clin* 2005;17(2):65-80.
40. Maroun K, Vieira V. Corpo: uma mercadoria na pós-modernidade. *Psicologia em Revista*. 2008; 14(2):171-86.
41. Witt JSGZ, Schneider AP. Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(9):3909-16.
42. Ferreira FR. A produção dos sentidos sobre a imagem do corpo. *Interface - Comunic. Saúde, Educ*. 2008; 12(26):471-83.
43. Gonçalves CA. O “peso” de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero. *Revista Virtual de Humanidades [Internet]* 2004 [acesso em 2009 nov 10]; 5(11):[42 p.] Disponível em: <http://www.seol.com.br/mneme>.
44. Lynch CS, Chang JC, Ford AF, Ibrahim SA. Obese African-American Women's Perspectives on Weight Loss and Bariatric Surgery. *J Gen Intern Med*. 2007; 22(7):908-14.
45. Magdaleno Júnior R, Chaim EA, Turato ER. Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. *Rev Psiquiatr*. 2009; 31(1):73-8.
46. Libeton M, Dixon JB, Laurie C, O'Brien PE. Patient Motivation for Bariatric Surgery: characteristics and Impact on Outcomes. *Obes Surg*. 2004; 14(3):392-8.
47. Merighi MAB, Praça NS. Pesquisa Qualitativa em Enfermagem. In: Merighi MAB, Praça NS. *Abordagens Teórico-Methodológicas Qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.1-3.

-
48. Moreira DA. O Método fenomenológico na pesquisa. 1ª ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2002.
49. Schutz A. El problema de la realidade social 2ª reimp. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
50. Wagner HTR. Sobre fenomenologia e relações sociais: Alfred Schutz. Petrópolis, RJ: Vozes; 2012.
51. Schutz A, Luckmann T. Las estructuras del mundo de la vida. 2ª reimp. Buenos Aires: Amorrortu, 2009.
52. Schütz A. Estudios sobre teoría social. Escrito II. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
53. Capalbo C. Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz. 2ª ed. Londrina: UEL; 1998.
54. Merighi, MAB. Fenomenologia. In: Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 31-8.
55. Merighi MAB, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM, Baptista PCP. Being a nursing teacher, woman and mother: showing the experience in the light of social phenomenology. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011;19(1):164-70
56. Merighi MAB, Oliveira DM, Jesus MCP, Hoga LAK, Pedroso AGO. Experiences and expectations of women submitted to hysterectomy. Texto Contexto Enferm. 2012; 21(3):608-15.
57. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de dezembro de 1996. Dispõe sobre normas de pesquisa com seres humanos. Brasília; 1996.
58. Rebelo A, Leal I. Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: estudo exploratório. Aná Psicológica. 2007; 25(3):467-77.
59. Moliner J, Rabuske MM. Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. Psicol teor prat. 2008; 10(2):44-60.
60. Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. Ciênc saúde coletiva. 2011; 16(4):2279-87.
61. Marcelino LF, Patrício ZM. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16(12):4767-76.

62. Fonseca AB, Souza TSN, Frozi DS, Pereira RA. Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições socio-antropológicas para a pesquisa em nutrição. 2011. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(9):3853-62.
63. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Avaliação Nutricional da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE; 2010.
64. Lima L P, Sampaio HAC. Caracterização socioeconômica, antropométrica e alimentar de obesos graves. 2007; *Ciênc saúde coletiva*; 12(4):1011-20.
65. Pinto MS, Bosi MLM. Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. 2010. *Physis*; 20(2):443-57.
66. Marins BR, Araújo IS, Jacob SC. A propaganda de alimentos: orientação ou apenas estímulo ao consumo? *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(9):3873-82.
67. Barbosa MR, Matos PM, Costa ME. Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. *Psicol. Soc.* 2011; 23(1):24-34.
68. Paim MCC, Strey MN. Corpos em metamorfose: um breve olhar sobre os corpos na história, e novas configurações de corpos na atualidade. *Revista Digital Buenos Aires [Internet]* 2004 [acesso em 2013 fev 8]; 10(79). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd79/corpos.htm>.
69. Goldenberg M. Afinal, o que quer a mulher brasileira? *Psicol clin.* 2011; 23(1):47-64.
70. Cardoso AJM, Costa TAT. A relação e o envolvimento das mulheres obesas com o vestuário e a moda. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Porto*. 2007; (4):54-67.
71. Centers for Disease Control and Prevention. National Health and Nutrition Examination Study, 2011-2012 [Internet]. 2013 [cited 2013 jan.11]. Available from: http://wwwn.cdc.gov/nchs/nhanes/search/nhanes11_12.aspx.
72. Melo ME. Doenças desencadeadas ou agravadas pela obesidade. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. ABESO. [Internet] 2011 [acesso em 2012 dez 20]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pagina/14/artigos.shtml>.

73. Rosa MI, Silva FML, Girolodi SB, Antunes GN, Wendland EM. Prevalência e fatores associados à obesidade em mulheres usuárias de serviços de pronto-atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(5):2559-66.
74. Rosa TV, Campos DTF. O sofrimento psíquico na condição obesa e a influência da cultura. *Estudos*. 2008; 35(5):967-79.
75. Almeida GAN, Giampietro HB, Belarmino LB, Moretti LA, Marchini JS, Ceneviva R. Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. *Arq Bras Cir Dig*. 2011;24(3):226-31.
76. Silva SS, Maia AC. Obesity and treatment meanings in bariatric surgery candidates: a qualitative study. *Obes Surg*. 2012; 22(11):1714-22.
77. Castro MR, Carvalho RS, Ferreira VN, Ferreira MEC. Função e Imagem Corporal: uma análise a partir dos discursos de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2010; 32 (2-4): 167-83.
78. Engström M, Wiklund M, Olsén MF, Lönroth H, Forsberg A. The Meaning of Awaiting Bariatric Surgery Due to Morbid Obesity *Open Nurs J*. 2011; (5):1-8.
79. Papalazarou A et al. Lifestyle intervention favorably affects weight loss and maintenance following obesity surgery. 2010; 18(7):1348-53.
80. Freire RH, Borges MC, Alvarez-Leite JI, Toulson DCMI. Food quality, physical activity, and nutritional follow-up as determinant of weight regain after Roux-en-Y gastric bypass. *Nutrition*. 2012; 28(1):53-8.
81. Santos AL, Pasquali R, Marcon SS. Sentimentos e experiências de vida dos indivíduos que participam de um grupo de apoio para controle da obesidade: um estudo exploratório. *Online braz j nurs [Internet]* 2012 [acesso em 2013 fev 8]; 11(1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3251/pdf>.
82. Costa KS, Munari DB. O grupo de controle de peso no processo de educação em saúde. *Rev Enferm UERJ*. 2004; 12(1):54-9.
83. Zimerman DE. Fundamentos Básicos das Grupoterapias. Porto Alegre: Artmed; 2000.
84. van Hout GCM, Vreeswijk CMJM, van Heck GL. Bariatric surgery and bariatric psychology: evaluation of Dutch approach. *Obes Surg*. 2008;18(3):321–5.

85. Agra G, Henriques ERM. Vivência de mulheres que se submeteram à gastroplastia. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2009 [acesso em 2011 out 4];11(4):982-92. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a24.htm>.
86. Kolotkin LR, Zunker C, Østbye T. Sexual Functioning and Obesity: A Review. Obesity. 2012; 20(12):2325-33.
87. Magdaleno Júnior R, Chaim EA, Pareja JC, Turato ER. The Psychology of Bariatric Patient: What Replaces Obesity? A Qualitative Research with Brazilian Women. Obes Surg. 2011;21(3): 336-9.
88. Phillips F. Obesity in pregnancy. Part 1: prevalence and risks. Pract Midwife. 2012; 15(9):20, 22-3.
89. Kondo W, George MA, Branco Filho AJ, Rangel M, Jorge M, Garcia GJ. Gravidez após cirurgia bariátrica. Femina. 2007; 35(4):239-48.
90. Willis K, Sheiner E. Bariatric surgery and pregnancy: the magical solution? J Perinat Med. 2013; 41(2):133-40.
91. Abilés V et al. Psychological Characteristics of Morbidly Obese Candidates for Bariatric Surgery. Obes Surg. 2010; 20(2):161-7.
92. Emery CF et al. Gastric Bypass Surgery is Associated with Reduced Inflammation and Less Depression: a Preliminary Investigation. Obes Surg. 2007; 17(6):759-63.
93. Magdaleno Júnior R, Chaim EA, Turato ER. Understanding the Life Experiences of Brazilian Women after Bariatric Surgery: a Qualitative Study. Obes Surg. 2010; 20(8):1086-9.
94. Almeida ACN et al. Corpo, estética e obesidade: reflexões baseadas no paradigma da indústria cultural. Estudos. 2006; 33(9-10):789-812.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Deíse Moura de Oliveira, enfermeira, aluna no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade de São Paulo, convido você para participar da pesquisa intitulada: “Mulheres obesas mórbidas: desvelando o processo de tomada de decisão pela cirurgia bariátrica”, que tem como objetivo compreender o processo de tomada de decisão pela cirurgia bariátrica por mulheres obesas mórbidas.

Sua participação será muito importante, pois ao compreendermos como se dá esse processo de tomada de decisão, podemos – como profissionais de saúde – melhorar o nosso atendimento às mulheres obesas mórbidas que estão no pré-operatório da cirurgia bariátrica. Assim, a valorização dos aspectos vividos por você diante da tomada de decisão pela cirurgia possibilitará um atendimento voltado para as suas reais necessidades de saúde nesse momento da sua vida.

Para tanto, você responderá a três questões que serão gravadas. Assumo o compromisso de manter sigilo quanto à sua identidade durante a realização e na divulgação dos resultados da pesquisa – em eventos e publicações científicas – na medida em que as informações coletadas serão identificadas com um código fictício que somente eu terei acesso.

Os gastos envolvidos na pesquisa são de minha responsabilidade. Você não terá gastos e nem será pago qualquer valor para participar do estudo. Caso precise utilizar condução com a finalidade única de participar deste estudo comprometo-me em ressarcir-lá. Em qualquer momento poderá pedir informações sobre o andamento da pesquisa, bem como se recusar a participar do estudo, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo, inclusive relacionado ao seu atendimento junto ao Serviço de Controle da Hipertensão, Diabetes e Obesidade (SCHDO). Sua participação envolve um risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades que realizam no cotidiano. O presente termo será assinado em duas vias, uma ficará com você e a outra ficará arquivada comigo. Se precisar de outras informações e esclarecimentos, entre em contato comigo pelo telefone (11) 8275-0291 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pelo e-mail: edipesq@usp.br ou pelo telefone (11) 3061-7548.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do estudo.

Assinatura da entrevistada

Como pesquisadora, declaro ter realizado todas as orientações necessárias.

Deíse Moura de Oliveira

APÊNDICE 2

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Declaro minha anuência para a pesquisadora Deise Moura de Oliveira proceder a coleta de dados da pesquisa intitulada "Mulheres obesas mórbidas: desvelando o processo de tomada de decisão pela cirurgia bariátrica". Declaro também que essa instituição apresenta a infra-estrutura necessária para a realização da referida pesquisa.

A pesquisadora responsável me entregou uma cópia do Projeto de Pesquisa e uma do Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da EEUSP.

Portanto, estou ciente dos objetivos do estudo, bem como dos procedimentos e meios para a sua realização, da garantia do sigilo e anonimato e também da não ocorrência de prejuízos ou danos a minha pessoa, aos sujeitos e a instituição.

Juiz de Fora, 18 de outubro de 2012.

Christanny Corrêa Ghirinzoni
Chefe do Serviço de Controle da Hipertensão, Diabetes e Obesidade

ANEXO

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

PROJETO DE PESQUISA

Título: MULHERES OBESAS MÓRBIDAS: DESVELANDO O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO PELA CIRURGIA BARIÁTRICA

Área Temática:

Pesquisador: Deise Moura de Oliveira

Versão: 2

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

CAAE: 01462912.3.0000.5382

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 73616

Data da Relatoria: 14/08/2012

Apresentação do Projeto:

"Trata-se de pesquisa qualitativa. Optou-se pela ancoragem na fenomenologia. Dada a dimensão social que se delineia no mundo intersubjetivo dos sujeitos e mulheres obesas mórbidas, este estudo será alicerçado pela fenomenologia social, que visa a compreender o mundo com os outros em seu significado intersubjetivo."

"Observa-se na literatura consultada que a apresentação do tema obesidade em interface com a cirurgia bariátrica vem permeada pelo olhar biomédico, restringindo o olhar do profissional de saúde aos aspectos clínicos e às doenças associadas e/ou possíveis agravos que podem advir da obesidade mórbida. Portanto, compreender a vivência da mulher obesa na tomada de decisão pela cirurgia bariátrica torna-se algo instigador, na medida em que essa decisão será justificada não sob o ponto de vista médico, mas pela ótica de quem vivencia a experiência."

"A compreensão das experiências vividas pelas pessoas com obesidade pode enriquecer o conhecimento de uma ampla gama de profissionais na área da saúde pública. Cabe destacar dentre esses o enfermeiro, o qual tem debruçado timidamente sobre a temática deste estudo, denotando escassez de pesquisas na área e, portanto, uma premente necessidade de ampliação das mesmas."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo: compreender o processo de tomada de decisão pela cirurgia bariátrica por mulheres obesas mórbidas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

As participantes serão orientadas quanto ao risco mínimo que ocorre ao participar da pesquisa, isto é, o mesmo risco existente em atividades que realizam no cotidiano. Será assegurado o direito de ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos em decorrência da participação na pesquisa.

Benefícios:

Oportunidade de refletir e reelaborar sua decisão pela cirurgia bariátrica. Também contribuir para que tais reflexões tornem novos conhecimentos e ações de saúde voltadas para a mulher obesa mórbida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa aborda tema de interesse e pode contribuir para a produção de conhecimentos e para o desenvolvimento do trabalho da enfermagem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O termo atende as recomendações da Resolução 196/96.

Recomendações:

nada consta

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

atendeu as recomendações e pendências apontadas pelo CEP EEUSP

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do CEP EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

14 de Agosto de 2012

Assinado por:
Celia Maria Sivalli Campos