

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO**

FABIANA FARIA REZENDE

Percepção da imagem corporal, resiliência e estratégias de  
 *coping* em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica

Ribeirão Preto - SP

- 2011 -



**FABIANA FARIA REZENDE**

Percepção da imagem corporal, resiliência e estratégias de  
*coping* em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

**Área de concentração:** Psicologia

**Orientador:** Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida

Ribeirão Preto - SP

- 2011 -

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.

#### FICHA CATALOGRÁFICA

Rezende, Fabiana Faria.

Percepção da imagem corporal, resiliência e estratégias de *coping* em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica / Fabiana Faria Rezende. Ribeirão Preto, 2011.

148 f.

Orientador: Sebastião de Sousa Almeida.

Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. Cirurgia bariátrica.
2. Imagem corporal.
3. Resiliência.
4. Coping.
5. Psicologia da saúde.

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

### **Fabiana Faria Rezende**

Percepção da imagem corporal, resiliência e estratégias de *coping* em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: 06 / 05 / 2011

## **BANCA EXAMINADORA**

### **Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida**

Instituição: Departamento de Psicologia e Educação da FFCLRP – USP/ Ribeirão Preto

Assinatura: \_\_\_\_\_

### **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carmem Beatriz Neufeld**

Instituição: Departamento de Psicologia e Educação da FFCLRP – USP/ Ribeirão Preto

Assinatura: \_\_\_\_\_

### **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Renata Ferrarez Fernandes Lopes**

Instituição: Instituto de Psicologia - Universidade Federal de Uberlândia

Assinatura: \_\_\_\_\_



## **Dedico**

A todas as pessoas que de alguma forma enfrentam problemas relacionados à obesidade e aos profissionais da saúde que atuam nessa área.





## AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos a todos que vivenciaram comigo essa trajetória, compartilhando momentos de alegrias, de angústias, de conquistas, de inseguranças e que, de forma distinta e peculiar contribuíram para a construção e finalização deste trabalho.

**Em especial,**

Ao meu orientador, Prof. **Sebastião**, por ter me aceitado como sua orientanda, pela orientação cuidadosa oferecida, pelas oportunidades de crescimento profissional, pelo seu apoio e confiança.

Às professoras **Carmem Beatriz Neufeld** e **Neide Micelli Domingos**, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

À Dra. **Maria Luiza Segatto** (Oficina da Vida – UFU), pela oportunidade de ter sido monitora de pesquisa em sua tese de doutorado, e que desde a graduação exerceu enorme influência no meu interesse pela investigação científica.

A todos os professores da **Universidade Federal de Uberlândia**, pela contribuição na minha formação acadêmica, em especial às psicólogas do Hospital de Clínicas da UFU, **Rosângela Caratta** e **Márcia Prata**, pela supervisão oferecida no estágio em Psicologia Hospitalar.

À chefe do **Departamento de Psicologia** do Hospital de Base de São José do Rio Preto, por terem permitido o desenvolvimento do projeto na respectiva instituição.

Aos funcionários do Hospital de Base de São José do Rio Preto, principalmente à psicóloga **Paula Sforcin Lopes**, pela imprescindível contribuição no decorrer da coleta de dados.

Aos meus pais, **Ana Maria** e **Vanderlei**, que sempre me incentivaram na busca de conhecimento e à minha irmã, **Viviane**, grande motivadora da minha inserção na pós-graduação.

Ao **Wesley**, pelo amor que nos une e pela compreensão dos meus momentos de ausência do nosso convívio.

A todos os meus amigos, em especial à **Thaís Vilela**, **Jeanny Santana**, **Natália Nassiff**, **Diana Mota**, **Viviane Botega**, pela amizade, companheirismo e incentivo.

Aos alunos e professores do curso de Psicologia da **Fundação Educação de Penápolis**, pela acolhida carinhosa e pela oportunidade de desenvolver meu trabalho como docente na instituição. Essa experiência me trouxe muita maturidade profissional e pessoal.

A todos os colegas que integram o **Laboratório de Nutrição e Comportamento** da FFCLRP, em especial, Gabriela Xavier, Luciana Lorenzato, Marília, Idalina Kakeshita, Fernanda Laus, Gisele Straatmann, Renata Pini, Edson Silva, Roberto Soares e Lucas Vales.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico** – CNPq, pelo apoio financeiro, sem o qual não seria possível a realização deste trabalho.



## RESUMO

Rezende, F. F. (2011). *Percepção da imagem corporal, resiliência e estratégias de coping em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

O procedimento cirúrgico para obesidade mórbida, denominado cirurgia bariátrica, consiste no tratamento mais eficaz e duradouro para esta condição clínica. A cirurgia promove redução drástica do peso e diminuição das comorbidades, porém, o impacto que essas mudanças bruscas de peso causam na saúde psicológica do indivíduo deve ser considerado. Este trabalho objetivou realizar uma análise descritiva dos aspectos relacionados à imagem corporal, processo de resiliência e *coping* em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Foram participantes estudo 100 pacientes adultos, sendo 85% do sexo feminino, com idade entre 22 e 65 anos ( $M=40,58 \pm 10,3$ ). Os instrumentos para coleta de dados consistiram em: questionário de dados sociodemográficos e de condições clínicas; Critério de Classificação Econômica Brasil; *Self Reporting Questionnaire* (SQR-20); Escala de Figuras de Silhuetas para adultos (EFS); Escala de Resiliência (ER); questionário complementar sobre resiliência; Inventário de Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman (IECLF). Verificou-se que os dados antropométricos indicaram uma redução de peso estatisticamente significativa ( $p<0,001$ ); os índices médios de distorção e insatisfação com a imagem corporal foram  $-0,8 \pm 6,48 \text{ Kg/m}^2$  e  $-7,54 \pm 6,95 \text{ Kg/m}^2$ , respectivamente; o escore médio obtido na ER foi de 139,22 pontos ( $\pm 14,7$ ); os domínios do IECLF utilizados em maior frequência foram resolução de problemas, reavaliação positiva e suporte social, enquanto que as estratégias menos utilizadas estiveram nos domínios correspondentes ao afastamento e confronto. As orientações listadas como importantes pela amostra foram além das informações direcionadas às restrições alimentares impostas pela cirurgia, posto que, os indivíduos pesquisados também evocaram a necessidade de orientações psicológicas para melhor adaptação ao procedimento cirúrgico. Conclui-se que a amostra estudada apresentou insatisfação com a imagem corporal com o desejo de diminuir a silhueta; houve presença de distorção com tendência à subestimação da imagem corporal; a amostra apresentou adaptação psicossocial positiva frente aos eventos importantes da vida e foram utilizadas em maior quantidade estratégias adequadas para a resolução de problemas relacionados ao pós-operatório de cirurgia bariátrica. A combinação de instrumentos quantitativos e qualitativos desse estudo possibilitou uma visão ampla sobre os dados objetivos e subjetivos trazidos pelos participantes. Considera-se que a identificação de alterações referentes à imagem corporal, processo de resiliência e estratégias de *coping* pode contribuir com as intervenções dos profissionais da saúde, à medida que possibilita o rastreamento de comportamentos de risco e facilita a criação de ações preventivas às complicações de ordem psicossocial que podem comprometer de forma negativa o sucesso terapêutico esperado pela cirurgia bariátrica.

**Palavras-chave:** Cirurgia Bariátrica. Imagem Corporal. Resiliência. *Coping*. Psicologia da Saúde.



## **ABSTRACT**

Rezende, F. F. (2011). *Perception of corporeal image, resilience and coping strategies in patients who underwent bariatric surgery*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Bariatric Surgery is the most efficient and long-lasting treatment for morbid obesity. The procedure promotes drastic weight loss and reduction of comorbidities. Nevertheless, the impact of such sudden changes on the individual's psychological health must be considered. This work is a descriptive analysis of the aspects related to corporeal image, resilience and coping in patients who underwent Bariatric Surgery. A number of 100 adult patients took part in this study. 85% were females between 22 and 65 years old ( $M=40,58 \pm 10,3$ ). Instruments to collect data consisted of a questionnaire of clinical conditions and socio-demographic data; the Brazilian Criterion for Economic Classification; Self Reporting Questionnaire (SQR-20); Figure Rating Scales (FRS) for adults; The Resilience Scale (RS); a further questionnaire about resilience and the Folkman and Lazarus Coping Strategies Inventory (CSI). It was verified that the anthropometric data indicated statistically significant weight loss ( $p<0,001$ ); the average rates of distortion and dissatisfaction with corporeal image were  $-0,8 \pm 6,48 \text{ Kg/m}^2$  and  $-7,54 \pm 6,95 \text{ Kg/m}^2$ , respectively; the average score obtained in the RS was 139,22 points ( $\pm 14,7$ ); domains of coping used more often were resolution of problems, positive reevaluation and social support, whereas the least used strategies were in the domains of withdrawal and confrontation. The guidelines listed as important by the sample were directed to information beyond the restrictions imposed by surgery, since the individuals surveyed also mentioned the need for psychological orientations to better fit the surgical procedure. It was concluded that the volunteers showed dissatisfaction with their corporeal image, wishing to reduce their silhouettes; there was some distortion with a tendency to underestimate corporeal image; volunteers showed positive psychosocial adaptation before life's important events and more often used proper strategies to cope with post-op problems. The combination of quantitative and qualitative tools in this study provided a broad view of the objective and subjective data brought by participants. The combination of quantitative and qualitative tools in this study provided a broad view of the objective and subjective data brought by participants. It is considered that the identification of alterations related to corporeal image, the resilience process and coping strategies can contribute with health-care professionals as they permit the detection of risky behaviors and facilitate preventive actions against psychosocial complications that could affect negatively the therapeutic success expected in Bariatric Surgery.

**Keywords:** Bariatric Surgery. Corporeal Image. Resilience. *Coping*. Health Psychology.



## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Classificação do estado nutricional em adultos, segundo o IMC .....	29
Quadro 2 - Risco de obesidade acordo com a circunferência da cintura .....	30





## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição do estado nutricional antes e após a realização da cirurgia bariátrica (n=100) .....	70
Figura 2 - Média ( $\pm$ ) do IMC real, atual e desejado para cada sexo e para a amostra total de acordo com a Escala de Figura de Silhuetas .....	73
Figura 3 - Percentuais encontrados para a insatisfação e distorção da imagem corporal para mulheres (n=85) e homens (n=15) de acordo com a Escala de Figuras de Silhuetas .....	73
Figura 4 - Percentuais das respostas discordantes, neutras e concordantes aos itens da Escala de Resiliência (n=100) .....	76
Figura 5 - Percentuais das respostas discordantes, neutras e concordantes aos itens do Questionário Complementar sobre Resiliência (n=100) .....	77
Figura 6 - Percentuais do uso das estratégias de <i>coping</i> nos domínios avaliados no IECFL (n=100) .....	83



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Tratamentos indicados de acordo com a Classificação do IMC e Circunferência da Cintura .....	31
Tabela 2 -	Distribuição das características sociodemográficas (n= 100) .....	58
Tabela 3 -	Distribuição dos dados antropométricos (n= 100) .....	69
Tabela 4 -	Descrição da amostra de acordo com o IMC (Kg/m <sup>2</sup> ), sexo e períodos pré e pós-operatório (n=100) .....	69
Tabela 5 -	Distribuição de variáveis clínicas (n=100) .....	71
Tabela 6 -	Porcentagens das respostas afirmativas no SRQ-20 (n=100) .....	72
Tabela 7 -	Caracterização das variáveis de distorção e insatisfação (n=100) .....	72
Tabela 8 -	Descrição das variáveis da imagem corporal de acordo com o sexo (n=100) .....	74
Tabela 9 -	Descrição das variáveis da imagem corporal de acordo com a idade (n=100) .....	74
Tabela 10 -	Descrição das variáveis da imagem corporal de acordo com o período pós-operatório (n=100) .....	75
Tabela 11 -	Análise de variância por variáveis em estudo para a variável distorção (n=100) ..	75
Tabela 12 -	Principais orientações consideradas úteis pelos participantes no pós-operatório de cirurgia bariátrica .....	78
Tabela 13 -	Principais dificuldades listadas pelos participantes .....	79
Tabela 14 -	Principais vantagens decorrentes da cirurgia bariátrica .....	80
Tabela 15 -	Principais desvantagens decorrentes da cirurgia bariátrica .....	80
Tabela 16 -	Principais mudanças na qualidade de vida percebidas pelos participantes após a cirurgia bariátrica .....	81
Tabela 17 -	Principais mudanças ambientais após a cirurgia bariátrica .....	81
Tabela 18 -	Principais fontes de suporte emocional no pós-operatório de cirurgia bariátrica ..	82
Tabela 19 -	Escore médios obtidos nos oito fatores avaliados pelo IECFL em uma amostra de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica (n= 100) .....	82
Tabela 20 -	Valores médios dos domínios de <i>coping</i> de acordo com sexo, idade, distorção, insatisfação e período pós-operatório com os resultados do pós-teste de Duncan (quando usado) (n=100) .....	85
Tabela 21 -	ANOVA para variáveis de silhueta e <i>coping</i> considerando sexo, idade, distorção, insatisfação e período pós-operatório como fatores (n=100) .....	86
Tabela 22 -	Matriz dos coeficientes de correlação de Pearson os fatores de <i>coping</i> e variáveis da imagem corporal (distorção e insatisfação) (n=100) .....	87



# SUMÁRIO

<b>1 Introdução .....</b>	<b>25</b>
1.1 Obesidade .....	25
1.1.1 Definição e contextualização.....	25
1.1.2 Diagnóstico e Classificação.....	28
1.1.3 Tratamento.....	30
1.1.3.1 Psicoterapia.....	32
1.1.3.2 Tratamento cirúrgico .....	34
1.2 Percepção da imagem corporal.....	37
1.3 Resiliência .....	41
1.4 Estratégias de <i>Coping</i> .....	46
<b>2 Objetivos.....</b>	<b>53</b>
2.1 Objetivo geral .....	53
2.2 Objetivos específicos.....	53
<b>3 Materiais e Método.....</b>	<b>57</b>
3.1 Local.....	57
3.2 Casuística.....	57
3.3 Delineamento.....	59
3.4 Instrumentos .....	59
3.4.1 Caracterização da amostra.....	59
3.4.1.1 Questionário de dados sociodemográficos .....	59
3.4.1.2 Critério de Classificação Econômica Brasil .....	59
3.4.1.3 Questionário sobre condições clínicas atuais .....	60
3.4.1.4 <i>Self Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20) .....	60
3.4.2 Escala de Figuras de Silhuetas para Adultos.....	60
3.4.3 Resiliência .....	61
3.4.3.1 Escala de Resiliência (ER) .....	61
3.4.3.2 Questionário Complementar sobre Resiliência .....	62
3.4.4 Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> de Lazarus e Folkman (IECLF).....	63
3.5 Aspectos éticos .....	64
3.6 Procedimentos .....	64
3.7 Análise dos dados .....	66

<b>4 Resultados</b> .....	<b>69</b>
4.1 Caracterização da amostra .....	69
4.2 Imagem Corporal .....	72
4.3 Resiliência .....	76
4.3.1. Análise qualitativa.....	78
4.4 Estratégias de <i>Coping</i> .....	82
<b>5 Discussão</b> .....	<b>91</b>
5.1 Dados sociodemográficos .....	91
5.2 Condições clínicas.....	91
5.3 Imagem corporal .....	93
5.4 Resiliência .....	97
5.5 Estratégias de <i>Coping</i> .....	101
5.6 Limitações metodológicas.....	104
<b>6 Considerações Finais</b> .....	<b>107</b>
<b>Referências</b> .....	<b>113</b>
<b>Apêndices</b> .....	<b>133</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>141</b>

# INTRODUÇÃO

---





## 1 Introdução

### 1.1 Obesidade

#### 1.1.1 Definição e contextualização

A obesidade pode ser definida como uma condição de anormal ou excessivo acúmulo de gordura no tecido adiposo, ocasionando possíveis prejuízos da saúde, na qualidade e no tempo de vida (WHO, 1998, 2006, 2009). Desenvolve-se principalmente quando há um desequilíbrio entre a ingestão e o gasto de calorias ou de outros processos metabólicos. Consiste em uma doença crônica, cujo controle torna-se difícil e na sua forma mais grave é caracterizada por insucessos terapêuticos e recidivas (Gill, 2006; WHO, 2009).

A World Health Organization (WHO) designa obesidade como uma doença do tipo não transmissível, sendo que dentre as doenças pertencentes a este grupo, é a que apresenta maior incidência em todo o mundo (WHO, 2003). Sobrepeso e obesidade eram reportados apenas a países desenvolvidos, mas atualmente, estudos apontam que problemas decorrentes da obesidade ocorrem inclusive em países onde a fome é endêmica. Observa-se o aumento da prevalência da obesidade de forma globalizada, nas diversas faixas etárias e em regiões onde tradicionalmente sua ocorrência era relativamente baixa, sobretudo no meio urbano (WHO, 2009). Assim, tem-se que a obesidade está deixando de ser associada ao elevado nível social, passando a ser um marcador da pobreza (Mann, 2002).

É considerada como um problema de saúde pública (IBGE, 2004). De acordo com a WHO (2006), estudos mundiais atribuem que cerca de 1,6 bilhões de pessoas com idade superior a 15 anos apresentavam sobrepeso e pelo menos 400 milhões estavam obesas, em 2005. Estimativas futuras indicam que, no ano de 2015, aproximadamente 2,3 bilhões de adultos estarão acima do peso ideal e 700 milhões serão obesos (WHO, 2009). A Força Tarefa Internacional de Obesidade (International Obesity Taskforce – IOTF, 2009) estima que em 2025 a prevalência da obesidade possa atingir 43% a 50% nos Estados Unidos, 30% a 40% na Austrália e Inglaterra, e mais de 20% no Brasil.

Nos Estados Unidos da América (EUA), e de forma semelhante na América Latina (Grummer-Strawn, Hughes, Khan & Martorell, 2000), 55% dos adultos estão acima do peso ideal e quase um quarto são obesos (Flegel, Carroll, Kuczmarski & Johnson, 1998).

Resultados de outras pesquisas apontaram que o sobrepeso acomete 35% da população adulta (20 a 74 anos) e a obesidade acomete 27% da população da mesma faixa etária (Centers for Disease Control and Prevention, 2009). Na Europa, verificou-se em 10 anos um aumento entre 10 e 40% de obesidade na maioria dos países, recebendo destaque a Inglaterra (Tardido & Falcão, 2006).

Sabe-se que nas sociedades orientais o número de obesos adultos é menor do que nas sociedades ocidentais, mas ainda assim, os níveis de sobrepeso e obesidade atingem atualmente quase um quarto da população adulta japonesa (Nunes, Appolinário, Galvão & Coutinho, 1998; Yoskiike, Kaneda & Takimoto, 2002). No Japão, as prevalências de sobrepeso e obesidade no sexo masculino foram de 24,5% e 2,3%, respectivamente. Para as mulheres acima dos 20 anos de idade os resultados foram de 17,8% para o sobrepeso e 3,4% para a obesidade (Health Promotion and Nutrition Research Association, 2002).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), 13,0% dos adultos brasileiros são obesos e 43,3% possuem sobrepeso corporal, sendo o índice entre as mulheres (13,6%) maior do que dos homens (12,4%). A projeção para 2015 é de que haja 73,6% e 67,2% de sobrepeso para mulheres e homens, respectivamente, e 39,7% e 21,6% de obesidade na população feminina e masculina, respectivamente (WHO, 2006). A prevalência da obesidade pode ser diferente de acordo com cada região do país.

Os autores Simony, Gimeno, Ferreira e Franco (2008) realizaram um estudo com uma amostra de 1.330 nipo-brasileiros residentes na cidade de Bauru - SP. Os resultados indicaram uma elevada porcentagem de indivíduos com sobrepeso nesta população em ambos os sexos, sendo 26,1% e 44,8% entre os homens de primeira e segunda geração, respectivamente, e 27,9% e 32,4% entre as mulheres de primeira e segunda geração, respectivamente. Com esses dados, nota-se que a segunda geração apresentou prevalências elevadas de sobrepeso, obesidade e obesidade abdominal quando comparada com a primeira geração, para ambos os sexos. Esses resultados são corroborados por outros estudos que sugerem que as prevalências de sobrepeso e obesidade em populações migrantes podem ser associadas ao impacto da ocidentalização no estilo de vida e na dieta ao se mudarem para outros países.

Outro inquérito estimou uma prevalência de obesidade em cerca de 8,0% para os homens e 12,9% para as mulheres com 20 anos ou mais, na população urbana das regiões Sudeste e Nordeste (Monteiro, Benício, Conde & Popkin, 2000). Investigação realizada nas regiões Sudeste e Nordeste, tendo como casuística 17.184 pessoas (15,7% crianças; 23% adolescentes e 61,3% adultos), mostrou que houve um aumento gradativo da prevalência de sobrepeso e obesidade desde a infância até a idade adulta, com declínio entre os idosos. A

prevalência de obesidade foi maior em mulheres do que em homens (adultos) (Abrantes, Lamounier & Colosimo, 2003).

Considera-se o Sul como a região brasileira que apresenta as maiores prevalências de obesidade com índices semelhantes ou mais elevados do que os encontrados nos países desenvolvidos. Na cidade de Pelotas – RS a prevalência de obesidade foi de 21%, enquanto a de sobrepeso foi de 40%, em uma amostra de 1.145 pessoas com idades entre 20 e 69 anos. Além disso, a pesquisa mostrou uma prevalência de obesidade de 25% em mulheres e 15% em homens para a população estudada (Gigante, Barros, Post & Olinto, 1997). Em Porto Alegre – RS, a prevalência de excesso de peso foi de 39,5% em um estudo com 592 indivíduos (Fuchs et al., 2005). Em Lages – SC, 23,5% dos 2.002 adultos entrevistados foram classificados como obesos (Vedana et al., 2008). Esse resultado foi superior em mais de três vezes a média mundial (WHO, 2004).

A partir desses resultados, percebe-se a tendência de substituição do problema da desnutrição pela obesidade. Isso faz com que o Brasil, juntamente com outros países, seja denominado de país em transição nutricional (Monteiro et al., 2000). A WHO considera que a estratégia global para a prevenção e o controle de doenças não transmissíveis deveria ter foco nos seguintes principais fatores de risco: uso do tabaco, dietas não saudáveis e atividade física inadequada. O controle da obesidade é fundamental nessa estratégia (WHO, 2000). Essas mudanças no estilo de vida exercem reflexos na qualidade de vida e conseqüentemente, há uma redução nos custos com serviços médicos hospitalares (Ministério da Saúde, 2001).

A obesidade causa prejuízos na saúde dos indivíduos, tanto na dimensão física quanto psicológica (Bernardi, Cichelero & Vitolo, 2005). Associa-se obesidade com a manifestação de diversas doenças crônicas e ao aumento da mortalidade (Velásquez-Meléndez, Gazzinelli, Côrrea-Oliveira, Pimenta & Kac, 2007; WHO, 2009), além de prejuízos individuais e sociais e gastos cada vez mais crescentes com o tratamento de suas conseqüências, sejam elas diretas ou indiretas (D. Thompson & Wolf, 2001; Wang & Dietz, 2002; Gill, 2006). Estima-se que cerca de 2 a 6% dos gastos em tratamentos de saúde em vários países do mundo é destinado a condições relacionadas à obesidade (WHO, 2004).

Adicionado às comorbidades físicas, estudos encontram associação positiva com obesidade e psicopatologias (King, Shapiro, Helb, Singletary & Turner, 2006; Shapiro, King & Quiñones, 2007). Pessoas obesas normalmente são alvo de discriminação e preconceito, o que contribui para a manifestação de distúrbios psicossociais (Teichmann, Olinto, Costa & Ziegler, 2006). Segundo Ades e Kerbauy (2002), a obesidade é vista como uma doença autoinfligida, sendo causa de sofrimento, depressão e comportamentos de esquiva social. Além

disso, normalmente pessoas obesas cursam menor número de anos escolares, possuem salários mais baixos, têm menor chance de se envolverem em relacionamentos afetivos estáveis (Segal & Fandiño, 2002).

A obesidade é um fenômeno multicausal, tendo como base fatores socioculturais, biológicos e psicológicos (Gorgati, Holcberg & Oliveira, 2002; WHO, 2009). Pesquisas apontam como fatores de risco para a manifestação da obesidade eventos de ocorrência precoce na vida, como o crescimento intra-uterino, a prematuridade, o peso materno, amamentação, fatores concorrentes à adolescência, como maturação sexual, além de fatores referentes à nutrição, atividade física, estado emocional, tabagismo, fatores ambientais e sociais (Ebbeling, Pawlak & Ludwig, 2002; Gill, 2006). Além disso, a mudança do estilo de vida da população com o aumento do consumo de alimentos refinados e produtos que contenham níveis elevados de gorduras saturadas, juntamente com o gasto de energia reduzido, são fatores que contribuem para o aumento da incidência da obesidade e de outras doenças não transmissíveis (Bell, Ge & Popkin, 2002).

Em outros momentos históricos, nos anos 60, por exemplo, a obesidade não era vista como um problema de saúde pública. Pelo contrário, estar acima do peso era um indicativo de prosperidade econômica de determinada população, já que transmitia a idéia de que as pessoas tinham acesso à comida (López, 2009). As influências socioculturais na prática alimentar têm sido investigadas em vários grupos, principalmente na população adolescente (Álvarez, Eroza & Ramírez, 2009). No entanto, poucos estudos têm focalizado especificamente a influência sociocultural na obesidade grave (López, 2009).

Para o ramo das ciências sociais, a obesidade é uma construção social. As práticas alimentares são motivadas e condicionadas por restrições simbólicas. Dessa forma, as estratégias nutricionais devem ser flexíveis para atingir pessoas de variados níveis sociais, econômicos e culturais. Neste sentido, as orientações nutricionais, e pode-se expandir, para as orientações dos demais profissionais na área da saúde, seriam mais eficazes se o modo de pensar e sentir a comida fossem compreendidos pelos profissionais em questão (López, 2009).

### **1.1.2 Diagnóstico e Classificação**

O diagnóstico pode ser estabelecido por métodos quantitativos ou qualitativos (Mancini, 2002). O cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) consiste em um método

quantitativo utilizado para se determinar o sobrepeso ou obesidade em adultos e é calculado pelo peso (Kg) dividido pela altura (m) ao quadrado ( $IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$ ) (WHO, 2006).

O valor do IMC é o mesmo para ambos os sexos, no entanto, os pontos de corte podem não corresponder ao mesmo grau de gordura nas diferentes populações, visto que existem diferenças nas proporções corporais em cada etnia. Os riscos sanitários associados com sobrepeso e obesidade parecem aumentar progressivamente com o aumento do IMC. Nesse sistema de classificação, um IMC de 30 Kg/m<sup>2</sup> ou mais denota obesidade (WHO, 2006) (Quadro 1).

**Quadro 1** - Classificação do estado nutricional em adultos, segundo o IMC.

<b>Classificação</b>	<b>IMC</b>
Baixo peso	<18,5
Magreza severa	<16,0
Magreza moderada	16,0 - 16,9
Magreza leve	17,0 - 18,49
Peso normal (eutrofia)	18,5 - 24,9
Sobrepeso	≥ 25,0
Pré-obeso	25,0 - 29,9
Obeso	≥ 30,0
Obeso Classe I	30,0 - 34,9
Obeso Classe II	35,0 - 39,9
Obeso Classe III	≥ 40,0

Fonte: WHO (2006).

Apesar de ser o método mais utilizado para indicar sobrepeso e obesidade nos adultos, visto que se trata de um método rápido, de fácil aplicação, sem custos e aceito pela população, deve ser complementado por uma avaliação clínica para melhor mensuração do nível de gordura corporal (Gill, 2006). O valor do IMC não distingue entre as massas de gordura e muscular, o que pode acarretar erros de interpretação. Os atletas, por exemplo, podem ter um IMC correspondente ao excesso de peso, apesar de não terem excesso de gordura corporal. Existe a possibilidade de que duas pessoas com o mesmo IMC tenham diferentes percentuais

de gordura corpórea. Dentre os fatores responsáveis por isso, está o envelhecimento (Centers of Disease Control and Prevention, 2009; Filardo & Petroski, 2007).

O diagnóstico qualitativo analisa as distribuições corpóreas da gordura, cujo excesso pode estar localizado na região abdominal ou no tronco (obesidade tipo andróide); ou concentrada na região dos quadris (obesidade ginecóide). Esta última, mais freqüente no sexo feminino (McArdle, F. Katch & V. Katch, 2000). O acúmulo de gordura intra-abdominal ou central associa-se ao risco de doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas. Sugere-se que a classificação de risco para a saúde com base na medida da circunferência da cintura seja mais adequada que simplesmente a avaliação pelo cálculo do IMC (Han, Bijnen, Lean & Seidell, 1998). Também é importante ressaltar que o nível de risco à saúde associado à relação cintura-quadril podem variar entre populações (WHO, 2000). A OMS faz a seguinte classificação em relação à medida (cm) da cintura para homens e mulheres:

**Quadro 2** - Risco de obesidade acordo com a circunferência da cintura.

Sexo	Risco de obesidade associado a complicações metabólicas	
	Alto	Significativamente alto
Masculino	≥ 94,0 cm	≥ 102,0 cm
Feminino	≥ 80,0 cm	≥ 88,0 cm

Fonte: WHO (2000).

### 1.1.3 Tratamento

Visto que a obesidade é uma doença complexa e multifatorial, as modalidades terapêuticas exigem abordagem multidisciplinar com o acompanhamento de diversos profissionais da área da saúde, tais como: médicos, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos/psiquiatras. A abordagem multidisciplinar objetiva a melhora física, psicológica e social dos pacientes (T. Tavares, Nunes & Santos, 2010). O tratamento pode contemplar as seguintes vertentes: acompanhamento nutricional visando à restrição energética; atividade física; mudanças cognitivo-comportamentais; tratamento farmacológico cirúrgico (Duchesne, 2001; Francischi et al., 2000; Garaulet & Pérez de Heredia, 2009). O sucesso para o manejo

da obesidade consiste em um tratamento em longo prazo, por meio de ações combinadas, que incluem psicoeducação, suporte social, aconselhamento, autoeficácia, modificações comportamentais, cognitivas e mudanças no estilo de vida (Hills & Byrne, 2006).

Alguns fatores influenciam na escolha do tratamento adequado para cada paciente. A tabela a seguir consiste em um panorama com a recomendação dos respectivos tratamentos de acordo com a classificação do IMC e da medida da circunferência da cintura para brancos (Tabela 1).

**Tabela 1** - Tratamentos indicados\* de acordo com a Classificação do IMC e Circunferência da Cintura.

<b>Classificação IMC (WHO)</b>	<b>Circunferência da Cintura**</b>	<b>Tratamento</b>	<b>Tratamento se houver risco adicional</b>
Normal		. Orientações sobre estilo de vida saudável . Dieta, atividade física e mudanças comportamentais (nenhuma terapia para perda de peso é indicada)	. Orientações sobre dieta de muito baixa caloria devem ser recomendadas se a perda de peso é considerada benéfica
Sobrepeso	Homem > 94 cm Mulher > 80 cm	. Dieta com baixa caloria	. Dieta de muito baixa caloria . Farmacoterapia
Obesidade			
Classe I	Homem > 102 cm Mulher > 88 cm	. Dieta de muito baixa caloria . Farmacoterapia	. Dieta de muito baixa caloria . Farmacoterapia . Balão Intragástrico . Cirurgia (?)
Classe II		. Dieta de muito baixa caloria . Farmacoterapia . Balão Intragástrico . Cirurgia (?)	. Cirurgia
Classe III		. Cirurgia	. Cirurgia

**Notas:** \* Todo tratamento também inclui orientações sobre estilo de vida saudável, comportamentos, alimentação e atividade física

\*\* Medidas válidas para caucasianos

Fonte: J. Dixon e M. Dixon (2006).

A seguir, será apresentada uma breve discussão a respeito do tratamento psicoterápico baseado na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e sobre o tratamento cirúrgico para obesidade mórbida, denominado cirurgia bariátrica.

### 1.1.3.1 Psicoterapia

Estudos mostram que os tratamentos para obesidade são capazes de promover perda de peso por um determinado período, no entanto, a maioria das pessoas apresenta dificuldades para manter as mudanças comportamentais e prevenir o reganho de peso (Cooper et al., 2010). Neste sentido a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem apresentado resultados positivos na perda e manutenção de peso (J. Beck, 2009; Brennan, Walkley, Fraser, Greenway, Wilks, 2008; Calleja, Germán, Trincado & Lucas, 2007; Eichler, Zoller, Steurer & Bachmann, 2007; Grilo & Masheb, 2007; Jelalian, Mehlenbeck, Lloyd-Richardson, Birmaher & Wing, 2006; Kaukua, Pekkarinen, Sane & Mustajoki, 2003; Lantz, Peltonen, Agren & Torgerson, 2003; McTigue et al., 2003; Pimenta, Leal, Branco & Maroco, 2009; Segal, 2002).

A TCC foca a intrínseca relação existente entre pensamentos, comportamentos e emoções. A cognição atua como mediadora da relação do sujeito com o mundo exterior, sendo fator determinante na expressão de comportamentos e emoções (J. Beck, 2009). É uma abordagem diretiva, orientada para uma determinada situação-problema. No manejo da obesidade fundamenta-se em três pontos principais: o tratamento necessita auxiliar o paciente a aceitar e avaliar a perda de peso; deve-se ensinar ao paciente estratégias cognitivo-comportamentais para o controle adequado de seu peso; deve-se incentivar o paciente a adotar como meta a estabilidade do peso. Além disso, pressupõe sessões de manutenção, em que diferentes técnicas são aplicadas (Cooper & Fairburn, 2001).

Os tratamentos orientados para a mudança de comportamento partem do pressuposto de que além dos fatores biológicos, fatores cognitivos e emocionais associam-se ao sobrepeso e obesidade. Por meio do conhecimento adquirido nas intervenções, os clientes podem ser capazes de identificar novos comportamentos e substituí-los pelos não-adaptativos. As intervenções cognitivo-comportamentais incluem as seguintes técnicas: automonitoração; reestruturação cognitiva; controle de estímulos; técnicas de reforçamento; programas de suporte social; resolução de problemas, prevenção de recaídas (J. Dixon & M. Dixon, 2006; Hills & Byrne, 2006; Garaulet & Pérez de Heredia, 2009).

A abordagem cognitivo-comportamental considera que, “a maneira como os indivíduos percebem e processam a realidade, influenciará a maneira como eles se sentem e se comportam” (Knapp & A. Beck, 2008, p. 57). Tem-se que os indivíduos atribuem significado a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos da sua vida, e com base nessas atribuições, constroem diversas hipóteses sobre o futuro e sua própria identidade (A. Beck,



1963). Utilizando esse referencial, J. Beck (2009) descreveu um programa para redução de peso focado em intervenções cognitivas e comportamentais.

De acordo com J. Beck (2009) o comportamento de comer não é uma ação automática e sempre é precedido por algum pensamento. Os pensamentos associados a um comportamento disfuncional são chamados de sabotadores, enquanto que os pensamentos que auxiliam os indivíduos a agirem de forma produtiva são chamados de funcionais. Os primeiros estão associados a pensamentos “permissivos”, que autorizam os indivíduos a racionalizarem aquilo que comem. Como consequência, ocorre diminuição da autoconfiança e elevação do nível de estresse. A autora considera que a TCC ensina os pacientes a identificar e responder com eficácia aos pensamentos sabotadores que levam a uma alimentação inadequada. Exemplos de estratégias inclusas nesse programa são:

modificar o ambiente da refeição; tolerar a fome e o desejo incontrolável de comer; pensar de forma diferente sobre a comida; lidar com as emoções de maneira produtiva; fazer a alimentação uma condição mais importante do que agradar a outras pessoas ou satisfazer uma vontade momentânea (p.37).

Já as intervenções voltadas para mudanças comportamentais analisam os eventos antecedentes, os comportamentos e as consequências. Por meio dessa análise funcional, os clientes podem avaliar os seus comportamentos. A partir da identificação de gatilhos, tais como, situações, locais e pessoas, faz-se possível associá-las aos seus comportamentos impróprios em relação à alimentação, acesso aos componentes cognitivos e emocionais associados a tais comportamentos (Ades e Kerbaury, 2002).

Os autores Glinski, Wetzler e Goodman (2001) enfatizam a necessidade da avaliação psicológica para que fatores psicossociais não sejam negligenciados no tratamento da obesidade, sendo que, a adequação cognitiva e comportamental dos pacientes são fatores de bom prognóstico do tratamento. Além disso, a TCC colabora com os programas para tratamento da obesidade, pois auxilia e reforça o desenvolvimento de mecanismos de autocontrole, colabora para com a redução de estados emocionais negativos e possibilita melhor funcionamento psicossocial (Butryn, Phelan, Hill & Wing, 2007; Kelly & Kirschenbaum, 2009).

O estudo realizado por Cade et al. (2009) utilizou o treinamento de autocontrole em paciente obesos. Como resultados, os autores encontraram que o programa auxiliou em mudanças nas relações sociais, familiares e no estado de humor negativo. Assim, além das mudanças de comportamentos relacionados com a obesidade, as intervenções contribuíram

para melhoria em outras demandas, tais como, assertividade, ansiedade, pensamentos intrusivos e tomada de decisões.

Os autores Mefferd, Nichos, Pakiz e Rock. (2007) argumentam que a TCC, em um programa de 16 semanas, promove resultados significativos na perda de peso, redução do IMC, da circunferência da cintura, dos níveis de colesterol e triglicérides em comparação com um grupo controle constituído por pacientes em lista de espera. Também é comprovado que a TCC pode ser aplicada em serviços de saúde primários, sendo que ao final de 12 meses após o tratamento a perda de peso pode atingir cerca de 4 Kg (Eichler et al., 2007).

O padrão alimentar inadequado apresentado durante anos pelos pacientes obesos mórbidos tende a persistir mesmo após a realização da cirurgia bariátrica. Como consequência, a condição clínica do paciente pode ser prejudicada, acarretando muitas vezes no ganho de peso ao longo do tempo. Nesse contexto, a intervenção cognitivo-comportamental pode ser útil à medida que objetiva abordar o comportamento alimentar e evitar complicações pós-cirúrgicas (Cordás, Lopes Filho & Segal, 2004).

### **1.1.3.2 Tratamento cirúrgico**

A cirurgia bariátrica é apontada como um dos tratamentos mais eficazes para a obesidade grau III, tanto na redução do peso quanto na sua manutenção (Arasaki, 2005; E. Santos, Burgos & Silva, 2006; Segal & Fandino, 2002). Este tratamento desponta num contexto em que os estudos mostram que os tratamentos convencionais, tais como, dieta, atividade física, medicamentos e psicoterapia, ainda apresentam resultados insatisfatórios para obesidade mórbida, sendo que cerca de 95% dos pacientes retomam o ganho de peso igualando ou superando aos níveis iniciais em até dois anos (E. Santos, Burgos & Silva, 2006; Segal & Fandiño, 2002; Vasconcelos & Costa Neto, 2008).

A cirurgia bariátrica consiste em um método radical (Arasaki, 2005), sendo que a perda de peso pode atingir cerca de 40 a 50% do peso inicial em períodos curtos de tempo (um a dois anos) (Pereira, 2003) e é possível a manutenção a longo prazo (Reis, 2006). São estabelecidos critérios para a realização desse procedimento cirúrgico, sendo o mesmo limitado apenas a pessoas com extremo sobrepeso (Kelly & Kirschenbaum, 2009). De acordo com a Resolução no 1.766/05 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2005), as exigências para a submissão à cirurgia bariátrica são:

Portadores de obesidade mórbida com  $IMC > 40 \text{ Kg/m}^2$ , sem comorbidades, que não responderam ao tratamento conservador (dietas, psicoterapia, atividades físicas, etc.), acompanhados nos Serviços de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade durante pelo menos dois anos.

- a. Portadores de obesidade mórbida com  $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$  com comorbidades que ameaçam à vida.
- b. Pacientes com  $IMC$  entre 35 e  $39,9 \text{ Kg/m}^2$  portadores de doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pela obesidade.

Pré-requisitos:

- a. Excluir obesidade decorrente de doença endócrina que deve ser tratada clinicamente ou cirurgicamente e não por cirurgia bariátrica. Por exemplo, Síndrome de *Cushing* devido à hiperplasia supra-renal.
- b. O limite da faixa etária recomendado está entre 18 a 60 anos.
- c. O tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da epífise de crescimento estar consolidada nos jovens.
- d. Os muito idosos, por sua vez, podem ter um aumento das taxas de morbimortalidade com o tratamento cirúrgico.
- e. Capacidade intelectual para compreender todos os aspectos desse projeto bem como dispor de suporte familiar constante.
- f. Compromisso com o seguimento posterior, que deve ser mantido indefinidamente, pois a falta deste acompanhamento é uma das causas de complicações graves e, às vezes, fatais.
- g. Ausência de distúrbios psicóticos graves, história recente de tentativa de suicídio, alcoolismo e dependência química a outras drogas. Pacientes com antecedentes de alcoolismo e dependência química a outras drogas devem ser submetidos à cuidadosa avaliação psíquica e liberação por psiquiatra.

O Sistema Único de Saúde (SUS) reconhece a gastroplastia (procedimento cirúrgico para obesidade) como um tratamento legítimo para a obesidade mórbida e disponibiliza aos usuários serviços de atendimentos especializados. No entanto, o mesmo é um procedimento complexo e, assim como qualquer cirurgia de grande porte, apresenta risco de complicações. O paciente precisa estar ciente de como é realizado o ato cirúrgico e quais os riscos e benefícios que advirão do mesmo. Dessa forma, além das orientações técnicas, o acompanhamento psicológico é aconselhável em todas as fases do processo (V. Oliveira, Linardi & Azevedo, 2004).

As técnicas se diferenciam de acordo com o mecanismo de ação. As mesmas podem ser restritivas (limitam a capacidade gástrica), disabsortivas (interfere na absorção dos alimentos) e mistas (combinação de ambas) (Arasaki, 2005; V. Oliveira, Linardi & Azevedo, 2005). Cada tipo de procedimento cirúrgico apresenta risco/benefício ao paciente, sendo adequada a escolha da técnica ao perfil do paciente. Após diversos ajustes e aprimoramentos, o padrão ouro atual é a cirurgia denominada Fobi-Capella. Trata-se de uma técnica mista (Farias, 2005). No Brasil, a Fobi-Capella foi introduzida pelo Dr. Arthur B. Garrido Jr. (F. Santos, 2005).

Os resultados esperados com a cirurgia bariátrica incluem perda de peso sustentada e significativa, uma melhora importante na qualidade de vida, ou a resolução de comorbidades associadas à obesidade. Estudos indicam que a maioria dos pacientes que fazia uso de medicações orais ou insulina, para o tratamento de diabetes, interromperam o uso ou diminuíram-no significativamente. O mesmo ocorre em relação às medicações para Hipertensão Arterial Sistêmica e outras doenças relacionadas à obesidade (Campos et al., 2008).

A operação reduz significativamente a capacidade de absorção de nutrientes. Assim, os pacientes têm que monitorar o que eles comem e usualmente necessitam de suplementos vitamínicos e minerais (López, 2009). Além disso, para a eficácia do tratamento é exigido do paciente em pós-operatório uma adequada adesão às modificações alimentares, comportamentais e de estilo de vida (Travado, Pires, Martins, Ventura & Cunha, 2004).

A avaliação e acompanhamento psicológico são imprescindíveis no pré e no pós-operatório. O período pós-cirúrgico imediato é considerado normalmente como o mais difícil para o paciente, sendo que fatores como estresse cirúrgico, dor, desconforto, drenos, adaptação à dieta líquida, restrições alimentares e físicas, perda da autonomia naquele momento, expectativas, ansiedade e insegurança contribuem para um possível desequilíbrio emocional (Franques, 2002).

Após a adaptação da dieta líquida, nos trinta primeiros dias, inicia-se a fase da adaptação à dieta sólida, na qual o acompanhamento psicológico é voltado para o enfrentamento dos novos hábitos. Passados os três meses iniciais do procedimento cirúrgico, o emagrecimento começa a ser significativo, sendo que no sexto mês, a perda de peso está em torno de 30%. Nesse momento, o acompanhamento psicológico é voltado para as alterações da imagem corporal e para as repercussões que ocorrerão na personalidade do indivíduo (Franques, 2002).

A cirurgia bariátrica provoca no obeso mórbido não só emagrecimento, mas inúmeras modificações em todos os aspectos da sua vida, tal como, o impedimento de sua forma habitual aprendida por anos de aliviar as tensões internas por meio da alimentação. A pessoa que se submete à cirurgia bariátrica sente vontade de comer, mas com muito pouco obtém a saciedade. Diante dessas mudanças, poucos são aqueles que apresentam um enfrentamento adequado sem necessitarem da ajuda de profissional na área de saúde (Franques, 2002).

Apesar da utilização da cirurgia bariátrica como um dos principais tratamentos médicos para obesidade mórbida na atualidade, faz-se necessário que, além do conhecimento de que o procedimento cirúrgico promove redução drástica do peso e diminuição das

comorbidades, outros aspectos também devem ser considerados, dentre eles: o impacto que essas mudanças bruscas de peso causam na saúde psicológica do indivíduo, alterações na percepção da imagem corporal e na autoestima (Castro, 2009).

Este trabalho terá como foco alguns dos fatores psicossociais associados às condições pertinentes ao pós-operatório dos pacientes obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica. Dessa forma, nos tópicos a seguir, serão apresentados os conceitos referentes à imagem corporal, resiliência e *coping* para que posteriormente, na análise dos dados, seja possível uma melhor compreensão de como tais variáveis associam-se ao processo de adaptação ao tratamento cirúrgico para obesidade mórbida.

## 1.2 Percepção da imagem corporal

A imagem corporal pode ser um fator de grande influência no sucesso do tratamento cirúrgico para perda de peso. O teórico Paul Schilder se destaca entre os primeiros estudiosos da imagem corporal. Suas primeiras contribuições ocorreram a partir do ano de 1935. Segundo Schilder (1999):

a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós. Há sensações que nos são dadas. Vemos partes da superfície do corpo. Temos impressões táteis, térmicas e de dor. Há sensações que vêm dos músculos e seus invólucros, indicando sua deformação: sensações provenientes da inervação dos músculos... e sensações provenientes das vísceras. Além disso, existe a experiência imediata que há uma unidade do corpo. Esta unidade é percebida, porém é mais do que uma percepção. Nós a chamamos de esquema de nosso corpo, esquema corporal, ou, conforme Head, que enfatiza a importância do conhecimento da posição do corpo, de modelo postural do corpo. O esquema do corpo é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmos. Podemos chamá-la de imagem corporal (p. 7).

Schilder (1999) também conceitua que a imagem corporal não é somente uma construção cognitiva, mas também uma reflexão de desejos, atitudes emocionais e interações com outras pessoas, sendo, um fenômeno mutável, ou seja, a imagem corporal pode encolher ou se expandir. Dessa forma, a imagem corporal inclui as diversas formas de como uma pessoa experiencia e conceitua seu próprio corpo (M. Tavares, 2003; Saur & Pasian, 2008). Refere-se à satisfação que uma pessoa apresenta com o tamanho corporal ou partes específicas do corpo (Kakeshita & Almeida, 2006).

O desenvolvimento da imagem corporal tem relação com os aspectos fisiológicos, afetivos e sociais. Ocorre durante toda a vida, sendo os primeiros anos de vida um momento importante para essa construção (M. Tavares, 2003). A forma com a qual uma pessoa experiencia e percebe o seu corpo tem relação com a imagem que ela tem de si (autoconceito). Assim, se a relação for positiva, provavelmente isso se refletirá em seu ser como um todo (Pruzinsky & Cash, 1990).

Fatores pertinentes ao contexto sociocultural dos indivíduos exercem condições determinantes para o desenvolvimento de distorções e distúrbios relacionados à imagem corporal. Nesse prisma, pode-se citar a influência da mídia na construção do padrão de beleza, em que a busca pela magreza, inalcançável pela maioria da população, configura uma situação de permanente insatisfação pessoal (Kakeshita & Almeida, 2006). Esse posicionamento também é reforçado por Cash (1993) ao argumentar que o descontentamento relacionado ao peso geralmente acarreta em uma imagem corporal negativa e advém de uma ênfase cultural na magreza e estigma social da obesidade.

Estudos demonstram que a imagem corporal tem associação com os transtornos alimentares (TA) e com a obesidade. Ribeiro e Veiga (2010) afirmaram que a frequência de comportamentos de risco para TA, em uma amostra composta por bailarinos profissionais, foi mais que o dobro entre os que estavam insatisfeitos e desejavam silhueta menor quando comparados com os indivíduos que se sentiam satisfeitos com a própria imagem corporal. Nunes, Olinto, Barros e Camey (2001) confirmam esse resultado ao pesquisarem 513 mulheres de 12 a 19 anos na cidade de Porto Alegre. Nessa pesquisa, das mulheres com IMC normal, mas que se sentiam insatisfeitas devido o excesso de peso, 66% apresentavam comportamento alimentar de risco ou anormal, enquanto que entre aquelas que se sentiam magras, apenas 14,8% apresentavam tais comportamentos de risco.

O aumento de peso pode provocar uma alteração da imagem corporal, acarretando em diminuição da autoimagem e desvalorização do autoconceito (Browne, Mcgee & O'Boyle, 1997). Como consequência desse fato, podem surgir sintomas depressivos e ansiosos, diminuição da sensação de bem-estar e aumento do sentimento de inadequação social (Nahas, 2003). Estima-se que mulheres com sobrepeso apresentam maior vulnerabilidade ao sofrimento psicológico ocasionado pela insatisfação corporal, quando comparadas com mulheres eutróficas e mesmo obesas (Ferreira & Leite, 2002). Isso acarreta maior fragilidade emocional, já que emoções influenciam na construção e reconstrução da imagem corporal (Kakeshita & Almeida, 2006). Além disso, o obeso em geral apresenta uma imagem corporal

distorcida, e essa distorção é tanto maior quanto mais antiga for sua obesidade (Adami, Fernandes, Frainer & Oliveira, 2005).

O emagrecimento rápido e drástico de pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica provoca transformações na imagem corporal. Faz-se necessária uma nova aprendizagem social, à medida que o corpo, por muitos anos ignorado, passa a estar em evidência e se torna foco de observações e elogios (Franques, 2002). Estima-se, além disso, que em mais de um terço dos obesos, principalmente mulheres, mesmo com uma drástica redução no peso, não se percebe uma melhora significativa da imagem corporal, o que se não for adequadamente diagnosticado e abordado, pode acarretar desistência ou críticas aos tratamentos, por não atingir a melhora idealizada pelo paciente (Cordás, 2002).

Castro (2009) pesquisou um grupo de 20 mulheres submetidas à cirurgia bariátrica em uma cidade do interior do estado de Minas Gerais. O objetivo principal do estudo consistia em analisar o constructo da imagem corporal nessas pacientes. Por meio de entrevistas semi-estruturadas, a análise qualitativa dos dados demonstrou que as participantes relataram melhora na funcionalidade do corpo, no desempenho de atividades diárias, na higiene pessoal, nas relações sexuais, na aparência física, bem como, aumento sentimento de independência e melhora na autoestima.

Ainda sobre a pesquisa citada acima, a questão da discriminação foi uma categoria amplamente citada pelas participantes do estudo. As mesmas relataram que por diversas vezes sentiam-se rejeitadas em função da aparência física. A diferenciação e o distanciamento de um padrão de tamanho, forma e beleza contribuem para que as pessoas com obesidade mórbida se sintam demasiadamente diferentes do seu contexto, o que pode acarretar em uma experiência negativa possibilitando impactos na imagem corporal (Castro, 2009).

Segundo Pruzinsky e Edgerdon (1990) a mudança na estrutura (forma) física não necessariamente é seguida por uma mudança imediata na imagem corporal. Os autores enfatizam que a mudança psicológica ocorre de maneira mais adaptativa quando a mudança física é gradativa. Nos casos em que a pessoa perdeu grande quantidade de peso de forma acelerada, como na cirurgia bariátrica, é possível que a pessoa ainda retenha em si uma imagem de obeso, que desaparecerá com o tempo, à medida que a perda de peso é elaborada.

Pruzinsky e Cash (1990) realizaram estudos com pessoas que realizaram alguma mudança corporal, mais especificamente, a cirurgia plástica estética. Os mesmos predisseram que a imagem corporal passa por um processo de acomodação. O primeiro passo consiste na percepção (visual e sensorial) da transformação da aparência. A seguir, ocorrem alterações no modo como o indivíduo pensa a sua aparência e experiência corporal, ou seja, ocorrem

mudanças cognitivas. Além dessas mudanças cognitivas, mudanças emocionais também podem fazer parte desse processo. As mudanças emocionais estão associadas ao grau das alterações na auto-estima. Por último, ocorrem mudanças comportamentais, pressupondo que ao vivenciar as alterações perceptivas, cognitivas e emocionais, os indivíduos se engajarão em mudanças comportamentais (verbais e não verbais) que podem influenciar suas relações sociais.

A imagem corporal é categorizada pelos componentes perceptivos (se refere à precisão da percepção da própria aparência física, envolvendo uma estimativa do tamanho corporal e do peso); subjetivos (satisfação com a aparência, nível de preocupação e ansiedade a ela associada); comportamentais (situações evitadas pelo indivíduo por experimentar desconforto associado à aparência corporal) e cognitivos (pensamentos e crenças quanto à forma e aparência do corpo ou ao que o indivíduo pensa sobre o seu corpo) (Cash & Green, 1986; Stewart & Williamson, 2004; J. Thompson & Van Den Berg, 2002).

Existem vários métodos para avaliação da imagem corporal, de acordo com o componente do constructo a ser focado, dentre eles, encontram-se questionários, escalas, desenhos de figuras humanas e figuras de silhuetas (Gardner & Brown, 2010). É importante considerar que independente do método utilizado para mensuração de variáveis relacionadas à imagem corporal, todas as técnicas, possuem vantagens e fragilidades metodológicas (Conti, Slater & Latorre, 2009).

Considera-se que as escalas de figuras de silhuetas são instrumentos aceitos e utilizados pelos pesquisadores da área (Branco, Hilário & Cintra, 2006; Gardner & Brown, 2010; Madrigal et al., 2000; Kakeshita, Silva, Zanatta & Almeida, 2009; Pinheiro & Giugliani, 2006). Esse método consiste em uma série de figuras ou desenhos de corpos representando vários tamanhos corporais, com seqüências de silhuetas que vão das mais magras até as mais obesas. A partir do cálculo das diferenças entre as figuras selecionadas é avaliado a (in) satisfação ou a distorção com a imagem corporal (Cash & Pruzinsky, 2002; Gardner, 2002; Gardner & Brown, 2010). Por meio da utilização das escalas de silhuetas quanto maior a diferença entre a imagem selecionada como atual e o tamanho real do sujeito, maior será a distorção perceptual por ele mantida em relação a seu próprio corpo (Ferreira & Leite, 2002)

Sob o enfoque cognitivo-comportamental, a imagem corporal é formada a partir das experiências do sujeitos que foram determinantes na construção da sua forma de pensar, sentir e agir em relação ao seu corpo, além dos eventos e processos futuros, que incluem, diálogos internos, comportamentos de auto-regulação e o processamento esquemático. Tais fatores



exercem grande importância para a auto-avaliação da imagem corporal. O estudo da imagem corporal sob esta perspectiva tem sido relevante na atualidade, sendo que alguns autores de destaque dessa abordagem são: Cash, Freedman, Garner e Rosen (Campana & Tavares, 2009).

A Terapia Cognitiva contribui para melhoria da imagem corporal positiva em pacientes obesos à medida que promove a reestruturação de distorções cognitivas a respeito da imagem corporal (Rosen & Thompson, 2001). Citam-se como exemplos de distorções cognitivas neste contexto: pensamento dicotômico (o indivíduo pensa em extremos com relação à sua aparência ou é muito crítico em relação a ela); comparação injusta (quando o indivíduo compara sua aparência com padrões extremos); atenção seletiva (focaliza um aspecto da aparência) e erro cognitivo (o indivíduo acredita que os outros pensam como ele em relação à sua aparência) (Saikali, Soubhia, Scalfaro & Cordás, 2004).

### 1.3 Resiliência

O vocábulo resiliência tem sua origem do latim, o termo *resilio* significa: voltar atrás, voltar como num salto, dar rebote. Na física, este termo é empregado para descrever a capacidade de alguns materiais de recuperar sua forma original, depois de ser submetido a uma pressão deformadora (Munist et al., 1998). Nas ciências sociais, o conceito de resiliência foi adaptado para caracterizar aquela pessoa que apesar de nascer e viver em situações de riscos elevados, se desenvolve psicologicamente saudável e com êxito (Kotliarenko & Lecannelier, 2004). Junqueira e Deslandes (2003) consideram que o termo resiliência aplicado às ciências humanas não significa um retorno a um estado anterior, mas sim, a superação frente a uma dificuldade considerada como um risco e a possibilidade de construção de alternativas frente situações adversas ou estressantes.

O trabalho realizado por Werner e Smith (1992), com duração de cerca de 40 anos, foi um dos pontos iniciais para os estudos envolvendo o processo de resiliência. Na ilha de Kauai (Havaí) foi realizado um estudo longitudinal em que as pesquisadoras acompanharam a vida de cerca de 698 crianças nascidas na ilha, sendo que cerca de um terço viviam em extremas condições de pobreza. A pesquisa teve como foco 72 crianças às quais apresentavam um conjunto de fatores de risco em suas histórias de vida (pobreza, baixa escolaridade dos pais,

estresse perinatal ou baixo peso no nascimento, presença de deficiências físicas, pais usuários de álcool ou com problemas mentais).

Os resultados obtidos com o acompanhamento dessas crianças indicaram que nenhuma delas desenvolveu problemas de aprendizagem ou de comportamento. Naquele momento, essas crianças foram denominadas de “invulneráveis”, pois podiam “resistir” às adversidades, já que apesar de passarem por situações de risco, não manifestavam problemas psicológicos ou de adaptação, como seria o esperado. O termo “invulnerável” foi posteriormente substituído pelo conceito de resiliência (Melillo & Ojeda, 2005).

Inicialmente os estudos sobre resiliência tinham foco no indivíduo, em que eram apontados traços e características individuais provedores de resiliência. Destacam-se os trabalhos de Emmy Werner e Ruth Smith (já citados) nessa primeira geração de pesquisadores. Naquele momento o foco das pesquisas consistiu em responder à seguinte questão: *“entre as crianças que vivem em risco social, o que distingue os que adaptam positivamente do que os que não se adaptam à sociedade?”* (Infante, 2005, p.24). Esses estudos listaram uma série de fatores que discriminavam as crianças “resilientes”, dentre eles: o temperamento (afetivo e receptivo) das crianças/jovens, melhor desenvolvimento intelectual, maior nível de auto-estima, maior grau de autocontrole, famílias menos numerosas, menor incidência de conflitos nas famílias (Melillo & Ojeda, 2005).

Posteriormente, outros estudiosos, dentre eles destaca-se Rutter (1999), mantinham suas considerações sobre o indivíduo, no entanto, ponderavam que a resiliência não é uma característica ou traço individual, e que os processos psicológicos devem ser abordados. Com a evolução no conceito de resiliência pesquisadores defendem claramente o caráter processual da resiliência (Luthar, Cicchetti e Becker, 2000; Masten, 2001). Os trabalhos de tais estudiosos são motivados pela seguinte questão: *“quais são os processos associados a uma adaptação positiva, já que a pessoa viveu ou vive em condições de adversidade?”* (Infante, 2005, p.24).

Luthar, Cicchetti e Becker (2000) ainda enfatizam que existem três fatores implicados no desenvolvimento do processo da resiliência, que são: atributos do próprio indivíduo; aspectos do ambiente familiar e aspectos ambientais. As pesquisas mais recentes sobre resiliência discriminam três componentes essenciais que subsidiam os modelos de elaboração de programas de promoção da resiliência: 1. a noção de adversidade, trauma, risco ou ameaça ao desenvolvimento humano; 2. a adaptação positiva ou superação da adversidade; 3. o processo que considera a dinâmica entre mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que influem no desenvolvimento humano (Infante, 2005; Melillo & Ojeda, 2005).

Considera-se assim, que a resiliência não pode ser apontada como uma capacidade estática. A mesma é conceituada como um processo dinâmico de adaptação positiva em contexto de significativa adversidade (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). Ela pode variar através do tempo e das circunstâncias. Também deve ser considerado o equilíbrio entre os fatores de risco, fatores protetores, características individuais do ser humano, como a personalidade, e a interação entre essas variáveis para a busca de desenvolvimento adequado (Munist et al., 1998).

Adaptação positiva ocorre quando o indivíduo alcança as expectativas sociais associadas à sua etapa de desenvolvimento ou quando não houve sinais de desajuste. Assim, a adaptação positiva indica a existência ou não de um processo de resiliência (Infante, 2005). A adversidade é responsável pela construção da resiliência, contexto no qual o indivíduo pode produzir condições subjetivas criativas para a transformação, que enriquecem a sua atuação sobre a realidade (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). Existem fatores que consistem em obstáculos ao nível individual ou ambiental e que propiciam aos indivíduos resultados desenvolvimentais negativos. Esses fatores são chamados de risco. O risco tem sido compreendido como um processo, e não como algo estático. Assim, faz-se necessária uma análise funcional, na qual são investigados os resultados associados a ele, o período de tempo e o contexto da exposição (Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004).

A interpretação que o indivíduo faz de um evento é que indica se um fator pode ser considerado de risco ou não, ou seja, a maneira como ele percebe e significa tal evento (Yunes & Szymanski, 2001). Não existe um consenso de quanto um risco interfere no constructo de resiliência. Alguns autores argumentam que o estresse agudo manifesta um impacto na capacidade de resiliência, enquanto outros consideram que o acúmulo de eventos de risco e o grau de adversidade ao longo da vida exercem uma influência mais significativa (Pesce et al., 2004). Souza e Cervený (2006) argumentam que tanto os fatores de risco quanto de proteção diferem de acordo com o contexto cultural da população. Assim, as pesquisas representam o panorama dos problemas enfrentados por cada país/região em particular.

Os fatores de proteção e de risco podem ser biológicos, psicológicos, sociais, espirituais, ambientais, ou a combinação destes. Podem ocorrer no indivíduo (desordens neurobiológicas, capacidades cognitivas), dentro da família (alcoolismo dos pais, flexibilidades de funções), dentro da comunidade (vizinhança perigosa, grupos de auto-ajuda), ou dentro de um extenso sistema social e ambiental (pobreza, racismo, legislações de ações positivas). O equilíbrio ecológico de sistemas de interação em nossas vidas é dinâmico assim como os fatores de proteção e de riscos (Waller, 2001). Rutter (1999) sugere que a pobreza,

rupturas familiares, doenças, perdas significativas, violência física e psicológica são variáveis que favorecem o processo de risco para os indivíduos. Os estados de humores negativos também exercem influência na resiliência, à medida que propiciam uma visão alternativa da realidade (Rodríguez, 2005).

As redes sociais de apoio também contribuem com a construção do processo de resiliência. Dessa forma, profissionais da saúde devem contemplar esse olhar multidimensional e fortalecer as competências individuais e grupais e os recursos sociais, possibilitando o desenvolvimento da resiliência de pessoas, famílias e culturas entendendo que o processo de adaptação resiliente não é responsabilidade somente do indivíduo, mas de todo o ambiente ao seu redor (Catusso, 2007).

Wagnild (2009), aponta um crescimento no interesse de estudos nesta área. Segundo o autor, em uma breve revisão na base de dados PubMed, entre os anos de 1977 e 1987 foram encontrados 11 publicações, na década seguinte, foram encontrados 92 artigos; já entre os anos 1997 a 2007, foram encontrados 508 estudos sobre o tema, sendo que apenas no período entre janeiro a abril de 2007 houve referência à esta temática em 50 estudos. Souza e Cerveny (2006) apontaram que os primeiros trabalhos sobre o tema no Brasil iniciaram-se entre os anos de 1996 e 1998. Nesses primeiros estudos a temática mais focada estava relacionada às crianças expostas a situações de risco, fatores de proteção e vulnerabilidade psicossocial e perfil do executivo. Apesar do interesse crescente sobre o tema, o conceito de resiliência ainda encontra-se em fase de debate e construção. Não existe até o momento um consenso em relação à definição do termo, bem como são escassos, principalmente no Brasil, os instrumentos destinados para a sua avaliação (Pesce et al., 2005).

Em relação à metodologia adequada para o estudo da resiliência, Rutter (1999) ressalta que as medidas de investigação são falíveis e podem conter erros de medição, visto que de acordo com o conceito processual de resiliência, esta não pode ser avaliada em uma única medição de um determinado ponto no tempo. A alternativa para essa limitação seria acessar fontes diferentes de mensuração e utilizar medidas que se repetem no transcurso do tempo. Outros pesquisadores argumentam que o crescente interesse pela resiliência, enquanto uma variável importante para a promoção de saúde, tem motivado o desenvolvimento de instrumentos de avaliação psicológica capazes de avaliar tal constructo (Angst, 2009).

Neste sentido, Pesca et al. (2005) validaram para a população brasileira a Escala de Resiliência de Wagnild e Young, que é um inventário do tipo *likert* e mede os níveis de adaptação psicossocial positiva. Angst (2009) argumenta que a medição de tal constructo pode trazer muitas vantagens para os pesquisadores da área, desde que o instrumento esteja

em concordância com o rigor psicométrico exigido para elaboração de instrumentos de avaliação psicológica. Os instrumentos podem auxiliar na detecção precoce de riscos existentes e, além disso, poderão oferecer informações úteis para fundamentação de planos de intervenção visando à promoção de saúde. No entanto, a autora complementa que a avaliação desse constructo não deve focar apenas o indivíduo determinando se o mesmo é ou não resiliente, pois esse tipo de compreensão leva à estigmatização e criação de rótulos, acarretando em preconceito e limitações nas intervenções psicossociais.

No contexto da saúde, os estudos que abordam o processo da resiliência vêm substituindo o modelo de risco, baseado nas enfermidades, pelo modelo de prevenção de promoção da saúde. Este último, focaliza as potencialidades e os recursos do ser humano e do mundo ao seu redor (Infante, 2005; Melillo & Ojeda, 2005) e tem por objetivo a obtenção de melhores índices de qualidade de vida da população (Lasmar & Ronzani, 2009).

Para os autores Bianchini e Dell’Aglia (2006) um dos principais contextos que o indivíduo deve desenvolver a resiliência refere-se à situação de doença. O processo da resiliência auxilia o indivíduo a lidar com a doença aceitando as limitações que lhe são impostas, colabora para com a aderência ao tratamento e na adaptação do indivíduo de forma positiva. Estudos sugerem que a doença física pode levar a situações de descompensação psicológica grave (Yunes, 2003). Angst (2009) ressalta a importância de se entender a singularidade no processo de adoecimento, sendo que a doença pode acarretar em diversas formas de enfrentamento dependendo da história de vida de cada paciente.

Nesse sentido, utilizando como referência a importância do desenvolvimento do processo de resiliência como prevenção aos agravos de saúde, sugere-se que esse conceito pode ser aplicado no contexto da obesidade. Ball e Crawford (2006) investigaram a influência do nível socioeconômico no surgimento e manutenção da obesidade. Os autores enfatizaram o conceito de resiliência, contextualizando que esse constructo até então, não havia sido associado ao estudo da obesidade. Concluíram que o conhecimento do processo da resiliência contribui de forma significativa para as intervenções de cunho preventivo, principalmente entre as pessoas de nível socioeconômico desfavorecido.

No rol de estudos que demonstram quais fatores podem promover a resiliência dos indivíduos, encontram-se pesquisas indicando que a redução da intensidade do estresse, diminuição de níveis de ansiedade, depressão, raiva e aumento de curiosidade e saúde emocional contribuem para a resiliência de crianças (Grotberg, 2005; Infante, 2005). Outro estudo, realizado uma amostra de crianças, indicou algumas variáveis que auxiliam na proteção à adversidade, tais como, características de personalidade, incluindo a auto-estima,

flexibilidade, habilidade para resolução de conflitos; a coesão e bom relacionamento familiar; suporte externo (pais, escola, comunidade), funcionando como um reforço às estratégias de *coping* da criança (Luthar & Zigler, 1991).

Os resultados de uma pesquisa utilizando a Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993), em uma amostra de 450 imigrantes soviéticos, demonstraram que elevada resiliência está relacionada com baixa somatização e depressão, maior saúde física, determinação, sensação de bem-estar e habilidade de lidar com problemas (Aroian, Schaooker-Morris, Neary, Spitzer & Tran, 1997). Já um estudo realizado no Brasil, utilizando esse mesmo instrumento, traduzido e adaptado para a população brasileira por Pesce et al. (2005), avaliou o nível de resiliência em pacientes internados. Os dados encontrados sugerem que as pessoas que apresentaram pontuação elevada na Escala de Resiliência obtiveram resultados mais satisfatórios na avaliação psicológica em termos de manifestações psíquicas e comportamentais, queixas do paciente e da família (Leite, 2007). Reivich e Shatté (2002) argumentam que indivíduos que apresentam comportamentos indicadores de elevada resiliência são aqueles que tem flexibilidade cognitiva e são hábeis em identificar todas as significativas causas das adversidades.

Dessa forma, o termo resiliência aplicado no estudo da obesidade pode contribuir para análise de como certas pessoas conseguem manter um peso saudável, apesar da exposição de fatores que normalmente contribuem para ganho de peso e obesidade (Ball e Crawford, 2006). Em relação à imagem corporal, os autores Cash e Pruzinsky (2002) integram em seus estudos o modelo da resiliência com a prevenção dos distúrbios da imagem corporal.

#### 1.4 Estratégias de *Coping*

*Coping*\* refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais do indivíduo, ou seja, representa ações, comportamentos ou pensamentos utilizados perante um evento estressor (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). Visto que *coping* engloba o conjunto de estratégias utilizadas para o enfrentamento de circunstâncias adversas vivenciadas pelas pessoas (Folkman & Lazarus,

---

\* Optou-se por manter a terminologia *coping* pelo fato de não haver uma tradução exata para o português.

1980), esse conceito encontra-se atrelado ao de resiliência. Dessa forma, essa seção irá expor a literatura concernente a este conceito, pois como argumenta Angst (2009) a utilização de estratégias de *coping* adaptativas consiste em um dos indicativos para o desenvolvimento do processo de resiliência.

Antes de dar seguimento à fundamentação teórica a respeito de *coping* é importante discriminar a diferença entre *coping* e resiliência. Apesar de serem processos interligados, uma resposta de *coping* pode ser bem sucedida ou não, enquanto que a resiliência é definida pelas conseqüências bem sucedidas de determinados comportamentos ou cognições (J. Oliveira, 2007).

Os principais teóricos que delinearum um modelo de *coping* foram Folkman e Lazarus (1980). Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998), em um artigo de revisão sobre o tema, citam quatro conceitos principais propostos por esses teóricos:

(a) *coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente; (b) sua função é de administração da situação estressora, ao invés de controle ou domínio da mesma; (c) os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; (d) o processo de *coping* constitui-se em uma mobilização de esforço, através da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente (pp.276-277).

Para compreensão do conceito de *coping* dois aspectos devem ser considerados: a avaliação cognitiva e o enfrentamento, que seriam mediadores entre o organismo e o ambiente, tornando essa transação um processo dinâmico e multidimensional. Tendo como referencial a psicologia cognitiva as estratégias de *coping* são classificadas quanto à função em duas categorias: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção (Folkman & Lazarus, 1980).

O *coping* focalizado no problema consiste em um esforço para atuar na situação que deu origem ao estresse, tentando mudá-la. Em geral, são estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor, podendo ser dirigida para uma fonte externa (negociação, solicitação de ajuda de outras pessoas) ou dirigida para uma fonte interna (reestruturação cognitiva). Já o *coping* focalizado na emoção teria como função principal a regulação da resposta emocional causada pelo evento estressor, podendo representar atitudes de afastamento ou paliativas em relação à fonte de estresse, como negação ou esquiva (Folkman & Lazarus, 1980).

Essas estratégias não são necessariamente excludentes, ou seja, diferentes estratégias de enfrentamento podem ser utilizadas simultaneamente e dependem de como a pessoa avalia

a situação estressora à qual está envolvida (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001). De forma geral, o *coping* focalizado no problema tende a ser utilizado em situações avaliadas como modificáveis, em contrapartida, situações percebidas como inalteráveis tendem a ser manejadas com o *coping* focado na emoção (Folkman & Lazarus, 1980).

As estratégias de *coping* possuem um caráter situacional. Assim, podem mudar de momento para momento e de acordo os estágios de uma situação estressante (Folkman & Lazarus, 1980). Devido esse caráter situacional, uma estratégia de *coping* não pode ser definida por si só como eficaz ou não eficaz, faz-se necessário considerar a natureza do estressor, a disponibilidade de recursos individuais e o resultado desta ação para cada situação. Qualquer tentativa de manejo do evento estressor é considerado *coping* (Lazarus & Folkman, 1984).

Na área da psicologia da saúde as estratégias de *coping* tem sido estudadas por diversos autores. Dentre eles, Holroyd e Lazarus (1982), que afirmam que o *coping* focado no problema pode em determinados casos conseguir eliminar os problemas que se apresentam perante os indivíduos. Porém em outras situações este tipo de *coping* não permite o afastamento dos obstáculos e faz com que o indivíduo esteja permanentemente mobilizado para o confronto. Por outro lado, o *coping* focado nas emoções pode em alguns casos ser útil para moderar as reações emocionais induzidas pelo estresse, e noutros intensificar ou prolongar estas respostas.

As relações entre saúde física, mental e *coping* têm sido bastante exploradas nos estudos atuais (Gómez-Fraguela, Luengo-Martín, Romero-Triñanes, Villar-Torres & Sobral-Fernández, 2006). Estratégias de *coping* desadaptadas contribuem tanto para o surgimento de doenças em geral quanto para a sua manutenção (Jonge & Dormann, 2006). As estratégias de *coping* auxiliam na intervenção terapêutica de diversas patologias, dentre elas, os transtornos alimentares e obesidade (Tomaz & Zanini, 2009).

Poucos são os instrumentos para avaliação das estratégias de *coping* descritos na literatura. Dentre eles, destaca-se o Inventário de Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman (1985), que foi validado e adaptado no Brasil por Savóia, Santana e Mejias (1996). O referido instrumento tem sido amplamente descrito na literatura nos mais variados contextos, dentre eles, citam-se como exemplos os estudos publicados recentemente por Damião, Rossato, Fabri e Dias (2009) e Serafini e Bandeira (2009).

O primeiro teve como casuística um grupo de adolescentes com diabetes melito tipo I e encontrou como resultados que o suporte social auxiliou os participantes a encontrarem recursos para lidarem melhor com a doença. Segundo as autoras, isso pode ter ocorrido tanto



devido ao fator do suporte social facilitar a busca de uma solução para a situação, quanto aos fatores emocionais envolvidos com o amparo (Damião et al., 2009). Já o segundo, investigou uma amostra de jovens soropositivos e encontrou que o grupo de jovens que relataram situações de estresse relacionadas ao HIV utilizou em maior frequência estratégias de autocontrole, aceitação de responsabilidade, fuga-esquiva e reavaliação positiva; enquanto que o grupo que relatou outras situações utilizou mais a estratégia confronto (Serafini & Bandeira, 2009).

Tendo em vista os conceitos abordados nesta seção introdutória, considera-se que este estudo é de extrema importância, à medida que possibilitará a caracterização de uma amostra de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no que tange aos aspectos referentes à sua adaptação psicossocial. Essa investigação permitirá a análise das necessidades prioritárias dos pacientes e distinção de elementos para intervenções interdisciplinares, proporcionando assim, resultados eficazes e duradouros decorrentes da cirurgia.

Além disso, o maior conhecimento sobre a repercussão da cirurgia bariátrica nos tópicos referentes à imagem corporal, resiliência e *coping* irá agregar o rol de estudos sobre a temática obesidade e cirurgia bariátrica, visto que o impacto de tal procedimento cirúrgico tem sido estudado há um tempo relativamente recente pelos teóricos da psicologia da saúde e, portanto, nem todos os seus aspectos são bem conhecidos pela comunidade científica. Considera-se assim, que esse estudo poderá contribuir de forma significativa para a melhoria dos planos de intervenção dos profissionais de saúde, promovendo por consequência, maior adaptação psicossocial dos indivíduos que necessitam da cirurgia bariátrica como recurso para o tratamento da obesidade.



# OBJETIVOS

---



## **2 Objetivos**

### **2.1 Objetivo geral**

- Realizar uma análise descritiva dos aspectos relacionados à imagem corporal, processo de resiliência e *coping* em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Analisar aspectos qualitativos referentes ao processo de adaptação ao pós-operatório da cirurgia bariátrica, tais como, principais orientações percebidas pelos pacientes; dificuldades enfrentadas; vantagens e desvantagens da cirurgia; percepção de alterações na qualidade de vida e no ambiente dos indivíduos e principais fontes de suporte emocional.



# **MATERIAIS E MÉTODO**

---





### 3 Materiais e Método

#### 3.1 Local

A coleta de dados foi realizada no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (HB/FAMERP). Consiste em um hospital escola em que os atendimentos são realizados prioritariamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Realiza cirurgias bariátricas desde o ano de 2002. Conta com uma equipe multidisciplinar formada por médicos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, enfermeiros, residentes (medicina) e aprimorandos (psicologia, nutrição e serviço social). O Ambulatório de Cirurgia Bariátrica é realizado uma vez por semana e por mês são realizadas em torno de oito cirurgias.

#### 3.2 Casuística

Os estudo contou com uma amostra não probabilística, também designada intencional. O critério para a seleção dos participantes consistiu na ordem de chegada no retorno médico e/ou nutricional realizados como rotina no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital de Base da Faculdade de Medicinal de São José do Rio Preto. De acordo com Pais-Ribeiro (2007) tal metodologia é bastante comum no sistema de saúde.

Os critérios de inclusão adotados no estudo foram: pacientes de ambos os sexos; com idade entre 22 e 65 anos e período pós-operatório entre um mês e sete anos. Foram excluídos pacientes com comprometimento mental grave ou problemas orgânicos que impossibilitassem a participação na coleta de dados e obesidade com IMC maior que  $48,75 \text{ Kg/m}^2$  (devido o valor máximo de IMC representado na Escala de Figuras de Silhuetas para Adultos).

Foram participantes do estudo 100 pacientes adultos ( $n=100$ ), sendo 85% do sexo feminino ( $n=85$ ), com idade entre 22 e 65 anos ( $M = 40,58 \pm 10,3$ ). Verificou-se que: 53% tinham nível de escolaridade correspondente ao nível médio; 55% eram casados (as) ou viviam em união estável; 50% estavam empregados; 25% trabalhavam por conta própria ou trabalhavam em casa (foi incluída nessa categoria a resposta referente à ocupação “do lar”);

63% relataram serem praticantes de alguma religião; 45% tinham renda inferior a dois salários mínimos (o salário mínimo vigente na época era R\$465,00); 56% pertenciam à Classe Econômica C de acordo o Critério de Classificação Econômica ABEP. Os dados completos podem ser visualizados na Tabela 2.

**Tabela 2** - Distribuição de características sociodemográficas (n=100).

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	85	85
Masculino	15	15
Idade		
< 35 anos	33	33
≥ 35 e < 48 anos	42	42
≥ 48 anos	25	25
Escolaridade		
Ensino Fundamental	32	32
Ensino Médio	53	53
Ensino Superior	15	15
Estado Civil		
Casado/com companheiro(a)	55	55
Divorciado/Separado/Desquitado(a)	10	10
Solteiro(a)	31	31
Viúvo(a)	04	04
Religião		
Praticantes	63	63
Condição econômica		
Até 2 s.m.	45	45
De 2 a 5 s.m.	42	42
Acima de 5 s.m.	13	13
Situação empregatícia		
Afastado/aposentado/pensionista	25	25
Empregado	50	50
Trabalho em casa/conta própria	25	25
Classe Econômica		
B1	8	8
B2	32	32
C	56	56
D	4	4

### **3.3 Delineamento**

O presente trata-se de um estudo do tipo transversal.

### **3.4 Instrumentos**

#### **3.4.1 Caracterização da amostra**

##### **3.4.1.1 Questionário de dados sociodemográficos (Apêndice A)**

As variáveis levantadas por este questionário foram: sexo, idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, condição econômica familiar (em salários mínimos mensais), tipo de moradia, religião.

##### **3.4.1.2 Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP, 2003) (Anexo A)**

Os aspectos sociais foram analisados através do Critério de Classificação Econômica Brasil que restabelece a unicidade dos mecanismos de avaliação do potencial de compra dos consumidores. Esse sistema enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e das famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida pelas entidades é exclusivamente de classes econômicas. São sete as classes econômicas arroladas determinadas por um sistema de pontuação que toma como base de cálculo a posse de bens e a escolaridade do chefe de família.

### **3.4.1.3 Questionário sobre condições clínicas atuais (Apêndice B)**

Refere-se a um levantamento a respeito das condições físicas dos participantes e sobre os comportamentos voltados para a área da saúde. As variáveis estudadas foram: dados antropométricos (atuais e anteriores a cirurgia), período pós-operatório, data de realização da cirurgia, avaliação do estado de saúde atual, frequência de episódios de adoecimento/mal estar, problemas de saúde atuais, uso de medicações, bebida alcoólica, drogas e cigarros, prática de atividade física, avaliação do participante sobre sua própria participação no programa multidisciplinar oferecido pelo departamento de cirurgia bariátrica na instituição.

### **3.4.1.4 *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) (Anexo B)**

Consiste em uma investigação do estado mental atual do indivíduo. É recomendado pela Organização Mundial de Saúde para a detecção de morbidade psiquiátrica na população em geral. A versão brasileira foi validada em 1986 (Mari & Williams, 1986). Os sintomas investigados são: cefaléias, alterações de apetite, queixas de insônia, concentração, tremores, nervosismo, sentimentos de tristeza choro, diminuição do interesse pelas atividades rotineiras, dificuldades na tomada de decisões, pensamentos suicidas e de desesperança, cansaço e queixas estomacais.

As respostas são do tipo sim/não. Cada afirmativa corresponde a um ponto, e o escore final é realizado por meio da somatória dos valores. Quanto menor o escore, menor a probabilidade de ocorrência dos sintomas. Um estudo recente no Brasil indica que o ponto de corte mais adequado é 8 pontos, independente do sexo (D. Gonçalves, Stein & Kapezinski, 2008).

### **3.4.2 Escala de Figuras de Silhuetas para Adultos (Anexo C)**

Constitui um instrumento para avaliação do grau de insatisfação e distorção da imagem corporal (Gardner & Brown, 2010; Kakeshita & Almeida, 2006; Kakeshita, 2008;

Kakeshita et al., 2009). Por meio dessa escala é possível analisar a imagem idealizada e a imagem objetiva, principalmente em populações que apresentam sobrepeso ou obesidade, dificuldades no controle de peso e no comportamento alimentar (Kakeshita et al., 2009). Esse instrumento foi adaptado e validado por Kakeshita (2008), em uma amostra composta por 280 indivíduos adultos, entre as idades de 18 e 59 anos, heterogênea em relação às classes de IMC, aos extratos econômicos e ao nível de escolaridade.

É constituída por quinze figuras de cada sexo. Os cartões são de 6,5 cm de largura por 12,5 cm de altura, com a figura centralizada em fundo preto, contornada por margem a 0,5 cm equidistantes das bordas da figura e do cartão. Ressalta-se que as imagens nas figuras são condizentes com o biótipo brasileiro, considerando estatura média e as variações de IMC. Cada figura é apresentada ao participante em cartão separado, não sendo mostradas expressões faciais ou desproporções na forma corporal. Trata-se de uma escala intervalar, na qual o IMC varia de 11,25 Kg/m<sup>2</sup> (valor mínimo) a 48,75 Kg/m<sup>2</sup> (valor máximo). Há o incremento de 2,5 Kg/m<sup>2</sup> entre as figuras.

### 3.4.3 Resiliência

Para avaliação do nível de resiliência dos participantes foram utilizados dois instrumentos, descritos a seguir.

#### 3.4.3.1 Escala de Resiliência (ER) (Anexo D)

A ER desenvolvida por Wagnild e Young (1993), consiste em um instrumento utilizado para mensuração do grau de resiliência do indivíduo. Ela é composta por 25 itens com resposta tipo *likert* que varia de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores variam de 25 a 175 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior a resiliência. No Brasil, a adaptação transcultural do instrumento foi realizada por Pesce et al. (2005).

A ER foi originalmente construída tendo por base um estudo qualitativo realizado por Wagnild e Young, no ano de 1987. A casuística foi composta por mulheres idosas às quais tiveram uma adaptação positiva frente situações importantes no decorrer da história de vida e

juntamente com uma revisão da literatura sobre o tema foram construídos 50 itens, que posteriormente foram reduzidos ao número de 25.

Segundo Wagnild (2009) após diversas aplicações da ER em amostras variadas faz-se possível afirmar que escores acima de 146 indicam moderadamente elevado a elevados níveis de resiliência; escores entre 121 e 145 indicam resiliência moderada; escores abaixo de 121 indicam baixa resiliência. Consiste em um dos poucos instrumentos usados para medir níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos importantes da vida. A escala correlacionou-se positivamente com apoio social, auto-estima, satisfação de vida, supervisão familiar e, inversamente, com sofrimento psíquico, indicando validade de constructo (Pesce et al., 2005).

Wagnild e Young (1993) sugeriram dois fatores para a escala (competência pessoal e aceitação de si mesmo e da vida) os quais mostraram-se coerentes com as definições teóricas da resiliência. Na versão brasileira os fatores distribuíram-se em três:

- (1) itens relacionados à resolução de ações e valores, que explicou 20,6% da variância total;
- (2) itens relacionados à independência e à determinação, que explicou 6,7% da variância total;
- (3) itens relacionados à autoconfiança e à capacidade de adaptação a situações, que explicou 5,5% da variância total (Pesce et al., 2005).

Um artigo de revisão a respeito dos instrumentos para mensuração da resiliência indicou que a ER citada acima é amplamente descrita na literatura, com aplicação em ambos os sexos, todas as idades e grupos étnicos. Os autores ainda consideraram que este instrumento é o mais apropriado para a avaliação da resiliência em adolescentes (Ahern, Kiehl, Sole & Byers, 2006).

#### **3.4.3.2 Questionário Complementar sobre Resiliência (Apêndice C)**

Questionário elaborado pela pesquisadora especificamente para esse estudo. Foi realizado com o objetivo de complementar os itens da ER enfatizando o processo de adaptação ao pós-operatório da cirurgia bariátrica. Foram elaboradas trinta questões com respostas do tipo *likert* variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) e 7 questões abertas.

Das questões do tipo *likert*, vinte e cinco foram baseadas na ER (Pesce et al., 2005), no entanto o contexto do pós-operatório da cirurgia bariátrica foi especificado; as outras cinco questões abordaram as vantagens e desvantagens da cirurgia; importância de seguir as orientações oferecidas pela equipe; comparação da qualidade de vida com o período anterior à cirurgia e a percepção de alterações no ambiente (trabalho, família e amigos) após a realização da cirurgia bariátrica.

Nas perguntas abertas foi solicitado que o participante relatasse exemplos de: orientações que considerava úteis no pós-operatório de cirurgia bariátrica; dificuldades enfrentadas no pós-operatório; vantagens e desvantagens percebidas no pós-operatório; mudanças na qualidade de vida; mudanças percebidas no ambiente; pessoas as quais ele procurou ajuda quando encontrou dificuldades no pós-operatório de cirurgia bariátrica.

As respostas referentes a esse questionário contemplaram a análise qualitativa de variáveis relacionadas ao processo de adaptação referente ao período pós-operatório da cirurgia bariátrica. Esse estudo não objetivou a elaboração de um instrumento que pudesse ser generalizado para outras populações, ou seja, não foi utilizado o rigor psicométrico para construção e validação de instrumentos para avaliação psicológica.

#### **3.4.4 Inventário de Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman (IECLF) (Anexo E)**

Instrumento traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Savóia, Santana e Mejias (1996). Consiste em questionário com 66 itens que abordam pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico. A escala é subdividida em oito fatores: confronto, afastamento, auto-controle, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva. Devido o caráter situacional em relação à utilização de estratégias de *coping*, os participantes foram indagados com a seguinte questão: “o que você fez em situações estressantes referentes ao pós-operatório da cirurgia bariátrica?”.

### 3.5 Aspectos éticos

Em um primeiro momento foi realizado contato com os responsáveis pelo Departamento de Psicologia no local onde os dados seriam coletados. Os propósitos e metodologia do estudo foram expostos obtendo-se o consentimento para a coleta de dados na instituição. Posteriormente o projeto foi cadastrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) por meio do qual o mesmo foi direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto devido ao vínculo com a instituição na qual os dados seriam coletados. O projeto foi aprovado sob o parecer n. 215/2009 (Anexo F).

Como propõe a Resolução 196/96, uma paciente foi encaminhada para atendimento psicológico na referida instituição pelo fato de, no decorrer da coleta de dados, a mesma apresentar sintomas graves de depressão, incluindo ideação suicida.

### 3.6 Procedimentos

Subseqüente à aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, os dados foram coletados no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital de Base de São José do Rio Preto entre os meses de agosto a dezembro de 2009. A abordagem aos participantes ocorreu de acordo com a ordem de chegada nos retornos médico e/ou nutricional inseridos no protocolo do serviço. O atendimento no ambulatório ocorria uma vez por semana (quintas-feiras) no período matutino e vespertino.

De acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, envolvendo Pesquisa com Seres Humanos os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa sendo informados sobre os seus objetivos e procedimentos. Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) os que concordaram em participar do estudo assinaram-no. Uma via foi entregue ao participante e a outra arquivada pela pesquisadora. Foram esclarecidos o compromisso do sigilo e o caráter confidencial das informações, zelando pela privacidade e a garantia de que a identificação dos sujeitos não seria exposta nas conclusões ou publicações. Os sujeitos foram informados que poderiam abandonar a pesquisa



no momento em que desejassem ou que achassem necessário. A realização deste estudo não ofereceu risco ou dano à família ou ao indivíduo participante.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual, na qual foi utilizado um protocolo padronizado. A pesquisadora realizava a leitura das questões e em caso de dúvidas acerca do vocabulário das questões oferecia explicações sucintas aos respondentes. Essa estratégia foi adotada devido à caracterização da amostra em relação ao nível de escolaridade. Com o objetivo de facilitar a compreensão dos instrumentos, os participantes tinham acesso às respostas do tipo *likert* por meio de cartões confeccionados pela pesquisadora, assim, durante a leitura das questões, os entrevistados puderam visualizar em um material impresso as opções de respostas.

As entrevistas foram realizadas em salas apropriadas, que permitissem a privacidade do entrevistado, localizadas no próprio espaço físico do ambulatório médico. Tiveram a duração média 40 minutos. Para a verificação da aplicabilidade dos instrumentos, foram realizadas dez entrevistas preliminares com o intuito de ajustamento de possíveis inadequações dos instrumentos utilizados. Como não houve alterações do protocolo, essas entrevistas foram adicionadas ao banco de dados.

Para a obtenção dos dados antropométricos foi realizado a pesagem através de balança mecânica, com capacidade para 300 kg e precisão de 100g. Os participantes foram pesados com o mínimo de roupa, descalços, de costas para a balança, com os braços relaxados ao lado do corpo. Para obtenção da estatura, foi utilizado estadiômetro fixo, em local plano. O voluntário retirava os calçados, subia na plataforma, de costas para a escala de medidas, mantinha-se em pé, com pelo menos um dos calcanhares encostados na parede, ombros relaxados e braços ao longo do corpo. O olhar do voluntário apresentava-se voltado para frente, em linha reta, de forma que o queixo estivesse num ângulo de 90°. A haste do estadiômetro apresentava-se perpendicular ao solo. Assim que a haste encostava ao topo da cabeça, travava-se o estadiômetro, sendo solicitado que o avaliado descesse, realizando-se, então, a leitura de sua estatura. Os materiais em questão (balança e estadiômetro) já se encontravam disponíveis no ambulatório no qual foi realizada a coleta de dados.

As informações referentes ao peso corporal anterior à cirurgia e data de realização do procedimento cirúrgico foram coletadas por meio de análise dos prontuários, sendo considerada a última anotação no prontuário antes da cirurgia, seja por parte dos médicos ou nutricionistas da equipe multidisciplinar.

### 3.7 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva (frequência, porcentagem, média, desvio-padrão, mediana, valores mínimos e máximos) a fim de caracterizar a amostra em análise. A pesquisa empírica e descritiva tem por finalidade registrar e analisar as informações obtidas, de forma que seja possível descrever as características do objeto em estudo. Preocupa-se em estudar a frequência com que os resultados ocorrem dentro do grupo de pessoas e como se caracteriza o perfil deste grupo (Gil, 2006).

As metodologias estatísticas foram paramétricas e não paramétricas, sendo que os seguintes testes estatísticos foram utilizados: t-Student; ANOVA (Análise de Variância); Teste Exato de Fisher; Alpha de Cronbach; Correlação de Pearson. Para todas as análises foi usado o software SAS versão 9.1. O nível de significância adotado foi de  $p < 0,05$ .

As questões abertas do Questionário Complementar sobre Resiliência foram analisadas tendo por base os pressupostos da Análise de Conteúdo. A Análise de Conteúdo constitui-se por três fases cronológicas:

- 1) a pré-análise: é a fase da organização do material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional e sistematizar as idéias iniciais;
- 2) a exploração do material: os dados são codificados a partir das unidades de registro em categorias e subcategorias;
- 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação: se faz a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns (Bardin, 1977).

# RESULTADOS

---



## 4 Resultados

### 4.1 Caracterização da amostra

Em relação aos dados antropométricos, tem-se que: o peso médio anterior à cirurgia documentado no prontuário médico foi de 140,61 Kg ( $\pm 26,32$ ); o peso médio no momento da entrevista foi de 92,51 Kg ( $\pm 21,0$ ) e a altura média foi de 1,64 cm ( $\pm 0,09$ ) (Tabela 3).

**Tabela 3** - Distribuição dos dados antropométricos (n=100).

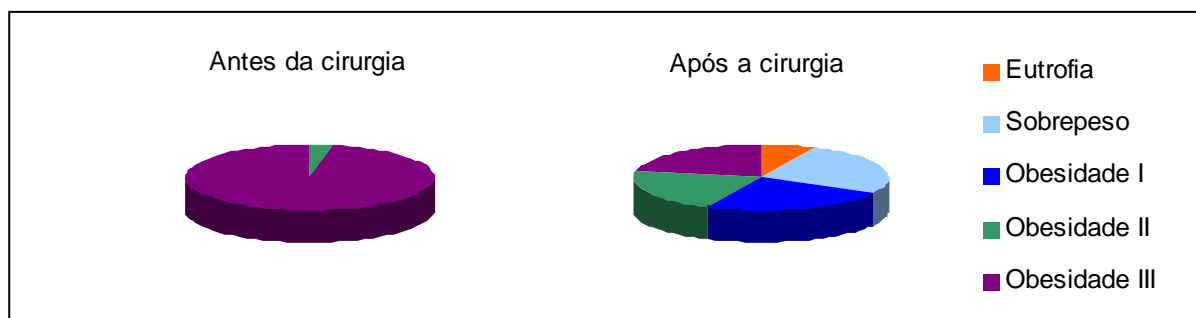
Variável	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Peso (Kg)					
Antes	140,61	26,32	93,4	135,0	223,0
Depois	92,51	21,0	55,0	88,15	167,3
Altura (cm)	1,64	0,09	1,30	1,63	1,91

Foi observada uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) do IMC antes e após a cirurgia bariátrica em ambos os sexos (Tabela 4).

**Tabela 4** - Descrição da amostra de acordo com o IMC ( $\text{Kg/m}^2$ ), sexo e períodos pré e pós-operatório (n=100).

Amostra	Período	IMC ( $\text{Kg/m}^2$ )					t-Student
		Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo	
Feminina (n=85)	Antes	51,40	7,29	38,01	50,78	76,33	$p < 0,001$
	Depois	33,95	6,34	22,6	33,3	47,5	
Masculina (n=15)	Antes	55,79	7,67	47,27	56,1	76,26	$p < 0,001$
	Depois	36,10	7,26	23,49	35,89	47,5	
Total (n=100)	Antes	52,05	7,48	38,01	50,89	76,33	$p < 0,001$
	Depois	34,27	6,49	22,6	33,38	47,5	

Quanto ao estado nutricional observou-se que antes da cirurgia a predominância era de Obesidade Grau III (97%). Após a submissão ao procedimento cirúrgico a maioria dos participantes apresentava Sobrepeso (26%); seguido por Obesidade Grau I (24%); Obesidade Grau III (22%); Obesidade Grau II (21%) e Eutrofia (7%) (Figura 2).



**Figura 1** - Distribuição do estado nutricional antes e após a realização da cirurgia bariátrica (n=100).

Os entrevistados em sua maioria negaram o uso de bebida alcoólica (67%), uso de drogas (100%) e cigarro (87%). Dos que consumiam bebida alcoólica, a maioria relatou que fazia uso da substância aos finais de semana (16%). Quanto à atividade física, 47% relataram que a praticavam regularmente, com frequência de 3 a 4 vezes por semana (49%). A caminhada consistiu na modalidade mais comum (66%). Na investigação acerca da auto-avaliação no programa de cirurgia bariátrica oferecido pela instituição, 35% consideraram-na como “excelente”; 17% como “muito boa”; 26% como “boa”; 21% como “média/ruim”. Uma pessoa declarou que não realizou acompanhamento multidisciplinar no período pós-operatório.

Os resultados relacionados às condições clínicas demonstraram que o período pós-operatório dos entrevistados oscilou entre 1 mês e 7 anos, sendo que 51% haviam sido submetidos à cirurgia há mais de 24 meses; a maioria realizou a cirurgia disabsortiva-restritiva denominada Fobi-Capella (97%); 52% relataram excelente estado de saúde, sendo os vômitos o principal problema, apesar de terem sido relatados como ocasionais; 89% relataram uso de medicações, sendo as mais comuns os complexos vitamínicos, anti-hipertensivos, antiinflamatórios, antiulcerosos e antidepressivos (Tabela 5).

**Tabela 5** - Distribuição de variáveis clínicas (n=100).

	Variáveis	n	%
Período pós-operatório	≤ 6 meses	8	8
	> 6 ≤ 12 meses	12	12
	> 12 e ≤ 24 meses	29	29
	> 24 meses	51	51
Tipo de cirurgia	Fobi-Capella	97	97
	Mason	3	3
Estado de saúde	Excelente	52	52
	Muito bom	20	20
	Bom	21	21
	Médio/ Insatisfatório/ Ruim	7	7
Frequência de adoecimento	Sempre	10	10
	Às vezes	68	68
	Nunca	22	22
Problemas de saúde	Hipertensão Arterial Sistêmica	6	6
	Diabetes	3	3
	Mialgia	16	16
	Doenças ósseas e articulares	11	11
	Náuseas, vômitos	14	14
	Diarréias	2	2
	Fraqueza	6	6
	Anemia	2	2
	Queda de cabelo	6	6
	Tontura	5	5
	Hérnia	3	3
	Síndrome de Dumping	3	3
Alterações psiquiátricas	Nervosismo/ansiedade	3	3
	Desânimo/depressão	7	7
	Compulsão alimentar	1	1
	Tentativa de suicídio	1	1
Medicações	Complexos vitamínicos e minerais	54	54
	Anti-hipertensivos	24	24
	Anti-ulcerosos	21	21
	Analgésicos/ Anti inflamatórios	9	9
	Anti-diabéticos	4	4
	Anti-depressivos	26	26
	Ansiolíticos	8	8
	Anti-psicóticos	3	3

Na maioria da amostra estudada (79%) não houve presença sintomas psiquiátricos avaliados pelo SRQ-20. Os sintomas mais comuns foram: nervosismo, tensão, preocupação (59%); sensações desagráveis no estômago (44%); alterações no sono (35%); má digestão (32%) (Tabela 6).

**Tabela 6** - Porcentagens das respostas afirmativas no SRQ-20 (n=100).

Sintomas	%
Nervosismo, tensão, preocupação	59
Dificuldade para pensar com clareza	52
Sensações desagradáveis no estômago	44
Tristeza	41
Alterações no sono	35
Má digestão	32
Assusta-se com facilidade	30
Dificuldades para tomar decisões	30
Tremores nas mãos	28
Dores de cabeça	27
Perda do interesse pelas coisas	24
Falta de apetite	22
Choro (mais que o habitual)	21
Dificuldade para realizar com satisfação atividades diárias	19
Dificuldades no serviço	19
Se cansa com facilidade	13
Se sente uma pessoa inútil, sem préstimo	9
Cansaço o tempo todo	8
Sentimento de incapacidade para desempenhar um papel útil na vida	8
Ideação suicida	6

## 4.2 Imagem Corporal

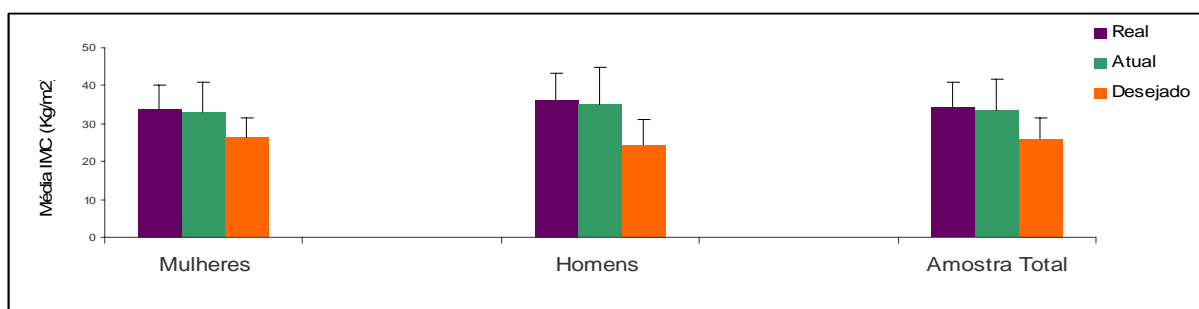
Os resultados médios encontrados para a distorção e insatisfação da imagem corporal, obtidos por meio da aplicação da Escala de Figuras de Silhuetas, foram de  $-0,8 \text{ Kg/m}^2$  ( $\pm 6,48$ ) e  $-7,54 \text{ Kg/m}^2$  ( $\pm 6,95$ ), respectivamente. Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de acordo com o teste t-Student (Tabela 7).

**Tabela 7** - Caracterização das variáveis distorção e insatisfação (n=100).

Variável	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo	t-Student
Distorção	-0,8	6,48	-27,77	-0,24	14,89	$p < 0,001$
Insatisfação	-7,54	6,95	-32,5	-7,5	15	

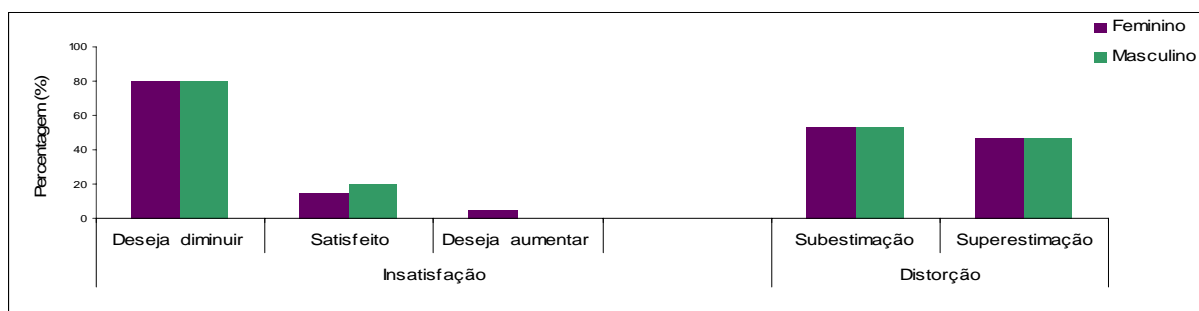


No grupo feminino o valor médio do IMC da imagem apontada como a figura “Atual” foi de  $33,18 \text{ Kg/m}^2 \pm 7,95$ ; enquanto o IMC médio para a figura escolhida como a “Desejada” correspondeu a  $26,19 \text{ Kg/m}^2 \pm 5,42$ . Para os homens, os resultados médios para as figuras apontadas como “Atual” e “Desejada” foram  $35,17 \text{ Kg/m}^2 \pm 9,84$  e  $24,5 \text{ Kg/m}^2 \pm 7,28$ , respectivamente. A média geral do IMC da figura apontada como “Atual” foi de  $33,48 \text{ Kg/m}^2 \pm 8,23$  enquanto que a média do IMC para a figura apontada como “Desejada” foi de  $25,94 \text{ Kg/m}^2 \pm 5,58$  (Figura 2).



**Figura 2** - Média ( $\pm$ ) do IMC real, atual e desejado para cada sexo e para a amostra total de acordo com a Escala de Figuras de Silhuetas.

Assim, verificou-se que tanto os homens quanto as mulheres apresentaram insatisfação e distorção com a imagem corporal. A maioria das mulheres desejava diminuir o tamanho da silhueta (80%), 15% estavam satisfeitas e 5% desejavam aumentá-la. Enquanto que no sexo masculino, 80% dos homens apresentaram o desejo de diminuir o tamanho corporal e 20% estavam satisfeitos. Não houve diferença nos resultados encontrados em relação à distorção da imagem corporal quanto ao sexo, sendo que a subestimação corporal foi encontrada em 53%, e a superestimação esteve presente em 47% da amostra, em ambos os sexos (Figura 3).



**Figura 3** - Percentuais encontrados para insatisfação e distorção da imagem corporal para mulheres (n=85) e homens (n=15) de acordo com a Escala de Figura de Silhuetas.

O valor médio obtido para insatisfação no sexo feminino foi de  $-6,98 \text{ Kg/m}^2 \pm 6,76$ ; enquanto que no sexo masculino foi de  $-10,67 \text{ Kg/m}^2 \pm 7,41$ . Para a distorção, os valores médios obtidos foram de  $-0,77 \text{ Kg/m}^2 \pm 6,45$  e  $-0,94 \text{ Kg/m}^2 \pm 6,88$ , para o sexo feminino e masculino, respectivamente (Tabela 8).

**Tabela 8** - Descrição das variáveis da imagem corporal de acordo com o sexo (n=100).

Sexo	Variável	n	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Feminino	Insatisfação	85	-6,98	6,76	-32,50	-7,5	15,00
	Distorção	85	-0,77	6,45	-27,77	-0,27	14,89
Masculino	Insatisfação	15	-10,67	7,41	-22,50	-12,5	0
	Distorção	15	-0,94	6,88	-16,23	-0,03	11,34

Quanto à idade percebeu-se que houve maior nível de insatisfação com a imagem corporal nas pessoas com idade inferior a 35 anos ( $-9,47 \text{ Kg/m}^2 \pm 5,33$ ), enquanto que a distorção da imagem corporal foi maior entre as pessoas com idade igual ou superior a 48 anos ( $-3,4 \text{ Kg/m}^2 \pm 9,39$ ) (Tabela 9).

**Tabela 9** - Descrição das variáveis da imagem corporal de acordo com a idade (n=100).

Idade	Variável	n	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
< 35 anos	Insatisfação	33	-9,47	5,33	-22,5	-10,00	0
	Distorção	33	0,28	4,63	-8,49	-0,03	11,34
≥ 35 e < 48 anos	Insatisfação	42	-8,88	6,56	-32,5	-7,50	2,50
	Distorção	42	-0,1	5,25	-10,16	0,25	14,89
≥ 48 anos	Insatisfação	25	-2,72	7,43	-15,00	-2,5	15,00
	Distorção	25	-3,40	9,39	-27,77	-2,91	10,77

Em relação ao período pós-operatório, os dados indicaram que o período em que houve maior nível de distorção foi entre 12 e 24 meses após a realização da cirurgia ( $-2,18 \text{ Kg/m}^2 \pm 7,92$ ). Quanto à insatisfação da imagem corporal, o período de maior ocorrência foi entre os pacientes que haviam realizado a cirurgia há menos de 6 meses ( $-12,56 \text{ Kg/m}^2 \pm 4,19$ ) (Tabela 10).

**Tabela 10** - Descrição das variáveis da imagem corporal de acordo com o período pós-operatório (n=100).

Período pós-operatório	Variável	n	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
≤ 6 meses	Insatisfação	8	-12,56	4,19	-20	-11,5	-7,5
	Distorção	8	-1,04	4,47	-8,78	-0,53	7,01
> 6 e ≤ 12 meses	Insatisfação	12	-10,04	4,21	-17,5	-8,75	-5
	Distorção	12	0,17	3,09	-4,67	0,19	5,72
> 12 e ≤ 24 meses	Insatisfação	29	-6,81	6,88	-20	-7,5	15
	Distorção	29	-2,18	7,92	-23,49	-1,8	10,77
> 24 meses	Insatisfação	51	-6,57	7,48	-32,5	-5	15
	Distorção	51	-0,2	6,44	-27,77	0,66	14,89

Os resultados para o teste de análise de variância (ANOVA) demonstraram que para a variável distorção, apenas o nível de escolaridade influenciou de forma significativa ( $p < 0,05$ ) (Tabela 11).

**Tabela 11** - Análise de variância por variáveis em estudo para a variável “distorção” (n=100).

Variável	G.L.	Média Quadrática	Valor F	p-valor
Sexo	1	0,38	0,01	0,925
Escolaridade	2	151,71	3,81	0,025 *
Estado civil	3	9,88	0,23	0,876
Filhos	2	57,66	1,38	0,256
Situação empregatícia	2	19,73	0,46	0,630
Condição econômica	2	6,62	0,15	0,857
Praticante religião	1	55,07	1,31	0,254
Classe ABEP	3	0,31	0,01	0,999
Período pós-operatório	3	28,27	0,67	0,575
Atividade física	1	11,58	0,27	0,602
Avaliação do programa	4	30,28	0,71	0,618
Adoecimento	2	37,53	0,89	0,414

\*  $p \leq 0,05$

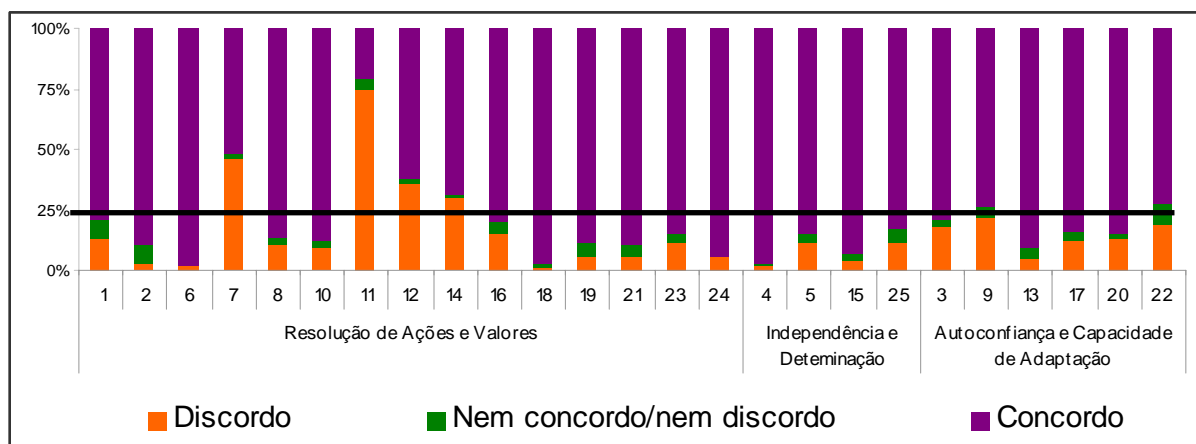
Para a variável insatisfação não foram encontrados resultados significantes por meio do teste de análise de variância, ao nível de significância de 5%.

### 4.3 Resiliência

O escore médio obtido na ER foi 139,22 pontos ( $\pm 14,7$ ), sendo que o valor mínimo obtido foi 98 e o máximo 169 pontos. As respostas nos itens abordados pela escala *likert* foram analisadas da seguinte maneira: discordo totalmente, discordo muito e discordo pouco foram agrupadas em uma única categoria denominada “discordo”; concordo totalmente, concordo muito e concordo pouco, foram agrupadas na categoria “concordo”; as respostas neutras (nem concordo/nem discordo) foram mantidas separadamente. A análise da frequência das respostas da ER permite a verificação de quais situações se apresentam como concordantes e discordantes na amostra.

A Figura 4 representa graficamente os percentuais de respostas para cada item da ER. Pela visualização do gráfico sugere-se que na maioria dos itens propostos pela escala o percentual de respostas nas categorias “discordo” e “nem concordo/ nem discordo” estiveram abaixo dos 25%. Os itens 7 (“*eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação*”) e 11 (“*eu raramente penso sobre o objetivo das coisas*”), por configurarem aspectos negativos da escala, podem ser interpretados de forma invertida.

Os itens que obtiveram maior concordância foram: 6 - “*eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida*” (98%); 18 - “*em uma emergência eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar*” (97%); 21 - “*minha vida tem sentido*” (90%); 24 - “*eu tenho energia para fazer o que eu tenho que fazer*” (94%); 4 - “*manter interesses nas coisas é importante para mim*” (97%); 13 - “*eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes*” (91%).

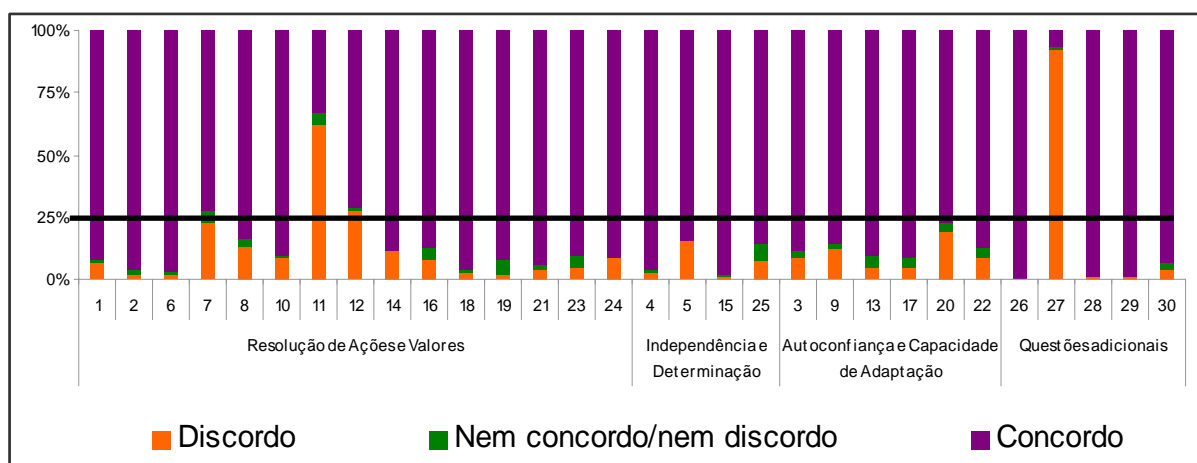


**Figura 4** - Percentuais das respostas discordantes, neutras e concordantes aos itens da ER (n=100).

As respostas do Questionário Complementar sobre Resiliência também foram agrupadas nas categorias “discordo”; “concordo” e “respostas neutras” (nem concordo/nem discordo), como descrito nos resultados da ER. Foi realizada a mesma disposição de fatores propostos pela ER para melhor comparação dos resultados.

Os resultados também demonstram que os percentuais para discordância dos itens propostos estiveram predominante abaixo dos 25%, exceto o item 27 (“*eu percebo na maioria das vezes desvantagens em ter realizado a cirurgia bariátrica*”) que obteve o maior índice de rejeição (92%).

Os itens que obtiveram maior frequência de respostas nas categorias “concordo” foram: 2 - “*eu costumo lidar com os problemas no pós-operatório de uma forma ou de outra*” (96%); 6 - “*eu sinto orgulho de ter realizado a cirurgia bariátrica*” (97%); 18 - “*em uma emergência, após a cirurgia bariátrica, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar*” (96%); 21 - “*minha vida tem sentido após a cirurgia bariátrica*” (94%); 4 - “*no pós-operatório manter interesse nas coisas é importante para mim*” (96%); 15 - “*eu mantenho interesse nas coisas referentes à cirurgia bariátrica*” (98%); 26 - “*eu percebo na maioria das vezes vantagens em ter realizado a cirurgia bariátrica*” (100%); 28 - “*é importante seguir as orientações oferecidas pela equipe*” (99%); 29 - “*em comparação com o período anterior à cirurgia bariátrica, notei alterações na minha qualidade de vida*” (99%) (Figura 5).



**Figura 5** - Percentuais das respostas discordantes, neutras e concordantes aos itens do Questionário Complementar sobre Resiliência (n=100).

### 4.3.1. Análise qualitativa

A análise qualitativa das questões abertas do Questionário Complementar sobre Resiliência, obtida por meio da Análise de Conteúdo (Bardin, 1977), mostrou os seguintes resultados:

a. Quanto às orientações julgadas como úteis no pós-operatório de cirurgia bariátrica, as categorias que obtiveram maior frequência de respostas foram: informações da alimentação em geral (n=68), orientações psicológicas (n=31) e orientações sobre a necessidade da mastigação (n=27) (Tabela 12).

**Tabela 12** - Principais orientações consideradas úteis pelos participantes no pós-operatório de cirurgia bariátrica.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência de respostas</b>
Alimentação em geral	68
Orientações psicológicas	31
Necessidade da mastigação	27
Atividade física	13
Seguir orientações médicas	12
Total	151

Foram agrupadas na categoria “alimentação em geral” as seguintes repostas: quantidade de comida; horário das refeições; escolha dos alimentos; leitura dos rótulos das embalagens; consumo de água. Na categoria “orientações psicológicas”, foram agrupadas as respostas referentes à: interpretação de situações; diferenciação entre fome e saciedade; não comer quando estiver nervoso(a); parar de comer quando estiver saciado(a); ter auto-estima, confiança e perseverança; manter a calma; não comer em frente da televisão; exercícios de respiração/relaxamento. Na categoria “seguir as orientações médicas”, destaca-se o uso dos medicamentos e dos suplementos vitamínicos e minerais.

b. No item referente às dificuldades enfrentadas no pós-operatório de cirurgia bariátrica, a maioria respondeu não ter tido nenhuma dificuldade (n=47). As demais dificuldades podem ser vistas na Tabela 13:

**Tabela 13** - Principais dificuldades listadas pelos participantes.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência de respostas</b>
Nenhuma	47
Alteração dos hábitos	14
Aceitação de alguns alimentos	11
Vômitos	9
Dieta líquida/pastosa	8
Restrição na quantidade de comida	5
Ansiedade	6
Aceitação da imagem corporal	3
Arrependimento	1
Total	104

Foram exemplos de respostas agrupadas na categoria “alteração dos hábitos”: associar disciplina com o cotidiano do trabalho; continuar tendo compulsão, mas não poder concretizar; não poder comer e beber o que tem vontade; ter que “pensar como magro” na hora da refeição. Uma participante afirmou “*depois da cirurgia sou outra pessoa, tenho que aprender tudo de novo*”. Os alimentos mais difíceis de serem ingeridos por parte da amostra foram arroz e carne. Quanto aos vômitos, foram falas de alguns participantes: “*vomitei porque era muito gulosa*”; “*comia e depois colocava o dedo na garganta*”; “*nos primeiros dois anos comia e depois forçava o vômito*”. Uma pessoa verbalizou arrependimento de ter realizado a cirurgia, segundo a mesma, devido “*más informações*”.

c. A principal vantagem decorrente da cirurgia bariátrica, de acordo com a amostra estudada, se refere à capacidade de andar ou melhora na mobilidade (n=32). Um exemplo dado por um dos participantes a esse respeito foi: “*antes não fazia nada, só ficava sentado*”. Outra categoria verbalizada com frequência se refere à “melhora da saúde”. A diminuição do uso de medicamentos foi agrupada nessa categoria. A maior facilidade para “comprar roupas/sapatos” foi verbalizada por 19 participantes. A melhora no trabalho foi associada tanto à disposição para as atividades, quanto à diminuição do preconceito no trabalho. Citam-se como exemplos as seguintes falas: “*hoje trabalho em dobro*”; “*não fico mais cansada no trabalho*”; “*não me davam trabalho porque o patrão achava que gorda come toda a comida*”. As demais categorias referentes às vantagens decorrentes da cirurgia bariátrica podem ser visualizadas na Tabela 14:

**Tabela 14** - Principais vantagens decorrentes da cirurgia bariátrica.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência de respostas</b>
Andar / mobilidade	32
Melhora da saúde	21
Comprar roupas/sapatos	19
Emagrecer	16
Melhora no trabalho	16
Disposição	16
Melhora na auto-estima	15
Melhora no condicionamento físico	13
Melhora na vida social	12
Bem-estar	9
Diminuição das dores	7
Melhora na qualidade do sono	6
Melhora no humor	5
Melhora na vida sexual	5
Total	192

d. Quanto às desvantagens decorrentes da cirurgia bariátrica, a maioria relatou não perceber nenhuma desvantagem (n=78) (Tabela 15).

**Tabela 15** - Principais desvantagens decorrentes da cirurgia bariátrica.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência de respostas</b>
Nenhuma	78
Fraqueza	7
Flacidez	6
Queda de cabelo	6
Instabilidade de humor	3
Total	100

e. As principais mudanças na qualidade de vida listadas pela amostra foram: poder caminhar (n=25); melhora da saúde (n=21); melhora na alimentação (n=16). Uma fala referente a este



último item foi “*agora sei comer como uma pessoa normal, civilizada*”. As demais mudanças na qualidade de vida percebidas pelos participantes estão listadas na Tabela 16:

**Tabela 16** - Principais mudanças na qualidade de vida percebidas pelos participantes após a cirurgia bariátrica.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência de respostas</b>
Poder caminhar	25
Melhora da saúde	21
Melhora na alimentação	16
Melhora na vida social	14
Disposição	14
Melhora no trabalho	13
Melhora da resistência física	8
Auto-estima	7
Total	118

f. As mudanças ambientais percebidas pelos participantes estiveram prioritariamente vinculadas ao relacionamento interpessoal, como convívio com as pessoas (n=53) e aceitação (n=27). O “convívio com as pessoas” englobou relacionamentos familiares, sociais e no trabalho. Podem ser citados como exemplos as seguintes falas: “*hoje a minha família me trata melhor*”; “*antes eu me isolava*”; “*hoje eu participo das reuniões*”; “*me tornei uma pessoa melhor, menos armada e com menos defesa*”; “*as pessoas param de te olhar, não vira mais ponto de referência*”; “*pararam de me tratar como uma coitada*”; “*todos que convivem comigo são unânimes: dizem que sou visivelmente mais feliz, mais bem humorada, de bem com a vida, antes eu era irritada, nervosa e reclamava muito*”; “*todos me olham com outros olhos, acabou o preconceito*”. Dezoito participantes (n=18) afirmaram que as pessoas continuaram com o mesmo comportamento anterior à cirurgia bariátrica (Tabela 17).

**Tabela 17** - Principais mudanças ambientais após a cirurgia bariátrica.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência de respostas</b>
Melhora no convívio com as pessoas	53
Aceitação	27
As pessoas continuaram da mesma forma	18
Elogios	8
Total	106

g. Ao serem questionados sobre as principais fontes de suporte emocional, a maioria dos entrevistados se reportou aos familiares (n=54); seguido pelos amigos (n=24); cônjuges (n=15); profissionais da equipe multidisciplinar (n=15); pacientes que já fizeram a cirurgia (n=6) e membros da comunidade religiosa (n=5) (Tabela 18).

**Tabela 18** - Principais fontes de suporte emocional no pós-operatório de cirurgia bariátrica.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência de respostas</b>
Familiares	54
Cônjuges	15
Amigos	24
Profissionais	15
Pacientes que já fizeram a cirurgia	6
Membros da comunidade religiosa	5
Total	119

#### 4.4 Estratégias de *Coping*

Os oito domínios de *coping* utilizados pela amostra obedeceram a seguinte ordem decrescente, de acordo com os escores médios obtidos no IECFL: resolução de problemas ( $1,83 \pm 0,52$ ); reavaliação positiva ( $1,75 \pm 0,5$ ); suporte social ( $1,6 \pm 0,55$ ); fuga e esquiva ( $1,53 \pm 0,88$ ); autocontrole ( $1,4 \pm 0,49$ ); aceitação de responsabilidade ( $1,36 \pm 0,55$ ); afastamento ( $0,95 \pm 0,42$ ); confronto ( $0,8 \pm 0,46$ ). O Coeficiente de Cronbach ( $\alpha$ ) foi superior que 0,7 para todos os domínios estudados, o que confirma que o instrumento possui boa consistência interna (Tabela 19).

**Tabela 19** - Escores médios obtidos nos oito fatores avaliados pelo IECFL (n=100).

<b>Fatores</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Mediana</b>	<b>Máximo</b>	<b><math>\alpha</math></b>
Confronto	0,8	0,46	0	0,83	2,0	0,771
Afastamento	0,95	0,42	0,14	1,0	2,0	0,760
Autocontrole	1,4	0,49	0,4	1,4	2,6	0,747
Suporte Social	1,6	0,55	0,17	1,67	2,83	0,773
Aceitação de Responsabilidade	1,36	0,55	0,14	1,43	2,71	0,713
Fuga e Esquiva	1,53	0,88	0	1,5	4,5	0,782
Resolução de Problemas	1,83	0,52	0,25	2,0	3,0	0,772
Reavaliação positiva	1,75	0,50	0,33	1,78	3,0	0,734

A Figura 6 apresenta os percentuais obtidos em cada item dos domínios de *coping* avaliados pelo IECFL para obtenção de uma análise detalhada a respeito da utilização de cada estratégia.

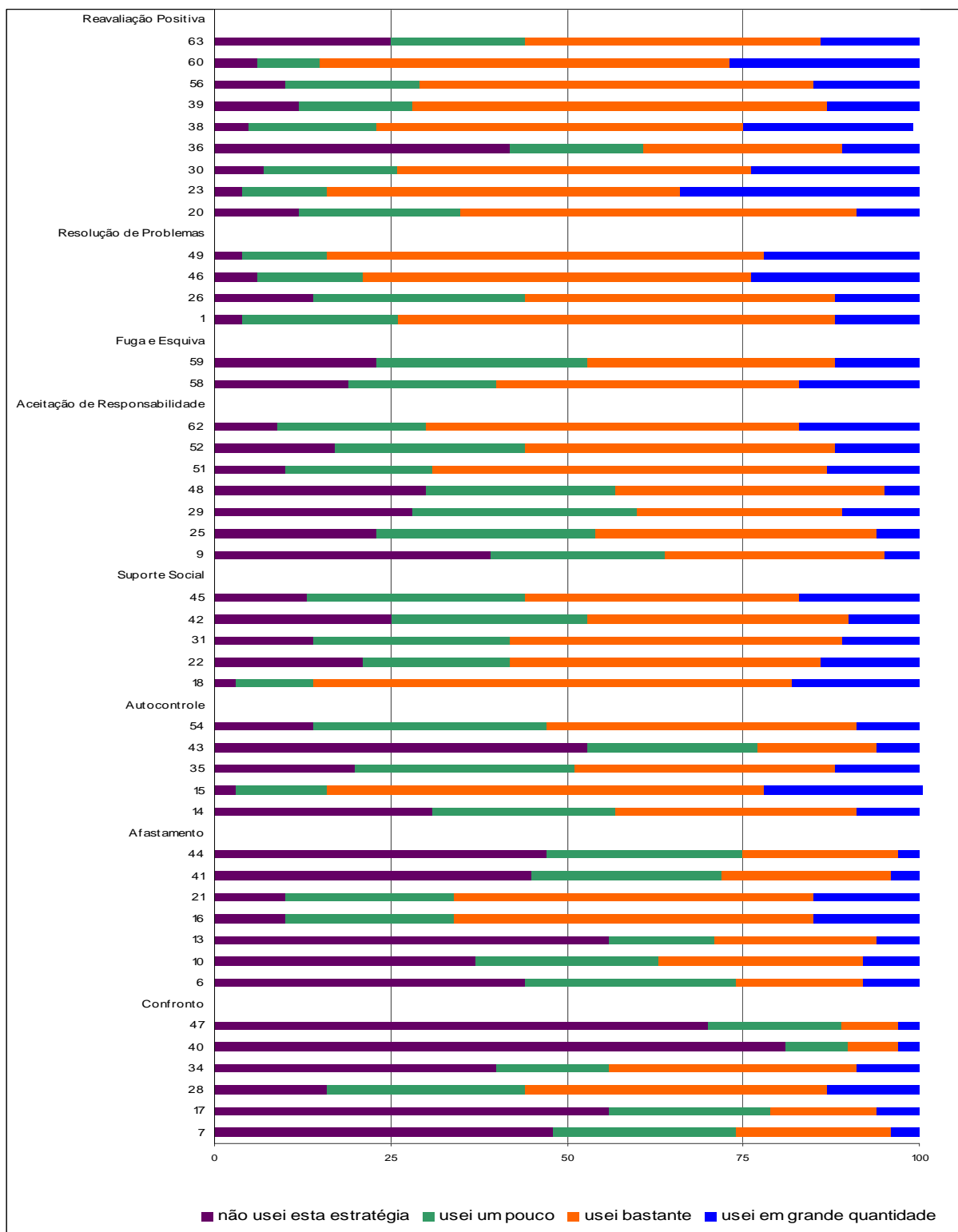


Figura 6 - Percentuais do uso das estratégias de *coping* nos domínios avaliados pelo IECFL (n=100).

Por meio da estatística descritiva, têm-se os seguintes resultados para os escores médios obtidos nos domínios do IECLF:

- Sexo: tanto no feminino (n=85) quanto no masculino (n=15) o domínio utilizado em maior quantidade foi “resolução de problemas” ( $1,86 \pm 0,52$ ;  $1,63 \pm 0,56$ , respectivamente) e o menos utilizado foi o “confronto” ( $0,83 \pm 0,46$ ;  $0,64 \pm 0,45$ , respectivamente).
- Idade: os dados demonstraram que tanto para as pessoas com idade inferior a 35 anos (n=33), quanto para os participantes de idade entre 35 e 48 anos (n=42) as estratégias menos utilizadas corresponderam ao domínio “confronto” ( $0,83 \pm 0,49$ ;  $0,81 \pm 0,47$ , respectivamente) e as mais utilizadas pertenceram ao domínio “resolução de problemas” ( $1,88 \pm 0,53$ ;  $1,87 \pm 0,48$ , respectivamente). Para a idade igual ou superior a 48 anos (n=25), o “confronto” continua sendo o domínio menos utilizado ( $0,76 \pm 0,42$ ), no entanto, o domínio mais utilizado correspondeu à “reavaliação positiva” ( $1,77 \pm 0,49$ ).
- Período pós-operatório: os domínios menos utilizados e mais utilizados em todos os períodos foram “confronto” e “resolução de problemas”, respectivamente.
- Distorção da imagem corporal: os dados indicaram que não houve diferença quanto às estratégias de  *coping*  mais utilizadas e menos utilizadas, tanto para a amostra com subestimação da imagem corporal (n=53), quanto para a amostra com superestimação (n= 47). O domínio de  *coping*  menos utilizado foi o “confronto” ( $0,79 \pm 0,44$ ;  $0,82 \pm 0,48$ , respectivamente) e o mais utilizado foi “resolução de problemas” ( $1,85 \pm 0,51$ ;  $1,81 \pm 0,54$ ).
- Insatisfação com a imagem corporal: o domínio de  *coping*  menos utilizado, nas três categorias (insatisfação devido o desejo de diminuir a silhueta/ satisfação/ insatisfação devido o desejo de aumentar a silhueta), foi o “confronto” ( $0,84 \pm 0,47$ ;  $0,58 \pm 0,33$ ;  $1,0 \pm 0,24$ , respectivamente). Já o domínio de  *coping*  mais utilizado para a amostra com insatisfação devido o excesso de peso e satisfeita, foi “resolução de problemas” ( $1,81 \pm 0,53$ ;  $1,91 \pm 0,45$ , respectivamente). Para a amostra com insatisfação devido a magreza o domínio mais utilizado foi a “reavaliação positiva” ( $2,03 \pm 0,45$ ).

A Tabela 20 descreve os valores médios descritos acima, bem como os resultados do pós-teste de Duncan, que demonstraram as seguintes médias estatisticamente significantes ao nível de

5%: afastamento em relação ao sexo; suporte social em relação os grupos de idade entre 35 e 48 anos e acima de 48 anos; confronto e período pós-operatório superior a 24 meses; aceitação de responsabilidade e grupos com satisfação e insatisfação devido a magreza.

**Tabela 20** - Valores médios dos domínios de *coping* de acordo com sexo, idade, distorção, insatisfação e período pós-operatório com os resultados do pós-teste de Duncan\* (quando usado) (n=100).

Fatores de <i>Coping</i>	Sexo		Idade (anos)			Distorção	
	F	M	<35	≥ 35 e < 48	≥ 48	Sub	Sup
Confronto	0,83	0,64	0,83	0,81	0,76	0,79	0,82
Afastamento	0,99a	0,72b	0,92	0,93	1,02	0,96	0,94
Autocontrole	1,43	1,21	1,39	1,45	1,31	1,45	1,34
Suporte social	1,61	1,53	1,70a	1,66a	1,35b	1,59	1,60
Aceitação de responsabilidade	1,39	1,22	1,39	1,43	1,22	1,39	1,33
Fuga e esquiva	1,57	1,27	1,38	1,67	1,48	1,54	1,51
Resolução de problemas	1,86	1,63	1,88	1,87	1,70	1,85	1,81
Reavaliação positiva	1,78	1,60	1,71	1,76	1,77	1,8	1,69

Fatores de <i>Coping</i>	Insatisfação			Período pós-operatório (meses)			
	Ins (-)	S	Ins (+)	≤ 6	> 6 e ≤ 12	> 12 e ≤ 24	> 24
Confronto	0,84	0,58	1,00	0,69b	0,64b	0,67b	0,94a
Afastamento	0,95	0,82	1,36	0,73	0,83	0,96	1,00
Autocontrole	1,42	1,21	1,70	1,35	1,25	1,34	1,47
Suporte social	1,60	1,51	1,79	1,46	1,64	1,63	1,59
Aceitação de responsabilidade	1,42ab	1,03b	1,61a	1,32	1,31	1,36	1,38
Fuga e esquiva	1,53	1,53	1,38	1,31	1,00	1,72	1,57
Resolução de problemas	1,81	1,91	2,00	1,81	1,70	1,97	1,76
Reavaliação positiva	1,76	1,64	2,03	1,57	1,65	1,89	1,72

**Notas:** F: feminino; M: masculino; Sub: subestimação; Sup: superestimação; Ins (-): insatisfação devido o desejo de diminuir a silhueta; S: satisfação; Ins (+): insatisfação devido o desejo de aumentar a silhueta.

\* Médias com mesma letra não são significativamente diferentes em relação aos outros grupos ao nível de 5% pelo teste de Duncan.

A análise de variância (ANOVA) para as variáveis da imagem corporal e *coping* demonstraram que foram estatisticamente significantes as comparações entre: distorção e insatisfação ( $p < 0,001$ ); insatisfação e idade ( $p < 0,001$ ); insatisfação e distorção ( $p = 0,002$ ); confronto e período pós-operatório ( $p = 0,023$ ); afastamento e sexo ( $p = 0,024$ ); suporte social e idade ( $p = 0,037$ ); aceitação de responsabilidade e insatisfação ( $p = 0,02$ ) (Tabela 21).

**Tabela 21** - ANOVA para variáveis de silhueta e *coping* considerando sexo, idade, distorção, insatisfação e período pós-operatório como fatores (n=100).

Variáveis	Fator	G.L.	Média Quadrática	Valor F	p-valor
Distorção	Sexo	1	0,38	0,01	0,925
	Idade	2	113,90	2,81	0,065
	Insatisfação	2	625,48	20,84	<0,001 *
	Período pós-operatório	3	28,27	0,67	0,575
Insatisfação	Sexo	1	173,07	3,68	0,058
	Idade	2	389,61	9,44	<0,001 *
	Distorção	1	454,09	10,28	0,002 *
	Período pós-operatório	3	113,49	2,45	0,068
Confronto	Sexo	1	0,46	2,21	0,140
	Idade	2	0,04	0,17	0,846
	Distorção	1	0,03	0,13	0,718
	Insatisfação	2	0,52	2,57	0,082
Afastamento	Período pós-operatório	3	0,65	3,33	0,023 *
	Sexo	1	0,89	5,26	0,024 *
	Idade	2	0,08	0,44	0,646
	Distorção	1	0,02	0,08	0,772
Autocontrole	Insatisfação	2	0,46	2,70	0,072
	Período pós-operatório	3	0,23	1,31	0,275
	Sexo	1	0,59	2,53	0,115
	Idade	2	0,16	0,66	0,521
Suporte social	Distorção	1	0,27	1,16	0,284
	Insatisfação	2	0,47	2,05	0,135
	Período pós-operatório	3	0,20	0,85	0,471
	Sexo	1	0,07	0,21	0,645
Aceitação de responsabilidade	Idade	2	1,00	3,41	0,037 *
	Distorção	1	0,00	0,01	0,938
	Insatisfação	2	0,14	0,44	0,648
	Período pós-operatório	3	0,07	0,23	0,874
Fuga e esquiva	Sexo	1	0,36	1,21	0,274
	Idade	2	0,34	1,14	0,324
	Distorção	1	0,07	0,24	0,628
	Insatisfação	2	1,14	4,05	0,020 *
Resolução de problemas	Período pós-operatório	3	0,02	0,08	0,973
	Sexo	1	1,18	1,52	0,221
	Idade	2	0,80	1,03	0,362
	Distorção	1	0,02	0,02	0,879
Reavaliação positiva	Insatisfação	2	0,05	0,06	0,943
	Período pós-operatório	3	1,64	2,18	0,096
	Sexo	1	0,68	2,56	0,113
	Idade	2	0,28	1,04	0,357
	Distorção	1	0,04	0,15	0,700
	Insatisfação	2	0,13	0,46	0,631
	Período pós-operatório	3	0,29	1,06	0,368
	Sexo	1	0,39	1,57	0,214
	Idade	2	0,03	0,12	0,887
	Distorção	1	0,31	1,22	0,272
	Insatisfação	2	0,26	1,02	0,365
	Período pós-operatório	3	0,33	1,30	0,279

\* p ≤ 0,05

Os domínios de *coping*, período pós-operatório e variáveis da imagem corporal foram correlacionados por meio do coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ). As correlações mais fortes mostradas (consideradas moderadas) foram entre reavaliação positiva e aceitação de responsabilidade ( $r = 0,63$ ,  $p < 0,001$ ), reavaliação positiva e resolução de problemas ( $r = 0,59$ ,  $p < 0,001$ ) e aceitação de responsabilidade e autocontrole ( $r = 0,53$ ,  $p < 0,001$ ). Observou-se que existe uma correlação significativa, negativa e moderada entre insatisfação e distorção ( $r = -0,53$ ,  $p = 0,001$ ). Ou seja, quanto maior a insatisfação, menor a distorção e vice-versa. Já entre as variáveis de *coping* (duas a duas), elas se mostraram positivas (Tabela 22).

**Tabela 22** - Matriz dos coeficientes de correlação de Pearson dos fatores de *coping* e variáveis da imagem corporal (distorção e insatisfação) ( $n=100$ ).

Correlação de Pearson	Pós-operatório	Distorção	Insatisfação	Confr	Afast
Pós-operatório	1				
Distorção	0,06	1			
Insatisfação	0,15	-0,53**	1		
Confr	0,30**	0,07	-0,07	1	
Afast	0,13	-0,07	0,07	0,39**	1
Autocont	0,09	-0,07	-0,06	0,32**	0,50**
Sup Soc	-0,07	0,12	-0,04	0,19	0,19
Ac Resp	-0,06	0	-0,1	0,39**	0,44**
Fuga Esq	0,09	-0,01	-0,09	0,25**	0,17
Res Prob	-0,23*	-0,06	0,18	0,1	0,11
Reav Pos	-0,16	-0,12	0,1	0,17	0,30**

Correlação de Pearson	Autocont	Sup Soc	Ac Resp	Fuga Esq	Res Prob	Reav Pos
Autocont	1					
Sup Soc	0,20*	1				
Ac Resp	0,53**	0,41**	1			
Fuga Esq	0,30**	0,14	0,32**	1		
Res Prob	0,17	0,329**	0,42**	0,09	1	
Reav Pos	0,40**	0,34**	0,63**	0,27**	0,59**	1

**Notas:** Confr: Confronto; Afast: Afastamento; Autocont: Autocontrole; Sup Soc: Suporte Social; Ac Resp: Aceitação de Responsabilidade; Fuga Esq: Fuga e Esquiva; Res Prob: Resolução de Problemas; Reav Pos: Reavaliação positiva.  
 \*  $p \leq 0,05$   
 \*\*  $p \leq 0,01$





# DISCUSSÃO

---



## 5 Discussão

### 5.1 Dados sociodemográficos

Os resultados referentes aos dados sociodemográficos no presente estudo indicaram que houve predominância do sexo feminino (85%) quanto a realização de cirurgia bariátrica no referido Hospital Universitário. Outros estudos também documentam maior frequência de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica (Harbottle, 2010; Prevedello, Colpo, Mayer & Copetti, 2009). Segundo Mazzeo, Saunders e Mitchell (2005) há uma prevalência de mulheres em todos os grupos étnicos na procura de cirurgia bariátrica. Justificativas para essa afirmação relacionam-se aos padrões estéticos que valorizam a magreza e que influenciam a maior motivação de mulheres obesas em perder peso. Além disso, estudos epidemiológicos indicam que, na maioria dos países, as mulheres apresentam índices mais elevados de IMC quando comparados com os homens (James, Leach, Kalamara & Shayeghi, 2001).

A média de idade encontrada (40,58 anos  $\pm$  10,3) também é reportada em outros estudos (M. Baptista, Vargas & A. Baptista, 2008; G. Almeida, Loureiro & Santos, 2001). As idades mínima e máxima foram 22 e 65 anos, respectivamente. Isso pode ser explicado pelo fato da cirurgia bariátrica ser indicada pelo Ministério da Saúde apenas a pessoas com idade superior a 18 anos e inferior à 60 anos (CFM, 2005).

### 5.2 Dados antropométricos e de condições clínicas

Antes da cirurgia, 97% dos participantes apresentavam obesidade grau III (IMC  $\geq$  40 kg/m<sup>2</sup>) e 3% apresentavam obesidade grau II (IMC entre 35-39,9 kg/m<sup>2</sup>). Esse achado foi semelhante ao encontrado por Vasconcelos e Costa Neto (2008), em que amostra estudada foi composta por 93,3% participantes com obesidade grau III e 6,7% grau II. O estado nutricional encontrado está de acordo com as diretrizes propostas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2005) que recomenda que a cirurgia bariátrica seja realizada apenas em casos de extrema obesidade e/ou comorbidades associadas.

A maioria dos participantes realizou o procedimento cirúrgico denominado Fobi-Capella. A literatura aponta que essa técnica consiste no padrão ouro atual para o tratamento da obesidade mórbida (Farias, 2005). Quanto aos dados antropométricos, sugere-se que houve uma redução de peso estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ). Considerando que o peso médio antes da cirurgia era de 140,61 Kg ( $\pm 26,32$ ) e que depois da cirurgia o peso médio foi para 92,51 Kg ( $\pm 21,0$ ), houve uma redução de cerca de 65,8% do peso. A perda de peso encontrada neste estudo está acima da descrita na literatura, que refere uma redução de cerca de 40 a 50% do peso inicial após a realização de cirurgia bariátrica (Pereira, 2003).

Os participantes, em sua maioria, relataram um excelente estado de saúde, indicando episódios de adoecimento ocasionais. Dentre os motivos para esses episódios foram destacados as mialgias e as doenças ósseas e articulares. Tais manifestações provavelmente são conseqüências do estado prolongado de obesidade o qual geralmente se apresenta nos pacientes obesos mórbidos. A maioria (54%) relatou fazer uso freqüente de complexos vitamínicos e minerais. Estudos indicam a importância de tais suplementos devido carências nutricionais ocasionadas pelo procedimento cirúrgico para o tratamento da obesidade. Em uma amostra de 68 pacientes submetidos a algum tipo de cirurgia bariátrica, estudo encontrou que 48% faziam uso de complexos multivitamínicos e minerais (Harbottle, 2010).

Em relação ao estado nutricional e à ingestão alimentar no pós-operatório de cirurgia bariátrica, Harbottle (2010) encontrou a presença dos seguintes problemas na sua amostra: queda de cabelo (60%); enfraquecimento das unhas (35%); ressecamento da pele (20,5%); intolerância alimentar no período inicial de pós-operatório (60,2%); Síndrome de Dumping (33,8%); diarreia (22%); náuseas (17,6%); intolerância a alimentos específicos, tais como, pão (19%), arroz (11,8%), massa (73%), ovos (4,4%). No presente estudo tem-se que a queda de cabelo foi apontada por 6% dos pacientes; náuseas e vômitos por 14%; diarreias por 2%; Síndrome de Dumping por 3%. A intolerância alimentar não foi relatada por nenhum paciente.

Sugere-se que a avaliação dos problemas relacionados ao estado nutricional e à ingestão alimentar pode ter sido prejudicada pelo fato dos dados terem sido levantados por meio do relato espontâneo dos pacientes. Provavelmente tais problemas foram subestimados devido à influência da demasiada interpretação de vantagens ocasionadas pela cirurgia. Essa justificativa foi hipotetizada pelo fato de 100% das respostas à questão “*eu percebo na maior das vezes vantagens em ter realizado a cirurgia bariátrica*” do Questionário Complementar sobre Resiliência terem sido preenchidas na categoria “concordo”.

Os resultados indicaram que todos os pacientes negaram o uso de drogas ilícitas. O consumo de bebida alcoólica foi relatado por 33%, sendo que destes, 16% reportaram-no como ocasional. O uso de cigarros esteve presente em 13% dos participantes. Quanto aos aspectos emocionais, apesar dos resultados mostrarem que a maioria não atingiu o ponto de corte para os sintomas avaliados no SRQ-20 (79%), tem-se que 26% dos pacientes relataram uso de antidepressivos. Devido o caráter transversal realizado na coleta de dados, não foi possível realizar comparações de tais comportamentos antes e após a cirurgia bariátrica.

Outros trabalhos mostraram um aumento de certos comportamentos negativos após a realização de cirurgia bariátrica. Como por exemplo, os resultados citados por Harbottle (2010), em que a amostra relatou consumir mais bebida alcoólica, fumar e serem mais depressivos depois da cirurgia (59%; 4,4%; 5,8%, respectivamente). Em contrapartida, outro estudo encontrou como resultados que 33,3% dos pacientes avaliados deixaram de fumar após a cirurgia bariátrica, 34,4% relataram prática de atividade física, sendo que antes da cirurgia esse tipo de atividade não era praticado por nenhum participante (Prevedello et al., 2009).

Com relação à realização de atividade física, não foram coletados dados referentes ao período pré-operatório, no entanto 47% da amostra relataram prática regular de atividade física após a cirurgia. Achado semelhante foi encontrado por Castro, Ferreira, Carvalho, Ferreira e Pereira (2010) em que 45% dos entrevistados relataram essa prática após o procedimento cirúrgico para obesidade. Estudos também mostram uma correlação negativa entre a quantidade de atividade e o grau de obesidade, visto que a atividade física exerce grande influência na manutenção do peso e a sua prática deficitária contribui para o desenvolvimento da obesidade (Cezar, 2000). Tais mudanças comportamentais indicam uma mudança no estilo de vida e, por consequência, melhoria na qualidade de vida dos pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica.

### **5.3 Imagem corporal**

Os achados indicaram que tanto os homens quanto as mulheres apresentaram distorção da própria imagem ( $-0,94 \text{ Kg/m}^2 \pm 6,88$  e  $-0,77 \text{ Kg/m}^2 \pm 6,45$ , respectivamente). Os resultados negativos indicam tendência à subestimação da imagem corporal. Esse dado é congruente com a literatura, que indica que há uma tendência de as pessoas subestimarem o valor do IMC percebido quando comparado com o IMC real (Kakeshita & Almeida, 2006). Alguns

estudiosos sugerem que uma das possíveis causas de subestimação da imagem corporal poderia ser a negação do próprio estado nutricional (Madrigal et al., 2000; Pesa, Syre & Jones, 2000).

Para a insatisfação, os resultados mostraram que houve uma tendência da amostra no desejo de diminuir o tamanho corporal, visto a prevalência de resultados negativos (-) para a insatisfação, sendo que os homens gostariam de se ver mais magros em média  $10,67 \text{ Kg/m}^2 (\pm 7,41)$ ; enquanto que as mulheres gostariam de ter a silhueta menor em média  $6,98 \text{ Kg/m}^2 (\pm 6,76)$ . Apesar de haver na literatura um consenso em predizer que indivíduos do sexo masculino apresentam maior prevalência de insatisfação por magreza, enquanto que indivíduos do sexo feminino relatam maior insatisfação por excesso de peso (Coqueiro, Petroski, Pelegrini & Barbosa, 2010; Kakeshita & Almeida, 2006; Quadros, Gordia, Martins, Ferrari & Petroski, 2010), esses dados não foram encontrados no estudo em questão, pois ambos apresentaram insatisfação devido ao excesso de peso.

Uma pesquisa realizada com o objetivo de avaliar a estimativa do tamanho corporal de indivíduos obesos submetidos a um programa hospitalar para redução de peso encontrou como resultados que o grupo de estudo subestimou as dimensões do seu próprio corpo, enquanto que o grupo controle, formado por indivíduos de pesos normais, superestimou algumas dimensões e foi preciso em outras. Sugere-se que devido à rápida perda de peso, a capacidade para estimar o tamanho do próprio corpo pode ficar diminuída, resultando em subestimação (Valtolina, 1998).

Outra investigação utilizou uma representação gráfica de silhuetas para comparar a acurácia na estimação do tamanho corporal em pacientes com anorexia, pacientes obesos e pacientes com peso normal. Os resultados indicaram que os pacientes anoréxicos superestimaram o tamanho corporal, os obesos subestimaram e os indivíduos com peso normal foram precisos em suas estimativas em relação ao tamanho corporal (Bell, Kirkpatrick & Rinn, 1986).

Com o objetivo de avaliar a imagem corporal de sujeitos do sexo feminino, pesquisadoras utilizaram a Técnica do Desenho da Figura Humana e encontraram que o grupo controle (mulheres sem o diagnóstico de obesidade) apresentou frequência acentuada de linhas finas, traços caracterizados por avanços e recuos e desenhos localizados na metade superior da folha. Tais características, de acordo com o método de avaliação proposto, são indicativos de insegurança e dificuldade de adaptação ao ambiente. Em contrapartida, no grupo experimental (mulheres obesas) houve predominância de linhas grossas, traços trêmulos, maior número de desenhos localizados no quarto quadrante da folha e falta de uma

temática específica, que também são indicativos de insegurança, dificuldade de adaptação do ambiente, além de ansiedade (G. Almeida, Loureiro & Santos, 2002).

Outro inquérito, que também tinha por finalidade a avaliação da imagem corporal, investigou 150 mulheres subdividas em grupos de acordo com a classificação do IMC utilizando como instrumento a Escala de Desenhos de Silhuetas (Stunkard, Sorensen & Schulsinger, 1983). A maioria dos participantes, independente da classe de IMC, selecionou com maior frequência figuras representativas de baixo peso corporal. A análise estatística dos dados demonstrou que mulheres com obesidade grau I fizeram escolhas mais adequadas quando comparadas com mulheres com IMC na classe de sobrepeso. Quando solicitada a escolha da figura do corpo que gostaria de ter (ideal) os dados indicaram presença de insatisfação com a própria imagem nas mulheres pertencentes aos grupos com sobrepeso e obesidade graus I, II e III (G. Almeida, Santos, Pasian & Loureiro, 2005).

Além disso, as mulheres classificadas como morbidamente obesas perante a solicitação da escolha da figura de um corpo saudável/normal para o mesmo gênero, responderam com uma frequência elevada a figura correspondente ao sobrepeso. Neste estudo, o tamanho do próprio corpo foi considerado uma variável que pode influenciar na avaliação do que é considerado normal. Também foi considerado que a Escala de Desenhos de Silhuetas foi um instrumento útil para a avaliação da percepção de tamanho e forma corporal, já que de forma geral, as participantes discriminaram adequadamente as diferenças quanto aos tamanhos corporais (G. Almeida et al., 2005).

Os resultados encontrados por Saur e Pasian (2008) mostraram uma relação entre o peso corporal e o nível de insatisfação corporal. O grupo de obesos ( $IMC > 30 \text{ Kg/m}^2$ ) apresentou os maiores níveis de insatisfação corporal, seguido dos participantes do grupo classificados como sobrepeso, posteriormente, o grupo com IMC abaixo do normal e por fim, os participantes do grupo de peso normal, que foram os menos insatisfeitos. Outros estudos encontraram resultados semelhantes, onde os obesos apresentam níveis de insatisfação com a imagem corporal maiores quando comparados com o grupo de não-obesos (Ferreira & Leite, 2002).

Além da questão do gênero e IMC, a idade pode ser uma variável importante para a compreensão da construção da imagem corporal nos indivíduos. Neste estudo, houve a predominância de insatisfação pelo excesso de peso nas pessoas que tinham idade abaixo de 35 anos ( $-9,47 \text{ Kg/m}^2 \pm 5,33$ ). Em contrapartida, a distorção da própria imagem foi mais elevada nas pessoas com idade igual ou superior a 48 anos ( $-3,4 \text{ Kg/m}^2 \pm 9,39$ ). Frost (2005) argumenta que o desejo pelo emagrecimento é mais acentuado em função da idade e do

gênero, sendo que mulheres mais jovens demonstram maiores problemas por não satisfazerem aos ideais estéticos.

Os resultados de um estudo realizado com mulheres idosas, residentes em uma cidade do interior do estado do nordeste, utilizando a Escala de Silhuetas proposta por Stunkard, Sorensen & Schlusinger (1983) indicaram que mulheres insatisfeitas com a imagem corporal apresentaram maior massa corporal quando comparadas com idosas satisfeitas com a própria imagem corporal. Os autores observaram que quanto maior o IMC, maior era o percentual de idosas insatisfeitas com a imagem corporal, sendo que na categoria de obesidade grau II, 100% das idosas estavam insatisfeitas com a sua imagem (Tribess, Virtuoso Junior & Petroski, 2010).

Para Cash (1993), as pessoas obesas que buscam tratamento para perda de peso geralmente são mais preocupadas com a imagem corporal do que obesos que não estão em tratamento. Complementa que as pessoas obesas que se inscrevem em programas para perda de peso, em geral, apresentam uma imagem corporal negativa, além de um acentuado investimento na sua aparência.

A insatisfação da imagem corporal, segundo dados da literatura, é bem documentada e de acordo com os resultados de diversos estudos parece estar associada à obesidade. No entanto, quanto à distorção, os dados não são consistentes (Friedman & Brownell, 1995). Autores apontam que existem conclusões divergentes em relação à distorção da própria imagem em indivíduos obesos, sendo que estes, podem tanto superestimar, subestimar ou serem precisos quanto à estimativa do tamanho corporal (Schwartz & Brownell, 2002).

Segundo Sarwer, Wadden & Foster (1998) fatores relacionados à percepção subjetiva que uma pessoa tem a respeito da sua autoimagem pode ser mais importante do que a realidade objetiva de sua aparência. Assim, em busca da prevenção de problemas relacionados à obesidade, a abordagem do nível de insatisfação com a própria imagem dos pacientes é de extrema importância.

Damasceno, Lima, J. Vianna, R. Vianna e Novaes (2005) sugerem que a insatisfação com a imagem corporal pode levar à adoção de comportamentos autodestrutivos, dentre eles, abuso nas dietas. Neste sentido McCabe e Ricciardelli (2004) também argumentam que a insatisfação com a imagem corporal deveria ser considerada um problema de saúde pública, pois pode acarretar em atitudes e condutas comportamentais não saudáveis, como anorexia, bulimia, dismorfia e realização de dietas mal orientadas. No caso de pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica, tais comportamentos de risco podem acarretar consequências graves, como complicações pós-cirúrgicas devido à não adesão às orientações médicas e



nutricionais prescritas, vômitos frequentes, carências nutricionais e em casos mais graves, o risco de morte.

O estudo realizado por Ramirez e Rosen (2001) comparou duas amostras de obesos, uma constituída por um grupo de pessoas inseridas em um programa controle de peso e a outra, além de estarem inseridas em um programa para controle de peso recebiam terapia com o foco na imagem corporal. Os autores concluíram que o programa para controle de peso por si só é tão eficaz quanto o tratamento combinado, e que a terapia para imagem corporal seria útil para apenas um subgrupo de pacientes.

Outros autores, todavia, afirmam que a perda de peso não é necessária para melhorar a imagem corporal. Argumentam que a imagem corporal pode ser melhorada por meio da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) (Cash, 2002; Cash & Strachan, 2002). Estudo semelhante concluiu que um grupo de mulheres obesas que submetidas à TCC, demonstraram melhoria na imagem corporal, bem como, na angústia, autoestima e na compulsão para comer, apesar da maioria não ter tido mudanças no peso corporal (Rosen, Orosan & Reiter, 1995).

Os dados comparando o período pós-operatório e as variáveis da imagem corporal demonstraram que quanto menor o tempo de pós-operatório maior o nível de insatisfação. Em todos os períodos foi encontrado que a amostra estava insatisfeita pelo desejo de ser mais magra.

Uma limitação para comparação dos resultados encontrados no presente estudo refere-se à falta de parâmetros com os dados encontrados na literatura. Percebe-se uma variedade de delineamentos e metodologias para avaliação da imagem corporal em pacientes obesos.

## 5.4 Resiliência

No contexto da saúde, a resiliência tem sido estudada em seu aspecto multidimensional e por isso tem se configurado como um fator importante para a prevenção de problemas desenvolvimentais e psicossociais. Este estudo identificou alguns dos principais comportamentos indicadores de resiliência presentes no repertório comportamental de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

Os resultados da ER no presente estudo mostraram um escore médio de 139,22 pontos ( $\pm 14,7$ ). De acordo com a classificação proposta por Wagnild (2009) essa pontuação indica um nível de resiliência moderado. Visto que, de forma geral os resultados indicam uma alta

frequência de respostas nas categorias “concordo” da escala *likert*, pode-se dizer que a amostra demonstrou níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos importantes da vida, que consiste no objetivo central da ER, segundo Pesce et al. (2005). Este fato ocorreu nos três fatores da escala (resolução de ações e valores; independência e determinação; autoconfiança e adaptação). Os itens referentes às questões “*eu raramente penso sobre o objetivo das coisas*” e “*eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação*” tiveram as menores frequências na categoria “concordo” (n=52; n=21, respectivamente), no entanto, as mesmas consistem em assertivas negativas da escala.

Estudos indicam a importância do manejo de problemas de ordem psicológica dos pacientes com obesidade mórbida em avaliação para o procedimento cirúrgico, bem como no período posterior à cirurgia. Cash e Pruzinsky (2002) afirmam que existe uma associação entre o processo de resiliência e a prevenção dos distúrbios da imagem corporal. Dessa forma, abordar os aspectos emocionais se torna ainda mais importante, visto que, o humor consiste em um dos fatores promotores de resiliência (Canelas, 2004; Rodríguez, 2005; Walsh, 2004).

Leite (2007) utilizou para coleta de dados a ER e um Protocolo de Intervenção do Psicólogo Hospitalar. O autor afirma que houve uma associação entre a pontuação na escala e as queixas avaliadas pelo protocolo, sendo que quanto maiores as pontuações na ER, mais adequadas eram as respostas dos pacientes quanto às queixas psíquicas e comportamentais, bem como, na avaliação familiar. De acordo com Chandra et al. (2010), trabalhar a resiliência tendo como foco a prevenção de agravos de saúde nas comunidades seria de extrema importância, considerando as inúmeras barreiras ao acesso dos serviços de saúde, visto que em geral, nos serviços públicos, essa disponibilidade é limitada. Principalmente, naquelas às quais existem uma grande proporção de indivíduos com doenças crônicas, tais como, obesidade, doenças renais, ou outras condições que exigem equipamentos médicos duráveis, e em comunidades menos favorecidas economicamente.

Bedani (2008) realizou uma pesquisa com gestores de uma organização de grande porte utilizando o Questionário do Índice de Resiliência: Adultos Reivich-Shatté/ Barbosa. A autora fez uma consideração importante a respeito do instrumento utilizado, sugerindo que o mesmo seja aplicado apenas por psicólogos, pelo fato de serem profissionais com capacitação técnica para analisar o comportamento humano de forma a evitar a estigmatização ou rótulos. Aconselha-se que o instrumento seja utilizado como recurso de apoio e suporte na gestão de pessoas com o objetivo de identificar repertórios comportamentais e cognitivos em busca do desenvolvimento humano, priorizando assim, o caráter preventivo perante situações de risco.

A mesma recomendação pode ser feita na temática em questão. Os critérios psicológicos e/ou psiquiátricos para a avaliação de candidatos ao procedimento cirúrgico para obesidade mórbida ainda não se encontram bem definidos (Fandiño, Benchimol, Coutinho & Appolinário, 2004). E por este motivo, não se espera que a avaliação do processo de resiliência seja um procedimento inserido nos protocolos de avaliação exigido pelos serviços credenciados pelo Ministério da Saúde para realização de cirurgias bariátricas. Espera-se sim, que tal abordagem contribua para com a intervenção dos profissionais da equipe da saúde visando a melhor preparação dos candidatos à cirurgia bariátrica e melhor acompanhamento aos pacientes no período pós-operatório, partindo da consideração que o processo de resiliência contribui para o desenvolvimento saudável do indivíduo perante situações adversas.

Por meio das análises do Questionário Complementar sobre Resiliência observou-se que os itens obtiveram uma frequência ainda maior de respostas concordantes às questões abordadas pelo questionário. Destaca-se o item “*eu percebo na maioria das vezes vantagens em ter realizado a cirurgia bariátrica*” que obteve 100% de respostas na categoria “concordo”. A análise qualitativa deste instrumento visou complementar a avaliação do processo de adaptação ao pós-operatório da cirurgia bariátrica. De forma geral, as informações fornecidas pelos participantes nas questões abertas do Questionário Complementar sobre Resiliência estiveram congruentes às demais respostas oferecidas nos instrumentos de abordagem quantitativa.

Os participantes evocaram a importância das informações oferecidas pela equipe multidisciplinar, dentre elas, destacam-se as informações referentes às mudanças do padrão alimentar no pós-operatório e às orientações de ordem psicológica. A amostra em sua maioria mostrou-se satisfeita com os ganhos obtidos no pós-operatório, visto a alta frequência de vantagens e mudanças na qualidade de vida listadas pelos participantes. A melhoria na qualidade de vida após o emagrecimento é documentada na literatura, enquanto que, a obesidade é associada ao isolamento social, estresse, depressão, prejuízo da capacidade funcional (T. Tavares, Nunes & Santos, 2010) e perda expressiva no grau de independência e bem-estar-físico (Vasconcelos & Costa Neto, 2008).

A melhora na auto-estima também foi verificada em um estudo com pacientes classificados como obesos grau III que se submeteram à intervenção cirúrgica para redução de peso. Neste estudo, os autores encontraram como resultados que a perda de peso influenciou diretamente a melhoria na auto-estima e na qualidade de vida. Provavelmente, o fato de a cirurgia proporcionar uma garantia concreta quanto a manutenção do peso influenciou esses

resultados (Torgerson, 2002). Além disso, a perda de peso acarretada pela cirurgia bariátrica auxilia na adoção de comportamentos em direção a uma vida social mais ativa, e como consequência, tem-se uma auto-imagem corporal mais positiva, melhora nos relacionamentos sexuais e sociais (Stunkard & Wadden, 1992).

Os participantes enfatizaram a modificação ambiental consequente à cirurgia bariátrica, principalmente no que tange ao relacionamento interpessoal. De acordo com Silva e Lange (2010) o fator que mais interfere na insatisfação com a própria imagem dos indivíduos obesos é o olhar de desaprovação ou o distanciamento do outro. O preconceito e discriminação também são tidos como um dos maiores problemas sociais encontrados pelos obesos (Castro, 2009). Os obesos são classificados como inaptos para alguns tipos de trabalho, são vistos como pessoas com problemas emocionais e interpessoais, além de terem menor chance de serem admitidos em escolas de prestígio ou em profissões mais atraentes (Kolotkin, Crosby, Kosloski & Williams, 2001). Essa afirmação pode ser presenciada na seguinte fala de uma das participantes, que era cozinheira profissional: *“não me davam trabalho porque o patrão achava que gorda come toda a comida”*.

Dentre as categorias referentes ao suporte emocional, merece ser destacado a importância da família no manejo de dificuldades enfrentadas no pós-operatório. Segundo dados da literatura, a inclusão da família no tratamento da obesidade possibilita o controle da mesma e facilita a prevenção de recaídas (A. Gonçalves, 2009). Há evidências de que o relacionamento familiar interfere na auto-estima e humor depressivo dos pacientes com obesidade (Lewinsohn, Sullivan & Grosscup, 1980). Além da família, os amigos também foram reportados por cerca de um terço dos entrevistados. Estudos mostram que as redes sociais aumentam a adesão e propiciam a manutenção do tratamento para obesidade (Wing & Feffery, 1999).

Visto que o tratamento para obesidade mórbida caracteriza-se por insucessos terapêuticos e recidivas (WHO, 2009), estratégias para fortalecimento da adesão ao tratamento são de crucial importância. Neste sentido, o trabalho multidisciplinar, direcionado aos familiares, cônjuges e amigos, deve contemplar um dos focos da intervenção (Teixeira et al., 2002; Afonso, Cunha & Oliveira, 2008). Entendendo que o processo de adaptação resiliente não é responsabilidade apenas do indivíduo (Catusso, 2007) sugere-se que tais intervenções influenciam o desenvolvimento do processo de resiliência diante a adaptação às modificações exigidas no estilo de vida dos pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Poletto e Koller (2002) descreveram a importância da rede de apoio social, que engloba recursos individuais e institucionais como um dos fatores protetores para o

desenvolvimento do processo de resiliência. Os autores De Antoni e Koller (2001) reforçam que o suporte social pode ser constituído pela escola, trabalho, serviços de saúde, entre outros. Assim, os programas de reabilitação podem favorecer uma rede de apoio consistente para o fortalecimento de fatores protetores e diminuição dos efeitos negativos dos fatores de risco (Grotberg, 2005). Além disso, vários autores também associam a influência de pessoas significativas como apoio para superação de situações adversas (Canelas, 2004; Kotliarenco & Lecannelier, 2004; Werner & Smith, 1992).

Tendo por base o contexto da amostra estudada, pode-se inferir que tais resultados relativos ao processo de resiliência tiveram relação com a assistência especializada oferecida pelos profissionais da equipe multidisciplinar do referido hospital escola. Faz parte da rotina de atendimento aos pacientes (e em alguns momentos, aos familiares) grupos regulares (psicoeducativos e psicoterapêuticos), tanto no pré quanto no pós-operatório, conduzidos por profissionais da área de psicologia inseridos na equipe. Além disso, a sala de espera dos retornos médicos e nutricionais agendados periodicamente opera como um espaço de convivência entre os pacientes, o que também pode ser uma variável promotora de resiliência.

### 5.5 Estratégias de *Coping*

Por meio da aplicação do IECFL adaptado por Savóia, Santana e Mejias (1996) foi possível observar que a amostra do presente estudo ao ser indagada com a questão: “*o que você fez em situações estressantes referentes ao pós-operatório da cirurgia bariátrica?*”, apresentou a seguinte relação dos domínios avaliados, de acordo com a intensidade da utilização de estratégias de *coping*: resolução de problemas > reavaliação positiva > suporte social > fuga e esquiva > autocontrole > aceitação de responsabilidade > afastamento > confronto.

Assim, o domínio mais utilizado pelos sujeitos foi o referente à *resolução de problemas*, que se refere a uma estratégia focada no problema e pressupõe o planejamento adequado para lidar com eventos estressores. Neste sentido, a pessoa normalmente busca resolver o problema, ao invés de anular ou afastar o estressor do seu cotidiano (Damião et al., 2009). Caracteriza-se pelas seguintes atitudes: concentração, plano de ação, determinação, modificação de comportamentos para atingir os objetivos. Dos itens avaliados pelo IECFL neste domínio, os respondidos em maior frequência pela amostra foram: “*eu sabia o que*

*deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário*”; *“recusei recuar e batalhei pelo o que eu queria”*.

O segundo domínio utilizado em maior quantidade - *reavaliação positiva* - é focado na emoção e refere-se a reinterpretação, crescimento e mudança pessoal a partir da situação conflitante (Damião et al., 2009). Uma situação vista inicialmente como negativa é percebida como positiva e, além disso, pode proporcionar comportamentos criativos, crescimento, superação, busca de novas crenças e aprendizagem. Os itens respondidos em maior frequência pelos sujeitos do estudo foram: *“rezei”*; *“mudei ou cresci como pessoa de maneira positiva”* e *“mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma”*.

A busca de *suporte social* como forma de lidar com os eventos estressores relaciona-se ao apoio encontrado nas pessoas e no ambiente (Damião et al., 2009). Implica busca de suporte em pessoas significativas (familiares e amigos) e também apoio de profissionais. Neste sentido, novamente pode ser remetida a importância de grupos psicoeducativos e psicoterapêuticos oferecidos pelo sistema de saúde, como recursos para reforçamento e manutenção do suporte social (Damião et al., 2009; Ravagnani, Domingos e Miyasaki, 2007). Além disso, os atendimentos grupais favorecem a identificação dos problemas enfrentados por um grupo de pessoas que vivenciam situações parecidas, favorecendo a discussão de estratégias adequadas de *coping* por meio da troca de experiências (Ravagnani, Domingos & Miyasaki, 2007). Os comportamentos mais representativos desse domínio na amostra em questão foram: *“aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas”*; *“falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema”*.

A *fuga e esquiva* consiste em estratégias relacionadas às fantasias de possíveis soluções para o problema na tentativa de se evitar a situação estressante. É uma estratégia considerada passiva, já que a pessoa não toma atitudes para, de fato, modificar o problema (Damião et al., 2009). A estratégia que os participantes mais utilizaram referente à fuga e esquiva foi *“desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse”*.

O *autocontrole* também é focado na emoção, visto que são feitos esforços para controlar as emoções frente aos estímulos estressantes (Damião et al., 2009). A estratégia mais utilizada pela amostra neste domínio foi *“procurei encontrar o lado bom da situação”*.

Utilizando estratégias referentes ao domínio *aceitação de responsabilidade* a pessoa tende a aceitar a realidade e engajar-se no processo de lidar com a situação estressante (Damião et al., 2009). As estratégias mais utilizadas, pertencentes a este domínio, foram: *“analisei mentalmente o que fazer e o que dizer”*; *“prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes da próxima vez”*.

O *afastamento* consiste em um domínio composto por estratégias defensivas, às quais o indivíduo evita confrontar-se com a ameaça (Damião et al., 2009). Exemplos de estratégias de afastamento mais utilizadas neste estudo foram: “*procurei esquecer a situação desagradável*”; “*dormi mais que o normal*”; “*tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções*”.

E por último o domínio menos utilizado foi o *confronto* que se refere às estratégias ofensivas para lidar com as situações estressoras (Damião et al., 2009). O comportamento mais representativo desse domínio foi “*de alguma forma extravasei meus sentimentos*”.

Um estudo que tinha como objetivo avaliar o uso de estratégias de *coping* e os traços de personalidade em pacientes com transtornos alimentares e obesidade na população geral encontrou como resultados que os indivíduos com transtornos alimentares e obesidade utilizaram em maior frequência estratégias de *coping* relacionadas à descarga emocional, tais como, chorar, gritar ou expressar comportamentalmente suas emoções sobre objetos ou pessoas, quando comparados com a população geral (Tomaz & Zanini, 2009). Estes resultados diferem dos encontrados no presente estudo, já que houve maior utilização de estratégias relacionadas à resolução de problemas.

Baixos níveis de autoeficácia estão associados à saúde psicológica empobrecida, e como consequência, podem elevar estados emocionais negativos prejudicando comportamentos de *coping* (Abramson et al., 2008). Estudos apontam que estratégias de *coping* eficazes também estão associadas ao nível de informações úteis que o indivíduo possui a respeito da situação estressante. Por exemplo, em uma situação de catástrofe, se o indivíduo é munido de uma vasta opção de enfrentamento, provavelmente as suas chances de agir adaptativamente serão maiores (Chandra et al., 2010). O conhecimento, segundo Reissman et al. (2005), também pode influenciar na percepção de risco. Dessa forma, a percepção de um evento traumático como menos grave, ou mais facilmente administrável, pode diminuir os níveis de aflição psicológica (Norris et al., 2008).

Segundo Benedetti (2003), a incapacitação ocasionada por uma doença crônica, tal qual a obesidade, exige um ajustamento. Esse ajustamento dependerá do tipo de incapacitação e dos papéis que o indivíduo ocupava antes da enfermidade. Fatores como a estrutura e flexibilidade familiar também interferem nesse contexto de adaptação, já que a doença crônica perpassa também pelas redes de interação indivíduo.

## 5.6 Limitações metodológicas

Como todas as pesquisas, especialmente aquelas realizadas com seres humanos, esta também apresenta algumas limitações para serem discutidas:

- Devido ao caráter transversal, utilizado no presente delineamento metodológico, a aplicação dos instrumentos ocorreu apenas no período pós-operatório de cirurgia bariátrica, dessa forma, não se faz possível a comparação das variáveis estudadas no pré-operatório, impossibilitando, então, estabelecimento de relações causa e efeito.
- Visto que a amostragem foi composta por indivíduos que compareciam ao retorno médico e/ou nutricional agendados periodicamente pela equipe (amostragem do tipo intencional), este estudo não contemplou a avaliação de pacientes que abandonaram o acompanhamento multidisciplinar oferecido pelo Ambulatório de Cirurgia Bariátrica. Para tal investigação, sugere-se um levantamento da proporção de pacientes que deixaram de comparecer aos retornos no pós-operatório, para que posteriormente haja possibilidade de uma busca ativa a esses indivíduos, objetivando a comparação de resultados entre pacientes em acompanhamento pós-operatório e pacientes sem acompanhamento pós-operatório.
- Reforça-se que a avaliação da resiliência foi utilizada para melhor compreensão de comportamentos adaptativos apresentados pela amostra no período pós-operatório, no entanto, considera-se que estudos longitudinais podem acrescentar as reflexões obtidas neste estudo.
- Considera-se que os resultados do Questionário Complementar sobre Resiliência foram bastante semelhantes aos resultados alcançados pela Escala de Resiliência (ER). A princípio optou-se pela construção de tal questionário partindo-se da hipótese de que um instrumento genérico para avaliação da adaptação psicossocial não pudesse contemplar as características da amostra estudada, no entanto, os resultados mostraram que aplicação simultânea dos dois instrumentos foi desnecessária. Sugere-se a realização de testes estatísticos apropriados para verificação da validade psicométrica do Questionário Complementar sobre Resiliência;
- Por fim, cabe ressaltar que os resultados obtidos nessa investigação se relacionam à disponibilidade do participante, desta forma, as condições físicas e emocionais dos respondentes, bem como a sua capacidade de percepção, são fatores que influenciaram nas suas respostas aos instrumentos.



# **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---



## 6 Considerações Finais

O desenvolvimento deste estudo objetivou uma análise descritiva dos aspectos concernentes à imagem corporal, resiliência e estratégias de *coping* de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, a fim de caracterizar a amostra estudada em relação à sua adaptação psicossocial no período pós-operatório.

Pode-se inferir, a partir da análise dos resultados, que apesar da perda de peso estatisticamente significativa, a amostra apresentou insatisfação com a imagem corporal. Os níveis para essa variável foram mais elevados entre os participantes do sexo masculino, entre os que possuíam idade inferior a 35 anos e entre àqueles que estavam em período pós-operatório de cirurgia bariátrica inferior a 6 meses. A insatisfação com a imagem corporal ocorreu predominantemente devido ao desejo da amostra em diminuir o tamanho da silhueta, ou seja, possuir um IMC menor do que aquele percebido no momento. Houve a presença de distorção da imagem corporal, com tendência à sua subestimação, em baixos níveis, em ambos os sexos e para as demais variáveis sociodemográficas estudadas.

A presença de insatisfação com a própria imagem denota a importância da intervenção dos profissionais da psicologia da saúde acerca do tema imagem corporal. Deve-se levar em consideração que todos os pacientes estudados advêm de uma condição crônica e duradoura de obesidade, ou seja, a maioria vivenciou durante anos o excesso de peso na sua forma mais grave. Neste contexto, níveis elevados de transtornos de humor, como ansiedade e depressão, além dos sentimentos depreciativos e crenças de incapacidade, ocasionados pelo isolamento social e preconceito, são variáveis que podem interferir na construção de uma auto-imagem negativa. Visto que mudanças na imagem corporal muitas vezes não acompanham o mesmo ritmo do emagrecimento rápido e drástico, como é o caso da cirurgia bariátrica, as intervenções devem ocorrer desde o período pré-operatório.

É notória a importância da abordagem multidimensional da imagem corporal. Considera-se que a mesma não é apenas uma construção cognitiva, mas também um reflexo de desejos, emoções e interação com os outros, e dessa maneira, o emagrecimento por si só, não é um indicativo exato de que haverá mudanças na imagem corporal de pacientes em que, na maioria das vezes, vivenciaram inúmeras situações negativas devido o excesso de peso. Dentre elas, destacam-se as dificuldades interpessoais, profissionais e emocionais. Assim, ter boa aparência não significa ter uma imagem corporal positiva. Certas crenças básicas sobre o

significado da aparência na vida são aprendidas, e estas aprendizagens, determinam a forma como a pessoa interpreta a realidade, os eventos da vida e si mesmo.

A análise do processo de resiliência sugere que a amostra apresentou adaptação psicossocial positiva frente aos eventos importantes da vida, bem como em relação às situações referentes ao pós-operatório de cirurgia bariátrica. A combinação de instrumentos quantitativos e qualitativos desse estudo possibilitou uma visão ampla sobre os dados objetivos e subjetivos trazidos pelos participantes. As orientações listadas como importantes pela amostra foram além das informações direcionadas às restrições alimentares impostas pela cirurgia, posto que, os indivíduos pesquisados também evocaram a necessidade de orientações psicológicas para melhor adaptação ao procedimento cirúrgico. Além disso, ressalta-se que é imprescindível a ocorrência de intervenções direcionadas aos familiares e outras fontes de suporte emocional, para que tais grupos sejam facilitadores no processo de recuperação do paciente.

Quanto às estratégias de *coping*, a amostra utilizou com maior frequência estratégias relacionadas à resolução de problemas, reavaliação positiva e suporte social, estratégias estas, consideradas adequadas para o enfrentamento de problemas pertinentes ao contexto da adaptação ao pós-operatório de cirurgia bariátrica. As estratégias menos utilizadas estiveram nos domínios correspondentes ao afastamento e confronto. O enfrentamento adequado perante situações estressantes decorrentes do procedimento cirúrgico está congruente com a análise dos dados referentes ao processo de resiliência, validando o referencial teórico de que existe uma interligação entre tais constructos.

Partindo do pressuposto de que “a maneira como os indivíduos percebem e processam a realidade, influenciará a maneira como eles se sentem e se comportam” (Knapp & A. Beck, 2008, p. 57), uma variável que pode ter exercido influência na adaptação positiva ao pós-operatório de cirurgia bariátrica se refere ao sistema de crenças dos participantes em relação às expectativas da cirurgia. Apesar desse constructo não ter sido objeto direto desse estudo, a análise qualitativa dos dados mostrou que a amostra interpretou o pós-operatório de cirurgia bariátrica como demasiadamente positivo, visto a baixa frequência de dificuldades ou desvantagens listadas pelos participantes. Sabe-se que os indivíduos atribuem significado a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos da sua vida, e com base nessas atribuições, constroem diversas hipóteses sobre o futuro e sua própria identidade (A. Beck, 1963).

Nesse sentido, mais uma vez deve-se salientar a importância do acompanhamento psicológico para manejo de possíveis crenças disfuncionais a respeito do procedimento

cirúrgico. Destaca-se nesse contexto a Terapia Cognitivo-Comportamental, uma vez, que se trata de uma abordagem diretiva, compromissada com a avaliação e modificação de crenças e repertórios comportamentais disfuncionais. As intervenções psicoterápicas têm por objetivo fundamental o desenvolvimento das potencialidades e dos recursos do ser humano e do mundo ao seu redor, obtendo assim, melhores índices de qualidade de vida dos indivíduos.

Além disso, o manejo estresse, diminuição de níveis de ansiedade, depressão, e outros transtornos psiquiátricos, contribuem para a promoção do processo de resiliência dos indivíduos. Características como auto-estima, flexibilidade, habilidade para resolução de conflitos, coesão, bom relacionamento familiar e suporte emocional, apresentam função protetora de distúrbios psicológicos frente situações de risco. Tais atributos devem ser abordados nas intervenções psicoterápicas como forma de prevenção de possíveis desajustamentos perante o pós-operatório de cirurgia bariátrica, visto as inúmeras modificações no estilo de vida exigidas pelo procedimento.

Considera-se que os objetivos da presente pesquisa foram alcançados e que este estudo propiciou a análise da repercussão da cirurgia sobre a vida dos pacientes. A identificação de alterações referentes à imagem corporal, processo de resiliência e estratégias de *coping* pode contribuir para com as intervenções dos profissionais da saúde à medida que possibilita o rastreamento de comportamentos de risco e facilita a criação de ações preventivas às complicações de ordem psicossocial que, como foi descrito no presente trabalho, podem comprometer de forma negativa o sucesso terapêutico esperado pela cirurgia bariátrica. Como sinaliza as diretrizes para realização de cirurgia bariátrica, o seguimento posterior ao procedimento cirúrgico deve ser mantido indefinidamente, pois a falta deste acompanhamento é uma das causas de complicações graves e, às vezes, fatais.



# REFERÊNCIAS

---





## Referências

- Abramson, D., Stehling-Ariza, T., Garfield, R., & Redlener, I. (2008). Prevalence and predictors of mental health distress post-Katrina: Findings from the gulf coast child and family health study. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 2(2), 77-86.
- Abrantes, M. M., Lamounier, J. A. M., & Colosimo, E. A. (2003). Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(2), 162-6.
- Adami, F., Fernandes, C. T., Frainer, S. E. D., & Oliveira, R. F. (2005). Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na educação física. *Lecturas: EFy Deportes Revista Digital*, 10(83). Recuperado em 10 de setembro de 2009, em <http://www.efdeportes.com>
- Ades, L., & Kerbauy, R. R. (2002). Obesidade: realidades e indagações. *Revista de Psicologia da USP*, 13, 197-216.
- Afonso, C. T., Cunha, C. F., & Oliveira, T. R. P. R. (2008). Tratamento da obesidade na infância e adolescência: um a revisão da literatura. *Revista Médica de Minas Gerais*, 18(4 Supl 1), S131-S138
- Ahern, N. R., Kiehl, E. M., Sole, M. L., & Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 103-125.
- Almeida, G. A. N., Loureiro, S. R., & Santos, J. E. (2001). Obesidade mórbida em mulheres – estilos alimentares e qualidade de vida. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*, (4)51, 359-365.
- Almeida, G. A. N., Loureiro, S. R., & Santos, J. E. (2002). A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15(2), 283-92.
- Almeida, G. A. N., Santos, J. E., Pasian, S. R., & Loureiro, S. R. (2005). Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 27-35.
- Álvarez, G., Eroza, J., & Ramírez, C. L. (2009). Diagnóstico sociocultural de la alimentación de los jóvenes en Comitán, Chiapas. *Medicina Social*, 4(1), 35-51.

- Angst, R. (2009). Psicologia e resiliência: Uma revisão de literatura. *Psicologia Argumento*, 27(58), 253-260.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998) O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos em Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Arasaki, C. H. (2005). Cirurgia bariátrica para tratamento da obesidade. In: Claudino, A. M.; Zanella, M. T. (Coord.). *Guia de transtornos alimentares e obesidade*. São Paulo: Manole, 287-296.
- Aroian, K. J., Schaooker-Morris, N., Neary, S., Spitzer, A., & Tran, T.V. (1997). Psychometric evaluation of russian language version of the resilience scale. *Journal or Nursing Measurement*, 5 151-64.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP. (2003). Critério de Classificação Econômica Brasil. Retirado em 20 de outubro de 2008, de [http://www.abep.org.br/codigosguias/ABEP\\_CCEB.pdf](http://www.abep.org.br/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf)
- Ball, K., & Crawford, D. (2006). Socio-economic factors in obesity: a case of slim chance in a fat world? *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 15 (Suppl), 15-20.
- Baptista, M. N., Vargas, J. F., & Baptista, A. S. D. (2008). Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos. *Avaliação Psicológica*, 7(2), 235-247.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and Depression I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, J. S. (2009). *Pense Magro: a dieta definitiva de Beck*. Porto Alegre: Artmed
- Bedani, E. R. (2008). Resiliência em gestão de pessoas: um estudo a partir da aplicação do “Questionário do índice de Resiliência: adultos” em gestores de uma organização de grande porte. Dissertação de Mestrado, Instituto de Administração, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.
- Bell, A. C., Ge, K., & Popkin, B. M. (2002). The road to obesity or the path to prevention: motorized transportation and obesity in China. *Obesity Research*, 10(4), 277-83.
- Bell, A. C., Kirkpatrick, S. W., & Rinn, R. C. (1986). Body image of anorexic, obese, and normal females. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 431-439.

- Benedetti, C. (2003). *De obeso a magro: a trajetória psicológica*. São Paulo: Vetor.
- Bernardi, F., Cichelero, C., & Vitolo, M. R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição, 18*(1), 85-93.
- Bianchini, D. C. S., & Dell'Aglio, D. D. (2006). Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. *Paidéia, 35*, 427-436.
- Branco, L. M., Hilário, M. O. E., & Cintra, I. P. (2006). Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Revista de Psiquiatria Clínica, 33*, 292-6.
- Brennan, L., Walkley, J., Fraser, S. F., Greenway, K., & Wilks, R. (2008). Motivational interviewing and cognitive behaviour therapy in the treatment of adolescent overweight and obesity: Study design and methodology. *Contemporary Clinical Trials, 29*(3), 359-375.
- Browne, J., Mcgee, H. M., & O'Boyle, C. A. (1997). Conceptual approaches to the assessment of quality of life. *Psychology Health, 12*, 737-51.
- Butryn, M. L., Phelan, S., Hill, J. O., & Wing, R. R. (2007). Consistent selfmonitoring of weight: a key component of successful weight loss maintenance. *Obesity, 15*, 3091-3096.
- Cade, N. V., Borloti, E., Perin, A. R. V. R., Silveira, K. A., Ferraz, L., & Bergamim, M. P. (2009). Efeitos de um treinamento em autocontrole aplicado em obesos. *Cogitare Enfermagem, 14*(1), 65-72.
- Calleja, A. M. G., Germán, M. A. S., Trincado, M. R., & Lucas, A. G. (2007). Programa de control de peso en personas con enfermedad mental grave del espectro psicótico. *Psicothema, 19*(4), 640-645.
- Campana, A. N. N. B., & Tavares, M. C. G. C. F. (2009). *Avaliação da Imagem Corporal: Instrumentos e diretrizes para a pesquisa*. São Paulo: Phorte.
- Campos, G. M., Rabl, C., Mulligan, K., Posselt, A., Rogers, S., Westphalen, A. C. et al. (2008). Factors Associated With Weight Loss After Gastric Bypass. *Archives of Surgery, 143*(9), 877-884.
- Canelas, R. S. (2004). *A Resiliência de crianças em situação de risco em programas sócio-educativos de Belo Horizonte*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

- Cash, T. F. (1993). Body-image attitudes among obese enrollees in a commercial weight-loss program. *Perceptual and Motor Skills*, 77(3), 1099-1103.
- Cash, T. F. (2002). Body image: cognitive behavioral perspectives on body image. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.). *Body Images: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. NY: Guilford Press, pp. 38-46.
- Cash, T. F., & Green, G. K. (1986). Body weight and body image among college women: Perception, cognition, and affect. *Journal of Personality Assessment*, 50, 290-301.
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (2002). *Body Image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Cash, T. F., & Strachan, M. D. (2002). Cognitive behavioral approaches to changing body image. In T.F.Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. NY: Guilford Press, pp. 478-486.
- Castro, M. R. (2009). *Imagem corporal de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica*. Juiz de Fora, 193 p. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação Física, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.
- Castro, M. R., Ferreira, M. E.,C., Carvalho, R. S; Ferreira, V. N., & Pereira, H.A.C. (2010). Cirurgia bariátrica: a trajetória de mulheres obesas em busca do emagrecimento. *Hospital Universitário Revista*, 36(1), 29-36.
- Catusso, R. L. (2007). A Resiliência e a imagem corporal de adolescentes e adultos com Mielomeningocele. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2009). Defining overweight and obesity. Recuperado em setembro de 2008, de [http:// www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/defining.htm](http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/defining.htm)
- Cezar, C. O. (2000). Tratamento da Obesidade Estruturado em Terapêutica Multiprofissional. *Pediatria Moderna*, (36)3, 140-146.
- CFM. Conselho Federal de Medicina. (2005). Resolução CFM no 1.766/05. Publicada no D. O. U., 11 de julho de 2005, Seção I, p. 114. Recuperado em 05 de fevereiro de 2009, de [http://www.institutogarrido.com.br/pdf/resolucao\\_cfm\\_1766\\_05.pdf](http://www.institutogarrido.com.br/pdf/resolucao_cfm_1766_05.pdf)
- Chandra, A., Acosta, J., Meredith, L. S., Sanches, K., Stern, S., Uscher-Pines, L., et al. (2010). Understanding Community Resilience in the Context of National Health. Recuperado em 27 de abril de 2010, de [http://www.rand.org/pubs/working\\_papers/2010/RAND\\_WR737.pdf](http://www.rand.org/pubs/working_papers/2010/RAND_WR737.pdf)

- Conti, M. A., Slater, B., & Latorre, M. R. D. O. (2009). Validação e reprodutibilidade da Escala de Evaluación de Insatisfacción Corporal para Adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 515-24.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioral approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 499-511.
- Cooper, Z., Doll, H. A., Hawker, D. M., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E. et al. (2010). Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 706–713.
- Coqueiro, R. S., Petroski, E. L., Pelegrini, A., & Barbosa, A. R. (2008). Insatisfação com a imagem corporal: avaliação comparativa da associação com estado nutricional em universitários. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(1), 31-38.
- Cordás, T. A. (2002). Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória: a participação do psiquiatra. Garrido Jr, A.B (ed.). *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Editora Atheneu, pp. 71-74.
- Cordás, T. A., Lopes Filho, A. P., & Segal, A. (2004). Transtorno alimentar e cirurgia bariátrica: relato de caso. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 48(4), 564-571.
- Damasceno, V. O., Lima, J. R. P., Vianna, J. M., Vianna, V. R. A., & Novaes, J. S. (2005). Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 11(3), 181-186.
- Damião, E. B. C., Rossato, L. M., Fabri, L. R. O., & Dias, V. C. (2009). Inventário de estratégias de enfrentamento: um referencial teórico. *Revista de Escola de Enfermagem da USP*, 43(Esp 2):1199-203.
- De Antoni, C., & Koller, S. H. (2001). O psicólogo ecológico no contexto institucional: uma experiência com meninas vítimas de violência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(1), 14-29.
- Dixon, J. B., & Dixon, M. E. (2006). Combined strategies in the management of obesity. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 15 (Suppl), 63-69.
- Duchesne, M. (2001). O consenso latino-americano em obesidade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 3, 19-24.

- Ebbeling, C. B., Pawlak, D. B., & Ludwig, D. S. (2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *The Lancet*, 360(9331), 473-82.
- Eichler, K., Zoller, M., Steurer, J., & Bachmann, L. M. (2007). Cognitive-behavioural treatment for *weight loss* in primary care: a prospective study. *Swiss Medical Weekly*, 137, 35-36.
- Fandiño, J., Benchimol, A. K., Coutinho, W. F., & Appolinário, J. C. (2004). Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(1), 47-51.
- Farias, F. (2005). Cirurgia bariátrica: histórico. In Silva, R. S. & Kawahara, N. T. (Ed.). *Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade*. Porto Alegre: AGE, p. 34-45.
- Ferreira, M. C., & Leite, N. G. M. (2002). Adaptação e validação de um instrumento de avaliação da satisfação com a imagem corporal. *Avaliação Psicológica*, 1(2), 141-149.
- Filardo, R. S., & Petroski, E. L. (2007). Prevalência de sobrepeso e obesidade em homens adultos segundo dois critérios de diagnóstico antropométrico. *Motricidade* 3(4), 46-54.
- Flegel, K. M., Carroll, M. D., Kuczmarski, R. J., & Johnson, C. L. (1998). Overweight and obesity in the United States 1960–1994. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 22, 39-47.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Francischi, R. P. P., Pereira, L. O., Freitas, C. S., Klopfer, M., Santos, R. C., Vieira, P. et al. (2000). Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Revista de Nutrição*, 13, 17-28.
- Franques, A. R. M. (2002). Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória: a participação do psicólogo. In Garrido Jr, A.B (ed.). *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Editora Atheneu, pp. 75-79.
- Friedman, M., & Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: Moving on to the next research generation. *Psychological Bulletin*, 117, 3-20.

- Frost, L. (2005). Theorizing the young woman in the body. *Body & Society*, 11(1), 63-85.
- Fuchs, F. D., Gus, M., Moreira, L. B., Moraes, R. S., Wiehe, M., Pereira, G. M. et al. (2005). Anthropometric indices and the incidence of hypertension: a comparative analysis. *Obesity Research*, 13(9), 1515-1517.
- Garaulet, M., & Pérez de Heredia, F. (2009). Behavioural therapy in the treatment of obesity (I): new directions for clinical practice. *Nutrición Hospitalaria*, 24(6), 629-639.
- Gardner, R. M. (2002). Body Image Assessment of Children. In: Cash, T. F. & Prusinky, T. *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press, 127-134.
- Gardner, R. M., & Brown, D. L. (2010). Body image assessment: a review of figural drawing scales. *Personality and Individual Differences*, 48, 107-111.
- Gigante, D. P., Barros, F. C., Post, C. L. A., & Olinto, M. T. A. (1997). Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Revista de Saúde Pública*, 31(3), 236-46.
- Gil, A. C. (2006). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ª edição. São Paulo: Atlas.
- Gill, T. (2006). Epidemiology and health impact of obesity: an Asia Pacific perspective. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 15 (Suppl), 3-14.
- Glinski, J., Wetzler, S., & Goodman, E. (2001). The psychology of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 11, 581-588.
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo-Martín, A., Romero-Triñanes, E., Villar-Torres P., & Sobral-Fernández, J. (2006). Estratégias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 581-597.
- Gonçalves, A. L. (2009). *Avaliação da implantação das ações educativas em nutrição para controle da obesidade em adultos: estudo de caso em duas Unidades de Saúde do Município do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Performance of the Self-Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2):380-90.

- Gorgati, S. B., Holcberg, A. S., & Oliveira, M. D. (2002). Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 44-48.
- Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2007). Rapid response predicts binge eating and weight loss in binge eating disorder: Findings from a controlled trial of orlistat with guided self-help cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2537-2550.
- Grotberg, E. (2005). Novas tendências em resiliência. In Melillo, A. & Ojeda, E. N. S. *Resiliencia descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Grummer-Strawn, L., Hughes, M., Khan, L. K., & Martorell, R. (2000). Obesity in women from developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54, 247-52.
- Han, T. S., Bijnen, F. C, Lean, M. E., & Seidell J. C. (1998). Separate associations of waist and hip circumference with lifestyle factors. *International Journal of Epidemiology*, 27(3), 422-30.
- Harbottle, L. (2010). Audit of nutritional and dietary outcomes of bariatric surgery patients. *International Association for the Study of Obesity*, 1-7.
- Health Promotion and Nutrition Research Association. (2002). *The National Nutrition Survey in Japan, 2000*. Ministry of Health, Labor and Welfare, Japan. Tokyo: Daiichi Publishing Co Tokyo.
- Hills, A. P., & Byrne, N. M. (2006). State of the science: a focus on physical activity. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 15 (Suppl), 40-48.
- Holroyd, K. A., & Lazarus, R. S. (1982). Stress, coping, and somatic adaptation. In Goldberger, L. & Breznitz, S. (Org.). *Handbook of Stress: theoretical and clinical aspects*. New York: Free Pass, 21-35.
- International Obesity Task Force Secretariat. (2009). The global Challenge of obesity and the International Obesity Task Force. Recuperado em 19 de outubro de 2010, de [www.iuns.org/features/obesity/obesity.htm](http://www.iuns.org/features/obesity/obesity.htm)
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2004). Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil: pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003. Rio de Janeiro.
- Infante, F. (2005). A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: Melillo, A., Ojeda, E. N. S. & Colaboradores. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed Editora.



- James P. T., Leach, R., Kalamara, E., & Shayeghi, M. (2001). The worldwide obesity epidemic. *Obesity Research*, 9(suppl 4), 228-233.
- Jelalian, E., Mehlenbeck, R., Lloyd-Richardson, E. E., Birmaher, V., & Wing, R. R. (2006). "Adventure therapy" combined with cognitive-behavioral treatment for overweight adolescents. *International Journal of Obesity*, 30, 31-39.
- Jonge, J., & Dormann, C. (2006). Stressors, resources, and strain at work: A Longitudinal Test of the Triple-Match Principle. *Journal of Applied Psychology*, 91, 1359-1374.
- Junqueira, M. F. P. S., & Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus-tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 227-235.
- Kakeshita, I. S. (2008). *Adaptação e validação de Escalas de Silhuetas para crianças e adultos brasileiros*. Ribeirão Preto, 96 p. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Kakeshita I. S., & Almeida S. S. (2006). Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. *Revista Saúde Pública*, 40(3), 497-504.
- Kakeshita, I. S., Silva, A. I. P., Zanatta, D. P., & Almeida, S. S. (2009). Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, 263-70.
- Kaukua, J., Pekkarinen, T., Sane, T., & Mustajoki, P. (2003). Health related quality of life in obese outpatients losing weight very-low-energy diet and behaviour modification: a 2-year follow up study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 27(9), 72-80.
- Kelly, K. P., & Kirschenbaum, D. S. (2009). Immersion treatment of childhood and adolescent obesity: the first review of a promising intervention. *Obesity Reviews*, 1467-789.
- King, E. B., Shapiro, J. R., Hebl, M. R., Singletary, S. L., & Turner, S. (2006). The stigma of obesity in customer service: A mechanism for remediation and bottom-line consequences of interpersonal discrimination. *Journal of Applied Psychology*, 91, 579-593.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl II), S54-64.
- Kolotkin, R. L., Crosby, R. D., Kosloski, K. D., & Williams, G. R. (2001). Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obesity Research*, 9(2), 102-111.

- Kotliarenko, M. A., & Lecannelier, F. (2004). Resiliencia y coraje: el apego como mecanismo protector. In Melillo, A., Ojeda, E. N. S. & Rodríguez, D. (Orgs.), *Resiliencia y subjetividad*, Buenos Aires: Paidós, 123-135.
- Lantz, H., Peltonen, M., Agren, L., & Torgerson, J. S. (2003). A dietary and behavioural programme for the treatment of obesity. A 4 year clinical trial and a long-term posttreatment follow-up. *Journal of Internal Medicine*, 254(3): 272-9.
- Lasmar, M. M. O., & Ronzani, T. M. (2009). Qualidade de vida e resiliência: uma interface com a promoção da saúde. *Revista de APS*, 12(3), 339-350.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leite, L. G. (2007). *Protocolo de avaliação da intervenção do psicólogo hospitalar: uma contribuição para a sistematização da prática do psicólogo em ambientes médicos*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M., & Grosscupm S. J. (1980). Changing reinforcing events: an approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 47, 322-34.
- López, J. N. (2009). Socio-anthropological analysis of bariatric surgery patients: a preliminary study. *Social Medicine*, 4(4), 209-217.
- Luthar, S. S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: a review of research on resilience in child-hood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 6-22.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Madrigal, H., Sanchez-Villegas, A., Martinez-González, M. A., Kearney, J., Gibney, M. J., Irala, J. et al. (2000). Underestimation of body mass index through perceived body image as compared to self-reported body mass index in the European Union. *Public Health*, 114(6), 468-73.
- Mancini, M. C. (2002). Noções fundamentais: diagnóstico e classificação da obesidade. In Garrido Júnior, A. B. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu, pp. 1-7.
- Mann, J. I. (2002). Diet and risk of coronary heart disease and type 2 diabetes. *Lancet*, 360, 783-9.

- Mari, J. J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *The British Journal of Psychiatry*, 148, 23-6.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Mazzeo, S. E., Saunders, R. & Mitchell, K. S. (2005). Binge eating among African American and Caucasian bariatric surgery candidates. *Eating Behavior*, 6, 189-96.
- McArdle, W. M., Katch, F. I., & Katch, V. L. (2000). *Fundamentos da fisiologia do exercício*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan: a review of past literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 675-85.
- McTigue, K. M., Harris, R., Hemphill, B., Lux, L., Sutton, S., Bunton, A. J. et al. (2003). Screening and interventions for obesity in adults: summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 139, 933-49
- Mefferd, K., Nichols, J. F., Pakiz, B., & Rock, C. L. (2007). A cognitive behavioral therapy intervention to promote weight loss improves body composition and blood lipid profiles among overweight breast cancer survivors. *Breast Cancer Research and Treatment*, 104(2), 145-52.
- Melillo, A., & Ojeda, E. N. S. (2005). *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Ministério da Saúde. (2001). *Agita Brasil: guia para agentes multiplicadores*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2006). *Secretaria de Vigilância em Saúde*. Recuperado em 29 de setembro de 2010, de [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_vigitel\\_2006\\_marco\\_2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_vigitel_2006_marco_2007.pdf).
- Monteiro, C. A., Benício, M. H. D. A., Conde, W. L., & Popkin, B. M. (2000). Shifting obesity trends in Brazil. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54(4), 342-6.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M. A., Ojeda, E. N. S., Infante, F., & Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia em niños y adolescentes*. OPS/OMS, Fundação W.K. Kellogg, ASDI.

- Nahas, M. V. (2003). A era do estilo de vida. In: Nahas M. V. Atividade física, saúde e qualidade de vida. Londrina: Midiograf, 13-29.
- Norris, F. H., Stevens, S. P., Pfefferbaum, B., Wyche, K. F., & Pfefferbaum, R. L. (2008). Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *American Journal of Community Psychology*, 41(1-2), 127-150.
- Nunes, M. A., Appolinário, J. C., Galvão, A. L., & Coutinho, W. (1998). Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artmed.
- Nunes, M. A., Olinto, M. T. A., Barros, F. C., & Camey, S. (2001). Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 21-27.
- Oliveira, J. B. (2007). *Resiliência e controle do estresse em juízes e servidores públicos*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Oliveira, V. M., Linardi, R. C., & Azevedo, A. P. (2004). Cirurgia Bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 195-198.
- Pais-Ribeiro, L. L. (2007). Metodologia de investigação em psicologia da saúde. Porto: Legis Editora.
- Pereira, J. A. (2003). *Avaliação das modificações metabólicas durante e após o emagrecimento em pacientes portadores de obesidade classe III, submetidos à cirurgia de gastroplastia vertical com bandagem e derivação gastro-jejunal*. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Pesa, J. A., Syre, T. R., & Jones, E. (2000). Psychosocial differences associated with body weight among female adolescents: the importance of body image. *Journal of adolescent health*, 26(5), 330-7.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143.
- Pesce, R. P., Assis, S.G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Caderno de Saúde Pública*, 21(2), 436-438.

- Pimenta, F., Leal, I., Branco, J., & Maroco, J. (2009). O peso da mente – uma revisão de literatura sobre factores associados ao excesso de peso e obesidade e intervenção cognitivo-comportamental. *Análise Psicológica*, 2 (XXVII): 175-187.
- Pinheiro, A. P., & Giugliani, E. R. J. (2006). Quem são as crianças que se sentem gordas apesar de terem peso adequado? *Jornal de Pediatria*, 82(3), 232-5.
- Poletto, R. C., & Koller, S. H. (2002). Rede de apoio social e afetivo de crianças em situação de pobreza. *Psico-PUCRS*, 3(1), 151-176.
- Prevedello, C. F., Colpo, E., Mayer, E. T., & Copetti, H. (2009). Análise do impacto da cirurgia bariátrica em uma população do centro do estado do Rio Grande do Sul utilizando o método BAROS. *Arquivos de Gastroenterologia*, 46(3), 199-203.
- Pruzinsky, T., & Cash, T. F. (1990). Integrative themes, body images development, deviance, and change. In Cash T. F., & Pruzinsky, T. (Ed.) *Body images development, deviance, and change*. New York,: The Guilford Press, 337-349.
- Pruzinsky, T., & Edgerdon, M. (1990). Body image change in cosmetic plastic surgery. In *Body images development, deviance, and change*. New York,: The Guilford Press, 217-236.
- Quadros, T. M. B., Gordia, A. P. C. R., Martins, S. D. A. S., Ferrari, E. P., & Petroski, E. L. (2010). Imagem corporal em universitários: associação com estado nutricional e sexo. *Motriz*, 16(1), 78-85.
- Ramirez, E. M., & Rosen, J. C. (2001). A comparison of weight control and weight control plus body image therapy for obese men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 440-446.
- Ravagnani, L. M. B., Domingos, N. A. M., & Miyazaki, M. C. O. S. (2007). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 12, 177-184.
- Reis, M. (2006). Obesidade mórbida: situações de tratamento cirúrgico. In Fórum Técnico de Obesidade: Desafios e Perspectivas. Belo Horizonte, Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais, p-71-76.
- Reissman, D. B., Spencer, S., Tanielian, T. L., & Stein, B. D. (2005). Integrating behavioral aspects into community preparedness and response systems. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 10(3-4), 707-720.

- Reivich, K., & Shatté, A. (2002). *The resilience factor: 7 essential skills for overcoming life's inevitable obstacles*. New York: Broadway Books- Random House.
- Ribeiro, L. G., & Veiga, G. V. (2010). Imagem Corporal e Comportamentos de Risco para Transtornos Alimentares em Bailarinos Profissionais. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 16(2), 99-102.
- Rodríguez, D. (2005). El humor como indicador de resiliencia. In Melillo, A. & Ojeda, E. N. *S. Resiliencia descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Rosen, J. C., & Thompson, J. K. (2001). Improving body image in obesity. In: Thompson, J. K. (Ed.). *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment*. Washington: American Psychological Association, 149-170.
- Rosen, J. C., Orosan, P. & Reiter, J. (1995). Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. *Behavior Therapy*, 26, 25-42.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21(2), 119-144.
- Saikali, C. J., Soubhia, C. S., Scalfaro, B. M., & Cordás, T. A. (2004). Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 164-166.
- Santos, F. C. G. (2005). *Magro. E agora?: histórias de obesos mórbidos que se submeteram à cirurgia bariátrica*. São Paulo: Vetor.
- Santos, E. M. C., Burgos, M. G. P. A., & Silva, S. A. (2006). Perda ponderal após a cirurgia bariátrica de Fobi-Capella: realidade de um hospital universitário do nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 21(3), 188-192.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., & Foster, G. D. (1998). Assessment of body image dissatisfaction in obese women: Specificity, severity, and clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 651-654.
- Saur, A. M., & Pasian, S. R. (2008). Satisfação com a imagem corporal em adultos de diferentes pesos corporais. *Avaliação Psicológica*, 7(2), 199-209.
- Savóia, M. G., Santana, P., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o Português. *Revista de Psicologia USP*, 7(1/2), 183-201.

- Schilder, P. (1999). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes.
- Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2002). Obesity and body image. In Cash, T.F. & Pruzinsky, T. (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*, New York: Guilford Press, 201-209.
- Segal, A. (2002). Técnicas de modificação de comportamento do paciente obeso: Psicoterapia cognitivo-comportamental. In A. Halpern, C. M. Mancinni. *Manual de obesidade para o clínico*. São Paulo: Roca.
- Segal, A., & Fandiño, J. (2002). Indicações e contraindicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 68- 72.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Serafini, A. J, & Bandeira, D. R. (2009). Jovens vivendo com HIV/AIDS: a influência da rede de relações, do coping e do neuroticismo sobre a satisfação de vida. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(1):51-59.
- Shapiro, J. R., King, E. B., & Quiñones, M. A. (2007). Expectations of obese trainees: How stigmatized trainee characteristics influence training effectiveness. *Journal of Applied Psychology*, 92, 239-249.
- Silva, G. A., & Lange, E. S. N. (2010). Imagem corporal: A percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. *Psicologia Argumento*, 28(60), 43-54.
- Simony, R. F., Gimeno, S. G. A., Ferreira, S. R. G., & Franco, L. J. (2008). Prevalência de sobrepeso e obesidade em nipo-brasileiros: comparação entre sexos e geração. *Revista de Nutrição*, 21, 169-179.
- Souza, M. T. S., & Cervený, C. M. O. (2006). Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicologia*, 40 (1),115-122.
- Stewart, T. M., & Williamson, D. A. (2004). Assessment of body image disturbances. In: Thompson, J. K. (Ed.), *Handbook of eating disorders and obesity*, New York: Wiley, 495-514.
- Stunkard, A. J., & Wadden, T. A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 524-532.

- Stunkard, A. J., Sorensen, T., & Schlusinger, F. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: Kety, S. S, Rowland, L. P., Sidman & R. L., Matthyse, S. W. (Eds.). *Genetics of neurologic and psychiatric disorders*. New York: Raven Press, 115-120.
- Tardido, A. P., & Falcão, M. C. (2006). O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 21(2), 117-124.
- Tavares, M. C. G. C. F. (2003). *Imagem corporal: conceito de desenvolvimento*. Barueri, SP: Manole.
- Tavares, T. B., Nunes, S. M., & Santos, M.O. (2010). Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(3): 359-366.
- Teixeira, P. J., Going, S. B., Houtkooper, L. B., Cussler, E. C., Martin, C. J., Metcalfe, L. L. et al. (2002). Weight loss readiness in middle-aged women: Psychosocial predictors of success for behavioral weight reduction. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(6), 499-523.
- Teichmann, L., Olinto, M. T. A., Costa, J. S. D., & Ziegler, D. (2006). Fatores de risco associados ao sobrepeso e à obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 9, 360-373.
- Thompson, D., & Wolf A. M. (2001). The medical-care cost burden of obesity. *Obesity Reviews*, 2(3), 189-197.
- Thompson, J. K., & Van Den Berg, P. (2002). Measuring body image attitudes among adolescents and adults. In: Cash, T. F. & Pruzinsky, T. (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*, New York: Guilford, 142-154.
- Tomaz, R., & Zanini, D. S. (2009). Personalidade e coping em pacientes com transtornos alimentares e obesidade. *Psicologia: reflexão e crítica*, 22(3), 447-454.
- Torgerson, J. S. (2002). Die “Swedish Obese Subjects”- (SOS)- Studie: was bringt Abnehmen wirklich? *MMW Fortschritte der Medizin*, 144(40):24-6.
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C., & Cunha, S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação. *Análise Psicológica*, 3(22), 533-550.
- Tribess, S., Virtuoso Junior, J. S., & Petroski, E. L. (2010). Estado nutricional e percepção da imagem corporal de mulheres idosas residentes no nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1),31-38.



- Vasconcelos, P. O., & Costa Neto, S. B. (2008). Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. *Psico*, 39(1), 58-65.
- Valtolina, G. (1998). Body-size estimation by obese subjects. *Perceptual and Motor Skills*, 86, 1363-1374.
- Vedana, E. H B., Peres, M. A., Neves, J., Rocha, G. C., & Longo, G. Z. (2008). Prevalência de obesidade e fatores potencialmente causais em adultos em região do sul do Brasil. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia*, 52(7), 1156-1162.
- Velásquez-Meléndez, G., Gazzinelli, A., Côrrea-Oliveira, R., Pimenta, A. M., & Kac, G. (2007). Prevalence of metabolic syndrome in a rural área of Brazil. *São Paulo Medical Journal*, 125, 155-162.
- Wagnild G. (2009). A Review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2), 105-113.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Waller. M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 290-297.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: estratégias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Wang, G., & Dietz, W. H. (2002). Economic burden of obesity in youths aged 6 to 17 years: 1979-1999. *Pediatrics*, 109(5), e81. Recuperado em 10 de setembro de 2009, de <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/109/5/e81>
- Werner, E., & Smith, R. (1992). *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*. New York: Cornell University Press.
- Wing, R. R., & Feffery, R. W. (1999). Benefits of recruiting participants with friends and increasing social support for weight loss and maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 132-8.
- World Health Organization. (1998). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO.

- World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2004). *Obesity: preventing and managing the global epidemic of obesity*. Geneva: WHO; 2004.
- World Health Organization. (2006). BMI classification. Geneva: WHO. Recuperado em 27 de setembro de 2008, de [www.who.int/bmi](http://www.who.int/bmi)
- World Health Organization. (2009). *Obesity and overweight*. Geneva: WHO. Recuperado em 14 de novembro 2010, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
- Yoskiike, N., Kaneda, F. & Takimoto, H. (2002). Epidemiology and obesity and public health strategies for its control in Japan. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 11(Suppl), 727-31.
- Yunes, M. A. M.. (2003). Psicologia Positiva e Resiliência: o foco no Indivíduo e na Família. *Revista Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.
- Yunes, M. A. M., & Szymanski, H.(2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In Tavares J. (Org.) *Resiliência e Educação*, São Paulo: Cortez, 13-42.

# APÊNDICES

---



## Apêndices

### Apêndice A - Questionário de dados sócio-demográficos

1. Sexo:

- A. Masculino      B. Feminino

2. Idade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. Escolaridade:

- |                                       |                  |
|---------------------------------------|------------------|
| A. Analfabeto ou sabe escrever o nome | E. Pós-graduação |
| B. Ensino fundamental                 | F. Recusou       |
| C. Ensino médio                       | G. Ignorado      |
| D. Ensino superior                    |                  |

4. Estado civil:

- |   |             |
|---|-------------|
| A. Solteiro/a                             | D. Viúvo/a  |
| B. Casado/a; com companheiro/a            | E. Recusou  |
| C. Divorciado/a; separado/a; desquitado/a | F. Ignorado |

5. Número de filhos: \_\_\_\_\_

6. Situação empregatícia:

- |                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| A. Empregado/a    | E. Trabalho em casa |
| B. Desempregado/a | F. Autônomo         |
| C. Aposentado/a   | G. Recusou          |
| D. Afastado/a     | H. Ignorado         |

Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_

7. Condição econômica

- A. Até um salário mínimo (R\$ 465,00)  
 B. De 1 a 2 salários mínimos (R\$ 466,00 a R\$ 930,00)  
 C. De 2 a 5 salários mínimos (R\$ 931,00 a 2395,00)  
 D. De 5 a 10 salários mínimos (R\$ 2396,00 a R\$ 4650,00)  
 E. Acima de 10 salários mínimos (> R\$ 4651,00)  
 F. Sem rendimento  
 G. Recusou  
 H. Ignorado

8. Tipo de moradia:

- |                     |               |
|---------------------|---------------|
| A. Casa própria     | E. Financiada |
| B. Casa alugada     | F. Recusou    |
| C. Casa de familiar | G. Ignorado   |
| D. Instituição      |               |

9. Religião

- |                |             |
|----------------|-------------|
| A. Católica    | E. Outro    |
| B. Evangélica  | F. Recusou  |
| C. Protestante | G. Ignorado |
| D. Espírita    |             |

Praticante:

- A. Sim      B. Não

## Apêndice B - Questionário de condições clínicas

1. Dados antropométricos atuais:
 

A. Peso atual: \_\_\_\_\_ kg      B. IMC: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>      C. Altura: \_\_\_\_\_ m
2. Dados antropométricos anteriores à cirurgia (semana anterior):
 

A. Peso: \_\_\_\_\_ kg      B. IMC: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>
3. Período pós-operatório: \_\_\_\_\_ Data em que realizou a cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
4. Como você avalia o seu estado de saúde atual?
 

A. Ruim	D. Bom
B. Insatisfatório	E. Muito bom
C. Médio	F. Excelente
5. Na sua opinião, qual a frequência de episódios de adoecimento/ mal-estar:
 

A. Sempre      B. Às vezes      C. Nunca
6. Problemas de saúde atuais: \_\_\_\_\_
7. Faz uso de medicações?
 

A. Sim      B. Não      Quais? \_\_\_\_\_
8. Faz uso de álcool?
 

A. Sim      B. Não

Frequência (semanal)

1. Raramente       2. Às vezes       3. Sempre
9. Faz uso de outro tipo de droga?
 

A. Sim      B. Não      Qual(is)? \_\_\_\_\_

Frequência (semanal)

1. Raramente       2. Às vezes       3. Sempre
10. Faz uso de cigarros:
 

A. Sim      B. Não

Frequência (semanal)

1. Raramente       2. Às vezes       3. Sempre
11. Atividade física:
 

A. Sim      B. Não

Tipo \_\_\_\_\_

Frequência/semanal \_\_\_\_\_
12. Como você avalia a sua participação no programa de Cirurgia Bariátrica nessa instituição no pós-operatório (participação grupos Psicologia, consultas médicas, acompanhamento nutricional):
 

A. Ruim	D. Bom
B. Insatisfatório	E. Muito bom
C. Médio	F. Excelente

### Apêndice C - Questionário complementar sobre resiliência

	Discordo			Nc/ Nd	Concordo		
	Total- mente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Total- mente
1. Após a cirurgia bariátrica, quando eu faço planos, eu os levo até o fim	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas no pós-operatório de uma forma ou de outra	1	2	3	4	5	6	7
3. No pós-operatório eu dependo de mim mais do que qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5	6	7
4. No pós-operatório manter interesse nas coisas é importante para mim	1	2	3	4	5	6	7
5. No pós-operatório eu posso estar por minha conta se eu precisar	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado a cirurgia bariátrica	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas no pós-operatório sem muita preocupação	1	2	3	4	5	6	7
8.No pós-operatório eu sou amigo de mim mesmo	1	2	3	4	5	6	7
9. No pós-operatório eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado em relação às orientações do pós-operatório <sup>a</sup>	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas no pós-operatório	1	2	3	4	5	6	7
12.No pós-operatório eu faço as coisas um dia de cada vez	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis no pós-operatório porque já experimentei dificuldades antes <sup>b</sup>	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado em relação às orientações da equipe no pós-operatório	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas referentes a cirurgia bariátrica	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir após a cirurgia bariátrica	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis referentes a cirurgia	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, após a realização da cirurgia, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação referente ao pós-operatório de diversas maneiras	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas referentes ao pós operatório querendo ou não	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido após a cirurgia bariátrica	1	2	3	4	5	6	7

22. Eu não insisto em coisas relacionadas à cirurgia bariátrica, as quais eu não posso fazer nada sobre elas	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando estou em uma situação difícil referente ao pós-operatório eu normalmente acho uma saída	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer no pós-operatório de cirurgia bariátrica	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim, após a cirurgia bariátrica	1	2	3	4	5	6	7
26. Eu percebo na maioria das vezes vantagens em ter realizado a cirurgia bariátrica <sup>c</sup>	1	2	3	4	5	6	7
27. Eu percebo na maioria das vezes desvantagens em ter realizado a cirurgia bariátrica <sup>d</sup>	1	2	3	4	5	6	7
28. É importante seguir as orientações oferecidas pela equipe	1	2	3	4	5	6	7
29. Em comparação com o período anterior à cirurgia, notei alterações na minha qualidade de vida <sup>e</sup>	1	2	3	4	5	6	7
30. Percebi alterações no meu ambiente após a realização da cirurgia bariátrica (trabalho, família, amigos) <sup>f,g</sup>	1	2	3	4	5	6	7

a. Liste algumas orientações que você considera úteis no pós-operatório de cirurgia bariátrica.

b. Liste algumas dificuldades enfrentadas por você no pós-operatório.

c. Liste algumas vantagens percebidas por você.

d. Liste algumas desvantagens percebidas por você.

e. Liste algumas mudanças na qualidade de vida.

f. Liste algumas mudanças percebidas no seu ambiente (trabalho, família, amigos).

g. Liste algumas pessoas as quais você se recorre quando encontra dificuldades no pós-operatório na maioria das vezes.



## Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>1</sup>

### I – Dados de Identificação do participante:

Nome: \_\_\_\_\_  
 Documento de identidade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

### II – Dados sobre a pesquisa científica:

**Título do projeto:** Resiliência e percepção da imagem corporal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica

Pesquisadora: Fabiana Faria Rezende Cargo/Função: Mestranda  
 Instituição: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/ USP  
 Endereço: Av. Bandeirantes, 3900 - Monte Alegre CEP: 14040-901 - Ribeirão Preto/SP  
 Telefones para contato:  
 (xx) xxxx- xxxx - Pesquisadora  
 (16) 3602-3675 - Laboratório de Nutrição e Comportamento da FFCLRP/USP  
 (17) 3210-5700 ramal 5813 - Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Os objetivos dessa pesquisa consistem em fazer uma avaliação do nível de resiliência (capacidade para enfrentar situações adversas) dos pacientes adultos, de ambos os sexos, que realizaram a cirurgia bariátrica. Também serão avaliadas: a percepção da imagem corporal, presença de transtornos mentais e o modo de enfrentamento de problemas dos pacientes.

Para que esses objetivos sejam atingidos, a pesquisadora irá aplicar sete questionários em forma de entrevista individual, ou seja, os participantes da pesquisa responderão algumas questões relacionadas ao tema em questão. A participação no estudo é livre e voluntária, sendo que o risco de participar da pesquisa é considerado mínimo e o anonimato será mantido, preservando a identidade dos participantes.

Considera-se que os resultados obtidos poderão fornecer diretrizes para a elaboração de programas para controle de peso e adesão ao tratamento pós-cirurgia bariátrica.

Dessa forma, fui devidamente esclarecido dos objetivos da presente pesquisa e para tanto, responderei sete questionários, em forma de entrevista individual. No decorrer da coleta de dados, posso pedir esclarecimentos sobre questões que serei solicitado a responder. Tenho conhecimento que os dados coletados serão utilizados para a apresentação em eventos científicos e publicações em revistas especializadas, sendo a identidade dos participantes preservada.

Fui informado que tenho toda a liberdade para recusar-me a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo e que não receberei nenhuma forma de pagamento pela participação.

Declaro, portanto, que desejo de livre e espontânea vontade, participar do presente estudo.

São José do Rio Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
 assinatura da pesquisadora CRP: 06-82244

<sup>1</sup> Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias de igual teor, sendo uma entregue ao participante e a outra em posse do pesquisador responsável.



**ANEXOS**

---



## Anexos

### Anexo A – Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP)

#### Dados de classificação

A - Quem é o chefe-de-família na sua casa?

( ) o próprio entrevistado

( ) outrem. Quem: \_\_\_\_\_

B - Qual foi o grau de instrução mais alto que o chefe-de-família obteve? Qual o último ano de escola que o chefe-de-família cursou?

	Pontos ABEP
( ) Analfabeto / Primário incompleto	0
( ) Primário completo/ Ginásial incompleto	1
( ) Ginásial completo / Colegial incompleto	2
( ) Colegial completo / Superior incompleto	3
( ) Superior completo	5

C - Quantos (cada item abaixo) possui em sua casa?

Item	Não tem	1	2	3	4 ou +
Televisão	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1
Total de pontos					

#### Cortes do Critério de Classificação Econômica Brasil ABEP

Classe	Pontos	Total Brasil (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

### Anexo B - Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
01. Tem dores de cabeça freqüentes?		
02. Tem falta de apetite?		
03. Dorme mal?		
04. Assusta-se com facilidade?		
05. Tem tremores nas mãos?		
06. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?		
07. Tem má digestão?		
08. Tem dificuldade de pensar com clareza?		
09. Tem se sentido triste ultimamente?		
10. Tem chorado mais do que de costume?		
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?		
12. Tem dificuldades para tomar decisões?		
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?		
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?		
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?		
17. Tem tido idéias de acabar com a vida?		
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?		
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?		
20. Você se cansa com facilidade?		

Validado no Brasil por Mari e Williams (1986).

### Anexo C - Escala de Figuras de Silhuetas para Adultos

IMC médio, intervalos de IMC e pesos correspondentes atribuídos a cada figura para adaptação da Escala de Figuras de Silhuetas para Adultos.

Figura	IMC médio (Kg/m <sup>2</sup> )	Intervalo de IMC (Kg/m <sup>2</sup> )		Peso médio correspondente (Kg)	
		Mínimo	Máximo	Feminino	Masculino
1	12,5	11,25	13,74	34,03	36,98
2	15	13,75	16,24	40,84	44,38
3	17,5	16,25	18,74	47,64	51,77
4	20	18,75	21,74	54,45	59,17
5	22,5	21,25	23,74	61,26	66,56
6	25	23,75	26,74	68,06	73,96
7	27,5	26,25	28,74	74,87	81,36
8	30	28,75	31,24	81,67	88,75
9	32,5	31,25	33,74	88,48	96,15
10	35	33,75	36,74	95,29	103,54
11	37,5	36,25	38,74	103,09	110,94
12	40	38,75	41,24	108,90	118,34
13	42,5	41,25	43,74	115,71	125,73
14	45	43,75	46,24	122,51	133,13
15	47,5	46,25	48,75	129,32	144,52

Fonte: Kakeshita (2008).

As figuras são apresentadas em série ordenada ascendente. As instruções consistiram em duas solicitações, realizadas nessa seqüência:

1. Qual figura melhor representa o seu corpo atual, como você se vê hoje?
2. Qual figura melhor representa o corpo que você gostaria de ter, a sua meta?

Para a obtenção dos resultados a respeito das variáveis referentes à distorção e insatisfação da imagem corporal foram realizados os seguintes cálculos:

$$\text{Distorção} = \text{IMC médio figura "Atual"} - \text{IMC Real (aferido)}$$

$$\text{Insatisfação} = \text{IMC médio figura "Meta"} - \text{IMC médio figura "Atual"}$$

(Os resultados são oferecidos em Kg/m<sup>2</sup>)

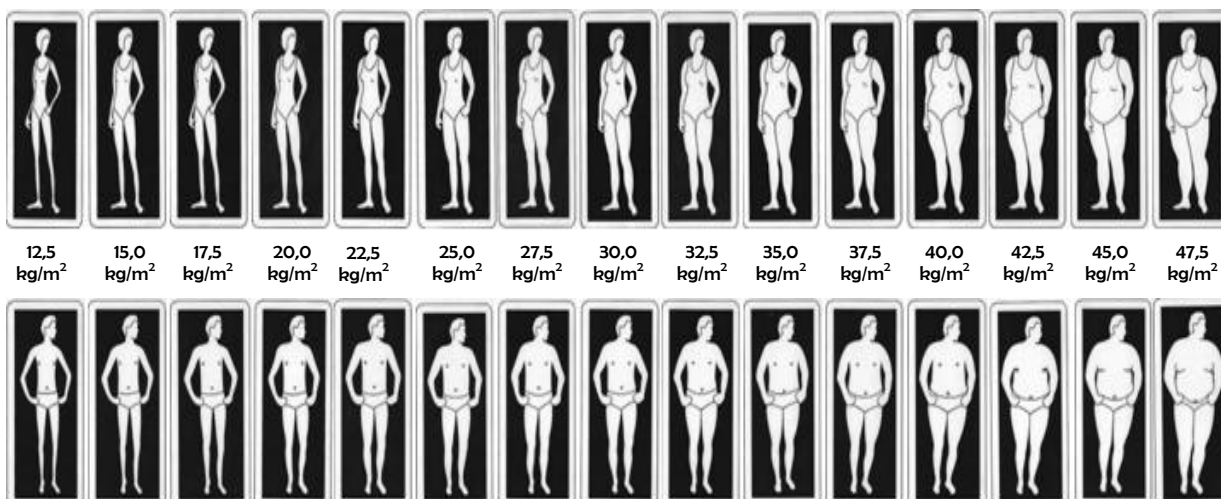
## Análises:

### → Distorção

Para a distorção, resultados iguais a zero significam que não há distorção; se for positivo, significa que a pessoa distorce a sua imagem corporal se vendo maior do que realmente é (superestimação); se for negativo, significa que a pessoa se vê menor do que realmente é (subestimação).

### → Insatisfação

Para a insatisfação, se esse resultado é igual a zero, o indivíduo é classificado como satisfeito com sua aparência e se diferente de zero é classificado como insatisfeito. Caso a diferença seja positiva considera-se que a pessoa tem como “meta” um IMC maior do que aquele apontado como “atual” (gostaria de ter a silhueta maior) e, quando negativa, significa que a pessoa tem como “meta” um IMC menor do que aquele apontado como “atual” (gostaria de ter a silhueta menor).





### Anexo D - Escala de Resiliência

	Discordo			Nem concordo, Nem discordo	Concordo		
	Total mente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Total mente
1. Quando eu faço planos, eu os levo até o fim	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou em uma situação difícil, eu normalmente acho uma saída	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim	1	2	3	4	5	6	7

Adaptada no Brasil por Pesce et al. (2005).

### Anexo E – Inventário de Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez em situações *referentes ao pós-operatório da cirurgia bariátrica*, de acordo com a seguinte classificação:

- 0. não usei esta estratégia
- 1. usei um pouco
- 2. usei bastante
- 3. usei em grande quantidade

1. Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	0	1	2	3
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.	0	1	2	3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	0	1	2	3
4. Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.	0	1	2	3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0	1	2	3
6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa.	0	1	2	3
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias.	0	1	2	3
8. Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.	0	1	2	3
9. Me critiquei, me repreendi.	0	1	2	3
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	0	1	2	3
11. Esperei que um milagre acontecesse.	0	1	2	3
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	0	1	2	3
13. Fiz como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	3
14. Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos.	0	1	2	3
15. Procurei encontrar o lado bom da situação.	0	1	2	3
16. Dormi mais que o normal.	0	1	2	3
17. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	0	1	2	3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0	1	2	3
19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem	0	1	2	3
20. Me inspirou a fazer algo criativo.	0	1	2	3
21. Procurei esquecer a situação desagradável.	0	1	2	3
22. Procurei ajuda profissional.	0	1	2	3
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0	1	2	3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	0	1	2	3
26. Fiz um plano de ação e o segui.	0	1	2	3
27. Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado.	0	1	2	3
28. De alguma forma extravasei meus sentimentos.	0	1	2	3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3

30. Saí da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0	1	2	3
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.	0	1	2	3
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0	1	2	3
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0	1	2	3
35. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	0	1	2	3
36. Encontrei novas crenças.	0	1	2	3
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	0	1	2	3
38. Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0	1	2	3
40. Procurei fugir das pessoas em geral.	0	1	2	3
41. Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação.	0	1	2	3
42. Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.	0	1	2	3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
44. Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0	1	2	3
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0	1	2	3
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0	1	2	3
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	0	1	2	3
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	0	1	2	3
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0	1	2	3
50. Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	0	1	2	3
51. Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.	0	1	2	3
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0	1	2	3
53. Aceitei, nada poderia ser feito.	0	1	2	3
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0	1	2	3
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti.	0	1	2	3
56. Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	0	1	2	3
57. Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava.	0	1	2	3
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	0	1	2	3
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0	1	2	3
60. Rezei.	0	1	2	3
61. Me preparei para o pior.	0	1	2	3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	0	1	2	3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	0	1	2	3
65. Eu disse a mim mesmo(a) “que as coisas poderiam ter sido piores”.	0	1	2	3
66. Corri ou fiz exercícios.	0	1	2	3

Adaptada no Brasil por Savóia, Santana e Mejias (1996).

## Anexo F – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa



### FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/09/94  
(Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de 14/06/74)

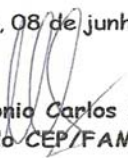
Parecer n.º 215/2009

#### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo n.º 3089/2009 sob a responsabilidade de Fabiana Faria Rezende, com o título "Resiliência e percepção da imagem corporal em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica" está de acordo com a resolução CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, com certeza para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 08 de junho de 2009.

  
Prof. Dr. Antonio Carlos Pires  
Coordenador do CEP/FAMERP