

CRISTIANO WAIHRICH LEAL

**IMPACTO EMOCIONAL DA CIRURGIA BARIÁTRICA:  
UMA INTERPRETAÇÃO À LUZ DA FENOMENOLOGIA**

JOINVILLE  
2007

CRISTIANO WAIHRICH LEAL

**IMPACTO EMOCIONAL DA CIRURGIA BARIÁTRICA:  
UMA INTERPRETAÇÃO À LUZ DA FENOMENOLOGIA**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Meio Ambiente, na Universidade da Região de Joinville.  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup>.Dr<sup>ª</sup>.Nelma Baldin.

JOINVILLE  
2007

## AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento de um trabalho de pesquisa realizado sob o contexto de um curso de Mestrado incorre em total dedicação e empenho. Diante disto, o sucesso de sua almejada conclusão é possível somente em decorrência do apoio e incentivo de diversas pessoas, ligadas direta ou indiretamente nesse processo.

Meus sinceros agradecimentos:

Aos meus pais, pelo apoio irrestrito durante toda a elaboração da pesquisa.

À minha esposa Evanice, por total incentivo aos meus sonhos e compreensão pelos momentos de ausência do convívio familiar.

Às pacientes entrevistadas, que tiveram importância e presteza singular para a participação na pesquisa, expondo-se em todos os aspectos de sua intimidade para que tivéssemos sucesso em nosso intento.

À equipe interdisciplinar de cirurgia bariátrica do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, em especial na pessoa da psicóloga Rosana, que sempre foi carinhosamente acolhedora.

À Professora Dr<sup>a</sup>. Selma Franco, pelas valiosas contribuições por ocasião do exame de qualificação.

Agradecimento especial a minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nelma Baldin, por sua prontidão e incansável dedicação em todas as fases de elaboração desta pesquisa.

Ao meu amado filho, Henrique.

*“Você tem fome de quê?”*  
**Titãs**

## RESUMO

Na atualidade, métodos de emagrecimento têm sido cada vez mais disponibilizados para os pacientes obesos. A técnica da cirurgia bariátrica é um deles e também um novo alento no campo do resgate da saúde e da estética. Em muitos casos, porém, o emagrecimento súbito incorre em quadros psiquiátricos, tais como: sintomas depressivos, ansiedade, uso de substâncias, alterações comportamentais e ideação suicida, entre outras situações, associadas às mudanças emocionais que o paciente vivencia com o novo estado físico e psíquico que passa a apresentar após a realização da cirurgia. Com base nesses pressupostos, esse estudo teve como objetivo analisar as expectativas, fantasias, resultados, dificuldades e frustrações enfrentadas após o procedimento cirúrgico. A base teórica que possibilitou a estrutura do estudo está sustentada nos fundamentos da Fenomenologia. Neste sentido, os procedimentos metodológicos encaminharam para um estudo de caso múltiplo e complexo, reforçado pela análise interpretativa comparada das informações colhidas com seis pacientes – todas mulheres - em acompanhamento num hospital público de Joinville/SC e que desenvolveram sintomas de sofrimento psíquico após a cirurgia bariátrica. Cada paciente participou de duas seções de entrevistas semi-estruturadas. Os resultados obtidos demonstram que as mudanças psicológicas e demais impactos emocionais advindos do processo cirúrgico foram marcantes. Em determinados casos, as entrevistadas expressaram expectativas além do emagrecimento, como a resolução dos conflitos interpessoais e conjugais, assim como mudanças de traços definidos de suas personalidades. Constatou-se, também, o uso álcool e tabaco associado a comportamentos de risco, como o envolvimento extraconjugal e direção perigosa de veículos. A presença de pensamentos suicidas decorrentes do receio de engordar novamente, demonstrou a fragilidade emocional atingida. O problema da obesidade ficou evidenciado como parte de uma complexa situação que envolve o estado físico e emocional das pessoas, e sua resolução, por vezes, expõe as dificuldades e as limitações psíquicas dos pacientes.

**Palavras-chave: Obesidade, Cirurgia bariátrica, Impacto psicossocial.**

## **ABSTRACT**

Nowadays, many methods of weight loss have been offered to patients who suffer from obesity. The bariatric surgery has been one of these methods. It is also a new hope for the rescue of health and good shape. In many cases, however, the abrupt loss of weight produces psychiatric symptoms like depression, anxiety, use of drugs, behavior changing and suicide thoughts, all of these related with the emotional changes faced by the patient in his new state life. This study has the objective of analyzing hopes, fantasies, results, difficulties, and frustration faced after the surgery. The theoretical basis that grounds this study is the Phenomenology. In these circumstances, the methodological technique used was a multiple and complex case study, reinforced by the results' analyses collected in two semi-structured interviews, applied to six patients – all women – followed up in a public hospital in the city of Joinville (SC). All these patients developed mental's symptoms disease after the bariatric surgery. Results show that psychological changes and other emotional impacts due to bariatric surgery were remarkable. In some cases, patients expressed expectations beyond loss of weight, such as the solution of marriage and interpersonal conflicts, as well as changes in personality's traces. The use of substances, like alcohol and tobacco, associated to risk behavior (extra-conjugal relationships and driving dangerously) was also detected. Presence of suicide thinking due to fear of getting weight again proves the emotional fragility status. The problem of obesity was evidenced as part of a complex situation which involves both physical and mental status. Its solution, sometimes, exposes difficulties and the psychological fragility.

**Keywords: Obesity, bariatric surgery, psychosocial impact.**

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
2.1. A fenomenologia como fonte das explicações.....	15
2.2. O Alimento como relação social e emocional.....	20
2.3 O Padrão de Estética corporal na História.....	23
2.4 Técnicas Cirúrgicas para a redução do estômago.....	34
2.4.1 Cirurgia Restritiva.....	35
a) Banda Gástrica Ajustável.....	35
2.4.2. Cirurgia Mista, com ênfase na restrição.....	36
a) Cirurgia de Fobi-Capella: “Bypass” Gástrico com anel.....	36
2.4.3. Cirurgia Disabsortiva.....	36
a) Cirurgia de Scopinaro.....	36
2.5.Fenomenologia e Emoção: as reações, os impactos e as formas de superação.....	38
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>41</b>
3.1. O Método.....	41
3.2. Procedimentos Metodológicos.....	44
3.2.1. Definição do <i>locus</i> da pesquisa, da população estudada e da Técnica de Pesquisa aplicada.....	44
3.2.2 A organização das entrevistas Semi-Estruturadas.....	47
<b>4. ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS.....</b>	<b>49</b>
4.1 Caracterização das Entrevistadas.....	49
4.2 Entrevistada 1 (G.).....	51
4.2.1 Perfil Psicológico e relação com a questão alimentar.....	51
4.2.2 Expectativas do emagrecimento por meio da cirurgia.....	52
4.2.3 Dificuldades no enfrentamento do novo estado físico e emocional.....	52
4.2.4 Frustrações concernentes ao processo de emagrecimento.....	53
4.2.5 Uma análise interpretativa.....	54
4.3 Entrevistada 2 (J.1).....	56
4.3.1 Perfil Psicológico e relação com a questão alimentar.....	56
4.3.2 Expectativas do emagrecimento por meio da cirurgia.....	57
4.3.3 Dificuldades no enfrentamento do novo estado físico e emocional .....	57
4.3.4 Frustrações concernentes ao processo de emagrecimento.....	58
4.3.5 Uma análise interpretativa.....	58
4.4 Entrevistada 3 (I.).....	60
4.4.1 Perfil Psicológico e relação com a questão alimentar.....	60
4.4.2 Expectativas do emagrecimento por meio da cirurgia.....	61
4.4.3 Dificuldades no enfrentamento do novo estado físico e emocional.....	62
4.4.4 Frustrações concernentes ao processo de emagrecimento.....	63
4.4.5 Uma análise interpretativa.....	63



4.5 Entrevistada 4 (J.2) .....	64
4.5.1 Perfil Psicológico e relação com a questão alimentar.....	64
4.5.2 Expectativas do emagrecimento por meio da cirurgia.....	66
4.5.3 Dificuldades no enfrentamento do novo estado físico e emocional.....	67
4.5.4 Frustrações concernentes ao processo de emagrecimento.....	67
4.5.5 Uma análise interpretativa.....	68
4.6 Entrevistada 5 (V.).....	69
4.6.1 Perfil Psicológico e relação com a questão alimentar.....	69
4.6.2 Expectativas do emagrecimento por meio da cirurgia.....	70
4.6.3 Dificuldades no enfrentamento do novo estado físico e emocional.....	72
4.6.4 Frustrações concernentes ao processo de emagrecimento.....	73
4.6.5 Uma análise interpretativa.....	73
4.7 Entrevistada 6 (A.).....	74
4.7.1 Perfil Psicológico e relação com a questão alimentar.....	74
4.7.2 Expectativas do emagrecimento por meio da cirurgia.....	75
4.7.3 Dificuldades no enfrentamento do novo estado físico e emocional.....	76
4.7.4 Frustrações concernentes ao processo de emagrecimento.....	76
4.7.5 Uma análise interpretativa.....	77
<b>5. ANÁLISE CONTEXTUAL.....</b>	<b>79</b>
5.1. O Paciente Ideal .....	84
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>96</b>
Anexo 1 – .....	98
Cópia do documento do hospital autorizando a realização da Pesquisa	
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>99</b>
Apêndice 1 .....	100
Roteiros das Entrevistas Semi-estruturadas (Modelos)	
Primeira Entrevista.....	101
Segunda Entrevista.....	102
Apêndice 2 .....	103
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelas Entrevistadas.....	104

### **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1.....	26
Figura 2.....	26
Figura 3.....	27
Figura 4.....	27
Figura 5.....	28
Figura 6.....	28
Figura 7.....	29
Figura 8.....	29

Figura 9.....	30
Figura 10.....	30
Figura 11.....	31
Figura 12.....	31
Figura 13.....	32
Figura 14.....	32
Figura 15.....	33
Figura 16.....	33
Figura 17.....	34
Figura 18.....	35
Figura 19.....	36
Figura 20.....	37

## INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje, as pessoas buscam o emagrecimento, basicamente, por dois motivos: saúde e beleza. Em um mundo repleto de alimentos calóricos, marketing de consumo intenso, dietas radicais<sup>1</sup> e, principalmente, modismos estéticos, a cirurgia de redução do estômago surgiu como uma preciosa ferramenta na busca desta finalidade.

A obesidade, que atualmente vem tomando matizes de epidemia mundial, está entre uma das causas de desenvolvimento de doenças, tanto do ponto de vista clínico quanto psicológico. O homem, em sua impotência frente a esta situação, busca incessantemente meios de amenizá-la ou até mesmo dizimá-la de sua vida, e mais propriamente dito, de seu “eu”.

Os medicamentos utilizados para emagrecimento, à base de anfetaminas tem, no Brasil, um dos seus principais consumidores (UNIFESP).

Atualmente, técnicas mais modernas de intervenção, dentre as quais a cirurgia, têm sido desenvolvidas para o tratamento da obesidade, em especial na sua forma mórbida. Mesmo mostrando-se extremamente eficazes, tais técnicas de emagrecimento têm se defrontado com outro tipo de problema: alterações psicológicas após a realização do procedimento cirúrgico (BASSETTE, 2005).

O que surpreende, no fato, é que até então só havia sido bem estabelecida a correlação entre a obesidade e as alterações psiquiátricas e psicológicas. Assim também em relação ao emagrecimento, com o fato de esta ser uma situação favorável à melhora da qualidade de vida e à diminuição de transtornos depressivos (MATHUS-VILIEGEN *et al*, 2004; DIXON, 2002; KHAODHIAR e BLACKBURN, 2001).

---

<sup>1</sup> Atualmente, dietas como a “Dieta do Dr. Atkins”, por exemplo, são duramente criticadas pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Obesidade por priorizarem o consumo de gordura animal, o que poderia acarretar em problemas cardíacos a longo prazo (FOLHA DE SÃO PAULO, 2004).

O surgimento de complicações psiquiátricas após procedimentos cirúrgicos redutores do estômago é uma entidade nova, ainda sem instrumentos disponíveis, do ponto de vista psiquiátrico, para mensurá-la (ZWAAN, 2004). Sintomas compatíveis com quadros psiquiátricos, tais como sintomas consoantes com distúrbios alimentares, transtornos ansiosos e depressivos, dentre outros, estão começando a ser reconhecidos em pacientes após terem sido submetidos a procedimento cirúrgico de redução do estômago (cirurgia bariátrica).

Até o presente momento, sintomas psiquiátricos estavam associados com o quadro pré-cirúrgico, ou seja, relacionados à obesidade, em caráter mórbido, com sérias limitações físicas e sociais.

Os sintomas psiquiátricos que vêm sendo identificados após o procedimento cirúrgico ainda não podem ser enquadrados claramente dentro das classificações nosológicas já estabelecidas. Alterações próximas ao quadro de anorexia nervosa, por exemplo, destoam do quadro clássico uma vez que a preocupação em não alimentar-se, no caso pós-cirúrgico, advém do medo em retornar ao peso anterior ou de apresentar complicações com a redução do volume gástrico; ao passo que classicamente a anorexia nervosa é motivada por uma distorção da imagem corporal.

Ressalta-se, assim, a necessidade de estudos sobre tal fenômeno, no sentido de que a avaliação psiquiátrica pré-cirúrgica possa ter um enfoque direcionado e atento para a detecção de possíveis complicações psiquiátricas, levando-se em consideração os objetivos, desejos e fantasias dos pacientes em relação a esse procedimento cirúrgico.

Este estudo trata desta questão. Especificamente, o estudo desenvolveu-se em Joinville, Santa Catarina, no ano de 2006, considerando-se o elevado número de pacientes cadastrados, no município, para realizar o procedimento por meio do serviço público: cerca de seiscentos em lista de espera, e aproximadamente oitenta com a cirurgia já realizada.

A pesquisa teve como objetivo geral compreender os fenômenos psicológicos envolvidos no procedimento de redução do estômago (cirurgia bariátrica) e suas implicações no estado pós-cirúrgico das pacientes (pois a pesquisa foi aplicada somente em mulheres). Não se buscou definir um diagnóstico das entrevistadas. Em primeiro lugar, porque a detecção e afirmação da presença de determinada patologia psiquiátrica exige ferramentas além das utilizadas neste trabalho. Em segundo lugar, porque o foco desta pesquisa esteve centrado na compreensão, na interpretação e na análise de situações vivenciadas no dia-a-dia das entrevistadas e sua correlação com o emagrecimento por meio da cirurgia.

Diante disto, o relato das entrevistadas, em sua essência subjetiva, é o cerne dos conflitos mascarados; o princípio de um complexo processo de entendimento, sujeito ao viés da interpretação errática da figura do entrevistador.

Neste sentido, o estudo está assim apresentado: a Introdução; o segundo capítulo, que trata da Fenomenologia como filosofia de embasamento teórico, da evolução da estética e dos padrões de beleza no decorrer da História, das técnicas cirúrgicas empregadas na cirurgia bariátrica e de uma explanação sobre a emoção, os fenômenos, os impactos e os meios de superação; o terceiro capítulo, que descreve o Método e os Procedimentos Metodológicos utilizados na pesquisa, com a definição do *locus* da pesquisa e sua população, assim como a organização das entrevistas semi-estruturadas; o quarto capítulo, que trata sobre as entrevistadas, com definições do perfil psicológico e sua relação com a questão alimentar, as expectativas sobre o emagrecimento por meio da técnica cirúrgica, as dificuldades no enfrentamento das mudanças físicas e emocionais, as frustrações concernentes ao processo de emagrecimento; no quinto capítulo, faz-se uma análise interpretativa das informações coletadas de cada uma das entrevistadas. Busca-se delinear, mesmo que hipoteticamente, o perfil de um paciente dito “ideal”, capaz de manejar adequadamente todo o processo de mudança advindo do procedimento estudado. Do mesmo modo, também realizou-se uma

análise contextual onde a fenomenologia novamente é retomada como fonte do entendimento dos relatos coletados. Nas Considerações Finais, são abordadas as mudanças na ciência moderna e a evolução das especialidades médicas, a importância da visão holística de cada paciente, assim como da complexidade da psique humana.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1. A Fenomenologia como fonte de explicações.

O termo fenomenologia foi criado por Lambert no século XVIII para designar o estudo descritivo do fenômeno como se apresenta à nossa experiência, tornando-se uma corrente filosófica do que podemos chamar de “volta às coisas mesmas”, em oposição às construções soltas no ar ou às descobertas acidentais. Desse modo, conforme se lê em Turato (2003), delineou-se como uma linha filosófica que buscava estudar os significados da experiência humana, todo método de análise que focava os conteúdos dos pensamentos, destacando as idéias em sua essência, distanciando a ligação dessas idéias com representações do mundo externo.

O mesmo autor, à página 209, descreve que:

... Como concluímos para uma pesquisa científica, o campo da experiência não pode ser identificado com o da realidade, mas o campo da experiência é, sim, o dos fenômenos, enquanto nos aparece e como nos parece. Os fenomenologistas enfatizam os aspectos subjetivos do comportamento das pessoas...

(...)Na ampla perspectiva cultural, é importante considerar que foram os alicerces do pensamento fenomenológico que permitiram a abordagem qualitativa, pois consideravam, como tenho salientado neste tratado, que os significados dados pelos sujeitos aos fenômenos dependiam essencialmente dos pressupostos próprios do meio que alimenta sua existência.

(...)É oportuno ainda destacar que a fenomenologia fala numa consciência imaginativa, cujo conteúdo é o imaginário ou o objeto-em-imagem. É pela imaginação que nos relacionamos com o ausente e com o inexistente.

Nesse encaminhamento, portanto, entende-se, aqui, que a fenomenologia é uma corrente filosófica que embasa as pesquisas que têm por objeto de estudo a sociedade, mais precisamente, os fenômenos resultantes das ações sociais do homem.

Um dos maiores representantes da fenomenologia, Martin Heidegger, em sua obra *Ser e Tempo* (2005), aponta o homem como um “ser-no-mundo”, ou seja, o homem está diretamente inserido no mundo em que nasceu, sofrendo influências direta e indiretamente

deste, muitas vezes sentindo-se impotente neste mundo que não determinou, mas do qual simplesmente é parte integrante. A tal fato, Heidegger denominou “facticidade<sup>1</sup>”.

A facticidade do obeso é ter sido parido por um mundo de valores e imagens distorcidas. Um mundo no qual “estar” demonstra-se mais importante do que “ser”. A meta de perder peso, custe o que custar, é quase uma norma da sociedade vigente, seja para tornar-se aceito, seja para tornar-se atraente, seja para ter melhor saúde e qualidade de vida, seja para conseguir colocação em um mercado de trabalho com características que beiram o canibalismo na sua mais pura essência antropológica. Não raro são as adesões às “dietas de engorda” que, surpreendentemente, alguns pacientes candidatos ao procedimento cirúrgico submetem-se com a finalidade de aumentar o seu peso para atingir os critérios de inclusão ao procedimento. A idéia do emagrecimento impregna o bom-senso, portanto. A obsessão cega o juízo crítico.

Heidegger (2005) discorre ainda sobre um segundo momento do homem e sua inserção no mundo: a “transcendência”. Esta situação implica no fato de o homem dar o segundo passo para o seu desenvolvimento. Não satisfeito com a sua pífia inserção mundana, o homem vai adiante, busca suas direções, toma seus rumos, descobre a sua temporalidade e, finalmente, descobre o sentido de sua verdadeira existência.

Emagrecer sempre é uma tarefa dura ao mais comum dos mortais, que requer dedicação, atitude, mudanças, posicionamento. A busca de fórmulas mágicas é sempre tentadora e consoante com o eterno comodismo humano. A perda de peso através de cirurgia está localizada entre a passividade e a atitude. É a mobilização da facticidade para a transcendência.

---

<sup>1</sup> “Facticidade”, de acordo com o Dicionário Aurélio (1999), é entendido como “caráter próprio da condição humana pelo qual cada homem se encontra sempre já comprometido com uma situação não escolhida”. Segundo o Dicionário Heidegger (Inwood, 2002), “facticidade” pode ser compreendida como o “ser-já-em-um-mundo”.



A fenomenologia utiliza-se de “colocar entre parênteses” o mundo exterior, também denominado redução eidética, focando a essência do ser, como forma de depurar os fenômenos. Ainda, segundo Husserl, o “voltar às coisas mesmas” seria a ligação entre a essência e a atividade da consciência, sem a qual não poderia ter sido concebida (DARTIGUES, 2003). Ou seja, a essência humana está co-relacionada, contextualizada, no ambiente e no social.

Dartigues (2003, p. 93), descreve, ainda,

A redução fenomenológica havia posto em evidência a intencionalidade da consciência para a qual todo objeto do mundo, real ou ideal, remetia à camada primitiva da vivência. Assim, as essências, longe de constituírem um mundo separado, não eram senão a explicitação no “campo da idealidade” desse fato bruto e primordial que é o *ser no mundo*.

As avaliações psicológicas pré-cirúrgicas têm um caráter primoroso para o sucesso global do procedimento. Este é o momento em que se faz necessário todo e qualquer esclarecimento para o paciente do seu papel no pós-operatório, mais precisamente, de sua postura ativa. Ou seja, é o momento em que o paciente ficará sabendo que mesmo sendo operado, precisará submeter-se a uma dieta rigorosa, uma vez que sua capacidade absorptiva de alimentos torna-se ínfima. É o momento de dizimar fantasias. Enfim, de assumir comprometimento.

Um dos grandes desafios do paciente obeso é a necessidade de fazê-lo ver a sua patologia como parte de um todo, com significância e emoções impregnadas no seu íntimo.

Ferreira e Meier (2004, p.11-12), descrevem tal fato:

Em uma visão psicossomática, a doença é um desequilíbrio interno provocado por um desequilíbrio vivencial, uma maneira que o psiquismo encontra para adaptar-se a uma realidade adversa. Assim, a doença pode ser a expressão de nossa infelicidade. Um escudo para fazer frente às adversidades do viver. (...) No entanto, é preciso aprender que, independentemente de você estar gordo ou magro, se o seu motivo real for, por exemplo, insegurança nos relacionamentos, ou medo da competição, baixa auto-estima, você continuará com esse problema.

Os pacientes obesos foram apontados como tendo uma maior tendência a apresentar algum tipo de psicopatologia (FAITH e ALISSON, 1996). A detecção de patologias alimentares, presentes previamente ao procedimento, pode ser fator fundamental para dificultar a obtenção do sucesso esperado. Alguns estudos demonstraram que a presença de transtornos alimentares já presentes nos pacientes, previamente ao procedimento cirúrgico, são extremamente comuns e, por conseguinte, fatores complicadores. Índices de até 16 % foram encontrados para o Transtorno de Comer Compulsivo, entidade que se caracteriza pela compulsão e ingestão excessiva de alimentos durante períodos do dia, a ponto de causar desconforto gástrico, acompanhado por sentimentos de prazer e culpa (POWERS *et al*, 1999).

Quadros psiquiátricos, com características próximas à anorexia nervosa e à bulimia têm sido descritos. Instigantemente, não se pode considerar que são exatamente as mesmas patologias, pois na anorexia clássica, a interrupção ou diminuição significativa da ingestão alimentar é motivada por uma distorção da imagem corporal presente na pessoa, ou seja, o indivíduo acha-se gordo mesmo estando à beira de um quadro de desnutrição; ao passo que na anorexia pós-cirúrgica o grande motivador seria o medo de engordar (BERGAMO, 2005).

Jean-Paul Sartre (2003), o grande representante do existencialismo (derivação direta da fenomenologia), descreveu, em “O ser e o nada” que o importante não é o que fazem do homem, mas o que ele faz do que fizeram dele. Tal afirmativa aponta que, na ótica do emagrecimento, não basta o homem submeter-se a procedimentos, mas que saiba o que fazer dele e com ele após a ocorrência do fato. As mudanças de vida, de identidade, de papel familiar e social estarão presentes no dia-a-dia do novo “ser-magro”. A percepção dessas mudanças e a perfeita administração desse novo mundo que transcende, faz-se fundamental para a conquista da felicidade plena. À ex-obesa, caberá o papel de retomar sua feminilidade, de reativar sua sexualidade, muitas vezes colocadas de lado pela situação até então presente. Ao ex-obeso, vitimado pela “doença-gordura”, caberá a saída de uma situação passiva e ao

abandono do rótulo de “doente”, gerando desconforto pela tomada de atitudes até então esquecidas.

Sartre ainda escreveu nas linhas diretas do existencialismo que “a existência precede a essência”. Ou seja, o homem é plenamente responsável por suas atitudes, não podendo delegar a outrem ou à natureza o seu comportamento. Neste sentido, Sartre defende que a liberdade com a qual o homem vem defrontar-se no decorrer de sua maturidade é fonte geradora de angústia, pois o mesmo passa a ter posição ativa na determinação de seu destino. Em vista dessa argumentação, pode-se entender que a liberdade de ser magro possa vir a escancarar a “leveza da existência humana”, a fragilidade a que estamos expostos, em especial quando decidimos tomar determinado rumo em nossas vidas, muitas vezes errando e tendo que assumir as conseqüências de tais erros.

A fenomenologia demonstra que existe uma integração corpo-consciência, donde o trabalho, a arte, o amor, o sexo, a atividade física, nada mais são do que parte intrínseca do homem, em nada dissociadas do ser no seu contexto total. A relação harmoniosa entre a mente e o corpo faz com que seja possível atingir-se o equilíbrio. O emagrecer aponta para uma nova administração de sua vida, uma nova conquista de horizontes, muitas vezes já distantes. O corpo nunca é dado ao homem como mera anatomia: o corpo é a expressão dos valores sexuais, amorosos, estéticos, éticos, ligados bem de perto às características da civilização a que pertencemos. Os movimentos de emancipação da mulher e a revolução sexual, no século XX, tornaram os sentimentos relacionados ao corpo mais ambíguos, por vezes visto como algo inferior e escravizado e, por outras, desejado e exaltado.

Segundo Ferreira e Meier (2004, p. 18-19), a obesidade faz parte de uma doença da civilização, conseqüência dos meios de comunicação e de nossa sociedade moderna:

...Nesse contexto a obesidade se encaixa como doença da civilização. Pede-se ao paciente que não coma em excesso, que se controle. Paralelamente, apelos

de comida surgem todo o tempo em nossa frente sob a forma de comerciais de TV, rótulos de alimentos (tipo “bom a qualquer hora”) e *outdoors*. De fato, como resistir a tantos apelos para que se coma?!

## 2.2. O Alimento como relação social e emocional

Na história da humanidade o alimento esteve sempre acompanhado de uma simbologia afetiva. A relação alimento-vida social evidencia-se no ato de participar de refeições em conjunto, de recepcionar visitas por meio de alimentos, assim como reunir-se em família ao redor da mesa. Do mesmo modo, o alimento toma diferentes conotações sociais dependendo da cultura de cada povo.

Intimamente, a alimentação está ligada ao afeto desde o início da vida. Segundo Franques (2006, p. 64):

...a relação emocional tem início no aleitamento materno ao receber os alimentos dos adultos, em uma perpetuação da relação de bem-estar advinda do ato de ser alimentado, cuidado e presenteado com alimento. Essa relação com o alimento começa nas relações primárias mãe-bebê, mas acompanha o indivíduo por toda a vida em todas as suas relações afetivas.

Para a mesma autora, o alimento também envolve o prazer, a lembrança, a relação com algo ou alguém. Nesse contexto, o alimento pode ser um refúgio, uma carícia ou até mesmo um vício.

Chimicati (2005), orienta que os pacientes que comem compulsivamente podem situar-se dentre os mais variados perfis de personalidade: fracos; pecadores, por serem praticantes da gula; desleixados, como reflexo de sua auto-estima muito baixa; preguiçosos; simpáticos, como um mecanismo de defesa em que a dura realidade fica embaçada; bonzinhos; sultões, refratários às atividades físicas, permanecendo sentados no sofá e cercados de almofadas; falastrões, a fim de evitar o que o outro está falando; imediatistas; desonestos, em especial no que diz respeito à dieta; dependentes, quando sempre faz-se necessário outras pessoas para realizar as suas tarefas; carentes; e, até mesmo egocêntricos.

Como pode ser apreendido, o paciente obeso e comedor compulsivo, além de carregar o elevado peso da gordura, é também “pesado” do ponto de vista emocional, por carregar, consigo, determinados pré-conceitos sociais.

O preconceito com o paciente obeso ocorre nas mais diversas frentes, até mesmo em locais onde a compreensão e o acolhimento deveriam ser as premissas, tais como em serviços de saúde. Segundo Segal (2002), cerca de 80% dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica relatam terem sido sempre ou quase sempre tratados desrespeitosamente pela classe médica devido ao peso.

Ainda de acordo com Chemicati (2005, p. 74), fica estabelecido que a relação de dependência desenvolvida com o alimento por parte de muitos pacientes obesos, tem um simbolismo muito amplo e representativo para o paciente:

ao se desenvolver uma doença compulsiva, cria-se um vínculo de dependência com um objeto; no nosso caso, com a comida. Passamos, assim, a ser dependentes dela, não para nos alimentarmos, que é uma necessidade vital, mas para satisfazer outras necessidades psicológicas que passam a ser sentidas como vitais. Fazemos loucuras para conseguir o nosso objeto de dependência: assaltamos a geladeira, mentimos, desmaiamos, chantageamos, fazemos melodramas, enfim, usamos todos os recursos imagináveis e inimagináveis para conseguir uma porção a mais.

O comer para viver pode transformar-se em comer para morrer. Basta ultrapassar linhas divisórias imaginárias entre o ato de acrescentar, de implementar; pelo ato de punir-se, de extrapolar. A psicologia comportamental, segundo Franques (2006), considera a atitude alimentar como um produto de um aprendizado: o comportamento repete-se à medida que é reforçado pelas conseqüências que produz.

Kerbaux (2000) vê no excesso alimentar um problema de autocontrole, mediado por estímulos reforçadores na hora de se alimentar e por estímulos negativos ou aversivos tardios, que nem sempre são discriminados pelo indivíduo. Para Cormillot *et al* (1977), a conduta

alimentar é permeada por fatores constituintes e herdados, transmitidos de geração para geração dentro da família na qual o indivíduo nasce e se desenvolve.

Para Békei (1984), o ato de comer vai além das necessidades biológicas de sobrevivência. A comida e o afeto se combinam desde o primeiro momento em que a mãe alimenta o filho. A comida não serve apenas para satisfazer uma necessidade fisiológica, mas sim como uma resposta a tensões emocionais. O alimento pode ser visto como uma gratificação substituta, como um equivalente de afeto, compensação ou até mesmo recompensa; a sua ausência, pode ser vista até mesmo como um ato punitivo, abandono ou rejeição. O comer em excesso poderia ser um mecanismo para aliviar a angústia ou para enfrentar sentimentos de inadequação pessoal. O comportamento alimentar inadequado seria um sintoma manifesto de uma psicopatologia latente.

Do ponto de vista psicanalítico, e conforme teoria desenvolvida por Sigmund Freud para descrever a estruturação da personalidade, pode-se considerar que o obeso apresenta comprometimento em sua fase oral. Esta é a primeira fase, de uma série de etapas pela qual o homem passa no decorrer de sua infância até estruturar-se, efetivamente, como pessoa.

Na fase oral, a energia libidinal (energia que busca o prazer e a sobrevivência e/ou destruição e morte) está focada na região oral e suas derivações no trato gastrointestinal superior. Diante disto, a região oral é foco de todas as sensações vivenciais experienciadas pelo bebê durante o primeiro ano de sua vida. A amamentação é o grande marco desta fase – aqui, a amamentação vem envolta em um simbolismo mais amplo do que o simples fato de fornecer o leite para o filho, mas também da relação intensa e íntima de afeto mãe e bebê. A criança já começa a perceber que o chorar pode resultar na mobilização imediata da mãe para gratificá-lo (amamentá-lo); enquanto que de maneira contrária, o seu chamado pode não ser atendido por uma mãe ausente e este fato já ser, por si só, o primeiro contato com a frustração (YUDOFSKY, HALES, 2006).

O prazer oral, decorrente deste momento, é um prazer eminentemente receptivo, um prazer de incorporação. O obeso, em seu tempo, pode ser considerado uma pessoa com fixação em sua fase oral, fixação esta decorrente de uma gratificação muito intensa e/ou imediata por parte de sua mãe, ou uma fixação decorrente da falta, da carência, em situações em que a mãe não fora suficientemente provedora de afeto ou alimento, ou ambos.

Essa relação se faz também com as reações dos adultos. Quando falamos no adulto compulsivo ou adicto à comida, é o mesmo que falarmos de uma criança grande (CHIMICATI, 2005).

O principal *traço de caráter* de um adulto com fixação na fase oral (caráter, aqui, seria o resultado, a síntese de todos os traços de personalidade, o sinal que distingue uma pessoa da outra) é a dependência, tanto uma dependência da comida quanto do seu estilo de vida. Além disso, o adulto com tal fixação é impulsivo e compulsivo, não sabe esperar para alcançar o objetivo. Nesse caso, segundo Chemicati (2005), é um adulto que não apresenta força nem paciência, caracterizadas na capacidade de suportar as frustrações da vida e de procrastinar seus desejos iminentes.

### **2.3. O padrão da Estética Corporal na História**

O padrão de beleza ao longo dos séculos sempre foi reflexo da cultura na qual o homem encontrava-se inserido. A beleza, usualmente, estava em consonância com a perfeição, e em especial, com a figura feminina, uma vez que biologicamente homens fortes e competentes lutariam por mulheres belas (BUSSE, 2004). O erotismo, segundo o mesmo autor, confunde-se com o conceito de beleza, e o homem e a mulher são considerados mais belos quanto mais se afastam do padrão de animalidade. Ou seja, pode-se depreender que culturalmente a beleza está distante da figura da maternidade.

Curiosamente, porém, certos conceitos de beleza incluem elementos estranhos à nossa sociedade atual, como a preferência por pessoas com estrabismo (entre os maias) ou com nádegas gigantescas (entre os hotentotes na África do Sul).

No Egito antigo, a valorização dos olhos foi elemento de destaque entre as mulheres, que utilizavam o pó de *Kajal* para realçá-los (ROUSSO, 2000).

Na sociedade grega, em seu período clássico, por sua vez, as mulheres adquiriam um comportamento submisso e subserviente ao valoroso guerreiro, seu marido. A existência feminina reservava-se, por mais bela que fosse, à posição de paridora, conforme retrata a mitologia grega ao referir-se a Helena, considerada a mulher mais bela do mundo e servidora de seu marido.

O poeta e cantor Chico Buarque de Hollanda demonstra, tal fato, em sua canção “Mulheres de Atenas”

(...) mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas/geram pros os seus maridos os novos filhos de Atenas/elas não tem gosto ou vontade/nem defeito nem qualidade/têm medo apenas/não têm sonhos, só têm presságios/o seu homem, mares, naufrágios/lindas sirenas/morenas (...)

Durante o período da Idade Média, o padrão de beleza toma forma expressiva e distinta, uma vez que se acentua a dicotomia entre a mulher-mãe e a mulher-amante. Já durante a Contra-Reforma francesa, a beleza feminina toma outra característica, o refinamento passa a ter representação marcante: pele branca e maquiagem, realçados por rostos doces e delicados, com nariz pequeno e lábios redondos. O movimento romântico, que deu seguimento a esse período, destacou mulheres cristalinas, pálidas, com longos cabelos escuros e olhos azuis melancólicos e sonhadores, representados pela figura da poética da Branca de Neve (BUSSE, 2004).



A estética, portanto, expressou-se, nesse período, por meio de formas lânguidas e pele pálida. De outro lado, porém, a estética da obesidade também esteve presente nos padrões e valores sociais e culturais. Nesse sentido, representou arquétipos sociais dos mais variados significados, conforme citação de Novaes e Vilhena (2003):

No século XVI, enquanto Shakespeare escrevia suas peças de teatro, constatou em sua obra trechos em que a gordura era exaltada, atribuindo-lhe adjetivos como a confiança. Contrariamente ao que percebemos nos dias atuais, no texto do referido dramaturgo a magreza era representativa da maldade, ambição e uma astúcia que poderia reverter-se em traição. Nesse caso, era a figura magra e adelgada que indicava certa dose de ameaça e perigo.

Moacyr Scliar (2007) enfatiza que a anorexia<sup>2</sup> começou a se tornar visível na Idade Moderna, muitas vezes relacionada intimamente com questões religiosas, conforme relata:

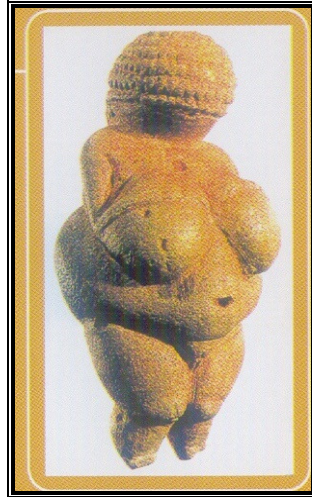
Depois de séculos de pobreza medieval, a Europa entrou em um período de prosperidade: as pessoas de classes mais elevadas passaram a se vestir bem, morar bem, comer bem – e muito. A gordura era sinal de prosperidade (...) (...) Santa Maria Madalena de Pazzi (1586-1607) via a vontade de comer como tentação do Diabo; Santa Rosa de Lima (1586-1617), além de jejuar, usava cilício e dormia em cama forrada de cacos de vidro, espinhos e pedras. Às sextas-feiras, dia da Paixão de Cristo, Santa Verônica Giuliana (1660-1727) ingeria apenas cinco sementes de laranja, evocando as cinco chagas de Cristo.

Na idade Contemporânea, mais especificamente no período entreguerra (1918-1938), a exposição do corpo começa a tomar espaço. O vestuário feminino sofre mudanças consideráveis, especialmente no momento em que as cintas e corpetes passaram a dar lugar às calcinhas e sutiãs. Esse período foi marcado pela liberalização moral por parte da burguesia (VASCONCELOS, 2004).

---

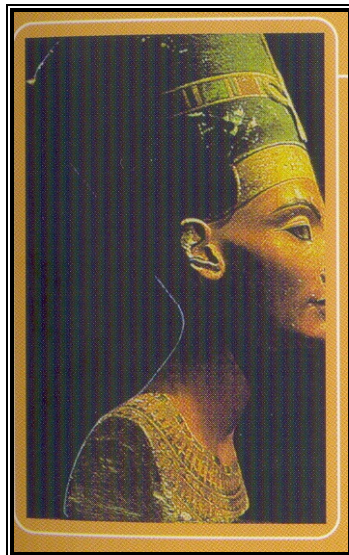
<sup>2</sup> Termo originado do grego (*ann* = sem; *orexis* = desejo ou apetite), caracteriza-se por comportamento obstinado e proposital direcionado a perder peso, assim como representa preocupação com o mesmo, alterações da imagem corporal e amenorréia (ausência de menstruação).

Nesse sentido, a evolução da estética ao longo da história, segundo Busse (2004), passou por diferentes fases, conforme as figuras utilizadas a seguir (Figuras 1 a 17) para a representação desses momentos:



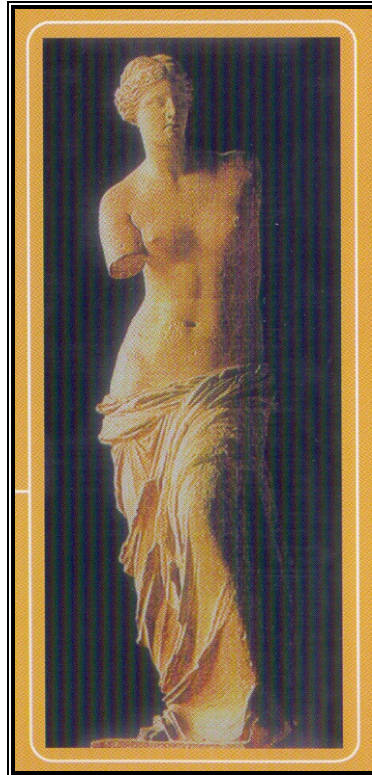
**Figura 1.** Pré-História: Vênus de Willendorf – Predomínio de seios e nádegas. Características das Deusas-mães associadas à terra e aos rituais de fertilidade.

**Fonte:** Busse, S.(Org), 2004 (encarte).

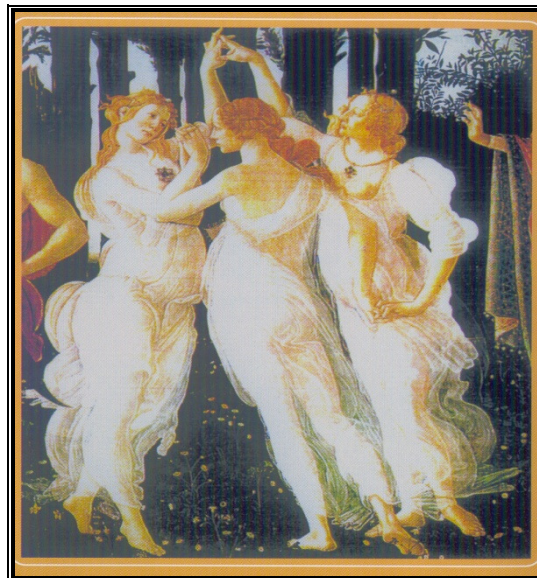


**Figura 2.** Egito: Nefertiti – Olhos realçados pela maquiagem.

**Fonte:** Busse, S.(Org), 2004 (encarte).



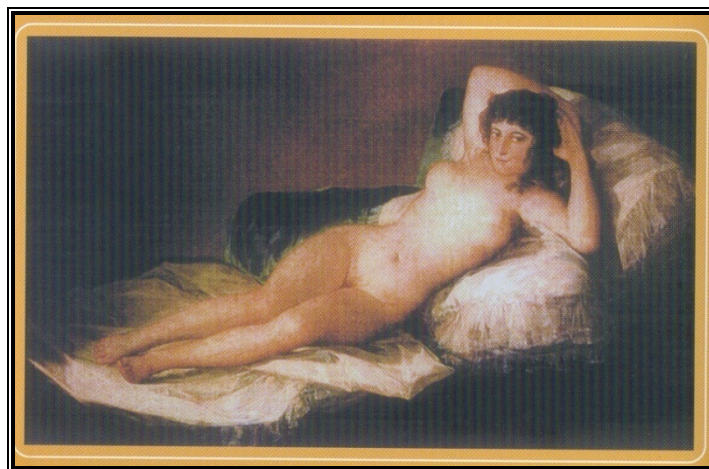
**Figura 3.** Grécia: Vênus de Milo – As proporções perfeitas no que se refere à harmonia, com a beleza considerada uma virtude natural.  
**Fonte:** Busse, S.(Org), 2004 (encarte).



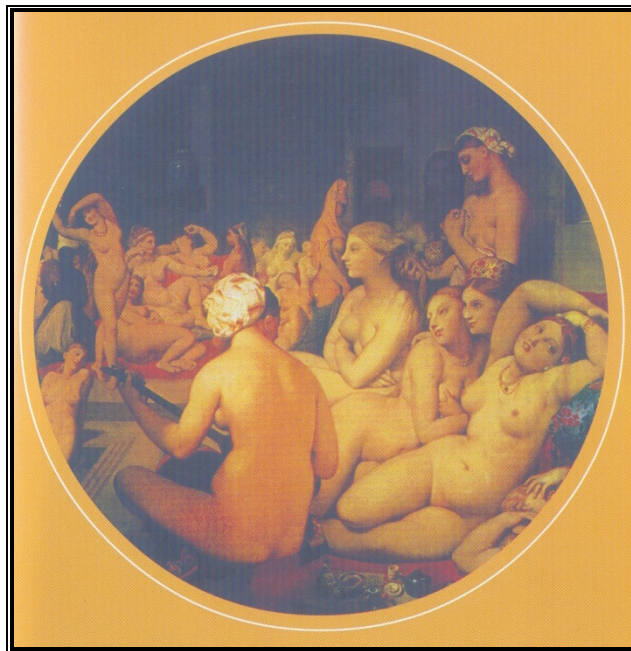
**Figura 4.** Século XV: Mulheres altas, cinturas finas, quadris amplos, dedos afilados.  
**Fonte:** Busse, S.(Org), 2004 (encarte).



**Figura 5.** Século XVII: Corpos roliços, com dobrinhas e covinhas.  
**Fonte:** Busse, S.(Org), 2004 (encarte).



**Figura 6.** Século XVIII: Mulheres pálidas e flexíveis, cabelos escuros e olhar lânguido.  
**Fonte:** Busse, S.(Org), 2004 (encarte).



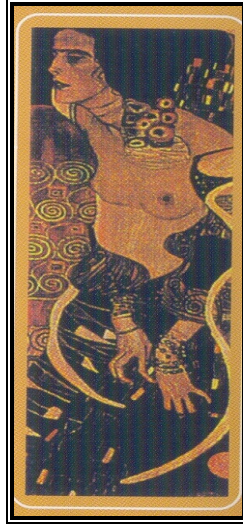
**Figura 7.** Século XIX: Bem alimentadas, cinturas grossas e coxas redondas, braços roliços e seios opulentos.

**Fonte:** Busse, S.(Org), 2004 (encarte).



**Figura 8.** 1900: *O Banho*, A. Guillaume, 1909. Corresponde às silhuetas rechonchudas, polpudas, com contornos arredondados e opulentos.

**Fonte:** Busse, S.(Org), 2004 (encarte).



**Figura 9.** 1910: *Judith II*, G. Klimt, 1909. É a mulher vamp, sedutora, impiedosa.  
**Fonte:** Busse, S.(Org), 2004 (encarte).

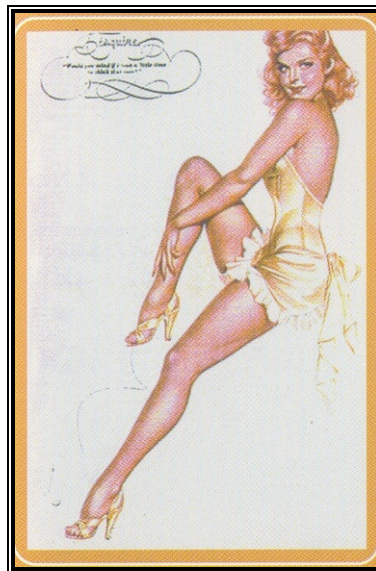


**Figura 10.** 1920: *Louise Brooks*. A mulher independente, com cabelos curtos, esportista.  
**Fonte:** Busse, S.(Org), 2004 (encarte).



**Figura 11.** 1930: *Joan Crawford*. Iniciam-se aqui os regimes de emagrecimento para o aparecimento das mulheres glamourosas e longilíneas.

**Fonte:** Busse, S.(Org), 2004 (encarte).



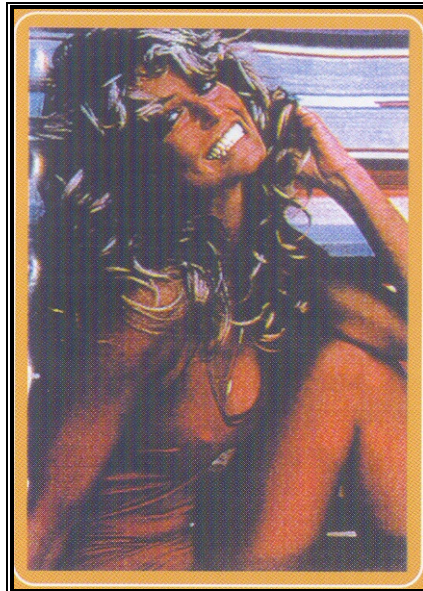
**Figura 12.** 1940: *Pin-up*. Coxas e seios caracterizam a mulher, objeto de desejo da grande maioria dos homens.

**Fonte:** Busse, S.(Org), 2004 (encarte).



**Figura 13.** 1960: *Twiggy*. Regimes de emagrecimento, atitudes naturais, *make love not war*, liberação feminina e pílulas anticoncepcionais caracterizam o período.

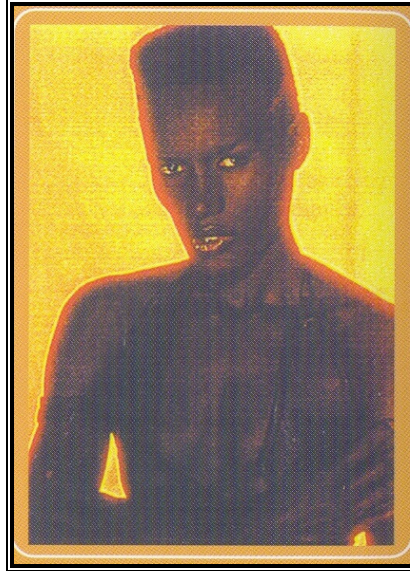
**Fonte:** Busse, S.(Org), 2004 (encarte).



**Figura 14.** 1970: *Farah Fawcett*. A beleza esportiva e liberada marca o período.

**Fonte:** Busse, S.(Org), 2004 (encarte).





**Figura 15.** 1980: *Grace Jones*. A supermulher, modelada nas salas das academias, desportiva e atlética.  
**Fonte:** Busse, S.(Org), 2004 (encarte).



**Figura 16.** 1990: *Kate Moss*. A mulher andrógina e infantilizada, magra e com pequenas características sexuais secundárias.  
**Fonte:** Busse, S.(Org), 2004 (encarte).



**Figura 17.** Século XXI: *Gisele Bündchen*. A mulher magra, esquelética, torna-se o ícone da estética e da moda.

#### **2.4. Técnicas Cirúrgicas para a redução do estômago.**

De acordo com estudos do GECOM – Grupo de Estudos da Cirurgia da Obesidade Mórbida, a entidade multidisciplinar de profissionais gaúchos que tem por objetivo executar um programa de redução e manutenção do peso em pacientes severamente obesos, centrado no tratamento cirúrgico, são realizadas três técnicas cirúrgicas para a redução do estômago:

**2.4.1. Cirurgia restritiva (BANDA GÁSTRICA).**

**2.4.2. Mista com ênfase na restrição (FOBI-CAPELLA).**

**2.4.3. Mista com ênfase na disabsorção (SCOPINARO).**

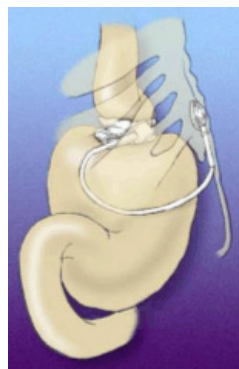
Uma vez que existe mais de uma técnica disponível, e não apenas uma forma de aplicação, pode-se dizer que não há uma “técnica ideal” que possa ser aplicada a todos os pacientes. Cada paciente deve ser avaliado separadamente e, somente então, definida a técnica que será utilizada, para o seu caso específico.

Todas as técnicas podem ser realizadas pelo método aberto (com incisão) ou por videolaparoscopia (incisões mínimas).

#### **2.4.1. Cirurgia Restritiva:**

##### **a) Banda Gástrica Ajustável**

É a cirurgia na qual o mecanismo de emagrecimento se dá através de uma “barreira” que impede a passagem de grandes quantidades de alimentos. O exemplo mais conhecido de cirurgia restritiva é a banda gástrica ajustável. A banda gástrica consiste em uma “cinta” de silicone que é colocada na parte mais alta do estômago. A banda tem um mecanismo de regulagem que permite apertar mais o estômago, restringindo ainda mais a passagem dos alimentos, conforme se observa na figura 18.



**Figura 18.** Banda gástrica ajustável.  
Fonte: GECOM.

### **2.4.2. Cirurgia Mista com ênfase na Restrição**

#### **a) Cirurgia de Fobi-Capella: “Bypass” Gástrico com Anel**

É uma cirurgia na qual o mecanismo de emagrecimento é centrado, principalmente, na restrição e muito pouco na disabsorção. O exemplo clássico é a cirurgia de Fobi-Capella, considerada hoje como padrão-ouro da cirurgia da obesidade. Nessa técnica, o estômago é diminuído fazendo com que a quantidade de alimento ingerida seja muito pequena. Associado a este procedimento, realiza-se uma derivação gastro-jejunal (nova união do estômago com o intestino) que causa discreta diminuição na absorção alimentar.

A técnica de Fobi-Capella representa aproximadamente 80% das cirurgias para obesidade mórbida feitas anualmente nos Estados Unidos, sendo realizada com sucesso naquele país desde 1989. Esse procedimento cirúrgico está representado na Figura 19.



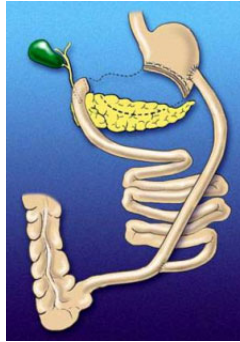
**Figura 19.** Cirurgia de Fobi-Capella.  
Fonte: GECOM.

### **2.4.3. Cirurgia Disabsortiva**

#### **a) Cirurgia de Scopinaro**

É aquela em que o emagrecimento ocorre devido a uma má-absorção dos alimentos ingeridos. Neste tipo de cirurgia existe uma discreta restrição no tamanho do estômago,

permitindo, assim, aos pacientes, ingerirem grandes volumes de alimentos após o procedimento. A figura 20 demonstra esse procedimento.



**Figura 20.** Cirurgia de Scopinaro  
Fonte: GECOM.

De acordo com o texto de Fandiño *et al* (2004), complicações clínicas são passíveis de ocorrer após a realização da intervenção cirúrgica. Tais complicações são subdivididas em complicações pós-operatórias precoces e tardias<sup>3</sup>, conforme o ilustrado na Quadro 1.

<b>PRECOCES</b>	<b>TARDIAS</b>
<b>Infecção da ferida operatória</b>	<b>Má-absorção de vitaminas</b>
<b>Estenose/ulceração gástricas</b>	<b>Má-absorção de sais minerais</b>
<b>Náuseas e vômitos</b>	<b>Colelitíase</b>
<b>Deiscência de suturas</b>	<b>Diarréia</b>
<b>Pneumonia</b>	<b>Neuropatia periférica</b>
<b>Embolia pulmonar</b>	<b>Anemias</b>

**Quadro 1 – Complicações pós-operatórias da cirurgia bariátrica.**

Fonte: FANDIÑO *et al*, 2004.

<sup>3</sup> Neste estudo, entende-se por complicação pós-operatória precoce quando essa ocorrência se dá no período de até um mês após a realização da cirurgia bariátrica. Por outro lado, complicação pós-operatória tardia corresponde às complicações que ocorrem após um mês da realização do procedimento.

## 2.5. Fenomenologia e Emoção: as reações, os impactos e as formas de superação.

A recondução do fenômeno psíquico à sua fonte, vendo nele não um fato ou um objeto mas uma maneira de existir, uma maneira de se escolher e de se compreender o mundo, é o paradigma fenomenológico (DARTIGUES, 2003).

Segundo Husserl (*apud* Dartigues, 2003, p. 102), a estreita relação entre a psicologia e a fenomenologia fica evidenciada da seguinte forma:

Se quisermos fundar uma psicologia, será preciso remontar mais acima do psíquico, mais acima da situação do homem no mundo, até a fonte do homem, do mundo e do psíquico: a consciência transcendental e constitutiva. É somente ao remontarmos em direção a essa fonte que perceberemos a *significação* de um fato psíquico, por exemplo, de uma emoção, isto é, em que essa emoção é uma maneira de existir, em que ela é “a realidade humana que se assume a si mesma e se dirige como vida em direção ao mundo”.

Sartre contribui com sua teoria existencialista para o adequado entendimento dos fenômenos psicológicos. Se por um lado o fenômeno emocional é uma instância interna e subjetiva, tal fato não é motivo para este tornar-se emoção inacessível à reflexão, assim como os fenômenos externos. Dartigues (2003, p. 101), expressa essa questão de forma a mostrar-nos que

a Fenomenologia veio nos ensinar que os *estados* são objetos, que um sentimento enquanto tal (um amor ou um ódio) é um objeto transcendente e não poderia se contrair na unidade de interioridade de uma consciência, ele poderá, com todos os estados que comporta, ser penetrado intuitivamente, não somente pela consciência da qual é o eu (*moi*), mas por qualquer outra consciência. O Eu e seus estados estão “no mundo”, assim como nele estão esta árvore ou esta cadeira.

Nesse sentido, há que se pensar na relação fenomenologia e emoções. As emoções, segundo a filosofia fenomenológica, podem tomar os mais variados sentidos e conotações,

muitas vezes vindas à luz de maneira dissimulada. O grande desafio do pesquisador está exatamente em conseguir detectar essa emoção e interpretá-la:

O pesquisador deve ler cada descrição individual ingênua e procurar analisá-la psicologicamente, expressando o que encontra na forma que lhe parece mais reveladora do caso particular investigado. Ao fazer isso, ele está isolando as *unidades de significado* para fazer a sua análise psicológica.(...) a forma pela qual chega-se a um *insight* permanece sempre um mistério, pois o *insight* psicológico parece ocorrer mais como resultado de uma excitação espontânea do que de regras explícitas; em grande parte é de caráter intuitivo (MARTINS e BICUDO, 2005, p. 101).

As emoções e os sentimentos que cercam os pacientes com obesidade mórbida são as mais diversas possíveis, porém, segundo relato de Yudofsky e Hales (2006) em seu estudo específico sobre a questão, o sentimento de auto-depreciação foi o sentimento mais frequentemente detectado nesses pacientes.

A superação de emoções que resultem em sofrimento para o paciente pode tomar caminhos variados. A estrutura de Ego (instância psíquica que Freud considerou a mediadora das emoções internas e externas) é o fator de maior decisão para a administração adequada das emoções. Assim como, para um paciente obeso o alívio de suas angústias pode ser amenizado por meio da compulsão alimentar, conforme expressam Yudofsky e Hales (2006), para outros pacientes, a emoção perturbadora pode ser demonstrada na forma de amnésia, desrealização (sensação de que as coisas não estão realmente ocorrendo), paralisias motoras (perda da força muscular em determinado membro) e até mesmo psicose (quebra total com a realidade).

Segundo expressa Gabbard (1994, p. 199), Sigmund Freud tinha um entendimento bem claro de tal fato:

Freud, por outro lado, definiu *repressão* como um banimento ativo de certos conteúdos mentais da consciência para o domínio do inconsciente dinâmico. Enquanto estes sentimentos inaceitáveis estavam fora da consciência, eles permaneciam ativos no inconsciente e deviam ressurgir sob a forma de sintoma.

Neste aspecto, a psiquiatra classificou o impacto emocional com repercussões psicológicas como uma entidade à parte, denominada “Transtornos de Ajustamentos”, particularmente devido à importância que esses eventos têm no ser humano. Segundo a literatura atual, já foram identificados mais de duas dúzias de estressores psicológicos com efeitos diretos nas reações e emoções dos pacientes, dentre eles, morte de um pai, divórcio, doença, acidentes, desastres naturais, crime, mudança geográfica, trauma físico por estupro e preconceito. Este último, talvez o fator mais frequentemente envolvido em um paciente obeso (STONE, 1999).

Conforme editorial da Revista da Associação Médica Brasileira (2001), a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que o custo direto dos gastos com a obesidade em países industrializados chega a 8% dos gastos totais com a saúde. Outrossim, os chamados “custos indiretos” referem-se à produtividade e qualidade de vida. Esta última, impactada pelo preconceito em conseguir empregos e em realizar determinadas tarefas.



### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. O Método.

A base teórica que dá sustentação ao tema estudado é a fundamentação fenomenológica, cuja teoria estuda o comportamento do homem e sua inserção no meio social, bem como o seu papel nas escolhas efetuadas ao longo de sua vida. Nesse campo, a pesquisa desenvolveu-se sob a análise qualitativa, cujo desenho foi o estudo comparativo.

O desenvolvimento de uma análise científica utilizando metodologia qualitativa é o procedimento mais adequado para se estudar um fenômeno subjetivo. O fenômeno emocional, por tratar de questões psiquiátricas, é de difícil investigação e apreensão por parte do pesquisador. Os achados de uma avaliação psicológica estão entranhados nas entrelinhas de uma entrevista, na compreensão holística do paciente e sua postura, no andamento das respostas e, não raro, no desconforto gerado por questionamentos que, por vezes, podem causar constrangimento pessoal.

A pesquisa qualitativa e sua análise sociológica fazem oposição à linha positivista. O simbólico, baseado no significado, passa a ser o alicerce para o entendimento dos fenômenos, em contraposição ao objetivo e passível de ser verificável por meio da experimentação, conforme a orientação tradicional positivista.

Segundo Minayo (2000, p. 11), pode-se entender que:

Em duas diferentes manifestações como a Fenomenologia, a Etnometodologia, o Interacionalismo Simbólico, o SIGNIFICADO é o conceito central para a análise sociológica. Numa oposição frontal ao positivismo, a sociologia compreensiva propõe a subjetividade como fundante do sentido e defende-a como constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo.

A mesma autora (2000, p.15) ainda discorre sobre o significado pessoal de saúde, de sua constituição essencialmente complexa,

(...) para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados.

Por conseguinte, a pesquisa qualitativa é o caminho apropriado para detectar a essência do entendimento e da interpretação dos fatos, em especial na área da psicologia, onde os significados podem estar ocultados nas mais variadas atitudes e representações.

O renomado poeta Fernando Pessoa descreve com maestria a dificuldade de se realizar uma análise da mente humana:

Os classificadores de coisas, que são aqueles homens da ciência cuja ciência é só classificar, ignoram, em geral, que o classificável é infinito e portanto se não pode classificar. Mas o em que vai meu pasmo é que ignorem a existência de classificáveis incógnitos, coisas da alma e da consciência que estão nos interstícios do conhecimento (PESSOA, 1999, p. 341).

Segundo Turato (2003, p. 240), em sua linha de trabalho derivada da metodologia qualitativa, a qual chama de método clínico-qualitativo<sup>4</sup>, descreve que:

(...) Portanto, temos, especificamente, que o método clínico-qualitativo é concebido como um meio científico de conhecer e interpretar as significações – de naturezas psicológicas e psicossociais – que os indivíduos (pacientes ou quaisquer outras pessoas preocupadas ou que se ocupam com problemas da saúde, tais como a equipe de profissionais, os familiares e pessoas da comunidade), dão aos fenômenos do campo da saúde-doença. Ocorre sob o paradigma fenomenológico, dentro da área das Ciências do Homem, com valorização das angústias e ansiedades existenciais das pessoas envolvidas no estudo e pautando-se num quadro interdisciplinar de referenciais teóricos com destaque às concepções psicanalíticas básicas.

Segundo Minayo (1993), a pesquisa qualitativa em seu contexto de pesquisa social, pressupõe existir *uma identidade entre sujeito e objeto*. A pesquisa nessa área lida com seres humanos que, por razões culturais, de classe e de faixa etária, têm um substrato comum de

---

<sup>4</sup> É conveniente ressaltar que o método clínico-qualitativo, segundo Turato (2003), não é a metodologia empregada nesta pesquisa, mas, devido à proximidade com a avaliação puramente qualitativa, em especial na análise da mente humana, convém que essa metodologia seja aqui destacada.

identidade com o investigador, tornando-os solidariamente imbricados e comprometidos. Desse modo, a dissociação entre as partes, entre investigador e investigado, torna-se impossível de ser efetivada em sua totalidade.

Greenhaldt e Taylor (1997), em seu artigo “How to read a paper: Papers that go beyond numbers (qualitative research)”, descrevem exemplos de métodos qualitativos, dentre os quais destacam-se a entrevista em profundidade, onde ocorre uma conversação face a face com o propósito de explorar-se assuntos ou tópicos em detalhes. Não utiliza questões preparadas previamente, mas um roteiro de itens, formulados com base em tópicos a serem questionados.

Uma outra questão a considerar é a da pesquisa qualitativa realizada em psicologia, com enfoque na fenomenologia. Nesse caso, os critérios científicos são determinados pelos objetivos que o pesquisador possui, enquanto pesquisador, pois não se referem a variáveis dependentes, independentes ou intermediárias. A orientação está focada em um *sentido*, pelo conhecimento imediato e *intuitivo* (MARTINS e BICUDO, 2005).

O mesmo autor enfatiza ainda, às p.93-94, que a

pesquisa fenomenológica está dirigida para *significados*...ao se concentrar nos significados, o pesquisador não está preocupado com fatos, mas com o que os eventos significam para os sujeitos da pesquisa. (...) o alvo da investigação é chegar aos significados atribuídos pelos sujeitos à situação que está sendo pesquisada. Os dados obtidos são as situações vividas que foram conscientemente tematizadas pelo sujeito. Os significados são os aspectos do evento que o sujeito tematizou conscientemente.

## **3.2. Procedimentos Metodológicos.**

### **3.2.1. Definição do *locus* da pesquisa, da população estudada e da técnica de pesquisa aplicada.**

A população objeto de estudo foi formada por pacientes pertencentes ao serviço de cirurgia bariátrica de um hospital público de Joinville (SC), conforme autorização assinada pelo responsável (Anexo 1). De acordo com a equipe de cirurgia, cerca de oitenta pacientes já haviam sido submetidos ao procedimento de redução do estômago nessa instituição até quando deu-se início ao desenvolvimento da pesquisa, em 2006.

Definiu-se que seria esse hospital o *locus* do estudo por ser a única instituição pública do município que está autorizada a realizar o procedimento de cirurgia de redução do estômago. Para tal, o hospital dispõe de uma equipe multidisciplinar formada por dois cirurgiões gerais, enfermeira, assistente social, nutricionista, um psiquiatra e uma psicóloga, especialmente preparados para esse procedimento cirúrgico. Esses profissionais realizam a triagem pré-cirúrgica (excluindo possíveis pacientes que apresentem algum sintoma ou comportamento que possa vir a dificultar o sucesso do tratamento ou causar qualquer tipo de prejuízo ao mesmo), e também realizam o acompanhamento ao paciente após a cirurgia.

A seleção dos participantes da pesquisa se deu pela observação dos pacientes em acompanhamento psicoterápico pós-cirúrgico realizado pela equipe multidisciplinar do hospital, particularmente, dos casos mais expressivos e que mereciam uma atenção especial, conforme apontou a psicóloga da equipe. Os pacientes que apresentavam queixas ou comportamentos compatíveis com distúrbios psiquiátricos, assim como aqueles que por ventura já estavam sob tratamento psiquiátrico, foram entrevistados e acompanhados pelo investigador. Desses pacientes, as indicações recaíram em mulheres que apresentavam problemas comportamentais, conforme expresso pela equipe multidisciplinar. Todas as

pacientes selecionadas e entrevistadas, portando, já haviam sido operadas entre seis meses e um ano antes da realização das entrevistas.

Segundo Minayo (1993, p. 53), “o campo de pesquisa é definido como o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação”.

Como esta é uma pesquisa qualitativa com base de referência fenomenológica, entendeu-se que a metodologia mais adequada a ser aplicada seria o “estudo de caso”, porque a pesquisa é específica e pontual e justamente o fato de se realizar um estudo de caso envolve uma situação totalmente diferente do usual e coletivo. É algo específico.

No caso desta pesquisa, portanto, buscou-se apoio no Estudo de Caso, pois os “casos” analisados foram específicos (seis pacientes) e indicados como “casos para estudo” conforme a avaliação do serviço de psicologia do hospital.

A referência para a aplicação do estudo de caso foi encontrada em Robert Yin (2005, p. 97), que retrata a flexibilidade necessária para a realização desse tipo de pesquisa:

ao entrevistar pessoas-chave, você deve trabalhar em conformidade com o horário e a disponibilidade do entrevistado, e não com o seu horário e disponibilidade. A natureza da entrevista é muito mais aberta, e o entrevistado pode não cooperar integralmente ao responder às questões. De forma similar, ao fazer observações das atividades da vida real, você está entrando no mundo do indivíduo que está sendo estudado, e não o contrário; nessas condições, você é a pessoa que pode precisar fazer preparativos especiais para poder agir como observador (ou mesmo como observador participante). Por conseguinte, seu comportamento – e não o do sujeito ou do respondente – é o único provavelmente a ser restringido.

Segundo o mesmo autor, o estudo de caso representa a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “porque” ou quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real. Esta a justificativa da escolha do método para a realização da pesquisa.

Aos pacientes selecionados para participarem das atividades, aplicaram-se duas entrevistas semi-estruturadas (Apêndice 1), em duas ocasiões distintas, com um intervalo de trinta dias entre uma e outra. Nessas entrevistas, abordaram-se temas como sintomas, o estado psíquico atual, o estado psíquico prévio à cirurgia, comportamento, histórias de vida, vínculos afetivos, atividades, fantasias quanto ao procedimento, dificuldades enfrentadas, evolução pós-cirúrgica, e os temores em relação ao retorno da obesidade.

Os agendamentos das entrevistas das pacientes selecionadas foram realizados conforme a disponibilidade de cada uma delas, contatadas por intermédio de uma ligação telefônica para a residência das mesmas.

Por se tratar de uma pesquisa de caráter qualitativo, as pacientes selecionadas para as entrevistas não foram quantificadas. Ao todo, selecionou-se seis pacientes para a participação do estudo e as entrevistas aconteceram nas dependências do próprio hospital, individualmente e em sala privada, a fim de manter a neutralidade do ambiente, evitando-se, assim, um possível viés nas informações e também para propiciar um maior conforto aos pacientes entrevistados. Nessas entrevistas, as pacientes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para respectiva assinatura (Apêndice 2), conforme orientação do Comitê de Ética em Pesquisa da Univille.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Essas transcrições encontram-se de posse do investigador.

Posteriormente à realização das entrevistas, as pacientes foram encaminhadas para avaliação e, se necessário, para tratamento psiquiátrico. Um outro critério estabelecido para a definição das entrevistadas era o de que, sob hipótese alguma as pacientes necessitavam permanecer “virgens de tratamento” até a realização das entrevistas. Dessa forma, esteve-se em consonância com o código de ética médica e buscou-se evitar qualquer sofrimento às pacientes.

O encaminhamento para tratamento psiquiátrico antes mesmo da realização das entrevistas foi feito pelo Sistema Único de Saúde - SUS, para que as pacientes não viessem a sentir-se “cuidadas” pelo pesquisador - que é médico psiquiatra - e sim, “colaboradoras” de uma causa, no caso, a pesquisa.

Os dados coletados foram, por fim, submetidos à análise. Essa análise buscou ser feita de modo que todos os casos relatados nas entrevistas fossem explorados e interpretados. Para tal, optou-se pela Construção da Explanação que foi realizada como forma de comparar analiticamente os relatos. Segundo Yin (2005, p.149), neste procedimento “o objetivo é analisar os dados do estudo de caso construindo uma explicação sobre o caso”, afirmando que “explicar um fenômeno significa estipular um conjunto presumido de elos causais em relação a ele”.

O mesmo autor (2005, p. 150) descreve que “em um estudo de casos múltiplos, um dos objetivos é elaborar uma explicação geral que se ajuste a cada um dos casos individuais, embora os casos variem nos detalhes”.

Como já explicitado anteriormente, o projeto de pesquisa foi submetido à análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Univille.

### **3.2.2. A organização das Entrevistas Semi-Estruturadas.**

Para fins de uma análise mais apurada e tendo como foco os objetivos da pesquisa pode-se estabelecer um desenho contextual das duas entrevistas realizadas com cada uma das seis pacientes.

As primeiras cinco perguntas da primeira entrevista definem caracteres da identificação da paciente. Aquelas questões específicas que têm como foco a visualização da estrutura de personalidade da paciente podem ser identificadas quando questionou-se sobre a

vida pessoal e profissional, relacionamento familiar e profissional, relatos da infância e adolescência, comportamento enquanto criança frente à obesidade própria e de outrem, presença da obesidade em sua vida, hábitos de vida (incluindo comportamento adictivo), hábitos alimentares, frustrações e planos futuros.

A identificação das expectativas das pacientes perante as possibilidades de emagrecimento por meio do procedimento cirúrgico, foi feita (o que possibilitou a análise), com questionamentos sobre a crença, que tinham, de que a cirurgia iria trazer mudanças estéticas, profissional e pessoal/conjugal. Assim como, também esperavam que lhes trouxesse mudanças na auto-estima e na vida sexual.

As dificuldades enfrentadas pelas pacientes após o procedimento cirúrgico foram averiguadas com questionamentos sobre o período pós-cirúrgico; a adequada informação sobre a cirurgia; a auto-análise sobre a preparação psicológica da paciente para o procedimento, seu estado emocional atual e a presença de apoio familiar.

No âmbito das frustrações questionou-se as pacientes se havia arrependimento quanto à realização da cirurgia.



## 4. ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS.

### 4.1. Caracterização das Entrevistadas.

Todas as pacientes entrevistadas foram mulheres. Embora houvesse homens que realizaram o procedimento cirúrgico naquela instituição, a grande maioria, é formada por pacientes do sexo feminino.

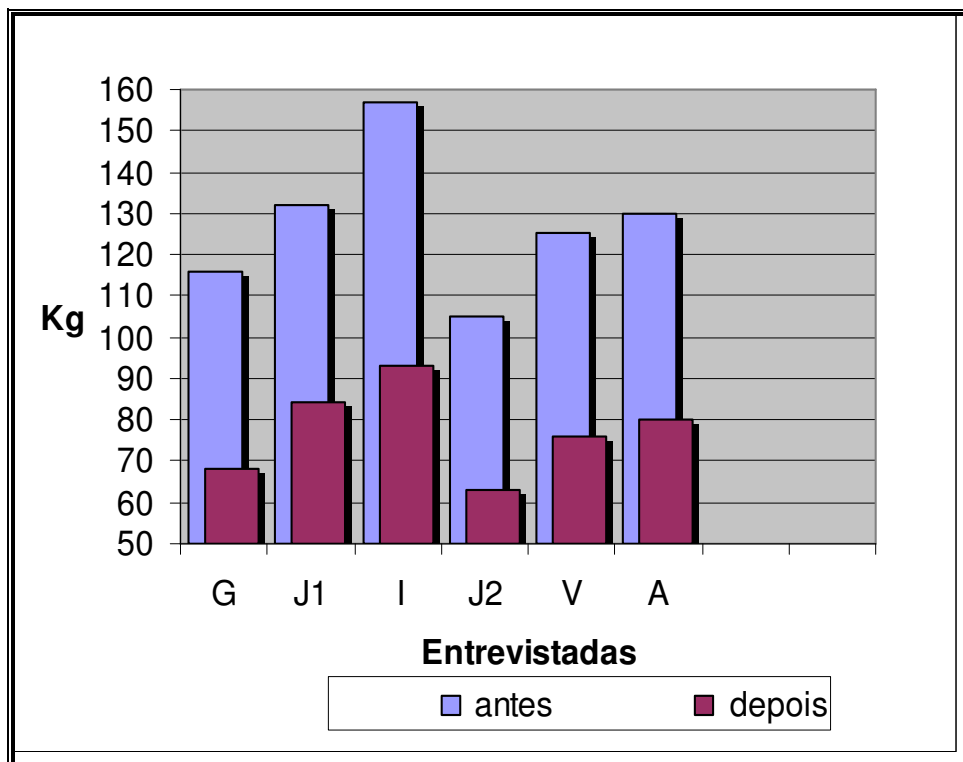
Para a realização da pesquisa, as mulheres entrevistadas tiveram as suas identidades preservadas. Assim, na análise de suas falas, as entrevistadas são identificadas apenas pela letra inicial de seus nomes próprios, conforme o demonstrado no Quadro 2, que especifica idade, estado civil, ocupação, grau de instrução e religião.

PACIENTE	IDADE	ESTADO CIVIL	OCUPAÇÃO	GRAU DE INSTRUÇÃO	RELIGIÃO
Entrevistada 1 (G.)	26	Casada	Vendedora	2º grau compl.	Católica
Entrevistada 2 (J.1)	36	Casada	Comerciante	2º grau compl.	Católica
Entrevistada 3 (I.)	39	Solteira	Comerciante	3º grau compl.	Católica
Entrevistada 4 (J.2)	41	Casada	Do lar	2º grau incompl.	Evangélica
Entrevistada 5 (V.)	43	Casada	Comerciante	3º grau incompl.	Evangélica
Entrevistada 6 (A.)	55	Casada	Do lar	2º grau incompl.	Católica

**Quadro 2** – Caracterização das entrevistadas.

Em relação ao peso das entrevistadas, verificou-se que antes da cirurgia a média de peso era de 127,5 Kg. Esse quadro evoluiu para menos, após a cirurgia, com redução média de 39,3%.

O peso alcançado pelas entrevistadas, antes e depois da cirurgia, está indicado no Gráfico 1.



**Gráfico 1** – Evolução da perda de peso das entrevistadas. Situação antes e depois da cirurgia (2006).

## **4.2. Entrevistada 1 (G.)**

### **4.2.1. Perfil Psicológico e relação com a questão alimentar.**

A entrevistada G., 26 anos, casada, conta que teve uma infância tranqüila, sem maiores dificuldades; excetuada pelo divórcio dos seus pais e pelo abuso de álcool da parte do pai.

Refere que iniciou a engordar aos doze anos de idade e que nunca se aceitou assim. Tentou dietas com medicações, porém não era uma pessoa persistente. Não fazia atividade física e nem conseguia manter uma disciplina alimentar.

Devido à obesidade, deixava de realizar várias atividades, até mesmo as mais rotineiras, como ir a uma loja para comprar roupas. Diz que sentia vergonha e que, por esse motivo, pedia para a mãe ou cunhada ir até o local e buscar roupas para que experimentasse em casa. Chega a ser enfática em rechaçar a obesidade: “Eu me odiava!”.

Não era a única pessoa da família a sofrer desse problema, pois seu irmão também sempre foi obeso (atualmente pesa aproximadamente 150 Kg, de acordo com o relato da entrevistada). Conta que desde criança não gostava de pessoas obesas, indo ao encontro de pré-conceitos familiares, visto que seu pai dizia frequentemente que “...homem não gosta de mulher gorda!”.

Relata que a cirurgia trouxe grandes mudanças em sua vida, inclusive em sua vida conjugal, mudando de uma posição de maior submissão para uma postura mais ativa: “Quando eu era gorda já foi bastante difícil no meu casamento....não sei se era por ser gorda ou se era da minha cabeça. Já foi bem complicado...antes era o meu marido o problemático....hoje eu que sou chata, implico com tudo”.

#### **4.2.2.Expectativas do emagrecimento por meio da cirurgia.**

A entrevistada refere que a principal motivação para a realização da cirurgia foi estética. Mas tinha também expectativas de que o emagrecimento por meio da técnica cirúrgica poderia ampliar suas chances de colocação no mercado de trabalho. Esta “aspiração” fica evidente na fala da entrevistada, no momento em que descreve uma entrevista de emprego em que fica explícita a desistência da empregadora em não contratá-la devido à obesidade da candidata ao emprego.

No âmbito pessoal, G. acreditava que seu relacionamento poderia melhorar, e enfatiza isso dizendo que o marido não demonstrava ciúmes por ela. Outrossim, a relação sexual, segundo a entrevistada, ocorria sempre “de luz apagada”, devido à vergonha do seu corpo. Embora ainda se sinta feia por não ter conseguido submeter-se a uma cirurgia plástica para a correção da pele.

Mas, demonstra que houve um incremento na sua auto-estima, referindo que hoje se sente “...bem animada, pra botar uma roupa, sair arrumada, maquilada, entende?!”.

#### **4.2.3.Dificuldades no enfrentamento do novo estado físico e emocional.**

As dificuldades em deparar-se com a nova etapa já tiveram início no pós-cirúrgico imediato. As limitações físicas para locomover-se surpreenderam a entrevistada já no primeiro dia de recuperação. Segundo a mesma, no momento dessa certeza, já se sentiu desestruturada emocionalmente chegando a ficar praticamente o dia inteiro chorando, recebendo o suporte da psicóloga da equipe e iniciando o uso de antidepressivo. Relata que a própria psicóloga surpreendeu-se com a situação, chegando a tecer o seguinte comentário: “Será que eu me enganei contigo...será que você ainda não estava pronta?!”.

Do mesmo modo, relata que foi “surpreendida” com o curto tempo que teve para preparar-se para a cirurgia:

Eu acho que não estava preparada. Foi muito rápido, foi muito de repente...Eu nem sabia que eu tava pra fazer. Tipo assim, eu cheguei no consultório do médico pra levar uns exames pra ele...era tipo uma bateria bem grande de exames...e eu cheguei pra levar uns exames que praticamente deveria ser o último, só que eu não sabia. Aí, ele olhou pra mim e disse: ‘G, a tua operação é amanhã! Você tem de internar ainda hoje!’ Eu olhei pra ele e falei: ‘O quê? Eu não sei de nada!’ Aí, ele saiu da sala e voltou, e disse: ‘Claro guria, tu se interna ao meio-dia, porque a tua cirurgia é amanhã!’. Então foi um choque, porque eu nem esperava, não deu nem tempo de esperar.

Por outro lado, quando questionada quanto tempo demorou entre a sua primeira consulta até a cirurgia, G. relata que foram três meses.

No período em que se recuperava da cirurgia, nos meses iniciais, conta que ao sentir o cheiro de comida preparado por sua cunhada, era arrebatada por um enorme desejo de comer fartamente, e comenta, já apresentando sintomas depressivos: “...sentia o cheiro e então me dava vontade. Teve até um dia que eu disse que iria comer, comer, até...eles iriam me encontrar com um monte de comida e morta!”.

#### **4.2.4.Frustrações concernentes ao processo de emagrecimento.**

A paciente refere que no período inicial, após o procedimento cirúrgico, arrependia-se de ter feito a cirurgia. Entretanto, hoje em dia, não demonstra o mesmo arrependimento. Inclusive, estimula as amigas e o próprio irmão a fazerem a cirurgia.

Mas, por outro lado, demonstra preocupação com a possibilidade de aumento do peso e sente que essa real possibilidade lhe frustra, visto que acreditava tratar-se de um método definitivo no seu emagrecimento.

#### **4.2.5. Uma análise interpretativa.**

A entrevistada demonstra ter um comportamento relativamente impulsivo, por vezes, até mesmo imaturo. Busca, efetivamente, uma solução definitiva e até mesmo mágica para um problema que não consegue conviver.

Demonstrou, durante a sua vida, dificuldades em manter-se persistente na obtenção de resultados, como por exemplo, quando conta que se sentia frustrada pelo fato de não ter continuado seus estudos ao tempo em que suas irmãs chegaram a completar o ensino superior. Refere ainda que não foi por falta de oportunidades, pois seu pai disponibilizou-lhe acesso aos estudos, porém não tinha força de vontade para dar continuidade. Tal situação é recorrente no decorrer de toda a sua vida, quando o foco torna-se a realização de dietas e atividades físicas. A busca de resultados fáceis sem maiores esforços sempre foi uma regra para G., e isto é enfatizado quando conta o porquê de ter buscado a cirurgia bariátrica para o tratamento de sua obesidade: “Querida cortar o mal pela raiz!”.

Atualmente, vem enfrentando frustrações no âmbito profissional, visto que não está satisfeita com o trabalho que realiza. Está, inclusive, pensando em pedir demissão do seu emprego. Não é possível, desse modo, dissociar essa situação de seu estado de humor atual, podendo ser um fator determinante do seu quadro depressivo.

A entrevistada passa por um momento delicado, chegando a necessitar de suporte familiar: está morando com a sua irmã para receber cuidados, desde que teve uma tentativa de suicídio. Quando questionada se houve motivos que levaram a esta situação tão extrema, G. refere que o aumento de peso nos últimos tempos tem sido o motivo de sua angústia.

O seu relacionamento conjugal também passa por conflitos. A cirurgia trouxe mudanças importantes em sua postura com o marido. Enquanto obesa, mantinha um comportamento submisso, tolerando as investidas extra-conjugais do marido. Era enfática em

dizer que até tinha liberdade para sair sozinha, porém não haveria pessoa que tivesse interesse em “uma gordinha”. A cirurgia mobilizou o marido no sentido de intensificar as atenções para com a paciente, tornando-se mais “ciumento”, segundo a entrevistada. A paciente chegou a envolver-se com outro homem após a cirurgia, sem o conhecimento do marido, e surpreende-se pelo fato de “não ter ficado com peso na consciência”.

Por fim, relata que atualmente tem utilizado excessivamente o álcool, porém sem configurar-se em um comportamento adicto, muito embora não mantivesse tal hábito enquanto obesa.

A cirurgia, conforme visto acima, trouxe intensas mudanças para a vida de G. Muitas vezes, o processo de emagrecimento por meio da cirurgia bariátrica foi o mecanismo utilizado pela mesma para a reordenação de situações conflitivas em seus relacionamentos interpessoais.

Quando se refere ao tempo de preparação para a cirurgia (período de três meses), parece que este não foi adequadamente utilizado pela paciente para o amadurecimento de sua posição frente a um procedimento tão importante. Sua interpretação da preparação para a cirurgia, conforme se pode observar, não passava de uma rotina de coleta de múltiplos exames, apesar das orientações da equipe multidisciplinar.

A tentativa de suicídio, embora possa estar correlacionada a múltiplos fatores etiológicos, pode ter sido o momento extremo que reflete a dificuldade em lidar com a fase atual.

### **4.3. Entrevistada 2 (J.1)**

#### **4.3.1. Perfil Psicológico e relação com a questão alimentar.**

A entrevistada J.1, 36 anos, casada, teve uma infância relativamente tranqüila. Era, conforme ela mesma conta, muito apegada à família. Seus primeiros conflitos iniciaram-se, enquanto adolescente, quando seu pai começou a envolver-se com outras mulheres gerando, assim, extrema ansiedade em sua mãe. Muitas vezes, J.1 era quem intermediava os conflitos conjugais dos pais, visto que sua mãe terminava apresentando “crises” em que chegava até a desmaiar.

Seu pai, desde então, tornou-se uma figura mais distante e até mesmo persecutória em sua vida. Como já apresentava tendências para engordar, sempre que comia, a paciente era repreendida por ele. Muitas vezes, acordava à noite para comer escondida e evitar represálias. Sua mãe também sofria com o peso. Fazia dietas e usava medicações para controle do apetite. Seu pai tinha uma postura discriminatória em relação a ela.

A partir dos doze anos de idade, iniciou a ter um aumento significativo de peso, sofrendo também com as “gozações” dos colegas de turma da escola que lhe chamavam de “baleia”.

Na adolescência, começou a tomar fórmulas para emagrecer (anfetaminas e laxantes), escondida de sua família. Tinha acesso a estes medicamentos controlados através do seu padrão, que era médico, e lhe prescrevia sem a autorização dos pais. Conta de um episódio que chegou a desmaiar dentro de um ônibus por não se alimentar adequadamente e usar sobreposto os medicamentos controlados. Foi socorrida pelo motorista e levada para casa de táxi. A mãe, a partir daí, começou a ter uma postura mais atenta para com a jovem, chegando a ficar ao lado desta durante as refeições para ter certeza de que se alimentaria adequadamente. Ameaçava-lhe com “surras” se não o fizesse corretamente.



A morte da mãe por infarto, aos 40 anos de idade, foi um ponto marcante na vida de J.1. Logo após, o pai casou-se com outra mulher, diluindo de vez com o núcleo familiar que a entrevistada sempre prezou. Desde então, iniciou com episódios depressivos recorrentes, necessitando do uso de antidepressivos e fazendo uso dos mesmos até os dias atuais.

Atualmente, tem um casamento estável, com dois filhos e bom relacionamento entre todos.

#### **4.3.2.Expectativas do emagrecimento por meio da cirurgia.**

A entrevistada apresentava expectativas de melhora de sua estética após a cirurgia, porém refere que a principal motivação para a realização do procedimento era o restabelecimento de sua saúde. Sofria com crises hipertensivas, que lhe causavam repetidas idas ao Pronto Socorro para o manejo adequado. Somado a isso, enfrentava diariamente dificuldades em locomover-se e para realizar suas tarefas domésticas.

Referiu-se, ainda, que sua vida sexual sofria influências pelo fato de ser obesa. Comenta, enfatizando, que tinha vergonha do seu corpo.

Tinha expectativas positivas também na questão profissional, pois tinha consciência de que não poderia trabalhar em atividades em que contatava diretamente com os clientes devido ao constrangimento de ser gorda.

#### **4.3.3.Dificuldades no enfrentamento do novo estado físico e emocional.**

A entrevistada não enfrentou grandes dificuldades no período pós-cirúrgico, embora não tenha tido apoio familiar (exceto seu pai e madrasta que foram figuras apoiadoras e que tomaram conta dela nos dias iniciais). Logo depois, quando retornou para casa, contava com o

rechaço do seu marido que nunca apoiara a cirurgia. A paciente necessitou cozinhar para a família, tendo de deparar-se subitamente com o alimento, eterno vilão em sua vida. Essa situação, além de instigar-lhe o desejo de comer, submetia-lha a estresse físico: “...o fogão esquentava a minha barriga, eu tinha medo!”.

Por outro lado, considerava-se plenamente informada e conscientizada sobre a cirurgia: “Parece até que eles não querem que a gente faça a cirurgia, porque o que falam!”. Enfatiza que se o marido tivesse lhe acompanhado no período preparatório, ele aceitaria com maior facilidade a cirurgia, devido a carga de informações fornecidas pela equipe multidisciplinar.

Conta que, hoje em dia, sua grande dificuldade com a alimentação está no fato de que não consegue engolir carne. Apenas mastiga e joga fora. Observa que, muito embora não possa comer fartamente como antes, desenvolveu o hábito de sentir prazer em cozinhar para os outros da família, fato que compensa a sua limitação de ingestão.

#### **4.3.4. Frustrações concernentes ao processo de emagrecimento.**

A entrevistada não refere nenhum arrependimento por ter feito a cirurgia. Inclusive, se necessário fosse, faria tudo novamente.

#### **4.3.5. Uma análise interpretativa.**

J.1 repete, em muitas situações, as dificuldades afetivas enfrentadas pelas outras pacientes entrevistadas: desde criança fora muito apegada à família e precisou deparar-se com as dificuldades no relacionamento parental devido às investidas extra-conjugais do pai.

Inclusive, tendo de chegar a tomar iniciativas que não lhe eram pertinentes, mas sim à sua mãe (que parecia, segundo relato da entrevistada, ser uma figura frágil e nervosa, que fraquejava frente a menor dificuldade), no questionamento das atitudes do pai.

Conta que neste período crítico da sua juventude começou a apresentar dificuldades no manejo do seu peso. A fuga para a comida era uma constante frente às crises familiares; assim como a interpretação de que o alimento era algo proibitivo, ao acordar escondida de madrugada para comer longe das críticas do pai.

O medo da rejeição sempre permeou a sua vida. Primeiramente, o medo da rejeição familiar e, em um segundo momento, o medo da rejeição do marido associado à sua frágil auto-estima. Constantemente questiona-se se haveria algum outro homem interessado nela e em sua obesidade adjacente, em caso de separação. Com isto, tomava uma atitude passiva e de desvalorização, demonstrando-se habitualmente conivente com a opinião de outros: “eu era uma pessoa que queria muito agradar às outras pessoas, parecia que eu queria que me aceitassem do jeito que eu era, eu tirava ‘sarro` de mim mesma!”.

De forma correlata às outras entrevistadas, não apresentava persistência para dar prosseguimento a dietas e atividades físicas, fraquejando ao menor sinal de resistência.

Seu relacionamento conjugal, logo após a cirurgia, enfrentou momentos de fragilidade: seu marido, como forma de boicotar a sua decisão de realizar a cirurgia, saía à noite e retornava tarde, muito embora, enquanto paciente, J.1 necessitasse de auxílio para as tarefas domésticas devido ao seu estado de saúde convalescente. O marido tinha sempre um discurso retaliador ao menor sinal de queixa de J.1: “Eu não mandei você fazer a cirurgia!”.

Um fato surpreendente na estória de J.1 é que a entrevistada era portadora de Tireoidopatia, diagnosticada previamente à cirurgia. Alterações tireoidianas são fontes inequívocas de alteração do peso, em especial no hipotireoidismo (CECIL, 2005), como no caso da paciente. Por outro lado, a paciente abandonou o tratamento medicamentoso para esta

patologia antes mesmo da cirurgia, sem autorização médica. Tal fato, poderia provocar impacto direto no aumento de peso. Quando questionada sobre a opção de não dar seguimento ao tratamento, a entrevistada refere que “tomava muitos comprimidos durante o dia”. Até o momento da entrevista, J.1 ainda não havia retornado para avaliação de sua tireóide com o especialista.

Atualmente, está apresentando mudanças de atitudes. Relata que se conscientizou de que não poderia mais ser submissa a tudo e a todos. Não permanece mais tão passiva em casa, enquanto o marido sai com amigos para divertir-se. Optou por “ter sua própria vida”, sair e divertir-se com amigas e não mais esperar pelos outros para ser feliz.

Provavelmente, suas mudanças apontem para um “emagrecimento emocional” e não apenas físico...

#### **4.4. Entrevistada 3 (I.)**

##### **4.4.1. Perfil Psicológico e relação com a questão alimentar.**

A entrevistada I., 39 anos, solteira, relatou que teve uma infância difícil do ponto de vista emocional, apesar da presença afetiva da mãe e do pai. Refere que iniciou a engordar aos nove anos de idade após episódio de abuso sexual. Relata que, ainda hoje, associa o hábito de alimentar-se como “fuga dos problemas”, demonstrando a estreita ligação entre a alimentação e suas dificuldades de administrar sentimentos adversos.

A entrevistada não apontou nenhum familiar obeso e expressou que não via a obesidade, enquanto criança, como algo negativo. Somente na idade adulta mudou seu ponto de vista, observando que pessoas obesas são “horríveis, feias e pobres”, enquadrando-se

dentro deste espectro. Reitera afirmando que “...dentro de gordo tem um magro desesperado querendo sair”.

Passou a adolescência e a idade adulta apontando a obesidade como um empecilho para que as pessoas lhe vissem como “a pessoa interessante que realmente era!”. Por vezes, sofria influência de fatores externos relacionados à mídia e ao comportamento social em voga, em especial no que diz respeito aos hábitos alimentares. Tal situação fica caracterizada ao descrever sua tentativa de provocar vômitos após alimentar-se (bulimia): “...eu vi num filme que as modelos provocavam o vômito....daí, um dia comi demais, daí corri e forcei uma ou duas vezes só aquele dia, e não consegui!”.

Uma característica de sua personalidade que a paciente tem total consciência é a sua falta de perseverança, sejam para realizar dietas, atividades físicas ou intelectuais.

Seus hábitos alimentares sempre denunciaram uma pessoa que não conseguia se controlar: “Antes eu comia de tudo e muito, muito mesmo!....Eu comia continuamente....se eu estou na presença de comida eu como continuamente, eu não recuso nada”. Tal fato, atualmente, tem respaldo no hábito que desenvolveu de beber, conforme relata:

Eu não bebia tanto....Eu estou com medo de me tornar uma alcoólatra....Não pode estar lá presente...é a mesma coisa com a comida. É o mesmo comportamento. Não bebo um copo; eu bebo dois, eu bebo três....Neste tempo que estava emagrecendo, daí tu se liberta, tu começa a ver as coisas boas. Eu cansei de beber que nem uma adolescente e ir para casa dirigindo bêbada, uma maior irresponsabilidade do mundo! É uma das coisas que eu mais tenho medo. E acho que muita gente tem....

#### **4.4.2.Expectativas do emagrecimento por meio da cirurgia.**

A entrevistada conta que a principal motivação para a realização da cirurgia foi a estética. Afirmava, inclusive, que se sentia como um “monstro” e que a cirurgia tinha a

possibilidade de lhe deixar “gostosa, gostosona”. Passados sete meses da cirurgia, já sentia-se “outra pessoa, tanto fisicamente quanto psicologicamente”.

Havia expectativas de que a cirurgia também mudaria sua vida profissional, pois acreditava que emagrecendo teria mais “coragem”, referindo que “...a obesidade tira de muita gente a coragem de enfrentar”.

A entrevistada apresentou-se convicta de que a obesidade sempre fora um empecilho para sua vida. Em um diálogo com uma amiga enfatizava: “Uma vez alguém me falou que eu era singular e maravilhosa, e reagi pensando que eu era ordinária e plural!”.

De maneira ambivalente, afirma que a cirurgia iria fazer bem para a sua auto-estima, dizendo: “E fez, de certa forma!”.

Também de forma paradoxal, revela que sua vida sexual mudou após a cirurgia, uma vez que nunca tivera relacionamentos antes da cirurgia, pois se sentia feia e tímida. Embora, atualmente, sintasse extremamente descontente ainda, refere que se envolveu impulsivamente com algumas pessoas: “...mas também porque eu estava com problema e achei que daí iria conseguir desafogar nisso....me sinto feia ainda”. O comportamento se aproxima muito do hábito alimentar prévio, quando utilizava de um expediente para compensar outra situação de conflito.

#### **4.4.3. Dificuldades no enfrentamento do novo estado físico e emocional**

As maiores dificuldades não foram enfrentadas no período pós-cirúrgico, mais especificamente no pós-cirúrgico imediato, o qual a paciente denomina de um período “empolgante”. Os maiores conflitos e dificuldades encontram-se agora, quando o processo de emagrecimento está cessado.

Em sua análise atual, a entrevistada considera que não estava suficientemente informada sobre a cirurgia: “Eu fui no chutão!”; embora afirme que não houve nenhum tipo de “propaganda enganosa”.

#### **4.4.4. Frustrações concernentes ao processo de emagrecimento.**

A entrevistada não identifica arrependimentos em ter feito a cirurgia, chegando inclusive a ventilar a hipótese de realizar uma nova intervenção, objetivando um maior emagrecimento. Demonstra, por outro lado, que supervalorizou o emagrecimento como maior fator de mudanças em sua vida, uma vez que acreditava que traços de sua personalidade como, por exemplo, sua timidez, eram conseqüentes quase que exclusivamente do seu peso.

#### **4.4.5. Uma análise interpretativa.**

A entrevistada I. demonstra ser uma pessoa tímida e reservada e, por vezes, inclusive, insegura. Apresentou traumas em sua infância que possivelmente apresentam correlação direta com sua estrutura de personalidade atual, em especial com impacto no surgimento da obesidade em sua vida, conforme ela própria relata. Tal situação terminou por automatizar uma reação de fuga frente à situações adversas, caracterizada por dificuldades no enfrentamento direto dos conflitos geradores de angústia. Desse modo, o binômio *alimentação* e *angústia* estão estreitamente conectados e gerando, conseqüentemente, distorções no comportamento alimentar.

As modificações físicas e emocionais obtidas através da cirurgia tiveram influência direta em seu comportamento. Um novo mundo apresentou-se para a paciente, novos horizontes a serem explorados ficaram ao seu alcance. Essas mudanças, por vezes, foram

afoitamente absorvidas, expondo a paciente a riscos exagerados. O envolvimento afetivo intenso e superficial, situação até o momento nunca presente em sua vida, terminou por gerar deslumbre e frustração, visto que paulatinamente a mesma foi conscientizando-se de que esta nova realidade, mesmo estando instigantemente à sua disposição, não necessariamente trazia-lhe gratificação ou plenitude.

Sua busca por compensações que lhe viessem a substituir a ausência (ou limitação) do alimento, terminou por incorrer-lhe a hábitos adictos que não lhe eram usuais, como o uso excessivo do álcool, chegando a causar-lhe preocupações quanto à possibilidade de vir a desenvolver uma dependência química.

I. vinha realizando há aproximadamente quatro anos, previamente ao procedimento cirúrgico, psicoterapia de orientação analítica onde trabalhara-se suas dúvidas quanto à realização da cirurgia, bem como deu seguimento a esse processo terapêutico por mais um ano após operar-se. Desde o momento da cirurgia vinha utilizando medicação psicotrópica (antidepressivo) que perdurou até meses antes da entrevista, objetivando o alívio de sintomas depressivos e ansiosos decorrentes do processo.

#### **4.5. Entrevistada 4 (J.2)**

##### **4.5.1. Perfil psicológico e relação com a questão alimentar.**

A entrevistada J.2, 41 anos, casada, relata uma infância de muitos sacrifícios. Enfrentou dificuldades financeiras e deficiências afetivas, em especial por parte do pai. Conta que o mesmo saía de casa por determinados períodos e deixava a família passando



necessidades. Um episódio ocorrido na sua infância foi marcante em sua vida: no dia de seu aniversário de quinze anos seu pai teve uma discussão com ela e desferiu-lhe um tapa no rosto no meio da rua. A entrevistada conta o fato com extremo constrangimento. Terminou, desse modo, desenvolvendo sentimentos rancorosos em relação à figura paterna, tanto que no momento da sua morte “não derramou uma lágrima”.

A obesidade entrou em sua vida quando era jovem, paulatinamente. Não consegue detectar fatores específicos que poderiam estar envolvidos na etiologia do quadro, exceto o fato de que a família tinha predisposição genética: os pais e os irmãos eram obesos.

O pai sempre cobrava da mãe por ser obesa, apesar dele também sê-lo. A própria paciente conta que, enquanto criança, tinha preconceitos com pessoas obesas “porque ninguém gosta!”. Reitera que no período em que era obesa sentia-se “desgostosa da vida porque a gente que era gordinha nunca gosta, é infeliz, eu me sentia assim”.

Seu padrão alimentar sempre foi de excessos, que a entrevistada refere como “gula”. A comida era utilizada em grandes quantidades quando ela estava sobre situações ansiogênicas. Entretanto, não chegava a acordar de madrugada para comer compulsivamente ou provocar algum tipo de purgação (vômitos, por exemplo) a fim de controlar o aumento de calorias.

Tentou várias dietas, em especial as dietas que utilizavam anfetaminas. Sua experiência com esse tipo de tratamento não foi de muito sucesso: “...o remédio leva a gente a loucura também...eu ficava muito doida!”.

A cirurgia, por fim, foi o único caminho possível para o tratamento de sua obesidade.

#### **4.5.2.Expectativas do emagrecimento por meio da cirurgia.**

As motivações para a realização da cirurgia foram eminentemente por questões de saúde. A entrevistada sofria com dores generalizadas, dificuldade de locomoção, falta de ar e diabetes. Praticamente todas essas dificuldades foram amenizadas ou curadas com a cirurgia.

A paciente tinha conhecimento de que a cirurgia era um processo arriscado e conta que se amparou em sua fé (é evangélica) para que tivesse forças suficientes para enfrentar o procedimento.

A obesidade era um fator limitador em sua convivência social, pois a entrevistada evitava sair de casa em consequência do seu peso e em função de suas roupas não servirem adequadamente. Por conta disso, a cirurgia era esperada também como um facilitador dos relacionamentos sociais.

No que diz respeito à auto-estima, a entrevistada conta que se sentia feia, muito embora não tivesse maiores constrangimentos na esfera sexual por esse motivo. Por outro lado, observava que seu marido a rejeitava devido à sua condição. O mesmo nunca falou abertamente sobre o fato, mas, segundo J.2, era visível o seu afastamento.

Relata que fora suficientemente informada sobre os resultados da cirurgia e que existia a possibilidade de recuperação do peso caso não seguisse as recomendações. O apoio familiar também sempre esteve presente em seu caso.

A perda de peso também era vista com expectativa para o melhor desempenho em suas atividades profissionais, o que sempre foi dificultado pelos sintomas advindos da obesidade.

#### **4.5.3.Dificuldades no enfrentamento do novo estado físico e emocional.**

A paciente conta que uma das dificuldades que vem enfrentando é que não tem dado continuidade ao tratamento psicológico realizado após a cirurgia, assim como não tem mais participado das reuniões com a equipe multidisciplinar.

O período de pós-operatório imediato foi conturbado, já no quarto do hospital, recuperando-se, pois começou a “sentir umas ameaças da depressão....botei na cabeça que eu podia engordar tudo de novo!”. Começou a apresentar choros constantes já neste período e, desde então, iniciou com medicação antidepressiva, que permanece até hoje.

Também passou a apresentar dificuldades no funcionamento intestinal, coisa que nunca ocorrera antes da cirurgia. Somente consegue evacuar quando se utiliza de medicamentos laxantes.

#### **4.5.4.Frustrações concernentes ao processo de emagrecimento.**

O medo de aumentar o peso novamente é um sentimento que a paciente acreditava que iria se livrar após operar-se, o que não é uma realidade. O monitoramento deve ser tanto quanto a vigilância que era realizada anteriormente ao procedimento.

Queixa-se que não consegue viver sem a medicação antidepressiva, que esta fará parte, muito provavelmente, do resto de sua vida. Achava que a cirurgia seria um processo onde iria eliminar, desfazer-se de dificuldades. Porém, o uso da medicação é associado por parte da paciente como uma consequência do processo todo, muito embora não necessariamente os sintomas depressivos sejam todos consequentes da cirurgia bariátrica.

O fator que parece ser de maior frustração é o fato de ter que utilizar medicamentos laxativos para o adequado funcionamento intestinal. O simbolismo de estar constipada, para a entrevistada, parece ter um significado de estar pesada, conforme suas próprias palavras: “me preocupa porque me sinto agoniada, me sinto pesada.”. O peso sempre fora motivo de angústia e, tal fato, parece remeter-lhe a uma sensação de fracasso.

#### **4.5.5. Uma análise interpretativa.**

A entrevistada sempre enfrentou uma vida de muitos sacrifícios e de privações. Teve, em sua juventude, que abrir mão do seu direito de escolha e precisou submeter-se aos desejos da família na definição de quem seria o seu marido, entendimento este, ligado ao fato do rapaz ser da mesma religião que a sua família.

Seu pai nunca foi figura afetiva e a sua morte parece ter servido como alívio para o sofrimento causado por este para ela e para os demais.

O casamento, conforme imaginado, frustrou-se. Precisou abandonar o lar com uma filha pequena e passar por muito sofrimento. Sem o apoio da família, terminou aproximando-se de outra pessoa que também não lhe trouxe nem tranquilidade e nem alegria.

Somente nos últimos anos, com o seu último casamento, pode considerar-se definitivamente feliz. O novo parceiro parece ser uma pessoa carinhosa e companheira e que, mesmo enfrentando problemas financeiros, parece ser um alento frente a todas as suas dificuldades.

A cirurgia lhe proporcionou grandes melhoras físicas, conforme seus anseios. Porém, as limitações no funcionamento intestinal têm impacto marcante como fator negativo de todo o processo. O fato de ter de conviver, indefinidamente, com esta situação, é fator de constante angústia em sua vida.

Sua religiosidade, demonstrada em muitos momentos da entrevista, parece ser o fator que lhe inspirou coragem para enfrentar o processo e que, atualmente, tolhe a paciente de demonstrar maior frustração. A todo instante agradece a Deus por ter conseguido a cirurgia, de tal sorte que, entende, seria uma heresia queixar-se dos resultados.

#### **4.6. Entrevistada 5 (V.)**

##### **4.6.1. Perfil psicológico e relação com a questão alimentar.**

A entrevistada V., 43 anos, casada, nasceu em uma família de origem italiana, que marcadamente não apresentava traços preconceituosos contra pessoas obesas. Possuía tias, por parte de pai, que eram obesas e, segundo relata, eram as “tias mais queridas da família”. Entretanto, tanto seus pais como os irmãos não eram obesos.

Por outro lado, seu pai demonstrava outros tipos de preconceitos, tais como a aceitação de namorados somente de origem italiana. Quando adolescente, foi obrigada a terminar um namoro com um jovem mineiro do qual gostava muito, para ficar com “pretendentes” com o aval paterno. Seu casamento seguiu este caminho: foi “obrigada” a casar com um homem dezesseis anos mais velho, da mesma descendência italiana.

O casamento, por sua vez, parece ter tido impacto determinante na gênese de sua obesidade. Não tinha aceitação por parte da família do marido, e inúmeras vezes foi menosprezada por esta. Somado a isso, a família de seu marido apresentava fortes sinais de psicopatologia. A mãe de seu esposo cometera suicídio no dia das mães, assim como um cunhado seu, que acabou por assassinar uma irmã e cometer suicídio logo após. A

entrevistada, conforme conta, tratou de criar seus dois filhos e isolou-se do mundo sucumbindo às ameaças e agressões físicas do marido, até mesmo por medo de possíveis rompantes contra seus filhos. Sua dependência financeira não lhe permitia abandonar essa situação crítica.

Esta forma de vida de total submissão e repressão conjugal acabou encontrando “alívio” no comer compulsivo, conforme palavras de V.: “...então o que acontecia, por não por para fora, aquilo gerava mais ansiedade, mais alimento e tudo que não me fazia bem!”.

A entrevistada refere que não estava preparada nem para o casamento nem para a maternidade e a alimentação fora, ao mesmo tempo, uma válvula de escape para as angústias que lhe afligiam e também um possível método de autopunição contra sua passividade intensa.

Por outro lado, V. conseguiu mobilizar-se para realizar mudanças em sua vida: O marido havia lhe proibido de estudar. Mesmo a contragosto do marido, conseguiu terminar o segundo grau, às escondidas, assistindo a telecursos e somente prestando as provas. Quando foi acompanhar seu filho para fazer vestibular, decidiu inscrever-se (novamente sem o aval do marido) e foi aprovada. Conseguiu entrar em acordo com o marido e atualmente está cursando o último ano de Pedagogia.

#### **4.6.2.Expectativas do emagrecimento por meio da cirurgia.**

A entrevistada demonstra maturidade em relação às suas expectativas e anseios sobre a cirurgia. Comenta: “...quando eu fiz a cirurgia eu tinha consciência de que os problemas não iriam fugir. Que a partir daquele momento, com a redução do peso, eu teria mais força para enfrentar as situações, diminuindo o peso e transformando-o em energia.”.

A cirurgia, para V., funcionaria como uma alavanca para mudanças em sua vida, sem fantasias grandiosas, porém verdadeiras. Enfatiza: “Eu não quis mais ser aquele cordeirinho que costumava ser...eu senti que era agora o momento de eu renascer...ou eu renasço ou morro de uma vez!”.

A obesidade sempre fora vista como um sinal de fraqueza e, por isto, a entrevistada lançou mão de diversos recursos para tentar controlá-la:

Muitas vezes a gente se esconde atrás da gordura...`ah, eu sou feliz assim!’, quem quiser gostar de mim vai ter de gostar do jeito que sou...é uma hipocrisia, uma mentira, porque ainda não se conseguiu uma fórmula de se eliminar isso...eu tentei com ginástica, eu tentei com fórmulas, eu tentei com medicina alternativa...mas eu vi que nada disso estava resolvendo...para minha solução foi justamente esta....a cirurgia bariátrica.

Profissionalmente, suas expectativas também eram positivas, o que realmente se confirmou após o emagrecimento. No seu trabalho, junto à empresa de webdesign do filho, o contato com os clientes ficou bem mais aceitável.

No âmbito sexual, sua vida sofreu melhora significativa, muito embora ainda tenha muitos conflitos nessa questão. Conta que, de positivo, o emagrecimento lhe trouxe melhora da auto-estima e maior flexibilidade no desempenho do ato sexual. Por outro lado, seu relacionamento com o marido é deveras prejudicado também em sua sexualidade. Há algum tempo, o marido arrogantemente chegou a dizer-lhe que deveria procurar outros homens se quisesse satisfazer-se, pois com ele isso não era questão fundamental. Neste aspecto, a entrevistada tem adequado discernimento para concluir que suas dificuldades transcendem as situações meramente físicas.

#### **4.6.3.Dificuldades no enfrentamento do novo estado físico e emocional.**

A cirurgia trouxe sentimentos ambíguos para a entrevistada. Se por um lado ela lhe provocou euforia com o emagrecimento, por outro lhe tirou subsídios para lidar com as angústias: “a cirurgia é dolorosa e ao mesmo tempo em que ela te fere fisicamente, te fere no teu emocional, porque você está ansiosa, está emocionada, você corre para o alimento.”

Reitera que tentou substituir a ausência desse recurso de fuga com outras alternativas: “então eu procurei outros escapes...no estudo, me apeguei mais ao trabalho...e um dos meus erros foi me socorrer ao fumo, voltando a fumar.”

A fase inicial após o procedimento, os dois ou três primeiros meses, foram extremamente empolgante para a entrevistada, em especial pela perda acentuada de peso. O período seguinte, fora rodeado de questionamentos e angústias, pois perduraram regiões de seu corpo, em especial a pele, que estavam em desacordo com seus anseios estéticos.

A cirurgia plástica passou a tomar conta dos planos da paciente, uma vez que somente assim, poderia sentir-se totalmente realizada em seu contento.

Algumas dificuldades enfrentadas, até mesmo na preparação da cirurgia, já davam indícios de que o procedimento poderia funcionar, por si só, como um gatilho no sentido de retirar-se de uma postura inerte. Ao solicitar ao marido a sua assinatura no Termo de Consentimento para a realização da cirurgia, o mesmo negou-se a fazê-lo. A entrevistada, pela primeira vez em sua vida, conforme relatou, teve a coragem de ameaçá-lo com o pedido de divórcio caso ele permanecesse negando-se a colaborar.



#### **4.6.4. Frustrações concernentes ao processo de emagrecimento.**

A grande frustração da entrevistada está no fato de que, para sentir-se plenamente completa do ponto de vista estético, necessita submeter-se a cirurgias plásticas que, até o momento, ainda não têm previsão de serem realizadas através do Sistema Único de Saúde. A mesma faz parte de uma lista de espera para pacientes a serem operados pelo SUS, uma vez que não dispõe de condições financeiras para realizá-las no âmbito privado.

#### **4.6.5. Uma análise interpretativa.**

A entrevistada está em tratamento psiquiátrico e psicológico há alguns meses. Vem tratando-se para sintomas de tristeza, choro, angústia, ansiedade. Utiliza medicação psicotrópica, mais especificamente, antidepressivos.

Quando está muito triste e ansiosa, termina vomitando com certa frequência, e relata a seguinte sensação ao fazê-lo: “Sinto uma dor muito forte mesmo...com uma angústia junto, que não é só dor física...”.

Muito embora esteja realizando este tipo de tratamento, refere com certo grau de clareza que seus sintomas são decorrentes não exatamente do procedimento cirúrgico em si, mas sim das conseqüências advindas deste, do fato de que agora que está magra necessita mobilizar-se para tentar mudar a sua vida, não tendo mais como protelar as decisões. Somado a tudo isto, queixa-se que não conta com o ponto de apoio que o alimento sempre tivera em sua vida, e que teve de lançar mão de recursos prejudiciais para a sua saúde, como o retorno ao tabagismo.

Apesar disso, não refere, em nenhum momento das entrevistas, arrependimentos quanto à cirurgia bariátrica. Pelo contrário, enfatiza que a cirurgia foi um marco divisório em sua vida, uma ampliação de seus horizontes.

Vive neste momento uma vida conjugal desgastada e tortuosa. Teve envolvimento extra-conjugais com três homens após suas mudanças físicas de perda de peso. Com um destes, mantém um contato diário por meio da internet ou por telefone. Faz planos de que, ao divorciar-se ou viubar, estreite os laços afetivos com este novo companheiro. Sempre que, durante as entrevistas, referia-se ao marido, usava o termo “pai dos meus filhos”. Quando questionada se estava se referindo ao seu marido, afirmou “...digamos que pela lei dos homens, sim!”.

No último ano, considerando-se todas as mudanças que apresentou em sua vida, veio a descobrir que não era filha legítima de seu pai, e que este sempre se esforçou para protegê-la desta informação. Sugere até que talvez esse possa ser um dos motivos porque foi criada de maneira tão protegida pelo seu pai, figura pela qual, apesar de algumas discordâncias, mantém grande afeto. Até o momento está tentando lidar com esta nova e surpreendente descoberta.

#### **4.7. Entrevistada 6 (A.)**

##### **4.7.1. Perfil Psicológico e relação com a questão alimentar.**

A entrevistada A., 55 anos, casada, relata que teve uma infância “maravilhosa”, apesar de humilde e com uma família numerosa. Teve uma família harmoniosa e afetiva. Seu pai sempre fora carinhoso, assim como sua mãe era uma “italianona” carinhosa.

A mãe apresentava problemas com o peso, que tiveram início com as consecutivas gestações, assim como a entrevistada. Conta, ainda, de sua interpretação para a gordura da

mãe, intimamente relacionado ao ciúmes de seu pai: “O pai não deixava a mãe magrinha porque tinha ciúmes...saía um filho e ele já procurava engravidar de outro pra ninguém olhar!”. Destarte, a obesidade tinha um significado muito mais amplo do que o simples peso elevado, tendo um papel central na manutenção do relacionamento conjugal e no vínculo afetivo parental, segundo o ponto de vista da entrevistada.

Enquanto criança, não via com bons olhos as pessoas obesas, chegando a sentir pena da mãe por tal situação. Além da entrevistada, a família ainda tem um irmão que é também obeso.

A. casou-se jovem, com dezessete anos, e teve sua primeira gravidez aos dezoito anos de idade. Hoje tem três filhos e, a cada gravidez, tinha um aumento significativo de peso, chegando ao extremo de cento e trinta quilos no momento da cirurgia.

Relata que teve um casamento tranqüilo e feliz, tendo sido, a sua, uma vida social satisfatória enquanto tinha condições físicas de locomover-se, assim como um bom relacionamento com os filhos e netos. Seu filho mais jovem tem deficiência auditiva, porém isto não lhe impede de ter uma vida independente.

O seu padrão alimentar antes da cirurgia era de uma alimentação farta, sem controle, porém sem rompantes compulsivos de ingestão. Não acordava à noite para comer, assim como não provocava vômitos para eliminar o excesso de comida. Refere que a comida, muitas vezes, era ponto de fuga para suas angústias.

#### **4.7.2. Expectativas do emagrecimento por meio da cirurgia.**

A principal expectativa de A. era direcionada à sua saúde. Sofria de diabetes, hipertensão e, com frequência, necessitava ser internada para tratamento de suas crises de pressão alta. Outrossim, a grande expectativa estava em perder peso e melhorar de uma dor

crônica no joelho, relacionada à sobrecarga de sua obesidade sobre a articulação, que tinha como consequência uma dificuldade intensa para locomover-se.

No que diz respeito à sua auto-estima, a paciente também apresentava esperanças de melhorá-la. Conta que tinha muita vergonha de seu corpo, chegando a não trocar-se na frente do marido para não sentir-se constrangida. Reitera, entretanto, que não esperava uma mudança radical. A melhora do relacionamento conjugal na esfera sexual também foi alcançada com a cirurgia bariátrica.

#### **4.7.3. Dificuldades no enfrentamento do novo estado físico e emocional**

A paciente acredita que o período do pós-operatório imediato foi um de relativa tranquilidade. Atualmente, enfrenta a maior dificuldade em lidar com a rotina doméstica de cozinhar para toda a família e não poder comer fartamente como estava acostumada.

Sentia-se sozinha para enfrentar o desafio da cirurgia bariátrica, pois a família não lhe apoiou até as vésperas em que se submeteu ao procedimento. Sua confiança na equipe e sua fé foram os seus alicerces para o enfrentamento de tamanho desafio.

#### **4.7.4. Frustrações concernentes ao processo de emagrecimento**

A maior frustração relatada pela paciente é a permanência de sua dificuldade de locomoção, decorrente de dores na articulação do joelho. A perda de peso era fator fundamental para o alívio de seu sofrimento, porém não foi o bastante para recuperar-lhe a mobilidade e a segurança para caminhar sozinha. Por conseguinte, a paciente permanece a maioria de seu tempo em casa e na dependência de auxílio de familiares, uma vez que já teve

quedas por sua instabilidade postural, semelhantemente ao período pré-cirúrgico, em que a obesidade era um impedimento para a sua autonomia.

#### **4.7.5. Uma análise interpretativa**

A entrevistada demonstra que a cirurgia lhe trouxe vários benefícios. Dentre alguns exemplos, a melhora no seu relacionamento conjugal ocorreu, dentre outros motivos, devido à melhora de sua auto-estima, em achar-se mais bonita e atraente para o marido.

A regressão de doenças clínicas graves, que vinham sendo desencadeadas pelo seu peso excessivo, tais como o diabetes e a hipertensão também é motivo de comemoração por parte da entrevistada. Sua liberdade conquistada em não necessitar de tantas medicações para o controle das patologias, assim como não precisar ser frequentemente levada ao pronto socorro para o adequado manejo das mesmas, parece lhe trazer a certeza sobre a decisão, acertada, que tomou de operar-se.

Durante o período das entrevistas, A. apresentava insônia, angústia e desânimo, sintomas frequentemente encontrados em quadros depressivos. Segundo a entrevistada, a permanência das dores e dificuldades com o joelho não eram as únicas causas de seu estado emocional, visto que há aproximadamente um ano perdera o seu genro, pessoa que sempre fora muito vinculada afetivamente a ela.

Por outro lado, a ruptura de paradigmas por parte de A., ao enfrentar praticamente sem o apoio de ninguém um procedimento tão delicado como a cirurgia de redução de estômago, trouxe-lhe uma coragem que não contava ter. Enfrentou, posteriormente, nova cirurgia, desta vez nos olhos para a resolução de uma doença oftalmológica que lhe perturbava há muitos anos e para a qual nunca tivera capacidade de buscar tratamento.

Não se arrepende, sob hipótese alguma, de ter feito a cirurgia bariátrica. Afirmativa, esta, que faz questão de enfatizar.

## 5. ANÁLISE CONTEXTUAL

O processo de mudança corporal termina por implicar em uma série de mudanças no ser como um todo, não somente pelas mudanças físicas, mas também emocionais, que permeiam o indivíduo em sua intrincada estrutura mental.

Para Santos (2005, p 19), fica evidente que

Podemos afirmar que não há identidade, graças à qual o indivíduo é reconhecido e se reconhece, sem corporeidade; também podemos afirmar que corporeidade não é corpo, mesmo porque a primeira é processo e o segundo é objeto. O processo da corporeidade pressupõe interações sociais, nas quais os corpos são socializados. Além disso, a construção da corporeidade pressupõe a concomitante e recíproca construção da identidade, de modo que uma se transformando, a outra é transformada.

Do mesmo modo, a simplificação do processo de emagrecer, até mesmo de maneira radical, uma vez que a perda de peso após a cirurgia atinge escaladas vertiginosas para quem sempre esteve lutando para a perda de poucos quilos, tem implicações emocionais diretas, em especial no manejo de velhos costumes, como fica evidente no relato de um paciente apresentado pelo mesmo autor: “acho que deveria ter uma cirurgia na cabeça para a pessoa parar, porque para mudar os hábitos não é tarefa fácil” (SANTOS, 2005, p. 14).

A conquista do bem-estar e da beleza, em muitos casos, fica vinculada aos direcionamentos induzidos pela mídia. A fenomenologia, na figura de Heidegger (*apud* Inwood, 2002, p. XIX), forja um verbo para tal situação: “o mundo ´mundaniza`, em outras palavras, o próprio Nada nadifica”. Nos relatos da Entrevistada I, podemos identificar semelhança nesse contexto: “eu tentei provocar vômitos...eu vi num filme que as modelos provocavam o vômito”. Da mesma forma, Heidegger enfatiza a dificuldade em desvincular o homem do meio ambiente: “uma pessoa só pode estar no mundo, e apenas um ser humano

pode estar nele. Não pode haver um mundo a não ser que alguém esteja nele. Eles formam um pensamento único, inseparável” (INWOOD, 2002, p. XIX).

O termo *Dasein*, descrito pela fenomenologia com o significado do “ser-aí”, demonstra o estreito vínculo do homem inserido no mundo (aí), influenciando e sendo influenciado por este (INWOOD, 2002, p. XXIII). Deste modo, Heidegger aponta que a existência talvez não é facilmente mantida e que muitos seres humanos podem tornar-se vítimas da cegueira do ser (HEIDEGGER, 2005b).

Em estudos de Benedetti (2003, p. 112), a agressividade passou a ser um sentimento referido pelos pacientes após a cirurgia, tais quais as entrevistadas V. e G. que referendam esta pesquisa. Em ambos os casos, um grau de hostilidade com o cônjuge pode ser percebida. No caso de G., por ter melhorado sua auto-estima e isto ser um fato confrontador para o marido que até então era uma pessoa desregrada, e no caso de V., por sentir um aumento de sua “energia vital” após o emagrecimento, tornando-se capaz de confrontar as agressividades do marido.

Para Heidegger (*apud* Inwood, 2002, p. 108), a tecnologia – e aqui podemos ler como técnicas cirúrgicas e outros tantos métodos de emagrecimento – é uma ferramenta que pode tornar o homem prisioneiro de sua liberdade

Heidegger considera a possibilidade de que a tecnologia, enraizada na visão moderna antropocêntrica da liberdade e incapaz de deixar os entes serem, subverterá a liberdade pela redução do homem ao “animal tecnificado”, que não mais transcende ao mundo, e não é mais livre do que os outros animais.

Da mesma forma, a entrevistada V. deposita na técnica cirúrgica de emagrecimento um “renascer”, um “tornar-se outra pessoa”, a mais evidente dependência de um fator externo como verdadeiro propulsor de mudanças íntimas.



(...) a cirurgia e a necessidade de me transformar em outra pessoa. Eu não quis mais ser aquele cordeirinho que costumava ser...eu senti que era agora o momento de eu renascer. Ou eu renasço ou morro de vez!

A ansiedade em buscar respostas a questionamentos após ter sido realizada a cirurgia, parece ser uma constante nos pacientes de cirurgia bariátrica. Desse modo, tal comportamento, corrobora a importância de manutenção de um acompanhamento psicoterápico por longo prazo.

Por outro lado, estudos realizados com obesos mórbidos que se submeteram à cirurgia bariátrica relatam o abandono, desses pacientes, ao seguimento do tratamento psicoterápico, conforme se lê em Franques (2006, p. 209):

pode ser que o paciente, vivendo uma fase já descrita como “lua-de-mel” com a cirurgia, tema que o psicoterapeuta “lhe arranje” uma angústia a ser elaborada. Como numa lua-de-mel o casal tende a excluir o resto do mundo; talvez o paciente, empolgado com seu emagrecimento, com a recuperação do controle sobre o alimentar-se, com experienciar a sensação de saciedade, esteja excluindo os aspectos desagradáveis de sua percepção, evitando uma angústia de que lá esteja, encoberta ou deslocada, negada ou diluída nessa alegria. O paciente pode optar por evitar esse confronto consigo mesmo, não comparecendo às sessões, pois sabe que o psicoterapeuta não será conivente com a postura de “Poliana”, contemplando somente o lado bom da história.

Uma demonstração clara de angústia dos pacientes pode ser constatada em fóruns de discussões de pacientes que já foram submetidos ao procedimento. Somado à isso, observamos a ansiedade em alcançar a perda de peso almejada, suscitando até mesmo questionamentos como o de submeter-se a uma nova operação.

Trechos retirados de um fórum de discussão na internet, organizado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (os depoimentos foram emitidos no período de janeiro a março de 2006), mostram as expectativas e frustrações desses pacientes:

**Título: “Não perdi nem 50% do excesso de peso”**

**1. Autor: Maria (nome fictício).**

*“Fiz a cirurgia. Saí de 132 kg para 99,5 kg de peso só que com muito regime e com muita malhação. Alguém conhece algum caso igual ao meu? Alguém já ouviu falar em algum caso de precisar de reoperar?” (SIC).*

**2. Autor: Claudia (nome fictício).**

*“Maria: também estou com o mesmo problema: saí de 94 kg para 89 kg na dieta líquida e estacionei em seguida. Não perco mais nada. Não sei mais o que fazer.” (SIC)*

**3. Autor: Marta (nome fictício).**

*“Estou passando o mesmo que você, já estive com o seu médico o que ele disse? Fiz há 2 meses perca foi só nos primeiros dias enquanto líquida e depois mais nada estou em plena frustração.” (SIC)*

**4. Autor: Gizele (nome fictício).**

*“Também estou com o mesmo problema e quero reoperar”(SIC)*

**5. Autor: Giovana (nome fictício).**

*“Também gostaria de saber se pode reoperar??”(SIC)*

**6. Autor: Claudia (nome fictício)**

*“Giovana: Também gostaria de saber se posso reoperar e porque não perdi peso.” (SIC)*

**7. Autor: Aline (nome fictício).**

*“Perdi mas com muitas complicações...”(SIC)*

**8. Autor: Sandra (nome fictício).**

*“Porque ela não perdeu peso se fez a dieta tudo direito?” (SIC).*

**9. Autor: Deise (nome fictício)**

*“Meu medo é voltar a engordar, saí dos 113 kg e estou a mais ou menos 2 meses nos 83 kg, me opereei em RO há 1 ano e 3 meses.”(SIC)*

Nesses relatos, é possível identificar uma série de questionamentos e dúvidas sobre o procedimento. Em certos momentos, evidencia-se a distância na relação médico e paciente, visto que muitas dúvidas deveriam ter sido esclarecidas pelo profissional até mesmo antes da cirurgia.

A intrincada relação entre o homem e o meio onde está inserido, assim como a relação de interdependência entre estes, está demonstrada como se segue:

O campo, por exemplo, onde passeamos “lá fora” mostra-se como o campo que pertence a alguém, que é por ele mantido em ordem; o livro usado foi comprado em tal livreiro, foi presenteado por...e assim por diante (HEIDEGGER, 2005, p. 169).

Para a entrevistada J.1, a impossibilidade de dissociar a sua estética e o meio profissional vivenciado por outras pessoas, fica demonstrado a seguir:

Eu falava que nunca alguém iria pegar uma pessoa gorda para trabalhar numa recepção. Eu achava que se quisesse voltar a trabalhar para os outros eu teria que emagrecer para conseguir porque senão...

Alguns relatos de casos abordam a questão do suicídio em pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico.

Bennet *et al* (2005) publicaram os casos de três pacientes que foram submetidos à cirurgia terminaram por tirar suas vidas. Nos três casos (um médico residente, uma advogada e um professor) todos haviam alcançado perdas de peso consideráveis em um período que variava de um ano e três meses à dois anos e três meses após a intervenção, apontando para o sucesso da cirurgia. Porém, todos os pacientes já sofriam de quadro depressivo prévio, assim como já haviam sido submetidos a tratamento psiquiátrico.

Em outro trabalho publicado por Waters *et al* (1991), também foram detectados três casos de suicídio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Neste estudo, que acompanhou 157 pacientes em um período de 36 meses no pós-operatório, identificou-se que a depressão e a ansiedade diminuíram no pós-operatório imediato (6 a 12 meses), enquanto que ao redor de 24 meses do pós-operatório, índices positivos de saúde mental declinaram

para padrões semelhantes ao período pré-operatório, independentemente de haver sido alcançado o peso desejado.

Desse modo, evidencia-se a complexidade que cerca o emagrecimento por meio da cirurgia bariátrica. Alcançar o peso desejado, pelo observado, parece ser apenas o primeiro desafio a ser atingido no processo de emagrecimento. Os desdobramentos enfrentados pelos pacientes com a nova realidade podem ser, conforme visto em nosso estudo, motivo de surpresa e desestruturação psíquica.

### **5.1. O Paciente Ideal (?)**

A melhor maneira de se iniciar uma discussão sobre o perfil do paciente ideal para a realização do procedimento cirúrgico seria questionando sobre a real possibilidade da existência de um paciente dito “ideal”.

Uma vez que se pode estar tratando de algo utópico – o paciente com uma estrutura psíquica equilibrada em seus mais diversos vértices – convém que tratemos do paciente ideal como o mais próximo disto.

Não existe um consenso sobre quais as contra-indicações para o procedimento cirúrgico, do ponto de vista psiquiátrico. Porém, autores defendem que transtornos de humor (por ex. transtorno depressivo maior, transtorno afetivo bipolar), transtornos ansiosos e psicóticos são contra-indicações para a gastroplastia (SEGAL e FANDIÑO, 2002).

Serviços ambulatoriais de triagem psicológica para cirurgia de redução do estômago (AMBESO/AMBULIM)<sup>5</sup> enfatizam que o uso abusivo ou a dependência, ou ambos, de algum

---

<sup>5</sup> AMBESO/AMBULIM – Ambulatório de Obesidade e Co-Morbidez Psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria do Hospital de Clínicas – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

tipo de substância, em especial o álcool, é uma contra-indicação para o procedimento, tanto pelo risco de pancreatite pós-cirúrgica, quanto pelo perfil psicológico deste paciente, que tende a buscas compulsivas e compensatórias.

De certeza, tem-se que o paciente necessita ter um entendimento cognitivo do procedimento ao qual irá ser submetido, em especial sobre as mudanças que não de vir, tanto física quanto psíquica, assim como a total compreensão do esforço e dedicação que o mesmo necessitará submeter-se para o sucesso do tratamento proposto.

Psicólogos reconhecem os benefícios que o emagrecimento pode trazer ao paciente, porém, vêm com menos entusiasmo a questão do emagrecimento rápido e acentuado promovido pelas técnicas cirúrgicas. Para Békei (1984, p. 194), o emagrecimento é assim entendido:

Deve-se ter em conta que as formas de obesidade aqui descritas constituem defesas contra transtornos mais graves; a confusão na obesidade evolutiva e a depressão na reativa. Isso nos obriga a ter muita cautela. Não se trata apenas de fazer perder peso, mas também de proteger das conseqüências psíquicas dessa perda e – uma vez atingida a meta – de ajudar a manter o peso.

Em um estudo sobre a avaliação da personalidade de pacientes obesos mórbidos, Macías e Leal (2002), encontraram uma prevalência entre 30 e 50% dos pacientes com obesidade mórbida que foram avaliados em um programa de cirurgia bariátrica e que apresentavam uma patologia psiquiátrica passível de tratamento. Dentre esses, detectou-se principalmente depressão, agorafobia (fobia a locais públicos), fobia simples (a uma situação específica), transtorno de estresse pós-traumático (ansiedade intensa conseqüente a um evento traumático prévio), transtornos de personalidade (patologias de alta complexidade que alteram a maneira da pessoa relacionar-se com outros e com o mundo) e transtornos alimentares (como bulimia – comer compulsivamente e provocar o vômito). Os autores enfatizam que esses pacientes têm um risco de perder menos peso após a cirurgia, assim como requererem novas cirurgias.

Se por um lado, as patologias psiquiátricas não contra-indicam completamente o procedimento cirúrgico, por outro, pode-se hipotetizar que alguns quesitos na estrutura da personalidade dos pacientes podem ser fatores de impacto no resultado esperado. Nesse caso, pode-se exemplificar: Um paciente que tenha plena consciência de que a cirurgia é um procedimento para perda de peso e não necessariamente para a modificação de traços de sua personalidade que lhe impeçam de solidificar relacionamentos interpessoais, isto pode ser positivo para o bom andamento do pós-cirúrgico.

Para Mello Filho (1991), a obesidade funciona muitas vezes como um falso *self* (entidade que corresponde ao ser e o seu relacionamento dele com o mundo externo) mental e corporal, que protege um verdadeiro *self* frágil e mal-estruturado, atribuindo a isto a enorme dificuldade de emagrecimento em alguns pacientes.

Em um trabalho de acompanhamento de obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica, Benedetti (2003, p. 83), encontrou o seguinte:

Embora o comprometimento da saúde, associada à obesidade, tenha sido citado pelos entrevistados como motivo de desconforto e grande preocupação, as questões referentes às dimensões corpóreas foram muito mais enfatizadas por eles: em primeiro lugar por limitarem a realização de atividades cotidianas simples e, em segundo, por influenciarem o relacionamento com as outras pessoas.

A noção de que a atividade de alimentar-se não é ponto de fuga para a resolução de problemas pessoais pré-existentes, pode ser essencial para que o operado não sofra com a proibição do “comer como fuga”, necessário para o adequado emagrecimento. Outrossim, a ausência de tal comportamento patológico poderia ser protetor na busca de novas formas de compensação, tais como jogo patológico, compras compulsivas e uso de substâncias, como o álcool.

O paciente que sofre de considerável apatia, ou até mesmo inércia, para a busca de mudanças na vida em determinadas situações, enfrentará graves limitações nos seus resultados, uma vez que se faz necessário que o paciente adapte-se a novas situações, imbuído

de intenso esforço, assim como se mantenha sob uma rígida dieta alimentar, acrescentado de atividades físicas.

Numa outra situação, o uso da obesidade como defesa para enfrentamento de situações de vida, ou até mesmo como fuga destas, mesmo que inconscientemente, pode ser um complicador. Kahtalian (1992) descreve a gordura como sinal de proteção e isolamento e, segundo sua experiência, a retirada da mesma traz ao indivíduo ansiedade e a idéia de caos e pânico. Se por um lado o indivíduo deseja seu emagrecimento, por outro, o teme.

O entendimento do comer como sinônimo de afeto já pode trazer distorções desde os primeiros meses de vida, em uma criança que chore em decorrência de frio, desconforto ou por outro motivo e que a mãe, em um erro de interpretação, ofereça-lhe o seio como forma de compensação. O alimento, deste modo, passa a trazer significados mais amplos do que o simples saciar da fome, e pode ser interpretado como uma linguagem pluralizada para a correção dos mais diversos motivos.

Por conseguinte, podemos ter uma adequada percepção da complexidade com a qual um paciente se depara, ao tratar sua obesidade mórbida, assim como do grau de maturidade de alguém que venha a se submeter a tal tratamento.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços alcançados pela medicina moderna foram de suma importância para o aprimoramento da qualidade e o prolongamento da vida. O desenvolvimento científico ecoou nos mais diversos vértices da arte hipocrática.

O desenvolvimento de medicamentos com eficácia apurada, ao mesmo tempo com maior seletividade e tolerância, permitiu um refinamento de tratamentos já existentes. Por outro lado, permitiu a ocorrência de excessos, tais como a prescrição indiscriminada de anfetaminas e benzodiazepínicos, gerando dependência psicológica e física.

Na área psíquica, surgiu a elaboração de classificações diagnósticas melhor estruturadas, com maior abrangência e entendimento dos fenômenos psicopatológicos. Por outro lado, o aprimoramento terapêutico com a disponibilização de novos fármacos, proporcionou o definitivo abandono de técnicas arcaicas e experimentais, tais como o tratamento com choque insulínico para as psicoses e a restrição do sono para pacientes depressivos. Os psiquiatras, desse modo, deixaram de ser considerados profissionais cujos objetivos limitavam-se a alienar doentes mentais, isolando os pacientes sofredores de alucinações<sup>6</sup> do restante da sociedade, passando a recuperar e resgatar a saúde mental de seus pacientes e, em muitos casos, de reinseri-los ao convívio social.

Nos anos 90, a evolução das neurociências cunhou o termo “A década do cérebro”, tamanhas as descobertas fisiopatológicas do funcionamento cerebral, viabilizando a popularização e a quebra de estigmas da psiquiatria, enquanto especialidade médica, frente à sociedade moderna.

No campo cirúrgico, o surgimento de procedimentos menos invasivos e com maior margem de segurança, também oportunizou uma melhora nos índices terapêuticos.

---

<sup>6</sup> Conforme Elie Cheniaux (2005, p.31): “O termo alucinação tem origem no latim *alucinare*, que significa dementado, enlouquecido, privado da razão”.



As técnicas de redução do estômago (cirurgia bariátrica), como forma de tratamento para quadros de obesidade mórbida, em muitos casos, oportunizaram uma melhora significativa na longevidade e na qualidade de vida dos pacientes.

Nesse sentido, o conhecimento de que a obesidade está associada a alterações emocionais já foi evidenciado em inúmeros trabalhos científicos. E em relação às questões de transtornos do humor, transtornos alimentares, descontrole de impulsos, dentre outros sintomas mais, esses assuntos já foram largamente descritos tanto como causas, quanto como conseqüências da obesidade<sup>7</sup> (POWERS, 1999).

Por outro lado, a percepção de que a psique humana apresenta os mais refinados subterfúgios para o enfrentamento das mudanças físicas e emocionais subseqüentes ao processo de emagrecimento por meio cirúrgico, parece estar tomando importância maior a cada dia, visto que a evolução a longo prazo dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica tem evidenciado a complexidade dos desdobramentos insurgidos.

A substituição do alimento por outras substâncias, como o álcool e o cigarro, denotam a oralidade da obesidade em seu aspecto psíquico. Outrossim, o resgate de comportamentos primitivos, retratados na forma de dirigir perigosamente e envolver-se afetivamente de modo impulsivo, reforçam a idéia de que a busca pelo emagrecimento é, muitas vezes, permeada por desejos inconscientes de mudanças comportamentais, muito além do simples resgate da auto-estima e do bem-estar físico. O novo mundo do “novo magro” pode expor o mesmo a situações de risco e de inseqüências, com prejuízos pessoais e familiares<sup>8</sup>.

Expectativas fantasiosas de que a cirurgia possa prover mudanças na personalidade do paciente podem resultar em frustrações e até mesmo em sintomas depressivos, de difícil manejo e compreensão por parte do paciente.

---

<sup>7</sup> Há que se destacar, no entanto, que são múltiplas as causas da obesidade, incluindo também fatores genéticos e antropológicos, além daqueles sociais, culturais e ambientais.

<sup>8</sup> Neste estudo, entende-se que “prejuízo pessoal ou familiar” está relacionado a qualquer comportamento autodestrutivo ou de risco, assim como o aparecimento de conflitos conjugais ou familiares.

Nessa direção, cabe à equipe multidisciplinar orientar o paciente quanto às expectativas e riscos do procedimento cirúrgico e, cabe ao paciente, ter entendimento das reais possibilidades a serem alcançadas com o procedimento cirúrgico, bem como de ter a compreensão sobre a complexidade de todas as etapas que serão enfrentadas, dia-a-dia, no período pós-cirúrgico. A equipe multidisciplinar necessita estar atenta às fantasias relacionadas com a perda de peso. A clareza do contrato terapêutico, com a observação enfática da necessidade do seguimento do apoio psicoterápico após o alcance dos objetivos com o peso, é peça chave do tratamento.

A dificuldade de manutenção do tratamento psicológico após o procedimento cirúrgico foi uma realidade constatada na presente pesquisa. As pacientes selecionadas pela equipe multidisciplinar apresentavam um elevado grau de absenteísmo às consultas psicológicas na fase complementar. Ao analisar-se tal fato, sob o referencial da fenomenologia, pode-se correlacionar uma passividade das pacientes - refletida no fato de não dar continuidade ao tratamento - com a ausência da “transcendência”, quando se trata de iniciativas advindas do homem rumo ao seu desenvolvimento, objetivando a mudança e melhora do seu ser. A espera do resultado fácil e mágico do emagrecimento sem esforço, toma frente nos casos estudados.

Jean-Paul Sartre (2003) enfatiza que o importante não é o que fazem do homem, mas o que ele faz do que fizeram dele. A análise dos resultados da pesquisa demonstrou que para as mulheres entrevistadas as mudanças corporais, que se impõem, após a cirurgia, quando então passam por radical emagrecimento parece ter um efeito perturbador no significado íntimo de cada uma. E, não raro, torna-se fator de conflito na sua relação consigo mesmas, com as pessoas que as rodeiam e com o mundo.

A análise do conteúdo das entrevistas realizadas possibilita depreender que o impacto emocional da cirurgia bariátrica apresenta desdobramentos de forte significado para a vida

dos pacientes, não podendo, desse modo, ser sumariamente reduzida e entendida como um procedimento cirúrgico com mudanças eminentemente físicas. O efeito é muito mais significativo no decorrer cotidiano da vida dos pacientes.

O ser humano, como tal, demonstra a sua intrínseca ligação com o meio ao qual está inserido, sua inexorável dependência dos valores sociais vigentes e sua íntima submissão aos julgamentos externos. Os limites entre o “eu” e o “outro”, entre o “meu” e o “seu” e entre o “ser” e o “estar”, parecem permanecer, ainda, em nível de difícil discernimento. E, no caso desta pesquisa, foi possível perceber que essas noções ainda não estão suficientemente claras às entrevistadas. O “eu” confunde-se com o “outro” e o “meu” parece estar sobrepondo-se ao “seu”, bem como o “ser” e o “estar” lembra ser relacionados ao que é “meu”.

Nesse entendimento, as fronteiras do novo mundo, advindas do emagrecer por meio de procedimentos cirúrgicos ainda necessitam ser melhor exploradas. Os riscos de “simplificar o complexo” tendem a desencadear os mais surpreendentes resultados, evocando angústia e desconforto no ser humano.

Questões como saúde e bem estar, buscas constantes da humanidade, permeiam os sonhos das pessoas. Resta saber, como lembra Heidegger, como alcançar essas expectativas sem que o “depois” não aprisione, o ser humano, na eterna sensação de fracasso na tentativa da busca da felicidade completa.

## REFERÊNCIAS

- BASSETTE, F. Após redução do estômago, 64% voltam a ser obesos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 17 jul. 2005. Cotidiano, p. C7.
- BÉKEI, M. **Transtornos psicossomáticos en lá niñez y la adolescência**. Buenos Aires: Nueva Vision, 1984.
- BENEDETTI, C. **De obeso a magro – a trajetória psicológica**, 1ª ed., Ed. Vetor: São Paulo, 2003.
- BENNET, I.O.; PATRICK, C.; ABDULREZAK, M.S.; UCHE, H.A.; LEON, R.; LEWIS, H.K.; CYRIL, H.W. **Suicides following bariatric surgery for the treatment of obesity**. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 1, 2005, p. 447-449.
- BERGAMO, G. **Menos gordura, mais neurose**. *Revista Veja*, edição 1895, ano 38, nº 10, pág. 104-107, 9 mar. 2005.
- BUSSE, S. (org). **Anorexia, Bulimia e Obesidade**. Ed. Manole: São Paulo, 2004.
- CHENIAUX, E. **Manual de Psicopatologia**. Ed. Guanabara Koogan, 2ª ed. 2005.
- CHIMICATI, E. **Obesidade – uma doença do afeto**. 2ª ed. Ed. Health: Belo Horizonte, 2005.
- CORMILLOT, A.F.J. **Obesidad**. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1977.
- DARTIGUES, A. **O que é fenomenologia?** 8ª ed. Ed. Centauro: São Paulo, 2003.
- DICIONÁRIO AURÉLIO ELETRÔNICO. Século XXI. Versão 3.0 – nov. 1999.
- DIXON, JB; O'BREIN, P.E. Changes in comorbidities and improvements in quality of life after LAP-BAND placement. **American Journal of Surgery**, Estados Unidos, 184(6B):51S-54S, dezembro de 2002.
- FAITH, M.S.; ALISSON, D.B. – **Assessment of psychological status among obese persons**. In: THOMPSON, J.K. Ed., - **Body Image, Eating Disorders, and Obesity**. Washington, DC: American Psychological Association, p.365-387, 1996.
- FANDIÑO, J.; BENCHIMOL, A.K.; COUTINHO, W.F.; APPOLINÁRIO, J.C. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 26(1): 47-51, 2004.
- FERREIRA, M.; MEIER, M. **Psicologia do emagrecimento**, Ed. Revinter: Rio de Janeiro, 2004.

FORUM DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA. Disponível em <<http://www.sbcbr.org.br/forum/ler.php?pai=46&titulo=Re:não perdi nem 50% do excesso...>>. Acesso 17 mar. 2006.

FRANQUES, A. **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. Ed Vetor: São Paulo, 2006.

GABBARD, G. **Psiquiatria Psicodinâmica**. 2ª ed., Ed. Artmed: Porto Alegre, 1994.

GECOM. Técnicas cirúrgicas. Disponível em <<http://www.gecom.med.br/conteudo/tecnicas.asp>>. Acesso 17 mar. 2006.

GREENHALDT, T.; TAYLOR, R. How to read a paper: Papers that go beyond numbers (qualitative research). **British Medical Journal**, 1997; 315: 740-743.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo. Parte I**. 15ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2005a

\_\_\_\_\_, **Ser e Tempo. Parte II**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2005b

INWOOD, M. **Dicionário Heidegger**. Dicionário de Filósofos. Ed. Jorge Zahar: Rio de Janeiro, 2002.

KAHTALIAN, A. **Obesidade: um desafio**. In *Psicossomática Hoje*. Mello Filho, J. (org). Ed. Artes Médicas: Porto Alegre, 1992.

KERBAUY, R.R. Redução de peso: identificação de variáveis e elaboração de procedimento com uma população de baixa escolaridade. **Revista Brasileira de Terapias Comportamentais e Cognitiva**, Curitiba, v 2, nº1, p.31-52, 2000.

KHAODHIAR, L.; BLACKBURN, G.L.- Health benefits and risks of weight loss. In: BJÖRNTORP, P. ed., - **International textbook of obesity**. Chichester, John Wiley & Sons, 2001. p.413-440.

MACÍAS, J.; LEAL, F. Personality Assessment in Morbid Obesity. **German J Psychiatry** 2002; 5(4): 90-94.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A. **A pesquisa qualitativa em psicologia – Fundamentos e recursos básicos**. 5ª ed. Ed. Centauro: São Paulo, 2005.

MATHUS-VILIEGEN, E.M; de WEERD, S; de WIT, LT. Health-related quality-of life in patients with morbid obesity after gastric banding for surgically induced weight loss, **Surgery**, Estados Unidos, 135(5):489-97, maio de 2004.

MELLO FILHO, J. A. **Winnicott – Psicanálise em Transicionalidade em Donald Winnicott estudos**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 24ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1993.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde.** Ed. Hucitec – Abrasco: São Paulo, Rio de Janeiro, 7ª ed., 2000.

NOVAES, J; VILHENA, J. De Cinderela a Moura Torta: Sobre a relação mulher, beleza e feiúra. **Revista Interações.** Vol VIII, nº 15, 2003.

PESSOA, F. **Livro do desassossego.** São Paulo, Companhia das Letras [organização de Richard Zenith]. 1999

POWERS, P.S.; PEREZ, A.; BOYD, F.; ROSEMURGY, A. Eating pathology before and after bariatric surgery: A prospective study. **International Journal of Eating Disorders**, 25(3), 293-300, 1999.

REDAÇÃO/AGÊNCIAS INTERNACIONAIS. Dieta sem carboidrato eleva risco de doenças. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 24 de jun. de 2004. Mundo/Saúde, p. A16.

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, **Editorial.** São Paulo, v. 47, n. 1, 2001.

ROCHA, J. **Análise da letra de Mulheres de Atenas de Chico Buarque e Augusto Boal.** Disponível em <[http://www.mundocultural.com.br/analise/Mulheres\\_de\\_Atenas.PDF](http://www.mundocultural.com.br/analise/Mulheres_de_Atenas.PDF)> Acesso 04 mai. 2007.

ROUSSO, F. “A beleza através da história”. In: CHANINE, N.; JAZDZEWSKI, C.; LANNELONGUE, N.; MOHRT, F.; ROUSSO, F.; VORRNESE, *Beleza do século.* São Paulo, Cosac & Naify, 2000.

SANTOS, F.; **Magro. E agora? Histórias de obesos mórbidos que se submeteram à cirurgia bariátrica.** Ed. Vetor: São Paulo, 2005.

SARTRE, J.P. **O Ser e o Nada:** Ensaio de Ontologia Fenomenológica. 12ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2003.

SCLIAR, M; Santas e anoréxicas. **Revista Mente e Cérebro.** Artigos, ed. 171, Abril de 2007. Disponível em <[http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/santas\\_e\\_anorexicas.html](http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/santas_e_anorexicas.html)> Acesso 29 abr. 2007.

SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Indicações e contra-indicações para a realização das operações bariátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 24 (Supl III), 68-72, 2002.

STONE, M. **A cura da Mente – A história da psiquiatria da antiguidade até o presente.** Ed. Artes Médicas: Porto Alegre, 1999.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

UNIFESP – Psiquiatria na prática médica. Uso de psicoestimulantes no Brasil: Um problema ainda sem solução. Disponível em <[http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu6\\_02.htm](http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu6_02.htm)> Acesso 09 set. 2007.

VASCONCELOS, N.A.; SUDO, I.; SUDO, N. Um peso na alma: o corpo gordo e a mídia. **Revista Mal-estar e Subjetividade**. Universidade de Fortaleza, n.1: 65-93, 2004.

WATERS, G.S.; PORIES, W.J.; SWANSON M.S. Long-term studies of mental health after the Greenville gastric bypass operation for morbid obesity. **Am J Surg** 1991;161:154-7.

YIN, R.K. **Estudo de Caso**. Planejamento e Métodos. 3ª ed. Porto Alegre: Editora Bookman, 2005.

YUDOFSKY, S.; HALES, R.: **Tratado de Psiquiatria Clínica**, 4ª edição. Ed. Artmed: Porto Alegre, 2006.

ZWAAN, M. A comparison of different methods of assessing the features of eating disorders in post-gastric bypass patients: a pilot study. **European Eating Disorders Review**, 12(6): 380-386,2004.

**ANEXOS**



## **ANEXO 1**

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE 1**

**ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA  
PRIMEIRA ENTREVISTA**

1. Qual sua idade?
2. Qual sua formação e profissão?
3. Qual sua religião?
4. Onde e com quem mora?
5. Tem filhos? Quantos?
6. Fale-me um pouco sobre a sua vida pessoal e profissional.
7. Como é seu relacionamento familiar?
8. Como é seu relacionamento profissional?
9. Desde quando era obeso(a)?
10. Fale como a obesidade influenciava na sua vida?
11. Como era seu padrão alimentar antes da cirurgia?
12. Já havia feito muitas dietas anteriormente?
13. Já havia usado algum tipo de medicação para inibir o apetite? Apresentou algum resultado?
14. Praticava algum tipo de atividade física antes da cirurgia?
15. Sentia-se frustrado(a) em não conseguir emagrecer?
16. Acreditava que emagrecendo, após a cirurgia, ficaria esteticamente bem?
17. Acreditava que emagrecendo, após a cirurgia, sua vida profissional melhoraria?
18. Acreditava que emagrecendo, após a cirurgia, sua vida pessoal/conjugal melhoraria?
19. O que você achou do período pós-cirúrgico?
20. Você acredita que foi suficientemente informado(a) sobre o procedimento cirúrgico?
21. Acreditava que a cirurgia iria fazer bem para a sua auto-estima?
22. Qual tipo de dificuldade após a cirurgia que você não imaginaria enfrentar?
23. Como era sua vida sexual antes da cirurgia?
24. Sua vida sexual sofreu influência com a cirurgia?
25. Já havia feito algum tipo de tratamento psicológico ou psiquiátrico antes da cirurgia? Por quanto tempo e quais eram os sintomas?
26. Você sentia-se preparado(a) para realizar a cirurgia?
27. Arrepende-se de ter feito a cirurgia?
28. Teve apoio da família para realizar a cirurgia?
29. Acha que seu estado emocional atual tem alguma relação com a cirurgia?

## SEGUNDA ENTREVISTA

1. Conte-me como foi sua infância.
2. Conte-me como foi sua adolescência.
3. Algum dos seus pais era obeso?
4. Como a obesidade era visto pelos seus pais?
5. Quando você era criança, como você reagia quando via uma pessoa obesa?
6. Atualmente, você acha que compensa o fato de não poder comer como antes, de alguma outra maneira (com compras, bebidas, jogos, por exemplo)?
7. Você acha que tem algum tipo de vício atualmente?
8. Você teve alguma frustração na idade adulta (seja na área profissional ou pessoal)?
9. Qual seus planos para daqui há 10 anos?
10. Você faria novamente a cirurgia bariátrica?
11. O que você acha que faltou na sua preparação para fazer a cirurgia bariátrica?
12. Você indicaria a cirurgia para um amigo seu fazer também?

**APÊNCIDE 2**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Sou mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) e estou realizando uma pesquisa acerca do impacto emocional da cirurgia de redução do estômago (cirurgia bariátrica), para efeitos da minha Dissertação de Mestrado. Para tanto, aplicarei esta pesquisa para os pacientes selecionados junto serviço de cirurgia bariátrica desta instituição, sob orientação da Profª Drª Nelma Baldin.

Desse modo, venho convidá-lo(a) a participar da entrevista, esclarecendo que as informações serão gravadas, a partir do seu consentimento, para um registro mais fidedigno dos dados. Informo que a identidade dos(as) entrevistados(as) será mantida em absoluto sigilo, conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Adicionalmente, venho informar-lhe que a participação no estudo é inteiramente voluntária e, desse modo, poderá retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa.

Em caso de dúvida quanto aos direitos dos informantes, ser-lhe-á dado todos os esclarecimentos e a liberdade de se dirigir ou escrever ao Comitê de Ética em Pesquisa da Univille, no seguinte endereço: Campus Universitário – Bairro Bom Retiro, Caixa Postal 246 – CEP 89201-972 – Joinville – SC; assim como poderá ser contatado diretamente o entrevistador através do telefone (47) 34232041.

Gostaria de ressaltar a importância da sua participação no sentido de fornecer informações que possibilitarão o enriquecimento dos conhecimentos sobre o trabalho na área médica.

Comprometo-me ainda, a apresentar os resultados dessa pesquisa ao grupo de entrevistados em sessão a ser previamente agendada, após a defesa da Dissertação de Mestrado.

Atenciosamente.

---

**Cristiano Waihrich Leal**  
**Investigador**

Declaro que após convenientemente esclarecido(a) pelo investigador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da presente pesquisa, bem como concordo com a publicação dos resultados coletados na entrevista realizada. Para tanto, expresso aqui, o meu consentimento.

Joinville, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Assinatura do entrevistado.**