



ATALIBA DE CARVALHO JÚNIOR

**“VIVÊNCIAS EMOCIONAIS DE PACIENTES
SUBMETIDOS À CIRURGIA METABÓLICA E
BARIÁTRICA COM REGANHO DE PESO:
UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO”**

**CAMPINAS
2013**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ATALIBA DE CARVALHO JÚNIOR

**“VIVÊNCIAS EMOCIONAIS DE PACIENTES
SUBMETIDOS À CIRURGIA METABÓLICA E
BARIÁTRICA COM REGANHO DE PESO:
UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO”**

Orientador: Prof. Dr. Ronis Magdaleno Júnior

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp para obtenção do Título de Mestre em Ciências Médicas, na área de concentração em Saúde Mental

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO ATALIBA DE CARVALHO JÚNIOR, ORIENTADO PELO PROF. DR. RONIS MAGDALENO JÚNIOR.

Assinatura do Orientador

**CAMPINAS
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

C253v Carvalho Júnior, Ataliba de, 1966-
Vivências emocionais de pacientes submetidos à
cirurgia metabólica e bariátrica com reganho de peso :
um estudo clínico-qualitativo / Ataliba de Carvalho Júnior.
-- Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador : Ronis Magdaleno Júnior.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Obesidade . 2. Cirurgia bariátrica. 3. Perda de
peso. 4. Ganho de peso. 5. Pesquisa qualitativa. I.
Magdaleno Junior, Ronis. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Titulo em inglês: Life experiences of patients with weight regain after metabolic and bariatric surgery : a clinical-qualitative study.

Palavras-chave em inglês:

Obesity
Bariatric surgery
Weight loss
Weight gain
Qualitative research

Área de concentração: Saúde Mental

Titulação: Mestre em Ciências Médicas

Banca examinadora:

Ronis Magdaleno Júnior [Orientador]
Jaime Eduardo Cecilio Hallak
Claudinei José Gomes Campos

Data da defesa: 25-01-2013

Programa de Pós-Graduação: Ciências Médicas

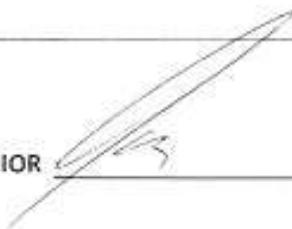
BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

ATALIBA DE CARVALHO JÚNIOR

Orientador (a) PROF(A). DR(A). RONIS MAGDALENO JÚNIOR

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). RONIS MAGDALENO JÚNIOR



2. PROF(A). DR(A). JAIME EDUARDO CECÍLIO HALLAK



3. PROF(A). DR(A). CLAUDINEI JOSÉ GOMES CAMPOS



Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas

Data: 25/01/2013

*Dedico este trabalho a
Egle, Paula e Júlia.*

AGRADECIMENTOS

Prof. Dr. Ronis Magdaleno Junior, pela orientação, apoio e amizade

Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

Prof. Dr. Elinton Adami Chaim

Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos

Prof. Dr. Jaime Eduardo Cecílio Hallak

Prof. Dr. Érica de Toledo Piza Peluso

Prof. Dr. Rosângela Higa

Prof. Dr. Daisy Maria Machado

Prof. Dr. Eduardo Henrique Teixeira

Prof. Dr. Eloisa Helena Rubello Valler Celeri

Prof. Dr. Luiz Fernando Paulin

Prof. Dr. Vera Lúcia Soares Chvatal

Dr. Salvador Affonso Fernandes Pinheiro

Dr. Antônio Sapienza

Paulo Couto

Neide Gisoldi Couto

Lia Keuchguerian Silveira Campos

Vanda Maria de Carvalho

Marcos Grossi de Almeida

Luisa Carvalho Grossi de Almeida

Ataliba de Carvalho[‡]

Vicentina Casemiro de Carvalho[‡]

[‡] *in memoriam*

Com o aumento do número de cirurgias bariátricas realizadas ao longo das últimas décadas, o problema do reganho de peso tornou-se importante. Fatores psicológicos influenciam esta situação indesejada, mas há poucos estudos sobre a participação destes fatores. Nós propomos nesta pesquisa investigar os significados e como estes fatores influenciam o prognóstico da cirurgia bariátrica e metabólica. *Metodologia:* Usamos o método clínico-qualitativo, através da entrevista semi-dirigida com questões abertas em uma amostra intencional, fechada por saturação, com 8 mulheres operadas do Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital Geral da Universidade de Campinas (UNICAMP), estado de São Paulo. *Resultados:* Um sentimento de derrota e fracasso surge e colabora para o isolamento social; não há arrependimento pela realização da cirurgia, existe uma firme convicção que fizeram uma boa escolha com relação à opção pela cirurgia; há uma tendência para se sentirem rejeitadas, mais do que realmente são, nos contatos interpessoais; há sensação de abandono e perda de auto-estima levando a uma diminuição dos cuidados com sua aparência. *Conclusões:* O reganho de peso é uma situação psicológica complexa e dinâmica envolvendo vários fatores que possuem uma interação mútua. Um estado psicológico marcado por uma sensibilidade exacerbada a críticas colabora com o afastamento e abandono do serviço de saúde. Observou-se que o reganho de peso é um fator com implicações emocionais e sociais, sobretudo por se tratar de uma situação que, paradoxalmente, pode mascarar a vitória presente no emagrecimento nestas pacientes e não ser vista pela equipe de tratadores; dizendo em outras palavras, encobrir o sentimento de satisfação de ter conseguido manter um nível de emagrecimento significativo diante de seu peso antes da cirurgia. Ter um significativo percentual de perda de peso, já levando em conta o reganho de peso, é uma forma de sucesso. E esta situação pode não ser reconhecida, caso não tenhamos uma visão abrangente da situação, e recaímos no estigma de preconceitos da inadequação ou fracasso quase total do tratamento cirúrgico do

obeso mórbido que apresentou reganho. As experiências boas da cirurgia sugerem que estratégias de busca ativa podem ser efetivas para o tratamento. Observamos que considerações psicodinâmicas não podem ser feitas de maneira simples porque se correriam riscos de enganos dado a grande heterogeneidade de variações possíveis de personalidades nas pessoas obesas. Ressaltamos a necessidade de mais estudos qualitativos que sirvam para a equipe de saúde entender melhor os fatores psicológicos dinâmicos envolvidos no significado do reganho de peso depois da cirurgia metabólica e bariátrica das pacientes para se ter condutas para manusear este problema. Dessa maneira, este estudo serve como um ponto significativo para as equipes de saúde envolvidas na realização e seguimento de pacientes com reganho de peso após a cirurgia bariátrica. Aprofundando esse alerta, mais do que um temor a ser enfrentado, é uma situação não esperada e não desejada a ser pensada com maturidade, que pode fazer parte do seguimento pós cirúrgico.

Palavras-chave: obesidade; cirurgia bariátrica; reganho de peso; método qualitativo, obesidade mórbida.

SUMMARY

Background With the increase in the number of bariatric surgeries carried out in the past few decades, the problem of a weight regain after metabolic and bariatric surgery has become important. Psychological factors influence this undesirable situation but there are few studies on how these factors contribute. We propose a qualitative study to help understand how these factors influence the prognosis of weight regain after metabolic and bariatric surgery. *Method* We use the clinical-qualitative method, by means of a semi-directive interview with open-ended questions on an intentional sample, closed by saturation, with 8 women operated on in the Bariatric Surgery Outpatients' Clinic at the General Hospital of the University of Campinas (UNICAMP), São Paulo State. *Results* A feeling of defeat and failure arises and contributes to social isolation ; there are no regrets at having had the surgery, with a strong conviction that they made a good choice when opting for the surgery; there is a tendency to feel rejected more than they really are in their relationships; there is a sense of abandonment and loss of self-esteem, leading to a careless appearance . *Conclusion* weight regain after metabolic and bariatric surgery is a complex and dynamic situation, involving various factors that have a mutual interaction. A psychological state characterized by over-sensitivity to criticism leads to a distancing from and eventual abandoning of the health service. It was observed that the weight regain is a factor with emotional and social implications, especially because it is a paradoxical situation that may hide the victory of weight loss in these patients, sometimes not be seen by the team of attendants. In other words, the weight regain can mask the feeling of satisfaction of having been able to maintain a level of significant weight loss from the initial weight before surgery. A significant percentage of weight loss, considering the regained weight, is a form of success. This success may not be recognized if we do not have a comprehensive overview of the situation and fall into the stigma of preconceptions about inadequacy or almost complete failure of surgical treatment in morbid obese individuals who regained weight. The good experiences of the

surgery that are present suggest that strategies of actively seeking the patient can be effective as a treatment. We observed that psychodynamic considerations may not be made in a simple manner, because they would run the risk of misunderstandings, given the great heterogeneity of personalities in obese individuals. We note the need for more qualitative study that allow the health team to better understand the dynamic psychological factors involved in weight regain after metabolic and bariatric surgery so as to provide guidelines on how to deal with this problem. In this way, this study serves as a significant point for health teams engaged in the implementation and monitoring of patients who regained weight after bariatric surgery. Reinforcing this alert, rather than a fear to be faced, this situation is not expected and not desired, and it has to be considered in a mature form, which may be part of the post surgical follow-up.

Keywords: obesity; bariatric surgery; weight loss; weight gain; qualitative method; morbid obesity

RESUMO	viii
SUMARY	x
1. INTRODUÇÃO	14
1.1 QUESTÕES INICIAIS SOBRE TEMÁTICA	15
1.2. DESCRIÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E CAMPO TEÓRICO DO TRABALHO	17
1.2.1 Obesidade	17
1.2.1.1 Definição e Questões Gerais	17
1.2.1.2 Riscos da Obesidade	18
1.2.1.3 Síndrome metabólica: doença associada à obesidade.....	18
1.2.1.4 Epidemiologia da Obesidade	19
1.2.1.5 Tratamento da obesidade	20
1.2.2 Tratamento cirúrgico da obesidade: a CMB	21
1.2.2.1 Questões gerais, indicações e contra-indicações.....	21
1.2.2.2 Aspectos psiquiátricos da cirurgia metabólica e bariátrica	22
1.2.2.3 Aspectos psicossociais da CMB e da obesidade.....	23
1.2.3 Reganho de peso depois da CMB.....	23
1.2.3.1 Questões Gerais	23
1.2.3.2 Reganho de peso na CMB	24
1.2.3.3 Epidemiologia, definição de reganho de peso e falha após a CMB.....	24
1.2.3.4 Reganho de peso e forma de preencher necessidades emocionais	26
1.2.3.5 Reganho de peso: qualidade da alimentação – dieta	26
1.2.3.6 Distúrbios Alimentares: compulsão alimentar	26
1.2.3.7 Qualidade de Vida.....	27
1.2.3.8 Reganho de peso e quadros psiquiátricos.....	27
1.2.3.9 Aspecto Psicossocial	28
1.2.3.10 Auto Vigilância: ‘conseguir olhar-se’	28
1.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA INTRODUÇÃO.....	29
1.4 PRESSUPOSTOS	29
2. OBJETIVOS	31
2.1 OBJETIVO GERAL	32
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
3. METODOLOGIA.....	33
3.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	34
3.2 A METODOLOGIA DE PESQUISA QUALITATIVA	34

3.3	SOBRE O MÉTODO CLÍNICO-QUALITATIVO	36
3.4	VIABILIZANDO A APLICAÇÃO DO MÉTODO CLÍNICO-QUALITATIVO	37
3.4.1	Tendo contato com o campo de pesquisa.....	38
3.4.1.1	A forma de construção da amostra e de inclusão de indivíduos	38
3.4.1.2	Vivência no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HC-UNICAMP	40
3.4.1.3	Aculturação	40
3.4.2	Para Coleta de Dados formais	42
3.4.2.1	Instrumento para coleta de dados.....	42
3.4.2.2	A técnica que é uma verdadeira protagonista: a entrevista semidirigida de questões abertas.....	42
3.4.3	A Categorização e a Análise de Conteúdo.....	44
3.4.3.1	A Técnica de tratamento dos dados: Questões Gerais	44
3.4.3.2	A Técnica de tratamento dos dados: Categorização	45
3.4.3.3	A análise de dados qualitativos.....	46
3.4.3.4	A análise de dados qualitativos: a Análise Temática	47
3.4.4	A validade na pesquisa qualitativa	48
3.4.4.1	O pesquisador como instrumento	49
3.5	OS CUIDADOS ÉTICOS	50
3.5.1	A Postura ética do pesquisador.....	51
4.	RESULTADOS	53
4.1	ARTIGO	54
5.	DISCUSSÃO	62
6.	CONCLUSÃO	68
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
	ANEXOS.....	83

1. INTRODUÇÃO

1.1 QUESTÕES INICIAIS SOBRE TEMÁTICA

Este trabalho refere-se a vivências emocionais de pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia metabólica e bariátrica (CMB) que atingiram um peso mais próximo do saudável, e que apresentaram reganho de peso depois deste período. São enfocados aspectos psicológicos que são mobilizados nesta situação de recaída na obesidade. Investigar sobre esta situação emocional complexa que envolve o relacionamento com ela mesma e com outras pessoas, é um campo pouco conhecido, mas importante, uma vez que pode relacionar-se a prejuízos na saúde física e mental.

Nestas considerações preliminares, aborda-se um aspecto delicado com relação à manutenção do peso, uma vez que este tema do reganho de peso depois da CMB é pouco mencionado na literatura de forma isolada. Evitam-se as questões categóricas e absolutas no seguimento dos pacientes depois desta cirurgia, usando o peso como referencial primordial (1). Com sua variação ao longo do tempo no tratamento do obeso, o peso é um elemento essencial e isto é relacionado a outros aspectos, como hábitos de dieta e regularidade de atividade física.

O peso neste trabalho é visto como elemento de estudo da pesquisa clínico-qualitativa (2), que trabalha com os significados, com representações simbólicas que comportam também a modulação destes fatores subjetivos com relação à intensidade. Um paciente que tem um reganho de peso de 15% de seu peso corporal 3 anos após a cirurgia, por exemplo, pode achar-se com relação a um sentimento de fracasso a gama de pouco falho até assaz fracassado; outro exemplo: um tipo de hábito alimentar pouco calórico pode ter mais uma gama enorme de possibilidades, como de “pouco difícil” comer uma alimentação pouco calórica até “extremamente custoso” ingerir baixas calorias diariamente.

Este trabalho busca os conhecimentos destas pessoas que vivem essa situação peculiar de mulheres obesas com reganho de peso depois de um certo

sucesso com a cirurgia bariátrica. Buscamos esclarecimentos às seguintes indagações: como é para uma mulher obesa que teve um sucesso conseguido com a cirurgia bariátrica e que volta a ganhar peso? Quais são as particularidades e os perigos dessa situação particular complexa? A cirurgia criou problemas de intensidade maior do que aqueles que havia antes da cirurgia, a ponto de o custo ser maior do que o benefício?

Com o aumento significativo do número de pacientes e CMB, houve um proporcional aumento do tempo de pessoas com esta cirurgia e o reganho de peso tornou-se cada vez mais freqüente (3, 4). Este tema não é devidamente esmiuçado na literatura com este vértice como foco (4). Além de complexo, o tema não pode ser visto de forma isolada, seja de um ou mais sintomas psiquiátricos, como os de ansiedade ou depressão, seja de vivências psicológicas sutis significativas, como uma percepção de rejeição social maior do que realmente ocorre.

A equipe de tratadores destes pacientes nesta situação específica, tendo uma maior clareza desta condição emocional delicada em que se encontram, pode adquirir um potencial maior de êxito nos cuidados de pessoas esta condição (4).

Sabemos pouco da psicologia da CBM (5-7), e nesta pesquisa enfocamos a ocorrência do reganho de peso no segmento pós-operatório, situação carente de trabalhos na literatura que pontuam especificamente este aspecto (4, 8), muitas vezes nos colocando no reganho de peso não especificamente depois da cirurgia bariátrica (9-11). O médico pode tender a usar o bom senso geral para lidar com essa situação específica. Com os dados desta pesquisa qualitativa obtidos através do uso do Método Clínico-Qualitativo (2), pensamos que o time de tratadores fica melhor equipado em termos de conhecimento, para cuidar das pacientes que trilham essa situação particular.

1.2. DESCRIÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E CAMPO TEÓRICO DO TRABALHO

A rigor o reganho de peso depois da CMB é um dos aspectos das complicações do difícil tratamento crônico da obesidade. É interessante lembrarmos que um dos sucessos do tratamento cirúrgico, se comparado ao não cirúrgico dos obesos mórbidos, é justamente a questão do muito menor reganho de peso (12, 13). Explicando melhor, nos tratamentos não cirúrgicos do obeso mórbido, costuma-se ter um 'reganho de peso' de todo ou às vezes de maior peso do que tinha anteriormente; diferente da situação após o procedimento cirúrgico (14).

Separámos didaticamente a introdução em: obesidade; CMB e reganho de peso depois da cirurgia CMB. Apesar de assim apresentá-los, a rigor os mesmo estão inter-relacionados. Assim como a cirurgia bariátrica é um subitem do tratamento da obesidade crônica, o reganho de peso pós cirúrgico é um subitem das complicações da CMB. Pretendemos assim trazer algo de novo em prática clínica, que é a exposição clara do problema ainda no início, um dos objetivos desta dissertação de mestrado: “falar mais sobre o reganho de peso depois da CMB”. Complementando, com a finalidade de “analisar” o objeto observado no sentido de separar em partes para melhor compreender, a separação desta introdução em três itens pode ter finalidades didáticas para se expor este problema específico, e, também, traz algo de novo na prática clínica, que é a exposição clara do problema ainda no início, um dos objetivos desta dissertação de mestrado: “falar mais sobre reganho de peso depois da CMB”.

1.2.1 Obesidade

1.2.1.1 Definição e Questões Gerais

A OMS define a obesidade como o anormal ou excessivo acúmulo de gordura no organismo que pode prejudicar a saúde (15). Também explica que a causa fundamental da obesidade é um desequilíbrio energético entre as calorias

consumidas e as calorias gastas (15). Nessa situação ocorre aumento da ingestão de alimentos hipercalóricos e tendência geral de diminuir gastos com atividades físicas, o que caracteriza a propensão à presença do sedentarismo (16).

Para se definir obesidade, usa-se o índice de massa corpórea (IMC), que é a relação simples de peso e altura usada para classificar os vários níveis desde a normalidade até a obesidade mórbida. O IMC é definido como o peso da pessoa em quilos, dividido pelo quadrado da sua altura, em metros (kg/m^2) (15).

Baliza-se a obesidade quanto à gravidade, segundo a OMS (15) da seguinte forma: obesidade grau I, quando o IMC encontra-se entre 30 e 34,9 Kg/m^2 ; obesidade grau II, quando o IMC está entre 35 e 39,9 Kg/m^2 ; e, obesidade grau III, quando o IMC excede 40 Kg/m^2 . Considerando o excesso de peso, temos o sobrepeso, com IMC entre 25 e 29,9 Kg/m^2 , até a normalidade de IMC entre 20 e 24,9 kg/m^2 . Data vênua, permitimo-nos introduzir mais a categoria do super-obeso com IMC igual ou maior que 50 kg/m^2 , uma vez que a evolução é clínica deste paciente é diferenciada (8, 17, 18).

1.2.1.2 Riscos da Obesidade

A obesidade é um fator de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, dislipidemias, diabetes, lesões musculoesqueléticas, alguns tipos de cânceres e a apnéia do sono (15, 19). Além das questões físicas corporais, os obesos têm que lidar com questões psicossociais significativas como a depressão, baixa auto estima, discriminação, rejeição social e diminuição da qualidade de vida (20).

1.2.1.3 Síndrome metabólica: doença associada à obesidade

Diversas comorbidades associam-se à obesidade e devem ser pesquisadas com exames complementares e na anamnese. A síndrome metabólica é um conceito que tem se tornado popular, mas é contestado por alguns autores (13). Atualmente o procedimento tem sido denominado cirurgia metabólica e bariátrica,

justamente para que seu objetivo não seja somente relacionado ao peso (baros) (21). Não se chega ao diagnóstico da síndrome metabólica através de sinais e sintomas. As doenças que compõem os seus critérios diagnósticos são determinantes de maior risco cardiovascular, e portanto, maior mortalidade. A OMS usa como critério para o diagnóstico da síndrome metabólica a anormalidade da tolerância à glicose ou resistência à insulina e dois ou mais dos seguintes itens: hipertensão arterial sistêmica (pressão arterial \geq 140/90 mmHg ou uso de medicação anti-hipertensiva); elevação dos triglicerídeos séricos (\geq 150 mg/dl) e/ou diminuição do colesterol (HDL $<$ 35 mg/dl para homens, $<$ 39 mg/dl para mulheres); relação cintura/quadril elevada ($>$ 0,90 para homens e 0,85 para mulheres) e/ou índice de massa corporal (IMC) $>$ 30 kg/m²; e microalbuminúria (taxa de excreção de albumina \geq 20 μ g min) (22).

1.2.1.4 Epidemiologia da Obesidade

Segundo a OMS, em 2008, temos mais de 1,4 bilhões de adultos acima do peso, e destes temos 200 milhões de homens obesos, e 300 milhões de mulheres obesas (15). Em 2010 temos mais de 40 milhões de crianças menores de 5 anos acima do peso (15). Sessenta e cinco por cento da população mundial vive em países onde o sobrepeso e a obesidade matam mais pessoas do que com peso normal (15). No Brasil, em levantamento do Ministério da Saúde, a proporção de pessoas acima do peso no Brasil avançou de 42,7%, em 2006, para 48,5%, em 2011 (23). No mesmo período, o percentual de obesos subiu de 11,4% para 15,8% (23).

A obesidade vem adquirindo proporções epidêmicas nas últimas décadas, sendo um dos principais problemas de saúde pública na sociedade moderna (13). Observa-se que a restrição da obesidade nos países ricos não é mais uma verdade, já nos países pobres observa-se aumento da obesidade em nível epidêmico (24, 25). Hoje, não se concebe mais a ideia segundo a qual a obesidade é doença de países desenvolvidos ou de grupos de maior poder aquisitivo (26).

No Brasil a obesidade tem atingido níveis de países desenvolvidos. O padrão de comprometimento da obesidade não é uniforme e existem correlações socioeconômicas regionais. Atualmente, a população feminina e de baixa renda, têm sido consideradas grupos de vulnerabilidade (27-29).

1.2.1.5 Tratamento da obesidade

O objetivo do tratamento para a obesidade é o bem estar e a saúde metabólica da pessoa, reduzindo os riscos na vida presente e futura. Considerando o tratamento adequado ao longo do tempo, a perda de peso é a fase inicial; depois de conseguir o objetivo do peso saudável, ou tanto mais próximo deste, a meta seguinte é a manutenção adequada desta condição. O maior problema da terapêutica da obesidade é a manutenção de um bom peso num período de tempo extenso (9, 30, 31).

Em termos gerais, contextualizando o problema complexo e amplo da gravidade da obesidade com seu aspecto crônico, podemos considerar um êxito no tratamento, perdas modestas de 5 a 10% do peso corporal que melhoram a situação geral cardiovascular, as dislipidemias, o diabetes e a síndrome da apneia-hipopneia obstrutiva do sono (13, 30).

Podemos dividir os tratamentos da obesidade em cirúrgicos e não cirúrgicos. Os não cirúrgicos não são parte do enfoque deste trabalho. Podemos separar os não cirúrgicos no tratamento dietético, psicoterapêutico, medicamentoso, e a atividade física. No dietético enfocamos o balanceamento e o baixo intervalo entre as refeições, e a evitação de um 'beliscar' freqüente; no psicoterapêutico enfocamos a terapia cognitivo-comportamental; no medicamentoso separamos as drogas em pré-absortivas e/ou modificadoras pós-absortivas do metabolismo de nutrientes; e, na atividade física, enfocamos o aumento das atividades físicas não programadas como redução do tempo sentado, diminuição do uso de carro para trajetos curtos e aumento do número de caminhadas (13, 30).

1.2.2 Tratamento cirúrgico da obesidade: a CMB

1.2.2.1 Questões gerais, indicações e contra-indicações

A literatura científica apresenta uma região de bastante clareza e conforto com relação ao predomínio de sucesso relativo em longo prazo da CMB se compararmos aos tratamentos convencionais no caso da obesidade (32). Esta realidade apresenta-se logicamente, como aumento do número de CMBs nos últimos anos (6, 12, 33-36), embora não na mesma velocidade, nos últimos 5 anos (37).

A publicação de trabalhos científicos sobre o tratamento cirúrgico da obesidade é antigo (38). Basicamente temos três tipos de cirurgias: as restritivas, que impedem a ingestão de grandes quantidades de alimentos; as disabsortivas, que impedem a absorção dos nutrientes; e as mistas – as mais adequadas – , que associam as duas anteriormente citadas (24, 35).

Dentro das várias técnicas cirúrgicas que causam a restrição volumétrica e diminuição da absorção, a considerada “padrão ouro” e mais usada em nosso meio é aquela na qual se faz uma divisão gástrica vertical com bandagem e derivação em Y de Roux (34, 39).

Na Conferência de Desenvolvimento de Consenso do *National Institutes of Health* de 1991 (40), a cirurgia bariátrica foi indicada para indivíduos bem informados, motivados e com obesidade de grau III, com riscos operatórios adequados, e para aqueles com obesidade de grau II e condições pré-mórbidas de alto risco. Aconselhou-se também a seleção cuidadosa por uma equipe multidisciplinar, com o objetivo de se ter probabilidade maior de sucesso terapêutico e menos intercorrências psicológicas e psiquiátricas no pós-operatório. Esta conferência foi um marco fundamental, uma vez que, de certa forma, essas recomendações prevalecem até hoje (5, 6, 32, 41-43).

Do ponto de vista clínico, Garrido Jr. (35) expõe as indicações e contra indicações da cirurgia.

Indicações:

- Presença de morbidade que resulta da obesidade ou é por ela agravada, como a apneia do sono, a dificuldade de locomoção, o diabetes, a hipertensão arterial e as hiperlipidemias;
- Persistência de excesso de peso de pelo menos 45 Kg, ou IMC acima de 40 kg/m² (estes limites podem reduzir-se para 40 Kg ou IMC maior que 35 Kg/m², em presença de complicações severas da obesidade);
- Fracasso de métodos conservadores de emagrecimento bem conduzidos;
- Ausência de causas endócrinas de obesidade, como hipopituitarismo ou síndrome de Cushing;
- Avaliação favorável das possibilidades psíquicas do paciente suportar transformações radicais de comportamento impostas pela operação.
- Contra indicações:
 - Pneumopatias graves, como enfisema avançado ou embolias pulmonares repetidas;
 - Insuficiência renal;
 - Lesão acentuada do miocárdio;
 - Cirrose hepática;
 - Distúrbios psiquiátricos ou dependência de álcool ou drogas.

Com relação às varias técnica cirúrgicas, Hsu et al. (44), relatam que a perda de peso, a longo prazo, não é um resultado certo, visto que depende de mudanças comportamentais significativas e persistentes no estilo de vida (7).

1.2.2.2 Aspectos psiquiátricos da cirurgia metabólica e bariátrica

Na literatura médica, as medidas padronizadas, geralmente escalas com entrevistas fechadas, para classificar e identificar transtornos psiquiátricos, não

são adequadas para a população portadora de obesidade mórbida, e observamos uma grande divergência entre os serviços que realizam a cirurgia (6, 20, 45).

Revisões de literatura mostram a inconsistência de informações entre transtornos psiquiátricos e candidatos a CMB (44, 46). Outros trabalhos mostram um predomínio de transtorno psiquiátrico em candidatos a CMB (47), do obeso comparado ao não obeso (48), de quadros depressivos de pacientes que já foram operados (49), e quadros de excesso de ingestão alimentar diante de emoções negativas (50), e a presença de mais de um quadro psiquiátrico no pré-operatório, desempenhando papel de pior prognóstico pós-cirúrgico (51).

A presença de distúrbios alimentares (*Binge Eating Disorders* – BED) está associada com baixos resultados no pós-operatório, seja por perdas menores de peso ou o reganho, sendo um forte preditor de falha nos resultados da cirurgia (52-55). Por outro lado, há casos descritos na literatura de anorexia nervosa após a CMB (56, 57), embora não saibamos como era a situação destas pacientes, anteriormente à cirurgia.

1.2.2.3 Aspectos psicossociais da CMB e da obesidade

Os aspectos psicossociais da CMB envolvem e se misturam com os aspectos psicossociais da obesidade em si. Como, por definição a obesidade é uma doença crônica, quem faz a CMB convive e sofre há anos com a obesidade.

Melhores níveis de auto-estima, ajuste social e pessoal, satisfação com os resultados, confiança na própria habilidade de mudar comportamento, são parâmetros preditivos positivos para melhor evolução do pós-operatório (42).

1.2.3 Reganho de peso depois da CMB

1.2.3.1 Questões Gerais

Lembramos que o ‘reganho de peso’ é algo que ocorre no tratamento da obesidade, tanto cirúrgico, como não cirúrgico. Podemos usar outros termos

como “volta da, ou recaída na obesidade”. No caso da comparação do tratamento cirúrgico ou não cirúrgico para o obeso mórbido, uma das questões fundamentais é quantitativa. O ‘reganho de peso’ do obeso mórbido no tratamento não cirúrgico, se comparado com o cirúrgico, geralmente é maior, podendo ser de todo o peso perdido ou exceder esse marco.

1.2.3.2 Reganho de peso na CMB

No acompanhamento pós-cirúrgico de pacientes submetidos a tais procedimentos, podemos considerar a recorrência de peso como uma ameaça ao longo de suas vidas (4). Um temor complexo porque a semente deste alarme do reganho de peso já existia antes da cirurgia depois dos tratamentos não cirúrgicos, que geralmente culminavam na volta total ou ainda superior ao maior peso já contido (12, 13). Os comportamentos relacionados a evitar o reganho de peso, descritos na literatura, se relacionam a mudanças do estilo de vida, alimentação adequada, regularidade nas atividades físicas, amadurecimento para lidar com os estresses cotidianos, e uma rede de relacionamentos pessoais favoráveis (9, 11, 44, 58). Os maiores desafios após a cirurgia são: uma adequada perda de peso do paciente, e a conservação do peso para não voltar a engordar. Fugindo do escopo dos pacientes que estamos relatando, e incluindo pacientes que depois da cirurgia não chegam a um peso adequado, tanto o reganho de peso, quanto a ausência de perda de peso adequado depois da cirurgia, são decorrentes da inadequação aos comportamentos citados (44, 58). Os estudos qualitativos se justificam nos temas que se sabe muito pouco na literatura, como a questão emocional dos pacientes depois da cirurgia (5, 6, 59), e mais especificamente o entendimento dos significados do reganho de peso depois da CMB (4, 10, 51).

1.2.3.3 Epidemiologia, definição de reganho de peso e falha após a CMB

É um fato conhecido que um certo reganho de peso ocorre entre 2 e 5 anos após a cirurgia (8). Entre 18 e 48 meses pode iniciar-se uma ingestão progressiva

maior de alimentos pastosos e líquidos mais calóricos (44, 60). Odom et al. (4), em seu trabalho, relatam que 79% apresentaram algum ganho de peso, e deste percentual, 15% apresentaram o que foi definido neste trabalho como “significativo ganho de peso” porque apresentaram mais que 15% de ganho de peso do total de peso perdido depois da cirurgia. Com relação a precisão deste percentual, cabe colocar que apenas 203 pacientes responderam ao questionário da pesquisa enviado pelo correio de um total de 1117 pacientes, e destes somente 160 responderam adequadamente, ou seja, mais de 80% das pacientes não responderam ao questionário, e pouco menos de 4% responderam inadequadamente para uso na pesquisa. Em face deste contexto, cabe-nos indagar sobre a existência de uma parcela grande de pacientes que não deram uma resposta de como estão. Onde estariam eles que não responderam? Poderiam ter algum ‘incômodo’ que impediu o *feedback* para os pesquisadores deste trabalho citado (4)?

Fatores que também influenciam a manutenção do peso ou recuperação após a cirurgia incluem o tipo de cirurgia realizada, presença de compulsão alimentar (53), e a adesão aos grupos de apoio.

A falha da cirurgia bariátrica foi definida como a presença de um dos seguintes fatores: excesso de peso perdido (EPP) igual ou menor que 50%, ou índice de massa corpórea (IMC) maior que 35kg/m² para pacientes com IMC pré-operatório menores que 50kg/m², e IMC maior que 40kg/m² para pacientes com IMC pré-operatório maiores que 50kg/m² (17).

Estudos comparativos mostram a falha da perda de peso entre 5 e 7 anos após a cirurgia, com perdas de menos de 50% do excesso de peso, com taxas de falha cirúrgica variando de 5 e 7% (61-63). Outro estudo, que avaliou pacientes entre 7 e 15 anos pós cirurgia, observou uma falha na perda de peso de 20% nos pacientes com IMC maior que 40 kg/m², e de 34% nos pacientes com IMC maior que 50 kg/m² (18).

1.2.3.4 Reganho de peso e forma de preencher necessidades emocionais

Em um trabalho de revisão, embora não específica para o pós cirurgia bariátrica, Elfhag e Rössner (9), abordam dois aspectos significativos: um primeiro aspecto, no qual abordam o reganho de peso que estaria condicionado ao “comer” diante de emoções negativas e à passividade como resposta a situações de estresse na vida cotidiana. O segundo aspecto trata da manutenção do peso, ligada à habilidade pessoal para lidar com o estresse cotidiano.

Estudo da gama de trabalhos qualitativos, Byrne et al. (10), falam da recaída na obesidade diante da tendência para usar a comida como reguladora de humor.

1.2.3.5 Reganho de peso: qualidade da alimentação – dieta

Em geral, existe uma tendência para uma modificação na alimentação tendendo para alimentos mais pastosos e mais calóricos (44). Este hábito pode provocar uma inadequada dieta com pequena quantidade de comida, mais vezes ao dia. Comer mais lentamente, com auxílio de líquidos (7).

Roehrig et al. (64), em um trabalho com obesos mórbidos candidatos à CMB, observam que vários episódios de dieta ao longo da vida não estão relacionados com pior funcionamento psicológico ou compulsão alimentar, e podem ser até benéficos para atenuar um ganho de peso maior. Indagamo-nos sobre o maior reganho de peso na ausência da dieta adequada de longo prazo.

1.2.3.6 Distúrbios Alimentares: compulsão alimentar

Há um estudo no qual Hsu et al. relata a ligação entre compulsão alimentar e reganho de peso após a CMB (44). Em outro estudo, o mesmo grupo discorre sobre dois momentos depois da cirurgia: uma primeira melhora desta compulsão alimentar nos dois primeiros anos, e num segundo momento, a volta do

comportamento inadequado alimentar em associação com o reganho de peso (54).

1.2.3.7 Qualidade de Vida

Odom et al. abordam um ponto significativo com relação à diminuição da 'qualidade de vida', que este grupo chama de 'bem estar' e aumento do reganho de peso (4). Dada a escassez da literatura específica, neste ponto, é interessante considerarmos autores que estudaram e observaram a grande melhora da qualidade de vida após a CMB, como Dymek et al. (55, 65), que acompanharam pacientes de 3 semanas até 6 meses; e de De Zwaan et al. (66, 67), que fizeram um *follow up* mais longo, de quase 14 anos; e, Magdaleno, Chaim e Turato (68) com trabalho qualitativo abordam sobre a melhora da qualidade de vida através da recuperação da auto-estima e da identidade pessoal. Ficam questões para pesquisas futuras com relação à forma do reganho de peso, depois da cirurgia na qualidade de vida, em comparação com a obesidade pré-cirurgia, como uma possível correspondente da obesidade surgida do reganho de peso depois da cirurgia.

1.2.3.8 Reganho de peso e quadros psiquiátricos

Podemos dizer que as contra indicações psiquiátricas são a exceção, como uma esquizofrenia desestabilizada, rica em sintomas positivos, ou um alcoolismo ativo e/ou o retardo mental de moderado a grave. Geralmente temos contra-indicações relativas (41). E neste sentido, um balizamento entre os quadros psiquiátricos e o reganho de peso é algo pouco preciso. Rutledge, Groesz e Savu (69) fizeram um trabalho interessante, comparando veteranos de guerra, e observaram uma cessação ou tendência para maior reganho de peso depois da cirurgia, com pacientes com dois ou mais quadros psiquiátricos comparado com pacientes com um quadro psiquiátrico. Romero et al. (70) comparam dois grupos pós-cirúrgicos: um primeiro com a ausência ou a presença de apenas um quadro

psiquiátrico, e outro grupo com dois ou mais quadros psiquiátricos; observaram significativo ganho de peso no segundo grupo que tinha mais psicopatologia.

1.2.3.9 Aspecto Psicossocial

O trabalho de revisão dos últimos 36 anos do período de publicação de Bocchieri, Meana e Fisher (7) mostra grande melhora no aspecto psicossocial depois da cirurgia. O trabalho recente de Myers et al. (3) em um seguimento de 4 anos, conclui também grande melhora do aspecto psicossocial. Magdaleno et al., com dois trabalhos qualitativos, mostram a melhora no aspecto psicossocial (68, 71). Odom et al. (4), em seu trabalho sobre comportamentos preditivos do ganho de peso, concluem que a diminuição do “bem estar”, que textualmente explicam que usam como sinônimo de “qualidade de vida”, está ligada ao aumento do ganho de peso.

1.2.3.10 Auto Vigilância: ‘conseguir olhar-se’

No acompanhamento médico, o recurso pessoal do paciente se auto avaliar é um fator positivo na manutenção do peso em que existe uma aceitação na literatura. Especificamente depois da CMB, Odom et al. (4) observam que a auto-monitorização está fortemente associada a uma proteção do ganho de peso. Byrne, Cooper e Fairburn (10) mencionam que a tendência para se auto avaliar em termos de peso e forma, e ainda a perda da vigilância de controlar o peso, estariam ligadas à recaída na obesidade. Elfhag e Rössner (9) em seu trabalho de revisão relatam que a auto-determinação com a meta do peso, e, a auto-monitorização dos comportamentos são fatores para a manutenção da perda de peso.

1.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA INTRODUÇÃO

Os pontos de assentamento para os referenciais teóricos usados nesta dissertação têm relação com a revisão da literatura médica de boa que concentra foco nos temas da CMB e a obesidade, e de uma maneira mais específica, a complicação do reganho de peso depois da CMB. Este trabalho é qualitativo, mas o que se tem de literatura são pesquisas em que as fontes predominantemente qualitativas são escassas.

Com relação aos pontos teóricos, para o trabalho dos dados qualitativos, é interessante termos em mente, de acordo com Turato (2, p.451):

'o ecletismo de referenciais teóricos para a discussão dos resultados'.

Considerando os dados existentes da literatura sobre o nosso tema e os diversificados referenciais teóricos, Turato (2, p.452) aborda a discussão no trabalho científico:

'é o ato de um olhar especial e falar sobre a organização dos dados de um modo novo, com o uso da imaginação, permitindo-nos melhor compreender o assunto sob estudo, propondo novos conceitos e teorias, para proporcionar novos e úteis sentidos e usos à comunidade'.

1.4 PRESSUPOSTOS

O problema formulado nesta pesquisa parte da premissa de que a obesidade é um transtorno decorrente de uma trama de fatores biológicos, ambientais e psicodinâmicos, precariamente equilibrados pelo sintoma; equilíbrio este que será afetado pela intervenção cirúrgica, sendo o reganho de peso uma tentativa de refazer o antigo equilíbrio.

Formulamos então os seguintes pressupostos:

1. O ganho de peso após a cirurgia bariátrica decorre de uma interação mútua de fatores emocionais, biológicos e psicossociais, e nós enfocaremos predominantemente os fatores emocionais;

esses fatores emocionais voltam a se manifestar após algum tempo;

2. O discurso da entrevistada possui elementos emocionais complexos que podem ser identificados, colaborando com a compreensão dos motivos do retorno da obesidade.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as vivências emocionais dos indivíduos que se submeteram à cirurgia bariátrica no Hospital de Clínicas da UNICAMP, emagreceram atingindo um peso mais próximo da normalidade, e iniciaram um reganho de peso.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a)** Identificar significados emocionais do fracasso em manter o peso controlado;
- b)** Discutir como estes indivíduos lidam com o retorno da obesidade;
- c)** Desenvolver e propor estratégias, balizadas nas vivências dos pacientes, que possam evitar ou lidar com o reganho de peso.

3. METODOLOGIA

3.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O método clínico - qualitativo é uma diferenciação da metodologia qualitativa e tem como foco a investigação e a busca de significados para os fenômenos do campo da saúde (2). Escolhemos esta direção porque pensamos que este método nos capacita para construirmos nosso caminho (*hodos*), em função de nosso fim (*meta*), uma vez que nosso objeto de pesquisa é o ser humano. Este processo abrange de maneira suficientemente adequada o homem em sua complexidade, tanto nas questões de seu psiquismo, como nas relações com o meio social em que vive. É um método relativamente preciso para a observação de pessoas que estão inseridas em um tratamento multidisciplinar de saúde, como é a nossa situação.

Como esta metodologia se situa predominantemente nas ciências do homem, o campo de conhecimento é diferenciado das ciências que prezam a objetividade e a neutralidade do pesquisador. Na pesquisa qualitativa, o pesquisador deve estar consciente que sua própria pessoa é importante para a compreensão e interpretação de um meio social, que assim como seus objetos de observação, também está inserido nele.

3.2 A METODOLOGIA DE PESQUISA QUALITATIVA

A metodologia qualitativa é usada há muito tempo com a finalidade de se refletir sobre a condição humana, nas suas interações sociais, e na compreensão dos significados e intencionalidades do homem nessa situação (72-75).

Esta metodologia começa a ser considerada científica a partir de trabalhos antropológicos, sociológicos e de educadores. E nesse contexto, a psicanálise colabora de forma significativa para a compreensão do homem. São trabalhos que não só transcendem uma simples oposição do quantitativo ao qualitativo, mas também destacam a diferenciação do objeto qualitativo peculiar. Embora, em certo

aspecto, possamos observar uma luta (teórica) entre o positivismo e as correntes compreensivas em relação às formas de valorização dos significados (72, p.24).

Minayo (72) aborda as metodologias de pesquisa qualitativa como aquelas que acrescentam de forma estruturante “*a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais*” (p.22). Nesse sentido temos uma injunção dialética entre as ciências humanas e as ciências naturais, ou seja, por um lado temos o ambiente dos significados e da intencionalidade nos fenômenos sociais e individuais, e por outro lado temos outro espaço dos métodos numéricos e estatísticos na busca de causa e efeito. E nesse contexto complexo, Minayo (72) descreve com pertinência a participação da subjetividade do pesquisador como fundamento de sentido da percepção da subjetividade do homem observado, característica que se tem de forma diferenciada na metodologia qualitativa.

Morse e Field (74, p.243) demarcam os métodos qualitativos como “métodos de pesquisa indutivos, holísticos, êmicos, subjetivos e orientados para o processo, usados para compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas a fenômenos ou a settings”. Segundo estas autoras pode-se notar uma certa sobreposição entre as questões pessoais subjetivas dos pesquisados e do pesquisador. Nesse sentido o caráter êmico adquire uma posição fundamental. Fontanella, Campos e Turato (76) mencionam que numa pesquisa genuína o investigador deve-se colocar na perspectiva do sujeito observado, interpretando os resultados de acordo com a lógica desse sujeito. Uma situação que pode parecer simples, mas não é, pois demanda do pesquisador um bom nível de percepção a respeito de suas próprias perspectivas para conseguir diferenciar as perspectivas do observado. Conseguindo posicionar-se estrategicamente na perspectiva do observado, pode-se indutivamente, segundo a lógica peculiar do contexto cultural onde se insere a pessoa observada, chegar a conhecimentos originais, desconhecidos na perspectiva do pesquisador ou de teorias prévias deste. Os fundamentos do pensamento fenomenológico fornecem os esteios filosóficos das metodologias qualitativas, uma vez que o significado fornecido pelos sujeitos é o

que permite a compreensão da natureza do objeto de estudo, a partir da interpretação dos fatos que podem ser captados pelos sentidos.

Nesse contexto a conotação de fenômeno é que se apresenta por si mesma, percebida por estar no plano da consciência tanto física quanto psíquica. De outra forma, em pesquisa qualitativa, dentro do pensamento fenomenológico, não são apenas coisas materiais que percebemos ou as coisas naturais estudadas pelas ciências da natureza, mas as idéias que existem apenas no pensamento humano, como as estudadas pela matemática e pela lógica. Cultura, como produto da atividade prática do ser humano, é um fenômeno que *“aparece à consciência e é constituído pela própria consciência”* (77, p.238), e isso nos interessa na pesquisa qualitativa.

3.3 SOBRE O MÉTODO CLÍNICO-QUALITATIVO

Podemos dizer, com precisão, que o método clínico-qualitativo é uma diferenciação da metodologia qualitativa, com identidade própria já desenvolvida, e que pode futuramente, desenvolver-se mais como a própria ciência. Este caminho serve para ser aplicado especificamente ao quadro da saúde, com o objetivo de captar as vivências do sofrer existencial dos indivíduos pesquisados em relação a determinado problema no campo saúde-doença (2). O método nasce a partir da metodologia qualitativa genérica durante a aplicação a problemas originados na clínica, utilizando todo um arsenal de equipamentos e oportunidades que a prática clínica apresenta de maneira peculiar e única, para aquele que se *“inclina”* em direção ao doente. Por um lado é uma proposta metodológica ambiciosa de *“união seletiva, na postura eclética, entre duas áreas metodológicas densas”* (2, p.225); por outro lado, consideramos que não seja ambiciosa também, mas apenas uma boa descoberta que a pessoa que exerce a *“clínica”*, com pacientes, tem. Oportunidade de pesquisa única, muito rica, que não deve ser relevada (como novo método científico) pela ciência. O clínico pesquisador pode usá-lo em pesquisas na área de saúde.

Turato (2) apresenta uma bela, científica e *“ampla definição do método clínico qualitativo”* (p.242):

“A partir das atitudes existencialista, clínica e psicanalítica, pilares do método, que propiciam, respectivamente, a acolhida das angústias e ansiedades do ser humano, a aproximação de quem dá ajuda e a valorização dos aspectos emocionais psicodinâmicos mobilizados na relação com os sujeitos em estudo, este método científico de investigação, sendo uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das ciências humanas, e pondo-se como recurso na área da psicologia da saúde, busca dar “interpretações a sentidos e significações trazidos por tais indivíduos sobre múltiplos fenômenos pertinentes ao campo do binômio saúde-doença, com o pesquisador utilizando um quadro eclético de referenciais teóricos para a discussão no espírito da interdisciplinaridade”.

A definição anteriormente descrita contempla a ruptura epistemológica entre a metodologia clínico-qualitativa e os demais modelos genéricos de pesquisa qualitativa.

Alguns psicanalistas ligados a *International Psychoanalytical Association* (IPA) (78), consideram que o texto de Freud, a *Interpretação dos Sonhos* publicado em 1900 (79), demarca a criação da psicanálise. Separam-se em textos pré-psicanalíticos e psicanalíticos. Um dos diversos enfoques possíveis ao fato histórico do Dr. Sigmund Freud ter destruído seu texto: *Projeto para uma Psicologia Científica* (80), e que o ligava ao positivismo e ao organicismo deste contexto histórico específico, a relações de causa e efeito. Quando passa a usar a literatura de Shakespeare e Goethe também para falar sobre a natureza humana, começa predominantemente a focar questões simbólicas, de significado e intencionalidade. Nesse particular aspecto, podemos dizer que na psicanálise predominam as bases de uma pesquisa qualitativa genérica.

3.4 VIABILIZANDO A APLICAÇÃO DO MÉTODO CLÍNICO-QUALITATIVO

Turato (2), de maneira clara, sintetiza: *“o método viabiliza o projeto de pesquisa; a técnica viabiliza o método; e finalmente, os procedimentos viabilizam a técnica”* (p.306). Deste modo, os instrumentos técnicos e os procedimentos deste

trabalho científico são: as entrevistas semidirigidas de questões abertas e a análise de conteúdo, que envolve a etapa da categorização.

3.4.1 Tendo contato com o campo de pesquisa

3.4.1.1 A forma de construção da amostra e de inclusão de indivíduos

A população pesquisada foi de mulheres que foram submetidos a cirurgia bariátrica no Serviço de Cirurgia do Hospital das Clínicas da UNICAMP, segundo os seguintes critérios de inclusão:

- Ter mais de 21 anos;
- Ter sido submetida à cirurgia bariátrica, perdido peso e recuperado mais de 15% do peso perdido;
- Apresentar concordância, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para participação na pesquisa.

Considerados critérios de exclusão, a paciente não deverá apresentar, na avaliação pré-operatória, diagnósticos de: transtorno psicótico; transtorno de personalidade; síndrome psico-orgânica ou retardo mental, segundo as diretrizes propostas pela Classificação Internacional de Doenças (CID10) (81).

Na pesquisa qualitativa, escolhe-se uma amostra intencional que é composta por *“um pequeno número de pessoas preferidas deliberadamente em função da importância que elas têm em relação ao tema eleito, consideradas assim portadoras de representatividade social numa situação determinada”* (2, p.296); e, excluem-se pacientes que, a nosso ver, não seriam portadores desta representatividade na situação elaborada do estudo em si.

Morse e Field (74) são autores que enfatizam que um passo significativo para a validade da pesquisa qualitativa é a escolha da amostra, que sendo proposital e teórica, tem como fundamento que os entrevistados sejam escolhidos em razão de sua vivência em função do tema em estudo, podendo assim fornecer informações ricas e embutidas de realidade. Em pesquisa em ciências humanas

de enfoque qualitativo, a amostra é composta por sujeitos adequados para informar do assunto sob investigação.

Na pesquisa qualitativa não se objetivam inferências estatísticas nem o tamanho da amostra “*vai decorrer de necessidades não matemáticas*” (82). Confirmando esta idéia Minayo (72) relata:

“Certamente o número de pessoas é menos importante do que o empenho de enxergar a questão sob várias perspectivas e pontos de vista. A validade da amostra está na sua potencialidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões” (p.198).

Trilhando esta linha de pensamento e considerando o trabalho apresentado, o número que constitui a amostra não é definido antecipadamente, mas durante o trabalho, e a amostra termina quando há saturação de informações, ou seja, quando percebemos que os dados acrescentados não são significativos em relação aos nossos objetivos. Por conseguinte, critério de saturação (83-85) é o que norteia quanto ao encerro da amostra.

A escolha das oito mulheres que compõem a amostra, ocorreu da seguinte forma: com as primeiras quatro, conversei logo após o término de uma sessão psicoterápica de grupo de pacientes que já fizeram a CMB. A quinta, foi uma indicação da primeira entrevistada, que em sua entrevista informou que conhecia uma amiga que tinha ganho peso. A sexta entrevistada, veio através de um colega cirurgião que consulta regularmente pacientes de pós operatório. Para a sétima e oitava entrevistadas, ligações telefônicas de uma lista do ambulatório de pessoas que tinham sido operadas nos últimos onze anos.

Para a construção da amostra intencional fechada pelo critério de saturação, valemo-nos do critério da homogeneidade fundamental, que no nosso caso foi ser composta por mulheres, que fizeram a cirurgia bariátrica no Hospital de Clínicas da Unicamp, emagreceram e recuperaram pelo menos 15% do peso perdido, e com história de acompanhamento ambulatorial no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HC-UNICAMP. Escolhemos o percentual de 15% de ganho de peso perdido pós a cirurgia, inspirados pelo trabalho do grupo de Jaqueline Odom (4). É um trabalho relativamente específico e recente para nosso

tema, em que considera este percentual como “cl clinicamente significativo” em comparação com valores percentuais menores.

3.4.1.2 Vivência no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HC-UNICAMP

Os caminhos com relação ao contato com a coordenação do Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HC-UNICAMP foram facilitadas por eu ter meu orientador participativo há anos deste ambulatório. Depois foi apresentado o Projeto de Pesquisa, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp sob nº 513/2010 (ANEXO 5). Esclarecidas as etapas de execução das atividades de campo e seus objetivos acadêmicos, tendo sido aceita e bem acolhida a proposta de trabalho, iniciou-se o trabalho de campo.

3.4.1.3 Aculturação

Após discussões e reflexões com o orientador, teve início um tempo de aculturação que consistiu na participação das atividades normais do ambulatório, semanalmente, às quartas-feiras, de julho de 2010 até janeiro de 2011. De modo genérico esta atividade de aculturação consiste em *“assimilar idéias e costumes de uma sociedade para a qual migramos e na qual ficamos imersos temporariamente”* (2, p.344), ou seja, consiste num processo de relacionamentos profundos e contínuos, visando a assimilação de elementos de uma outra cultura. No *setting* da saúde, este processo consiste em uma imersão no ambiente onde os fenômenos ocorrem, no caso do presente estudo, o Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HC-UNICAMP.

A aculturação foi feita a partir de uma participação em atividades diversas neste ambulatório: observação de grupos de orientação da equipe multidisciplinar e em relação às rotinas do ambulatório, como a angústia das pacientes frente à pesagem matutina semanal. Com relação aos diversos grupos, que enfocavam especificidades inerentes à função do profissional, eram cirurgião, enfermeira, assistente social e nutricionista. Quanto às rotinas, podia-se observar a pesagem

semanal e avaliações individuais com os profissionais específicos. Pode-se também participar de conversas informais com pacientes e equipe de saúde nos corredores. Toda essa situação possibilitou ao pesquisador a necessária imersão no ambiente natural dos pacientes a serem estudados e, deste modo, *“iniciar uma rede de relações, fazer correções iniciais dos instrumentos de coleta de dados e produzir uma agenda e um cronograma de atividades posteriores”* (72, p.199).

Nesta fase de aculturação, elaborou-se um diário de campo, em que se colocaram informações vindas desse período. Estes dados foram úteis para refletir sobre o direcionamento relativo quando na coleta de outros dados na etapa das entrevistas.

Neste passo, é fundamental termos noção do caráter êmico da pesquisa, ou de outra forma: a interpretação dos fenômenos deve ser elaborada a partir da perspectiva do sujeito observado, e não a partir da perspectiva do pesquisador. Nesse sentido, o sujeito observado é uma espécie de parceiro, sem perder-se a noção de quem é o pesquisador/agente e quem é o sujeito/paciente da ação observada. Para isto, a vivência do pesquisador/agente no meio cultural dos sujeitos/pacientes investigados é necessária para a correta construção de um instrumento de pesquisa colocado em campo. Em sua particularidade, esta pesquisa envolve a singularidade do pesquisador, que teve um acréscimo nesta fase, visto inserir-se em mais um ambiente de tratamento de saúde de pacientes que provavelmente vão fazer ou fizeram esta cirurgia. Neste outro serviço (PUC-Campinas), faz regularmente avaliações pré e pós cirúrgicas para procedimentos metabólicos e bariátricos desde 2006, com media mensal de pelo menos 2 pacientes ao mês, que se encontram em diversos períodos do tratamento, tanto pré como pós cirúrgico.

3.4.2 Para Coleta de Dados formais

3.4.2.1 Instrumento para coleta de dados

Depois de um período somente de aculturação com as pessoas a serem pesquisadas, ou seja, convivido com elas, vivenciado o ambiente clínico delas; o pesquisador discutiu com os seus pares do Laboratório de Pesquisa Clínica Qualitativo sobre estas experiências emocionais com estas pesquisadas, e repensado questões do formulário proposto no projeto inicial. Munido destes dados, destas vivências e contribuições dos pares frutos de discussão, afinal entra-se na fase formal de coleta do material da pesquisa.

Consideramos a entrevista como uma espécie de “padrão ouro” para a coleta de dados em pesquisa clínico-qualitativa, nas palavras de Turato (2) por ser:

“instrumento precioso de conhecimento interpessoal, facilitando, no encontro face a face, a apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa do entrevistado” (p.308).

Com relação à particularidade desta entrevista para nosso método, consideramos as entrevistas não dirigidas, em que os entrevistados são estimulados por questões abertas a falarem dos significados que eles atribuem às suas experiências da doença inserida de forma complexa em suas vidas. Fontanela et al. (76) desenvolveram este benefício para a pesquisa deste instrumento:

“são as entrevistas não dirigidas que propiciam, de modo espontâneo e freqüente, os achados de serendipidade, ou seja, aqueles que são encontrados por acaso e de forma não esperada durante o curso da investigação, com todo o potencial heurístico que este fenômeno carrega”.

3.4.2.2 A técnica que é uma verdadeira protagonista: a entrevista semidirigida de questões abertas.

Morse e Field (74) descrevem a entrevista semidirigida de questões abertas como um procedimento no qual “o pesquisador conhece a maioria das questões a

perguntar, mas não pode predizer as respostas” (p.94); e, acrescenta que esta técnica *“garante que o pesquisador obterá todas as informações requeridas, enquanto, ao mesmo tempo, dá ao participante liberdade para responder e ilustrar conceitos”* (p.94). Podemos considerar a relação pesquisador-pesquisado como uma dupla participativa, e o desenrolar da conversa pode ser estimulado por ambos. Isto pode ser um elemento bastante rico na busca de conhecimentos genuinamente novos.

Neste estudo elaborou-se uma série de questões básicas a todo entrevistado, de forma a facilitar a comparação das respostas, facilitar a análise de dados e reduzir a interferência de uma visão da perspectiva do pesquisador e não do entrevistado. Norteamo-nos por Turato (2, p.314) onde o entrevistador introduz o tópico, e então guia a discussão para pontos mais específicos.

Esta entrevista leva os sujeitos observados a mostrarem *“os significados que atribuem a suas vivências pessoais quanto às questões de sua saúde e doença, possibilitando ao pesquisador tanto dispor destes dados de forma descritiva, como inferir sobre o conteúdo latente e a psicodinâmica destas vivências”* (82, p.75). Na dupla pesquisador-pesquisado mostram-se, ambos, com um certo nível de atividade: por um lado o pesquisador tem uma postura ativa não se prendendo rigorosamente às perguntas elaboradas anteriormente, e pelo lado do entrevistado, possui uma postura ativa com relação a situações em que acha necessário algo significativo que não está rigorosamente ligado à indagação do pesquisador.

Neste trabalho, partindo das considerações teóricas abordadas, realizaram-se oito entrevistas nos dias 01/09/2010; 15/09/2010; 22/09/2010; 06/10/2010; 20/10/2010; 17/11/2010; 22/12/2010 e 05/01/2011, todas por volta das oito horas da manhã, no Ambulatório de Cirurgia Metabólica e Bariátrica do HC Unicamp, com pacientes que atendiam às exigências dos critérios de inclusão.

As entrevistas foram feitas de acordo com o Método Clínico-Qualitativo: cultivava-se logo de início um bom clima propício à sinceridade e a franqueza através da cordialidade e respeito, segue-se a leitura e assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2), abordagem inicial (ANEXO 3), coleta de dados de identificação do sujeito e a conversa a partir das questões semi-estruturadas de questões abertas (ANEXO 4). Alguns aspectos da postura e do jeito da entrevistada, como algumas reações emocionais do pesquisador, foram registrados no corpo das entrevistas transcritas.

As entrevistas foram norteadas pelo roteiro do ANEXO 4, gravadas em áudio com fita cassete, o que permitiu a futura escuta das falas. A transcrição da entrevista foi realizada pelo pesquisador. Durante a transcrição o pesquisador foi fiel às falas da dupla pesquisador-entrevistada, e eventualmente escrevia algumas ideias que ele tinha e que pensava existir uma correlação com o contexto da entrevista, conforme ANEXO 4/ítem C/número23, e transcrevia entre colchetes. Todas as transcrições foram iniciadas nos mesmos dias das entrevistas, com o objetivo principal de que eventuais detalhes não captados pela gravação pudessem ser descritos. Retirados alguns dados como nomes próprios que pudessem identificar o entrevistado, sendo os nomes próprios delas substituídas por números de 1 a 8, de acordo com a ordem das entrevistas.

3.4.3 A Categorização e a Análise de Conteúdo

3.4.3.1 A Técnica de tratamento dos dados: Questões Gerais

Os dados alcançados nas entrevistas foram expostos a um processo de categorização e análise de conteúdo. Temos no corpus transcrito, apresentado no formato CD-ROM (ANEXO I), o total das transcrições do material gravado durante as entrevistas, em sua forma não elaborada.

Existem duas fontes para os dados utilizados em pesquisas qualitativas: as transcrições das entrevistas gravadas e as anotações livres feitas durante o processo de entrevistas, sendo que estas últimas podem ser utilizadas durante o processo de discussão do material de forma global e no tratamento dos dados recebidos formalmente durante as entrevistas.

3.4.3.2 A Técnica de tratamento dos dados: Categorização

Com uma análise prévia de dados obtidos durante as entrevistas, com uma releitura e uma escuta flutuante, busca-se agrupar, como é de acordo entre os pesquisadores qualitativistas, em categorias e subcategorias que, segundo Fontanella (82) *“são conjuntos e subconjuntos ideativos formados a partir do trabalho de discriminação que o pesquisador faz daqueles índices observados”* (p.83).

A criação de sistemas de categorias tem por objetivo, segundo Minayo (72), *“encontrar unidade na diversidade e produzir explicações e generalizações”* (p.178). Esta autora acrescenta que as categorias são *“conceitos classificatórios”*, e, são *“termos carregados de significação, por meio dos quais a realidade é pensada de forma hierarquizada”* (p.178).

Minayo (72) propõe a classificação composta por categorias empíricas, que *“são sistemas construídos a posteriori, a partir da compreensão dos atores sociais, possibilitando desvendar relações específicas do grupo em questão”* (p.179). E acrescenta que com esta compreensão e apreensão da categoria empírica *“percebera que elas são saturadas de sentido e chaves para a compreensão teórica da realidade em sua especificidade histórica e em sua diferenciação interna”* (p.179).

No processo de categorização organiza-se o pensamento investigativo, com a compreensão dos fenômenos observados, lapidando os dados brutos das entrevistas (82).

Considerando a categorização, percebemos que ela possui sinais do pesquisador que teve uma participação ativa no campo de trabalho a ser compreendido.

3.4.3.3 A análise de dados qualitativos

Minayo (72), de uma forma adequada fala de três obstáculos quando se inicia a análise dos dados reconhecidos em campo:

- primeiro obstáculo é superar a “*ilusão*” tanto mais perigosa quanto mais o pesquisador pensa que tem de familiaridade com o objeto a ser pesquisado. A autora escreve:

“Portanto, analisar, compreender e interpretar um material qualitativo é, em primeiro lugar, proceder a uma superação da sociologia ingênua e do empirismo, visando penetrar nos significados que os atores sociais compartilham na vivência de sua realidade” (p.299);

- segundo obstáculo é o pesquisador sucumbir à magia dos métodos e das técnicas, esquecendo-se do que realmente importa que é a fidedignidade da compreensão do material. Minayo (72) escreve:

“Como orientadora de tese e avaliação de livros e artigos é o que mais tenho encontrado: uma rendição do investigador às técnicas, pondo-as no lugar da essencialidade dos significados e intencionalidades” (p.299 e p.300);

- terceiro obstáculo:

“é a dificuldade que muitos pesquisadores têm da junção e síntese das teorias e dos achados em campo ou documentais” (p.300).

Optamos pelo uso da consagrada análise de conteúdo “expressão genérica que designa o tratamento de dados qualitativos” (72, p.301), e também pela consideração que: “*As técnicas da análise de conteúdo estão para as pesquisas qualitativas, assim como as técnicas estatísticas estão para as pesquisas quantitativas*” (2, p.442), sendo estas hegemônicas nas pesquisas na área médica.

Concordamos com Minayo (72, p.301) que a mais importante autora dessa modalidade é Laurence Bardin, professora da Universidade de Paris V. Embora Turato ache seus textos relativamente áridos quando aplicados em settings clínicos (2, p.442), consideramos que através deles pode-se ter uma boa definição da “*Análise de Conteúdo*”:

“Um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” (conteúdos e continentes) extremamente diversificados – desde o cálculo de freqüências que fornece dados cifrados, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos – é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. Absorve e cauciona o investigador por esta atração pelo escondido, o latente, o não-aparente, o potencial de inédito (do não-dito), retido em qualquer mensagem. Tarefa paciente de “desocultação”, responde a essa atitude de voyeur, de que o analista não ousa confessar-se e justifica a sua preocupação, honesta, de rigor científico” (86, p.11; grifo do autor desta dissertação).

Esta técnica consiste em uma leitura de primeiro plano, uma ou mais vezes, e procurar abranger um nível mais profundo que os sentidos manifestos do material. Esta abrangência, é algo que transcende o superar ou ultrapassar, porque podemos ficar em uma dialética simples do “melhor ou pior”, e o que se busca é algo que se situa nos significados e intencionalidades do objeto observado desconhecido ainda.

Optamos pela Análise Temática, dentre as modalidades de Análise de Conteúdo descritas por Minayo (72, p.315).

3.4.3.4 A análise de dados qualitativos: a Análise Temática

A noção de tema está veiculada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. É um conjunto de relações que pode ser graficamente mostrado através de uma palavra, frase ou resumo.

Fazer uma análise temática é descobrir os núcleos de sentido que abrangem a comunicação, que significam algo para o objeto analítico visado. Minayo (72) escreve:

“Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso” (p.316).

Para aplicar esta técnica faz-se a leitura flutuante do conjunto transcrito e deixa-se “*impregnar pelo seu conteúdo*” (72, p.316). O caos inicial relacionado às hipóteses iniciais, hipóteses emergentes, e teorias relacionadas ao tema, tornarão

a leitura cada vez mais sugestiva, percebendo-se que o caos inicial se dissipa ou se transforma em “não caos”.

De posse de “temas”, passa-se à exploração do material que consiste numa operação classificatória que visa alcançar os núcleos de compreensão do texto. O pesquisador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. Nesse ponto Minayo (72) escreve sobre categoria e categorização:

“A categorização – que consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas – é uma etapa delicada, não havendo segurança de que a escolha de categoria a priori leva a uma abordagem densa e rica” (p.317).

Na análise temática (72, p.315-318), a categorização do material foi feita num primeiro momento, e no processo de análise de dados, foram elaboradas novas categorias emergentes da compreensão dos indivíduos pesquisados, e da discussão com o orientador e junto aos pares do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa.

Para desfecho do tratamento de dados obtidos, eles são interpretados. O pesquisador aventa inferências e efetua possíveis associações do material categorizado. Fica-se atento para o potencial heurístico desta atividade.

3.4.4 A validade na pesquisa qualitativa

A idéia de validade remete à concepção de consistência e solidez dos resultados, a uma posição crítica constante que deve estar presente em qualquer atividade científica adequada. Em pesquisa quantitativa a validade seria a propriedade de medir a realidade tal como ela é (72, p.383).

Turato relata de maneira didática e útil para a compreensão dois tipos de validação, a “interna” e a “externa” que se completam. A primeira (interna) envolve o autor e seu projeto e configura rigores para que a apreensão dos fenômenos dê, a estes, atributo de verdade. Turato (2) aborda situação da validação interna dos achados e resultados, na proposta metodológica clínico-qualitativa, quando:

“ocorre principalmente à medida que se emprega o background do profissional-pesquisador: os dados coletados são admitidos como válidos a partir do uso do expressivo conjunto de conhecimentos/experiências que perfazem a base intuitiva, intelectual e técnica do investigador (p.389)”.

Para a segunda, validação externa, temos o pesquisador em uma interação criativa e enriquecedora com seus interlocutores acadêmicos. De posse dos dados obtidos na pesquisa, o pesquisador estará exposto a uma influência mutua *“de cuja interação/debate afetivo-intelectual provirão considerações favoráveis ou adversas ao atributo de verdade destes achados”* (2, p.391).

Trilhando estas recomendações, durante o períodos que se estendeu este trabalho, desde o projeto inicial até a análise de conteúdo do material já categorizado, foi mantida uma interlocução constante, com apresentações formais e não formais, tanto com o orientador, como com os pares do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa da FCM da Unicamp.

3.4.4.1 O pesquisador como instrumento

A questão do pesquisador como instrumento coloca em pauta algumas situações particulares com relação ao pesquisador qualitativista. Com propriedade, Turato (2) menciona algumas características significativas que transcendem a disciplina técnica:

“a criatividade, a capacidade de indagar, a curiosidade com o não conhecido, e a ética” (p.25).

Esta situação mostra-se importante devido à participação ativa do pesquisador para a aplicação do método em si. Além disso também contam o conhecimento prévio do pesquisador sobre o assunto e seu potencial para ter uma compaixão madura sobre as pessoas, objetos da pesquisa. Turato (2) menciona uma atitude existencialista:

“o pesquisador percebe, em si, angústias e ansiedades de âmbito pessoal, deixa-se mover deliberadamente por elas para buscar a compreensão profunda das questões humanas e, identificando-se com o outro (o sujeito-alvo de seu estudo), acolhe as angústias e ansiedades deste” (p.226).

Faz parte do pesquisador qualitativista uma demanda necessária de inserção profunda no campo e com os sujeitos investigados. Turato (2) descreve:

“o pesquisador terá de estar envolvido, emocionalmente também, com o seu objeto de estudo. Terá que misturar-se com ele, identificar-se, ‘ser ele’” (p.25).

Esta situação é altamente complexa porque, de uma certa forma, cobra um rigor com relação à uma maturidade de personalidade diferenciada do pesquisador, para ter essa liberdade de se identificar profundamente com o objeto pesquisado, retornando à sua solidão cotidiana normal debaixo de sua própria pele, e pensando as possíveis novas interpretações desconhecidas a partir de sua experiência de identificação com o observado.

Os fenômenos subjetivos humanos são objeto para a pesquisa qualitativa. Para apreendê-los é necessário fazer uso da subjetividade do pesquisador. De uma certa forma, esta parte subjetiva do observador é uma espécie de órgão de percepção do subjetivo do observado.

A subjetividade do pesquisador qualitativista pode ser um viés anticientífico, mas, de posse desse conhecimento dos potenciais soslaio, pode-se inspirar num uso deste método que tem potencialidade de captar algumas coisas que outras metodologias não captam.

3.5 OS CUIDADOS ÉTICOS

Esta pesquisa teve seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, em Campinas SP, tendo sido homologado em sua VI Reunião Ordinária, em 22 de junho de 2010, parecer No 513/2010, CAAE 0396.0.146.000-10 e respeitou as exigências cabíveis da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (87); e 340/04 do Conselho Nacional de Saúde (87, 88), visto que se tratou de uma pesquisa realizada na área da saúde.

Antes de cada uma das oito entrevistas, foi estabelecida uma aceitação espontânea das participantes, expressa através da assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2). Para esta aceitação, o pesquisador explicou para as entrevistadas sobre o estudo, os objetivos, os instrumentos a serem aplicados, os motivos e sobre a garantia do sigilo em relação às informações prestadas. Depois desta explicação e depois de respondidas às questões que surgiram em relação aos procedimentos e objetivos das entrevistas, deu-se início à coleta dos dados. Os dados de identificação do sujeito foram preenchidos em uma folha à parte do questionário. Foram omitidos os nomes dos entrevistados nas transcrições formais das entrevistas, e estes foram referidos por números de 1 a 8, de acordo com a ordem de ocorrência das entrevistas.

As gravações e os dados de identificação do sujeito que foram preenchidos em uma folha à parte do questionário (ANEXO 4), serão guardados pelo pesquisador por cinco anos e, a seguir, destruídas.

3.5.1 A Postura ética do pesquisador

Cabe um item à parte sobre ética, uma vez que a subjetividade do pesquisador é algo fundamental neste método de pesquisa. Nesse sentido há uma demanda que uma ética particular seja anexada na postura do pesquisador.

Diante do tipo de potencial de viés em pesquisa clínico-qualitativa, independe da extensão “maior” ou “menor” do viés, e sim sobre um viés diferente que não pode ser balizado quantitativamente; sobre isso, Turato (2) anota:

“eticamente, esperamos que o pesquisador alertado e honesto reconheça a sua existência inerente, pronuncie-se sobre ele em seus escritos e considere-o na hora de discutir/interpretar os resultados de sua observação e/ou experimentação” (p.371).

Considera-se que o viés existe em qualquer observação, ou seja, um potencial de distorção, mesmo que sutil, na apreensão e descrição dos fatos. Pode-se considerar que a neutralidade absoluta é uma ilusão, mas pode ser um bom referencial norteador porque considera a verdade do cientista observador imperfeito.

Acreditamos que ser ético em pesquisa clínico - qualitativa é ter um “*genuíno respeito pela individualidade*” (89) do outro. A partir dessa semente primordial, brota uma norteadora neutralidade enriquecedora, que pode observar o sujeito que sofre, e, embora o enfoque seja a pesquisa e não a terapêutica, permite que o observado na sua individualidade respeitosamente examinada, colabore com o conhecimento para melhora da humanidade. Poder ver o outro, mais próximo, do jeito que ele realmente é, sem idealizações, pré-conceitos ou depreciações, é caminhar para o desenvolvimento do conhecimento científico estruturado pela ética.

4. RESULTADOS

4.1 ARTIGO

WEIGHT REGAIN IN WOMEN AFTER METABOLIC AND BARIATRIC SURGERY: A QUALITATIVE STUDY IN BRAZIL

Aceito para submissão na revista *Obesity Surgery* dia 6 de junho de 2012, com *Manuscript Number Assigned*: OBSU-D-12-00211.

AUTORES:

A. Carvalho Jr.

Corresponding Author,
Post Graduate Faculty of Medical Sciences,
Department of Medical Psychology and Psychiatry,
Faculty of Medical Sciences – UNICAMP,
Rua Dona Rosa de Gusmão, 412,
Campinas, Brazil CEP 13073-141
Phone: 55 (19) 92698247, Fax: 55 (19) 3243-1374
e-mail: atalibade@uol.com.br

E. R. Turato

Coordinator of the Laboratory of Clinical-Qualitative Research,
Department of Medical Psychology and Psychiatry,
Faculty of Medical Sciences – UNICAMP, Campinas, Brazil
e-mail: erturato@uol.com.br

E. A. Chain

Department of Surgery,
Faculty of Medical Sciences – UNICAMP, Campinas, Brazil
e-mail: chain@hc.unicamp.br

R. Magdaleno Jr.

Researcher of the Laboratory of Clinical-Qualitative Research
Department of Medical Psychology and Psychiatry
Faculty of Medical Sciences, UNICAMP, Campinas, Brazil
e-mail: ronism@uol.com.br

Abstract

Background With the increase in the number of bariatric surgeries carried out in the past few decades, the problem of a weight regain after metabolic and bariatric surgery (WRMBS) has become important. Psychological factors influence this undesirable situation but there are few studies on how these factors contribute. We propose a qualitative study to help understand how these factors influence the prognosis of WRMBS. *Method* We use the clinical-qualitative method, by means of a semi-directive interview with open-ended questions on an intentional sample, closed by saturation, with 8 women operated on in the Bariatric Surgery Outpatients' Clinic at the General Hospital of the University of Campinas (UNICAMP), São Paulo State. *Results* A feeling of defeat and failure arises and contributes to social isolation; there are no regrets at having had the surgery; there is a tendency to feel rejected; there is a sense of abandonment and loss of self-esteem. *Conclusion* WRMBS is a complex and dynamic situation, involving various factors that have a mutual interaction. A psychological state characterized by over-sensitivity to criticism leads to a distancing from and eventual abandoning of the health service. The good experiences of the surgery that are present suggest that strategies of actively seeking the patient can be effective as a treatment. We note the need for more qualitative studies that allow the health team to better understand the dynamic psychological factors involved in WRMBS so as to provide guidelines on how to deal with this problem.

Keywords obesity; bariatric surgery; weight loss; weight gain; qualitative method; morbid obesity

Introduction

Obesity is a growing public health problem all over the world [1, 2]. In Brazil, as in the rest of the world, obesity has reached epidemic proportions [3, 4]. Added to the increase in the prevalence of obesity, the failure of conventional treatment has led to the increase in metabolic and bariatric surgeries (MBS) [5], albeit not at the same speed over the past 5 years [6].

After surgery, the long term maintenance of weight loss is not a guaranteed result [7, 8], its success depending on significant behavioral changes, as well as the capacity to reduce the use of food as a means of satisfying emotional needs [9-15]. A significant number of patients present a premature cessation of weight loss or weight regain after metabolic and bariatric surgery (WRMBS) [16], developing eating disorders through the onset or recurrence of eating compulsion [17]. The understanding of

the patient's emotional state on regaining weight after the MBS, as well as the surgery itself [13, 18, 19], is still a controversial and barely studied topic. We believe it is fundamental to know the psycho-social factors involved in the evolution of these patients. Regaining weight interferes negatively in psycho-social aspects and in the clinical evolution of the patients [12, 20, 21]. Research shows that WRMBS is to be expected, and relates this fact to the re-adaptation of eating habits and the increased caloric ingestion [7, 22, 23].

The objective of this study is to understand the emotional significance for women of regaining weight after MBS and to fill some gaps in the literature, with a view to developing a satisfactory therapeutic approach.

Subjects and Method

This study is clinical-qualitative in design, a specific form of the qualitative method applied to the field of health, which allows us to understand life experiences and the process

of suffering of individuals in relation to a given problem in the health-illness process.

Thus, this method is an adaptation of the humanistic method, which seeks to interpret scientifically the meanings that individual life

experiences acquire [24]. Qualitative research studies things in their natural settings, in an attempt to interpret the phenomenon in terms of meanings that people attribute to them. We believe that the application of the qualitative method is extremely useful for physicians as it allows them to understand clinical phenomena observed in their practice [24-28].

The tool used for gathering data was a semi-directive interview with open-ended questions [29] administered to an intentional sample, in other words, that is carried out on a small number of people, chosen deliberately in function of the importance they have in relation to a given theme and in accordance with its social representation [24, 26, 29].

This approach aims to guarantee that the problems be discussed in depth with the interviewees. The technique to construct the sample to be used in qualitative research preempts the need for a statistical representation of the population under study, that is, random studies are not used. The data are produced with the aim of reformulating,

changing direction, complementing and/or clarifying initial hypotheses.

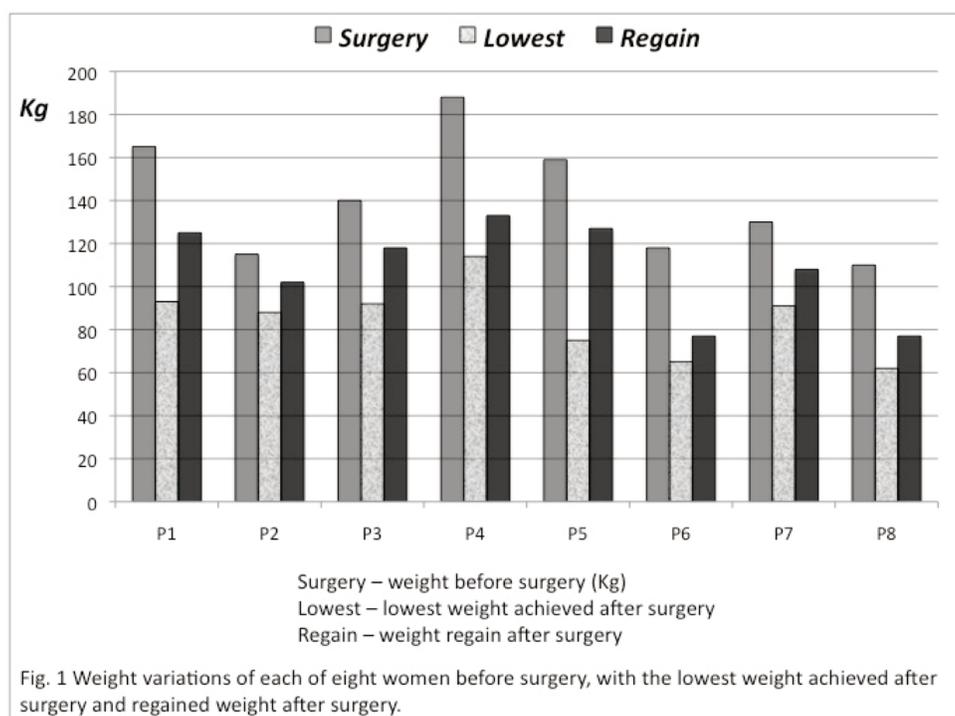
The sample consists of eight women who had regained weight after surgery at the Bariatric Surgery Outpatients' Clinic at the General Hospital of the University of Campinas (UNICAMP), a tertiary public university hospital, located in the city of Campinas, São Paulo State, in the south-eastern region of Brazil. The interval between surgery and the interview was from three and a half to eleven years, with an average of 9 years. The interviews were carried out between September 2010 and January 2011. The period of time between the least weight post-surgery and starting to regain weight varied among these women between 15 and 36 months, with an average of 23 months [7, 30, 31]. We define a significant weight regain as greater than or equal to 15% of the lowest weight achieved after surgery [21], and the patient with the lowest regain had 22% regain of the weight lost, and the greatest was 54% (Table 1 and Fig. 1).

Table 1 Sample characterization by individual: age, weight at surgery, lowest weight achieved after surgery, current weight and weight regain

Name	Age (year)	Weight(BMI) (kg-Kg/m2)	lowest(BMI)	Current(BMI)	Regain (Kg-percentage)
P1	56	165 (59,9)	93 (33,7)	125 (45,4)	32 (44%)
P2	38	115 (44,9)	88 (34,4)	102 (39,8)	14 (48%)
P3	55	140 (46,2)	92 (30,9)	118 (38)	26 (54%)
P4	40	188 (73,4)	114 (44,5)	133 (51)	19 (25%)
P5	42	159 (58,4)	75 (27,5)	127 (46,6)	32 (38%)
P5	55	118 (50,4)	65 (27,8)	77 (32,9)	12 (22%)
P7	61	130 (56,3)	91 (39,4)	108 (46,7)	17 (43%)
P8	41	110 (51,6)	62 (29,1)	77 (36,1)	15 (31%)

BMI- body mass index

Percentage-The percentage of weight regained based on the excess weight lost



The sample was closed using the saturation criteria [32], that is, when the addition of new interviews would add very little in relation to the initial aims. The interviews were recorded with the permission of the patients.

The transcription of the interviews made up the *corpus* of the study, providing the material for the qualitative analysis of content [33]. The qualitative analysis of the text does not infer categories based on the frequency of the analysis of the modules or units (or of other mathematical approximation). The

phenomenon thus identified can be interpreted as a shared concept, capable of being generalized in other environments.

The results were validated by a process of peer review in the group from the Clinical-Qualitative Laboratory, UNICAMP.

The research project was approved by the Research Ethics Committee of the Medical School of UNICAMP.

RESULTS

Weight regain: defeat and failure

“After the surgery, I was happy. I thought I had won life. I walked, I bought jeans, I felt like getting dressed up”. P1(56)

The experience of having lost weight after the surgery is a landmark in the lives of the patients who undergo MBS [34-37]. The most significant gains are: the experience of social reintegration and acceptance [36], the recovery of the quality of life [9, 23, 38], the reduction in feelings of sadness and anxiety

[39] and an improvement in self-esteem [36]. Regaining weight is experienced as a significant loss, giving rise to feelings of defeat and failure. The advantages achieved by the weight loss, held as triumphs, fade away and a feeling of devitalization can have dire effects for these women who face a permanent challenge to remain motivated both to keep down their weight and to take the permanent clinical care necessary after surgery. This motivation decreases as they begin to feel they are “losing the battle” against obesity, which stimulates the return to using food as a compensation for the frustration.

“After I started to regain weight, (things) started to fade, I began not wanting to leave the house, get dressed up, put on lipstick or dye my hair. I started to wilt...” P1(62)

Her life, which had begun to acquire new colors, begins to fade, to wilt and the feeling of disillusionment is felt intensely. With the weight regain, the triumphs obtained with the surgery begin to be lost, but even so, there remain positive registers of the past experience and the benefits obtained, to such an extent that many patients want to repeat the surgical procedure [23].

“Today, I can put it down to the surgery the fact that I am here and alive and I would do the surgery again if necessary...” P4(3138)

Absence of regret

Even with the weight regain, these women feel that their expectations *vis-à-vis* the surgery were satisfied, they are grateful to the health team and show no regret. There is a conviction that the surgery was a good choice.

“We undergo surgery, which is no easy thing, but I don’t regret it in the least...” P5(3603)

Despite all the damage that is associated with the weight regain, the patients are grateful for the opportunity to undergo surgery and for the associated gains, above all

for having received effective help in fighting the chronic problem of obesity and its complications, against which they have been struggling for most of their lives

“Even putting on weight and being sad, I’m not criticizing the surgery, I think it was a great help....” P1(70)

Experience of abandonment

“...the comment I hear is that ‘they’ are not going to like it. I can even understand that they don’t like it. I shall have to answer for it. I only hope it’s done gently....” P7(6181)

An unrealistic expectation about the results of the MBS and weight loss is a frequent occurrence [36]. The patients who put on weight again feel that in some way they have betrayed the trust of those who gave them the chance to lose weight. The feeling of defeat and failure can distance them from the health service through fear of not being welcome and not being understood by the health team.

“we were a little abandoned... they gave more importance to the pre-op than to the post-op. It’s not just me who thinks that; other friends think that too....” P1(586)

In some way they feel they are special patients, different from the other obese women who did not opt for surgical treatment, and this would demand a special sort of alliance with the team treating them. Weight regain would be experienced as breaking this alliance, thus making her into a problem patient, with powerful fantasies of rejection. The situation becomes complicated when there is any kind of criticism by the team, with the weight regain treated as a failure or weakness of the patient.

“Those of us who undergo surgery, I’m not saying we’re E.T.s, but we are different from other people. A normal person isn’t going to understand this....” P4(3545)

Loss of self-esteem: risk of social isolation

"...everything bothers (us)! Let's suppose the following: you want to put on a dress, it doesn't look good and, well! What can I say! It also influences our self-esteem!" P8(6281)

The feelings of defeat and failure bring about a loss of self-esteem that can lead to social isolation. Weight regain, if persistent, is accompanied by a loss in the quality of life due to the low self-esteem that goes along with it. The realization of the impossibility of controlling weight even after MBS lowers these women's self-esteem still further, who then use it as a defensive resource to distance themselves from the people who might judge them and criticize them.

DISCUSSION

Regaining weight after MBS is a complex psychological situation. There is at the same time a feeling of defeat and failure as well as the register of the positive experience of past success, of the improvement in the quality of life and of achieving a healthy weight. It is important that the treatment team be aware of the previous positive experiences so as to be able to define conduct that uses these positive experiences when dealing with the current problem of WRMB. The patient who has regained weight after MBS, unlike her unoperated obese counterpart, possesses a real experience of weight loss, which is a differential for later treatment with a view to returning to a healthy weight after the regain.

These patients tend to feel anxious, excluded and discriminated against. A new vicious circle of low self-esteem, anxiety and seeking food [36] is established, that is, the lowering of self-esteem leads to social isolation and a tendency to abandon medical care. Understanding this phenomenon makes us aware of the need for more active attitudes from the health team in the sense of seeking out these patients who, to avoid criticism,

"...it's difficult to admit but I feel this, I realize that it was because of this that I began to withdraw. I have withdrawn from things because I am unhappy with myself, because it has been a fight all my life." P7(5514)

There is a fear that they will have to answer for their weight, which leaves them in an impasse because they have already arrived at the last stage of their battle against obesity, that is, the MBS, and the problem still persists and once again slips their control.

"I'm really sad, and people ask: why don't you do the stomach reduction surgery? And you stop and think: but I have done it! And now what? It's complicated!" P4(2408)

voluntarily distance themselves from the health care service. The vicious circle is thus closed: the greater the weight regain, the greater the need of help, the fear of criticism, abandonment of treatment as well as weight increase. The risk is that these patients who regain most weight after surgery are precisely those who least follow the post-op care after MBS, with more complications and a worse prognosis as a consequence.

We consider that this group of patients present a psychological state marked by an exacerbated sensitivity to criticism, which easily leads them to withdraw from the health service and abandon the clinical and psychological care. Due to this, the team must be prepared to deal with the complex psychosocial fabric of this group of patients and to propose active strategies to seek them out with a view to resuming medical, psychological and nutritional treatment.

We believe that, using the qualitative method of scientific investigation, we can get closer to understanding the subjective significance of the experience that this group of patients undergoes. Nevertheless, it is a

complex path and we inevitably have to restrict our conclusions to some categories that are identified by the researcher at the

time of the study. For this reason, other possibilities must remain open for future qualitative studies.

Conflict of Interest We, the authors, verify that the submitted material has not been published and is not currently submitted for publication elsewhere. We agree to the inclusion of our names in the list of authors on the manuscript in the order shown on the title page. A. Carvalho Jr., E. R. Turato, E. A. Chain, and R. Magdaleno Jr. have no conflicts of interest or financial ties to disclose.

References

1. Buchwald H, Williams SE. Bariatric surgery worldwide 2003. *Obes Surg.* 2004;14(9):1157-64.
2. World Health Organization. Obesity and overweight. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/> (March 2011). Accessed 02/01/2012.
3. Ferreira VA, Magalhaes R. Obesidade no Brasil: tendências atuais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* 2006;24(2):71-81.
4. Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Income-specific trends in obesity in Brazil: 1975-2003. *Am J Public Health.* 2007;97(10):1808-12.
5. Buchwald H. Consensus Conference Statement Bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals, and third-party payers. *Surg Obes Relat Dis.* 2005;1(3):371-81.
6. Buchwald H, Oien DM. Metabolic/Bariatric Surgery Worldwide 2008. *Obes Surg.* 2009;19(12):1605-11.
7. Hsu LK, Benotti PN, Dwyer J, et al. Non-surgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosom Med.* 1998;60(3):338-46.
8. Magro DO, Gelonese B, Delfini R, et al. Long-term weight regain after gastric bypass: a 5-year prospective study. *Obes Surg.* 2008;18(6):648-51.
9. Dymek MP, le Grange D, Neven K, et al. Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en-Y gastric bypass: a brief report. *Obes Surg.* 2001;11(1):32-9.
10. Bocchieri LE, Meana M, Fisher BL. A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *J Psychosom Res.* 2002;52(3):155-65.
11. Byrne S, Cooper Z, Fairburn C. Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003;27(8):955-62.
12. Elfhag K, Rössner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev.* 2005;6(1):67-85.
13. Dziurawicz-Kozłowska AH, Wierzbicki Z, Lisik W, et al. The objective of psychological evaluation in the process of qualifying candidates for bariatric surgery. *Obes Surg.* 2006;16(2):196-202.
14. Magdaleno Jr R, Chaim EA, Turato ER. Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. *Rev Psiquiatr RS.* 2009;31:73-78.
15. Magdaleno Jr R, Chaim EA, Turato ER. Surgical treatment of obesity: some considerations on the transformations of the eating impulse. *Rev Latinoam Psicopat Fund.* 2010;13:425-440.
16. Benotti PN, Forse RA. The role of gastric surgery in the multidisciplinary management of severe obesity. *Am J Surg.* 1995;169(3):361-7.
17. Kalarchian MA, Marcus MD, Wilson GT, et al. Binge eating among gastric bypass patients at

- long-term follow-up. *Obes Surg.* 2002;12(2):270-5.
18. Glinski J, Wetzler S, Goodman E. The psychology of gastric bypass surgery. *Obes Surg.* 2001;11(5):581-8.
 19. Bauchowitz AU, Gonder-Frederick LA, Olbrisch ME, et al. Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: a survey of present practices. *Psychosom Med.* 2005;67(5):825-32.
 20. McGuire MT, Wing RR, Klem ML, et al. What predicts weight regain in a group of successful weight losers? *J Consult Clin Psychol.* 1999;67(2):177-85.
 21. Odom J, Zalesin KC, Washington TL, et al. Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. *Obes Surg.* 2010;20(3):349-56.
 22. Sugerman HJ, Kellum JM, Engle KM, et al. Gastric bypass for treating severe obesity. *Am J Clin Nutr.* 1992;55(2 Suppl):560S-566S.
 23. Myers VH, Adans CE, Barbera BL, et al. Medical and Psychosocial Outcomes of Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass: Cross-sectional Findings at 4-Year Follow-up. *Obes Surg.* 2012;22(2):230-9.
 24. Turato ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 4^a ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
 25. Denzin NK, Lincoln YS. The SAGE handbook of qualitative research. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage; 2005.
 26. Minayo MCS. O desafio do conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde. 12^a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
 27. Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. 2nd ed. London: Sage; 1995.
 28. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. London: Sage; 1990.
 29. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais de saúde [Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals]. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2006;14(5):812-20.
 30. Shamblin JR, Shamblin WR. Bariatric surgery should be more widely accepted. *South Med J.* 1987;80(7):861-5.
 31. Powers PS, Rosemurgy A, Boyd F, et al. Outcome of gastric restriction procedures: weight, psychiatric diagnoses, and satisfaction. *Obes Surg.* 1997;7(6):471-7.
 32. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas [Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions]. *Cad Saude Publica.* 2008;24(1):17-27.
 33. Bardin L. Análise de Conteúdo. 5^a ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
 34. van Hout GCM, Boekestein P, Fortuin FA, et al. Psychosocial functioning following bariatric surgery. *Obes Surg.* 2006;16(6):787-94.
 35. van Hout GCM, Fortuin FAM, Pelle AJM, et al. Psychosocial functioning, personality, and body image following vertical banded gastroplasty. *Obes Surg.* 2008;18(1):115-20.
 36. Magdaleno Jr R, Chaim EA, Turato ER. Understanding the life experiences of Brazilian women after bariatric surgery: a qualitative study. *Obes Surg.* 2010;20(8):1086-9.
 37. Magdaleno Jr R, Chaim EA, Pareja JC, et al. The psychology of bariatric patient: what replaces obesity? A qualitative research with Brazilian women. *Obes Surg.* 2011;21(3):336-9.
 38. de Zwaan M, Lancaster KL, Mitchell JE, et al. Health-related quality of life in morbidly obese patients: effect of gastric bypass surgery. *Obes Surg.* 2002;12(6):773-80.
 39. Maddi SR, Ross Fox S, Khoshaba DM, et al. Reduction in psychopathology following bariatric surgery for morbid obesity. *Obes Surg.* 2001;11(6):680-5.

5. DISCUSSÃO

Estudo permitiu um acréscimo ao conhecimento ligado às vivências emocionais de pacientes obesas mórbidas submetidas à CMB e que, após um emagrecimento progressivo, adequado, apresentaram um reganho de peso, em média entre 1 ano e meio e 2 anos depois da cirurgia (44, 46, 90). Após um exame criterioso das entrevistas em profundidade, feitas com as 8 entrevistadas, com média de tempo de 9 anos depois da cirurgia, percebeu-se que o procedimento cirúrgico marca importantes aspectos da vida emocional destas pessoas, mesmo com o percentual de reganho de peso, no campo da “psique”, que é altamente complexo.

Estas pacientes operadas que recaíram na obesidade novamente, vêm de uma recente turbulência emocional gratificante do período mais próximo de um peso mais saudável, ou seja, do período de grande sucesso terapêutico cirúrgico; e ainda é interessante termos em mente que nesse período de “obesidade tratada” com a intervenção, as regiões de sua mente de estruturas frágeis, pobreza de recursos simbólicos (91, 92), ficam como um pano de fundo constante e de certa forma inalterado. Esse pano de fundo de fragilidade psíquica é afetado de duas formas ao mesmo tempo: por um lado estimula a angústia patológica, velha conhecida por, geralmente, quase toda uma vida, e que a faz sofrer (uma vez que a história do “medo” do reganho/recuperação de peso já existia nos diversos tratamentos antigos não cirúrgicos para a obesidade, feitos por ela, com recuperação parcial ou total do peso). Por outro lado, propicia um alívio do estado emocional: embora estejam obesas novamente, tais pacientes alimentam a esperança específica que só obesas tratadas por cirurgia com histórico de período de sucesso cirúrgico, têm; uma vez que, mesmo com este reganho parcial da obesidade, estão e sentem-se bem diferentes se comparadas ao que eram anteriormente.

Outra coisa, pensávamos anteriormente que o reganho de peso era significativamente ligado a uma estrutura psicológica frágil (91, 92). Atualmente, além dessa possibilidade, levantamos outra hipótese, que não invalida esta primeira, mas abre mais uma: a possibilidade do reganho de peso ser algo a ser

“trabalhado ou não”, ou dito de outra forma, “elaborado ou não”, a partir das questões amadurecidas da paciente. O reganho de peso depois da cirurgia pode estimular a manifestação do amadurecimento da paciente. Estas questões amadurecidas são a presença de recursos de personalidade mais desenvolvidos ou mais pobres, como por exemplo uma maior capacidade de lidar com o estresse cotidiano (9), ou capacidade de programar seus comportamentos de alimentação adequados (10, 11), ou não comer como alívio para sentimentos negativos (9).

O reganho de peso provoca um sentimento de derrota e fracasso que colabora para um isolamento social, ou seja, usando um neologismo, um “re-isolamento social”. O neologismo é pertinente porque é um tipo de isolamento social diferente porque possui a marca inserida da esperança nas experiências da vida de um dia ter conseguido esse benefício com a cirurgia. Um outro achado da esfera psíquica é a ausência de arrependimento pela realização da cirurgia, que de certa forma justifica e complementa a ideia da experiência nova do inédito “re-isolamento social”.

Chamamos de bastante complexos os resultados obtidos, também porque eles não podem ser separados de sua interação mútua. A expressão de “re-isolamento social” não pode ser separado dessa ausência de arrependimento, ou convicção de boa escolha passada, por ter realizado a cirurgia. Isto caracteriza uma situação peculiar e única revelada pela seguinte percepção e indagação simultânea: como uma pessoa que tem a sua obesidade voltando, e com todos os prejuízos a ela associados, mantém um não arrependimento pela dificuldades que passou quando enfrentou a cirurgia? “Mesmo ganhando peso e estando triste, eu não falo mal da cirurgia; acho que foi uma grande ajuda...” (linha 71 do *Corpus* das entrevistas).

Outro achado de seguimento clínico que se relaciona com o afastamento dessas pacientes dos serviços de seguimento pós-cirúrgico, é uma tendência delas de se sentirem mais rejeitadas do que são, principalmente colocando essa rejeição na equipe de tratadores com quem têm tendência de evitar o contato direto. Podemos considerar algo diferenciado porque esse afastamento em

peças bastante ambivalentes, ou seja, a “grande ajuda” não se perdeu, essa situação se mantém presente e efetiva em certo nível. Podemos fazer uma comparação simbólica ou figurada, assim como a própria estrutura de seu trato-gástrico intestinal foi modificada: o trato-gastrointestinal pode até dilatar, mas a recuperação de sua total extensa área de absorção, não retornará totalmente intacta se comparada ao que era anteriormente.

Por fim as associações da sensação de abandono, perda de autoestima e isolamento, também justificam e complementam essa importante questão médica do seguimento pós operatório, que é o afastamento destas pacientes da equipe de tratadores. Lembrando do trabalho de Odom et al. (4), bastante citado nesta dissertação, foi tentado contato pelo correio com 1117 pacientes depois da cirurgia, desses apenas 278 retornaram, sendo 233 com dados adequados para o trabalho, portanto surge a indagação: como está a grande maioria das pessoas que não retornaram? Quantas tiveram ganho de peso e isso colabora para não darem um feedback de seu estado atual?

Nestas pacientes, o significado emocional do fracasso na manutenção do peso controlado, comporta algo peculiar, e bastante interessante, algo aparentemente paradoxal e contraditório, como uma impregnação de sucesso no fracasso. Isto se manifesta através da ausência de arrependimento pela cirurgia bariátrica, em um processo que sabemos que contemplou vários percalços marcados pelo exercício do uso do recurso emocional amadurecido da tolerância à frustração.

Observou-se a existência de um ciclo vicioso que poderíamos começar a descrever iniciando pelo ganho de peso com diminuição da autoestima, aumento da ansiedade e busca de comida com o alívio da ansiedade fechando este circuito. Na reverberação desse ciclo patológico temos um progressivo isolamento social, e uma tendência maior de resistir voltar a procurar, ou abandonar, o seguimento pós-cirurgia. A compreensão desse fenômeno nos alerta para hipótese da necessidade de posturas mais ativas do time de tratadores no sentido de buscar essas pacientes, que para evitar serem criticadas, uma vez que

possuem um baixo limiar de incômodo para críticas, afastam-se voluntariamente dos serviços de atenção à saúde. Progride desse modo, o ciclo patológico: maior reganho de peso, maior necessidade de ajuda, e maior medo de críticas, abandono do tratamento, e contínuo aumento de peso. A preocupação reside nas pacientes que mais ganham peso após a cirurgia, sejam as que menos seguem o acompanhamento pós-operatório da cirurgia bariátrica ou não retornem a procurar a necessária ajuda, tendo como conseqüências maiores complicações e piora progressiva de prognóstico.

Lembremos que o referencial do reganho de peso para o seguimento do pós operatório é um aspecto que não se recomenda que seja visto isoladamente ou de forma absoluta. Exemplificando, duas pacientes podem ter o mesmo percentual de reganho de peso, mas podem ser situações diferentes dependendo se fazem ou não atividade física, se mantêm ou não adequado hábito alimentar, e ainda como cada um administra maior ou menor esforço tanto na atividade física como no controle adequado da alimentação; essa missão pode ser algo relativamente fácil, ou um verdadeiro tormento.

Este trabalho defende que o reganho de peso é um referencial útil para ser usado no seguimento dos pacientes após a cirurgia bariátrica. Pode ser um parâmetro construtivo tanto na obtenção, quanto na manutenção da boa saúde e do bem estar pós-cirúrgico, desde que usado de maneira não categórica ou dogmática (1). A ele pode se associar o isolamento social, a autoestima (42), e a satisfação com investimento pessoal relativamente à saúde geral. Se por um lado o aumento do peso pode ser usado como fator que afasta o paciente da equipe de tratadores, por outro lado pode ser usado como fator que o aproxima desta equipe. Um discurso adequado da equipe de tratadores poderia ser: “estamos interessados na manutenção do peso com equilíbrio, e queremos colaborar com idéias construtivas diante da dificuldade de manutenção deste peso”. O construtivo para a equipe de tratadores é ter a consciência e que as pacientes com reganho de peso, não necessariamente são fracassadas pelo reganho de peso, este peso readquirido num contexto da absorção, consumo e gasto de calorias, pode significar paradoxalmente, a manifestação de um sucesso frente ao tratamento

crônico contra a obesidade. O tratador deve saber que é adequado não ver como fracassada a paciente com reganho de peso, nem fazer críticas direcionadas à que não consegue manter, e sim à que consegue não ganhar de peso.

Estes indivíduos lidam com a obesidade de forma esperançosa. A ausência de arrependimento revela a idéia de estar trilhando o caminho adequado. Para a equipe de tratadores, a consciência da impregnação de sucesso terapêutico contra a obesidade, levanta a hipótese segundo a qual uma busca ativa pode ser efetiva na terapêutica destes pacientes, como um gatilho que desperta a esperança latente do caminho para a saúde.

Finalizando essa discussão, não é possível (ou bastante limitada a possibilidade de) se fazer considerações psicodinâmicas psicanalíticas sobre a obesidade, mesmo que seja frustrante essa ideia. Seria pouco preciso e correr-se-iam riscos de maiores enganos que acertos. Como modelo disso, o que pensávamos anteriormente sobre um prejuízo emocional com a cirurgia, atualmente indagamos outra possibilidade também: além da impossibilidade de se “comer o que não se precisa” em termos de quantidade calórica, isto pode estimular a pessoa a haver-se em resolver suas situações de prazer de forma mais amadurecida, não através somente da comida (9), e a usar outros recursos emocionais complexos amadurecidos. Uma justificativa dessa malograda idéia de não se poder fazer considerações psicodinâmicas suficientemente precisas, é dado a grande heterogeneidade de variações possíveis de personalidades nas pessoas obesas. Por outro lado, é coerente a ideia segundo a qual mais recursos saudáveis de personalidade, ou dito de outra forma, mais mecanismos de defesa mental sofisticados (93), estou usando a idéia de mecanismo de defesa no sentido da natural necessária forma de se relacionar com o ambiente humano, como o bom humor, o altruísmo, a dignidade, favorecem a manutenção de um peso mais próximo do saudável.

6. CONCLUSÃO

No início desta pesquisa propusemo-nos a responder às seguintes perguntas: o que significa para uma mulher portadora de obesidade mórbida, que fez este delicado e grande procedimento cirúrgico, apresentar uma perda rápida e maciça de seu peso corporal e voltar a engordar? Quais os significados emocionais do fracasso em manter o peso controlado? Como ela lida com essa recaída na obesidade? Quais são as estratégias que podem evitar o reganho de peso e como lidar com essa situação indesejada? Para tanto, definimos como nosso objetivo conhecer as vivências de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica com reganho de peso através de uma pesquisa qualitativa com 8 mulheres, com uma média de tempo, depois da cirurgia, de 9 anos. Foi proposto também, identificar o surgimento de novos afetos e experiências de vida nesse contragolpe do reganho de peso posterior à cirurgia; uma outra proposição foi discutir como essas mulheres lidam com sua nova condição física e psicológica que envolve um amalgama de sucesso e derrota; e propor estratégias para lidar com os indivíduos nessa situação indesejada.

Acreditamos ter alcançado nossos objetivos e respondido de forma suficiente as demandas a que nos propusemos a partir da experiência clínica com esta população mais específica de pacientes que apenas se submeteram a cirurgia bariátrica sem a recaída de um percentual do peso.

Observou-se que o reganho de peso é um fator com implicações emocionais e sociais, sobretudo por se tratar de uma situação que, paradoxalmente, pode mascarar a vitória presente no emagrecimento nestas pacientes e não ser vista pela equipe de tratadores, ou dizendo em outras palavras, encobrir o sentimento de satisfação de ter conseguido manter um nível de emagrecimento significativo diante de seu peso antes da cirurgia. Ter um significativo percentual de perda de peso, já levando em conta o reganho de peso, é uma forma de sucesso. E esta situação pode não ser reconhecida, caso não tenhamos uma visão abrangente da situação, e recairmos no estigma de preconceitos da inadequação ou fracasso quase total do tratamento cirúrgico do obeso mórbido que apresentou reganho.

Considerando a amplitude das transformações corporais e psíquicas no retorno parcial da obesidade, a reflexão sobre a avaliação pré-cirúrgica para o procedimento é significativa para detectar alterações que possam limitar suportar a frustração do percentual de ganho de peso, ou aceitar a recuperação quase que esperada em algumas situações. Embora o vértice psiquiátrico seja limitado para uma precisa delimitação da conformação psíquica para suportar o abortado ideal da ausência total do ganho de peso, este estudo permitiu a inclusão com expansão da compreensão deste novo campo da clínica, aprofundando o conhecimento dos significados emocionais e das vivências específicas desse “vai e volta um pouco”, não um “volta totalmente” como na grande maioria dos tratamentos não cirúrgicos para obesidade mórbida.

Dessa maneira, este estudo serve como um ponto significativo para as equipes de saúde envolvidas na realização e seguimento de pacientes com ganho de peso após a cirurgia bariátrica. Aprofundando esse alerta, mais do que um temor a ser enfrentado, uma situação a ser pensada com maturidade, e aprofundando essa situação, como uma situação não esperada e não desejada, que pode fazer parte do seguimento pós cirúrgico. E nesse caminho construtivo no que tange à esfera “psi” envolvemos duas situações em que fazemos a separação para funções pedagógicas: uma, constatar o ganho de peso, outra, lidar com ele. Talvez a uma das contribuições que este estudo trouxe foi o alerta à necessidade de novas reflexões posteriores sobre o tema”. Esta ideia, aparentemente, pode parecer um jargão, mas pensamos que não é, uma vez que pode haver um “esquecimento” de se abordar o ganho de peso como um tema fundamental logo no início das avaliações pré-cirúrgicas. E ligado a este “esquecimento” que pode acometer dois lados, tanto as funções do profissional de saúde que cuida de pacientes operadas com ganho, como dos próprios pacientes com ganho depois da cirurgia.

Dizer que fica em aberto para posteriores estudos a investigação da população com ganho posteriormente à cirurgia bariátrica e suas especificidades, é uma necessidade e uma obrigação. Talvez a introdução do tema do ganho de peso já nas primeiras orientações do paciente que chega

desejoso da cirurgia, pode ser algo construtivo. Dito de outra forma, para finalizar e defender a validação principal dessa dissertação de mestrado, algo fundamental a ser abordado nas funções de orientação, esclarecimento e poder programar a futura terapêutica, é conversar abertamente sobre o reganho de peso nas avaliações emocionais diversas, tanto nas pré como nas pós-cirúrgicas.

Como ponto final coloco três indagações potencialmente férteis para os profissionais cuidadores destas pacientes que colaboraram com nossa pesquisa: estariam os pacientes não ouvindo com a devida atenção o que falamos sobre reganho de peso? Ou os pacientes ouvem o que querem? Uma associação de ambas as coisas em vários possíveis balizamentos de intensidade?

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delin CR, Watts JM. Success in Surgical Intervention for Morbid Obesity: Is Weight Loss Enough? *Obes Surg*, 1995. 5(2): p. 189-191.
2. Turato ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
3. Myers VH, Adams CE, Barbera BL, Brantley PJ. Medical and psychosocial outcomes of laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: cross-sectional findings at 4-year follow-up. *Obes Surg*, 2012. 22(2): p. 230-9.
4. Odom J, Zalesin KC, Washington TL, Miller WW, Hakmeh B, Zaremba DL, et al. Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. *Obes Surg*, 2010. 20(3): p. 349-56.
5. Glinski J, Wetzler S, Goodman E. The psychology of gastric bypass surgery. *Obes Surg*, 2001. 11(5): p. 581-8.
6. Bauchowitz AU, Gonder-Frederick L A, Olbrisch M E, Azarbad L, Ryee MY, Woodson M. Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: a survey of present practices. *Psychosom Med*, 2005. 67(5): p. 825-32.
7. Bocchieri LE, Meana M, Fisher BL. A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *J Psychosom Res*, 2002. 52(3): p. 155-65.
8. Magro DO, Geloneze B, Delfini R, Pareja BC, Callejas F, Pareja JC. Long-term weight regain after gastric bypass: a 5-year prospective study. *Obes Surg*, 2008. 18(6): p. 648-51.
9. Elfhag K, Rossner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev*, 2005. 6(1): p. 67-85.

10. Byrne S, Cooper Z, Fairburn C. Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2003. 27(8): p. 955-62.
11. McGuire M, Wing RR, Klem ML, Lang W, Hill JO. What predicts weight regain in a group of successful weight losers? *J Consult Clin Psychol*, 1999. 67(2): p. 177-85.
12. Segal A, Fandiño J. Indicações e contra-indicações para realização das operações barátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2002. 24: p. 68-72.
13. Melo, ME, Mancini MC. Obesidade. *Revista Brasileira de Medicina*, 2009. 66(12): p. 100-108.
14. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrbach K, Schoelles K. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 2004. 292(14): p. 1724-37.
15. World Health Organization. Obesity and overweight [acesso em 14 julho 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
16. Godfrey JR, Brownell K. Toward optimal health: Dr. Kelly Brownell discusses [corrected] the influence of the environment on obesity. Interview by Jodi R. Godfrey. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008. 17(3): p. 325-30.
17. Biron S, Hould FS, Lebel S, Marceau S, Lescelleur O, Simard S, Marceau P. Twenty years of biliopancreatic diversion: what is the goal of the surgery? *Obes Surg*, 2004. 14(2): p. 160-4.
18. Christou NV, Look D, Maclean LD. Weight gain after short- and long-limb gastric bypass in patients followed for longer than 10 years. *Ann Surg*, 2006. 244(5): p. 734-40.
19. de Sousa A, Cercato C, Mancini MC, Halpern A. Obesity and obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. *Obes Rev*, 2008. 9(4): p. 340-54. Epub 2008 Mar 18.

20. Van Hout GC, Van Oudheusden I, Krasuska AT, van Heck GL. Psychological profile of candidates for vertical banded gastroplasty. *Obes Surg*, 2006. 16(1): p. 67-74.
21. Tavares A, Viveiros F, Cidade C, Maciel J. [Bariatric surgery: epidemic of the XXI century]. *Acta Med Port*, 2011. 24(1): p. 111-6. Epub 2011 Feb 28.
22. Picon PX, Zanatta CM, Gerchman F, Zelmanovitz T, Gross JL, Canani L. Análise dos critérios de definição da síndrome metabólica em pacientes com diabetes melito tipo 2. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 2006. 50: p. 264-270.
23. Portal, da Saúde. [acesso em 2 outubro 2012]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4718/162/quase-metade-da-populacao-brasileira-esta-acima-do-peso.html>.
24. Garrido Junior AB, Ferraz EM, Barroso FL, Marquesin JB, Szegö T. *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. 328p.
25. Sorensen T, The changing lifestyle in the world. Body weight and what else? *Diabetes Care*, 2000. 23(Suppl 2): p. B1-4.
26. Ferreira VA, Magalhaes R. Obesidade no Brasil: tendências atuais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2006. 24(2): p. 71-81.
27. Ferreira VA, Magalhaes R. [Obesity among the poor in Brazil: female vulnerability]. *Cien Saude Colet*, 2011. 16(4): p. 2279-87.
28. Ferreira VA, Magalhaes R. [Obesity and poverty: the apparent paradox. A study among women from the Rocinha slum, Rio de Janeiro, Brazil]. *Cad Saude Publica*, 2005. 21(6): p. 1792-800.
29. Ferreira VA, Silva AE, Rodrigues CA, Nunes NL, Vigato TC, Magalhaes R. [Inequality, poverty and obesity]. *Cien Saude Colet*, 2010. 15 Suppl 1: p. 1423-32.

30. Mancini CM, Halpen A. Obesidade= Obesity. Rbm (São Paulo) : Revista Brasileira de Medicina, São Paulo, v. 63, n. 4, p. 132-143, abr. /2006.
31. Weintraub A. No interior da guerra dos fabricantes de drogas contra a gordura. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 2008. 11: p. 267-277.
32. Buchwald H, Consensus conference statement bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals, and third-party payers. Surg Obes Relat Dis, 2005. 1(3): p. 371-81.
33. American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. web site. www.asmbc.org (2012). Acessado em 19 de julho de 2012.
34. Pareja JC, Pilla VF, Callejas-Neto F, Coelho-Neto JS, Chaim EA, Magro DO. Gastroplastia redutora com bypass gastrojejunal em Y-de-Roux: conversão para bypass gastrointestinal distal por perda insuficiente de peso - experiência em 41 pacientes. Arquivos de Gastroenterologia, 2005. 42: p. 196-200.
35. Garrido Junior AB. Cirurgia em Obesos Mórbidos: Experiência Pessoal. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, 2000. 44: p. 106-110.
36. Buchwald H, Williams SE. Bariatric surgery worldwide 2003. Obes Surg, 2004. 14(9): p. 1157-64.
37. Buchwald H, Oien DM. Metabolic/bariatric surgery Worldwide 2008. Obes Surg, 2009. 19(12): p. 1605-11.
38. Kremen AJ, Linner JH, Nelson CH. An experimental evaluation of the nutritional importance of proximal and distal small intestine. Ann Surg, 1954. 140(3): p. 439-48.

39. Capella RF, Capella JF, Mandec H, Nath P. Vertical Banded Gastroplasty-Gastric Bypass: preliminary report. *Obes Surg*, 1991. 1(4): p. 389-395.
40. National Institutes of Health. Gastrointestinal surgery for severe obesity: National Institutes of Health Consensus Development Conference Draft Statement. *Obes Surg*. 1991; 1: 257-65.
41. Sarwer DB, Cohn NI, Gibbons LM, Magee L, Crerand CE, Raper SE, et al. Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obes Surg*, 2004. 14(9): p. 1148-56.
42. Delin CR, Watts JM, Bassett DL. An Exploration of the Outcomes of Gastric Bypass Surgery for Morbid Obesity: Patient Characteristics and Indices of Success. *Obes Surg*, 1995. 5(2): p. 159-170.
43. Larsen F. Psychosocial function before and after gastric banding surgery for morbid obesity. A prospective psychiatric study. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 1990. 359: p. 1-57.
44. Hsu LK, LK, Benotti PN, Dwyer J, Roberts SB, Saltzman E, Shikora S, Rolls BJ, Rand W. Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosom Med*, 1998. 60(3): p. 338-46.
45. van Hout GC, Vreeswijk CM, van Heck GL. Bariatric surgery and bariatric psychology: evolution of the Dutch approach. *Obes Surg*, 2008. 18(3): p. 321-5.
46. Powers PS, Rosemurgy A, Boyd F, Perez A. Outcome of gastric restriction procedures: weight, psychiatric diagnoses, and satisfaction. *Obes Surg*, 1997. 7(6): p. 471-7.
47. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP, Pilkonis PA, Ringham RM, Soulakova JN, Weissfeld LA, Rofey DL. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry*, 2007. 164(2): p. 328-34; quiz 374.

48. Friedman MA, Brownell KD. Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychol Bull*, 1995. 117(1): p. 3-20.
49. Halmi, KA, Long M, Stunkard AJ, Mason E. Psychiatric diagnosis of morbidly obese gastric bypass patients. *Am J Psychiatry*, 1980. 137(4): p. 470-2.
50. Fitzgibbon ML, Stolley MR, Kirschenbaum DS. Obese people who seek treatment have different characteristics than those who do not seek treatment. *Health Psychol*, 1993. 12(5): p. 342-5.
51. Pataky Z, Carrard I, Golay A. Psychological factors and weight loss in bariatric surgery. *Curr Opin Gastroenterol*, 2011. 27(2): p. 167-73.
52. Kalarchian MA, Marcus MD, Wilson GT, Labouvie EW, Brolin RE, LaMarca LB. Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. *Obes Surg*, 2002. 12(2): p. 270-5.
53. Hsu LK, Betancourt S, Sullivan SP. Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: a pilot study. *Int J Eat Disord*, 1996. 19(1): p. 23-34.
54. Hsu LK, Sullivan SP, Benotti PN. Eating disturbances and outcome of gastric bypass surgery: a pilot study. *Int J Eat Disord*, 1997. 21(4): p. 385-90.
55. Dymek MP, le Grange D, Neven K, Alverdy J. Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en-Y gastric bypass: a brief report. *Obes Surg*, 2001. 11(1): p. 32-9.
56. Atchison M, Wade T, Higgins B, Slavotinek T. Anorexia nervosa following gastric reduction surgery for morbid obesity. *Int J Eat Disord*, 1998. 23(1): p. 111-16.

57. Bonne OB, Bashi R, Berry EM. Anorexia nervosa following gastroplasty in the male: two cases. *Int J Eat Disord*, 1996. 19(1): p. 105-8.
58. Sarwer D, Wadden TA, Fabricatore AN. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obes Res*, 2005. 13(4): p. 639-48.
59. Dziurawicz-Kozłowska AH, Wierzbicki Z, Lisik W, Wasiaak D, Kosieradzki M. The objective of psychological evaluation in the process of qualifying candidates for bariatric surgery. *Obes Surg*, 2006. 16(2): p. 196-202.
60. Sugerman HJ, HJ, Kellum JM, Engle KM, Wolfe L, Starkey JV, Birkenhauer R, Fletcher P, Sawyer MJ. Gastric bypass for treating severe obesity. *Am J Clin Nutr*, 1992. 55(2 Suppl): p. 560S-566S.
61. Brolin R., Kenler HA, Gorman JH, Cody RP. Long-limb gastric bypass in the superobese. A prospective randomized study. *Ann Surg*, 1992. 215(4): p. 387-95.
62. Capella J, Capella RF. The weight reduction operation of choice: vertical banded gastroplasty or gastric bypass? *Am J Surg*, 1996. 171(1): p. 74-9.
63. Fobi MA. Choosing an operation for weight control, and the transected banded gastric bypass. *Obes Surg*, 2005. 15(1): p. 114-21.
64. Roehrig M, Masheb RM, White MA, Rothschild BS, Burke-Martindale CH, Grilo CM. Chronic dieting among extremely obese bariatric surgery candidates. *Obes Surg*, 2009. 19(8): p. 1116-23.
65. Dymek MP, Le Grange D, Neven K, Alverdy J. Quality of life after gastric bypass surgery: a cross-sectional study. *Obes Res*, 2002. 10(11): p. 1135-42.
66. DeZwaan M, Lancaster KL, Mitchell JE, Howell LM, Monson N, Roerig JL, Crosby RD. Health-related quality of life in morbidly obese patients: effect of gastric bypass surgery. *Obes Surg*, 2002. 12(6): p. 773-80.

67. DeZwaan M, Mitchell JE, Howell LM, Monson N, Swan-Kremeier L, Roerig JL, Kolotkin RL, Crosby RD. Two measures of health-related quality of life in morbid obesity. *Obes Res*, 2002. 10(11): p. 1143-51.
68. Magdaleno Jr R, Chaim EA, Turato ER. Understanding the life experiences of Brazilian women after bariatric surgery: a qualitative study. *Obes Surg*, 2010. 20(8): p. 1086-9.
69. Rutledge T, Groesz LM, Savu M. Psychiatric factors and weight loss patterns following gastric bypass surgery in a veteran population. *Obes Surg*, 2011. 21(1): p. 29-35. Epub 2009 Jul 15.
70. Romero F, Martinez JJA, Pacheco EM, Meneses AL, Saiz MAS, Gomez AG, Arce LG. [Influence of previous psychiatric disorders on postoperative course in patients undergoing bariatric surgery]. *Endocrinol Nutr*, 2010. 57(1): p. 9-15.
71. Magdaleno Jr R, Chaim EA, Pareja JC, Turato ER. The psychology of bariatric patient: what replaces obesity? A qualitative research with Brazilian women. *Obes Surg*, 2011. 21(3): p. 336-9.
72. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde. 12^a ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
73. Denzin NK, Lincoln YS (editores). Handbook of qualitative research. 3.ed. New York: Thousand Oaks Sage Publications; 2005.
74. Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. 2.ed. London: Sage; 1995.
75. Patton, MQ. Qualitative Evaluation and Reseach Methods. London: Sage Publications; 1990.

76. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. *Rev Lat Am Enfermagem*, 2006. 14(5): p. 812-20.
77. Chaui M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Editora Ática, 1999.
78. International Psychoanalytical Association (IPA). <http://www.ipa.org.uk/> (August 2012). Accessed 12/08/2012.
79. Freud S. *A Interpretação dos Sonhos*. 2ª ed. Vol.IV. Rio de Janeiro: Imago; 1987.
80. Freud S. *Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos*. 3ª ed. Vol.I. Rio de Janeiro: Imago; 1990.
81. Organização Mundial da Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*, 10ª Revisão. Tradução: Centro. Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 7ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1999.
82. Fontanella BJB. *Procura de Tratamento por Dependentes de Substâncias Psicoativas: Um Estudo Clínico-Qualitativo [Tese de Doutorado]*. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2000.
83. Fontanella BJ, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*, 2008. 24(1): p. 17-27.
84. Glaser BG & Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick: Aldine Transaction, 1999.
85. Fontanella BJB, Magdaleno Jr R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicologia em Estudo*, 2012. 17: p. 63-71.

86. Bardin L. Análise de Conteúdo. 5ª ed. Lisboa: Edições 70, 2009.
87. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.o 196 de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. [acesso em 02 de julho de 2012]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>.
88. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 340, de 8 de julho de 2004. [acesso em: 02 de julho de 2012]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br>.
89. Magdaleno Jr R. A formação da identidade psicanalítica: a apreensão do método como incorporação de uma ética. *Jornal de Psicanálise*. 2005; 38 (69): 229-249.
90. Shamblin JR, Shamblin WR. Bariatric surgery should be more widely accepted. *South Med J*, 1987. 80(7): p. 861-5.
91. Magdaleno Jr R, Chaim EA, Turato ER. Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 2009. 31: p. 73-78.
92. Magdaleno Jr R, Chaim EA, Turato ER. Surgical treatment of obesity: some considerations on the transformations of the eating impulse. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2010. 13: p. 425-440.
93. Kaplan HD, Sadok BJ. *Tratado de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed; 1999. 499p.

ANEXOS

Anexo 1: Transcrição das entrevistas. Em CD-Rom anexo à tese (para os membros da banca examinadora da defesa de mestrado).

Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo 3: Abordagem Inicial

Anexo 4: Ficha de Caracterização e Roteiro-Diário de Campo

Anexo 5: Pareceres do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Anexo 6: Comprovante de Aceite de Submissão

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Instituição: UNICAMP / Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa
Projeto: Vivências emocionais de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica com ganho de peso: um estudo clínico-qualitativo.
Pesquisador: Ataliba de Carvalho Júnior – médico psiquiatra e psicanalista.
Orientador: Prof. Dr. Ronis Magdaleno Júnior
Telefone: (19) 3289-4819 (Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria)

O propósito desta pesquisa científica é conhecer os significados emocionais da cirurgia bariátrica através de entrevistas após um ano da realização do procedimento. Para tanto, serão realizadas entrevistas, que podem durar aproximadamente de uma a duas horas. Durante as entrevistas serão feitas perguntas para se alcançar os objetivos da pesquisa.

O seu nome não será comunicado aos demais profissionais que trabalham nesta Instituição, mas o relatório final, contendo citações anônimas, estará disponível para os interessados, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas, sem citar o seu nome.

Poderá não haver benefícios diretos ou imediatos para o informante deste estudo, além da oportunidade de poder conversar sobre suas coisas, mas poderá haver mudanças futuras nos cuidados a pacientes em situações clínicas semelhantes após os profissionais de saúde tomarem conhecimento de suas conclusões.

Este TERMO é para certificar que eu, _____, concordo em participar voluntariamente do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, dou permissão para ser entrevistada e para estas entrevistas serem gravadas em fitas cassetes.

ESTOU CIENTE de que, após cinco anos da pesquisa, as fitas serão apagadas e que os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça associado à pesquisa.

ESTOU CIENTE de que um técnico fará a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que alguns colegas pesquisadores poderão conhecer o conteúdo, tal como foi por mim falado, para discutirem os resultados, sem me identificarem.

ESTOU CIENTE de que não há riscos para minha saúde, resultantes da participação na pesquisa, mas também de que poderei ter lembranças e emoções que me fazem sofrer durante a entrevista.

ESTOU CIENTE de que sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo sem penalidades e sem prejuízo aos atendimentos e tratamentos que recebo.

ESTOU CIENTE de que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas, se possível, deverão ser respondidas a meu contento depois de encerrada a entrevista.

NOME:

ASSINATURA:

Pesquisador: _____ .

Entrevistado: _____ .

Entrevista nº _____ Local: _____ Data: _____ / _____

ANEXO 3 ABORDAGEM INICIAL

Campinas, ___ de _____ de 2010.

Nome da pessoa

Endereço

Estamos desenvolvendo um estudo no HC–UNICAMP, com pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Por este motivo estamos lhe convidando a participar deste estudo e que ganharam peso novamente. Os resultados desta pesquisa poderão ajudar na compreensão da necessidade destas pessoas, assim como melhor capacitar a equipe de saúde que as atende.

Gostaríamos contar com a sua colaboração voluntária ao nosso convite que consiste em duas ou três entrevistas e contarmos com a sua presença para participar deste estudo.

ABORDAGEM INICIAL:

Meu nome é Ataliba de Carvalho Júnior. Sou médico psiquiatra, estudante de Mestrado na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e estou pesquisando as pacientes que foram submetidas à cirurgia bariátrica, por causa de obesidade mórbida, e que ganharam peso novamente. O seu nome me foi indicado pelo Serviço de Gastrocirurgia da Hospital da Clínicas da UNICAMP. Estou lhe convidando para participar do meu estudo. Se for possível a sua cooperação, teremos de dois a três encontros para falarmos consigo e levantarmos os dados necessários ao estudo. Os encontros ocorrerão no local e horários agendados. Os dois primeiros serão possivelmente de uma hora a uma hora e meia cada um e o terceiro, se houver, mais rápido. Você gostaria de colaborar com este estudo?

Se “Sim”, continuo.

Para o nosso trabalho, é recomendável que gravemos nossas conversas, podemos contar com o seu consentimento?

Esclareço que a sua identidade será mantida em sigilo quando os dados forem apresentados em congressos ou publicados. Seus dados só serão usados para esta pesquisa.

Apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, lemos conjuntamente e na concordância, coletamos assinatura e entregamos uma cópia do TCLE a participante.

Agendamos dias, horários e local para a participação na pesquisa.

ANEXO 4
FICHA DE CARACTERIZAÇÃO E ROTEIRO-DIÁRIO DE CAMPO
(INSTRUMENTO AUXILIAR DE PESQUISA).

Entrevista N^o _____.

Local (Instituição): _____

Cidade e data: _____, ____ / ____ / ____

Início: _____ : _____ h. Término: _____ : _____ h. Duração em min: _____

Entrevistador: _____ Assinatura: _____

A) Dados de Identificação Pessoal do Entrevistado:

1) Nome Completo: _____

2) Endereço para contato: _____

3) Sexo: _____

4) Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ Idade: _____ anos.

5) Profissão: _____

6) Naturalidade: _____

7) Procedência / Há quanto tempo: _____

8) Estado civil / Situação conjugal atual / Há quanto tempo: _____

9) Com quem mora: _____

10) Atividades de lazer: _____

11) Religião (denominação) / Religiosidades (prática): _____

12) Outros dados afins: _____

B) Questões sobre as vivências emocionais do paciente submetido a cirurgia bariátrica com ganho de peso:

Questão disparadora: Conte-me um pouco sobre o que você tem sentido em relação ao fato de estar engordando após a cirurgia bariátrica.

13) Logo após a cirurgia você teve medo ou alguma fantasia de ganhar peso novamente?

14) O que você acha que aconteceu para ter voltado a engordar? Você atribui essa condição a alguma situação emocional ou a alguma outra coisa que você ache importante?

15) Tem tido algum sonho recorrente? Conte algum sonho que você se lembre destes últimos meses.

- 16) Como você se sente com você mesmo pelo fato de estar engordando?
- 17) Como você sente que as pessoas tem tratado você pelo fato de você ter ganho peso depois da cirurgia?
- 18) O que você tem sentido vindo das pessoas próximas a você e que acompanharam sua história desde que decidiu fazer a cirurgia até hoje?
- 19) O que tem sido mais marcante na sua vida desde que você voltou a engordar?
- 20) O que fazer agora?
- 21) Tem alguma outra coisa importante que você gostaria de dizer sobre este fato de voltar a engordar?

C) - Dados da observação e auto-observação do entrevistador:

22) Apresentação pessoal do informante, seu comportamento global, expressões corporais, gesticulações, mímica facial, expressões do olhar, estilo e alterações na fala (silêncios, fala embargada, lapsos de língua e outros atos falhos, colocações inibidas e desinibidas, alterações no timbre e volume da voz), risos, sorrisos, choros e manifestações afins:

23) Reações/manifestações contratransferenciais:

D) Dados clínicos do paciente, colhidos no prontuário médico e discutidos com a equipe responsável:

24) Tempo desde a cirurgia e que percentual ganhou de peso após a cirurgia:

25) Há quanto tempo está neste serviço:

26) Tratamentos médicos recebidos e orientações gerais dadas no serviço:

27) Outros problemas de saúde antigos e atuais:

28) Outros dados eventualmente pertinentes:

ANEXO 5

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 22/06/10
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 513/2010 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 0396.0.146.000-10

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “VIVÊNCIAS EMOCIONAIS DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA COM REGANHO DE PESO: UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO”.
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ataliba de Carvalho Junior
INSTITUIÇÃO: Hospital das Clínicas/UNICAMP
APRESENTAÇÃO AO CEP: 09/06/2010
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 22/06/11 (O formulário encontra-se no *site* acima).

II - OBJETIVOS

Conhecer as vivências emocionais dos indivíduos que apresentam reganho de peso após a cirurgia bariátrica. Identificar os significados emocionais do fracasso em manter o peso controlado. 3. Discutir como estes indivíduos lidam com o retorno da obesidade. 4. Desenvolver e propor estratégias, balizadas nas vivências dos pacientes, que possam evitar o reganho de peso.

III - SUMÁRIO

Serão selecionados indivíduos que foram submetidos a cirurgia bariátrica no Complexo Hospitalar HC Unicamp e que tenham perdido peso e recuperado mais de 60% do peso perdido. Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, serão realizadas entrevistas gravadas e posteriormente transcritas, constituindo um diário de campo do pesquisador. A fase da coleta de dados será realizada através das entrevistas, que poderão ser número de 3, seguindo o roteiro de perguntas. O número total de pacientes entrevistados será definido no decorrer do projeto, conforme a saturação das informações adquiridas através das entrevistas. Os pacientes poderão ser agrupados a critério do pesquisador. Os dados serão submetidos à análise de conteúdo, a partir do qual serão definidas as categorias. Por fim, os dados e discussões serão submetidos a validação externa, sob supervisão do orientador da pesquisa. Os procedimentos da pesquisa não oferecem riscos aos participantes.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Trata-se de uma proposta de projeto para mestrado. O projeto está bem estruturado, com sujeito da pesquisa bem definido, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido escrito com linguagem de fácil compreensão e metodologia bem definida. O trabalho poderá colaborar com os multi-profissionais atuantes na área da obesidade no sentido de, talvez, encontrarem alguma maneira para ajudar de evitar o reganho de peso nestes pacientes.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

III – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na VI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de junho de 2010.

Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM/UNICAMP

ANEXO 6 COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO



● **Obesity Surgery: Manuscript Number Assigned**

De: **Obesity Surgery** 
Para: **Ataliba Carvalho Jr** 
Assunto: Obesity Surgery: Manuscript Number Assigned
Data: 06/06/2012 21:40

Jun 06, 2012

Dear Dr. Carvalho Jr,

Your submission entitled "Weight regain in women after metabolic and bariatric surgery: a qualitative study in Brazil" has been assigned the following manuscript number: OBSU-D-12-00211.

You will be able to check on the progress of your paper by logging on to Editorial Manager as an author.

<http://obsu.edmgr.com/>

Your username is: Ataliba
Your password is: carvalhojr537673

Thank you for submitting your work to Obesity Surgery.

Sincerely,

Deana Rodriguez
Managing Editor
Obesity Surgery

Deana Rodriguez
Managing Editor

Editorial Office
Phone: (562) 961-9928
Fax: (562) 321-5789
Email: obsu.rodriquez@gmail.com
~::~

 Lembre-se: sua senha de acesso no UOL Mail é secreta; não a informe a ninguém.
O UOL Mail jamais solicitará sua senha por e-mail ou por telefone. [Trocar senha](#).