



**ANNA BEATRIZ RIBEIRO FERREIRA SAMPAIO**

**EXPERIENCES OF PATIENTS MORBIDLY OBESE  
CANDIDATES FOR BARIATRIC SURGERY: *a qualitative  
clinical study***

**VIVÊNCIAS DE PACIENTES OBESAS MÓRBIDAS  
CANDIDATAS À CIRURGIA BARIÁTRICA: *um estudo  
clínico qualitativo***

**CAMPINAS  
2013**





---

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

**ANNA BEATRIZ RIBEIRO FERREIRA SAMPAIO**

**VIVÊNCIAS DE PACIENTES OBESAS MÓRBIDAS  
CANDIDATAS À CIRURGIA BARIÁTRICA: *um estudo clínico  
qualitativo***

**ORIENTADOR: PROF. DR. RONIS MAGDALENO JÚNIOR**

**EXPERIENCES OF PATIENTS MORBIDLY OBESE CANDIDATES  
FOR BARIATRIC SURGERY: *a qualitative clinical study***

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do título de Mestra em Ciências Médicas, área de Saúde Mental.

Master's Degree Thesis Submission to the Graduate School of Medical Sciences, State University of Campinas

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA ANNA BEATRIZ RIBEIRO FERREIRA SAMPAIO E ORIENTADO PELO PROF. DR. RONIS MAGDALENO JÚNIOR.

---

Assinatura do Orientador

**CAMPINAS  
2013**

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Sampaio, Anna Beatriz Ribeiro Ferreira, 1968-  
Sa47v Vivências de pacientes obesas mórbidas candidatas a cirurgia bariátrica : um estudo clínico-qualitativo / Anna Beatriz Ribeiro Ferreira Sampaio. – Campinas, SP : [s.n.], 2013.

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

1. Cirurgia bariátrica. 2. Obesidade. 3. Psicologia. 4. Pesquisa qualitativa. I. Magdaleno Júnior, Ronis. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Experiences of patients morbidly obese candidates for bariatric surgery : a qualitative clinical study

**Palavras-chave em inglês:**

Bariatric surgery

Obesity

Psychology

Qualitative research

**Área de concentração:** Ciências Biomédicas

**Titulação:** Mestra em Ciências Médicas

**Banca examinadora:**

Ronis Magdaleno Júnior [Orientador]

Claudinei José Gomes Campos

Carla Barbosa Nonino

**Data de defesa:** 12-07-2013

**Programa de Pós-Graduação:** Ciências Médicas

**BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

**ANNA BEATRIZ RIBEIRO FERREIRA SAMPAIO**

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

**MEMBROS:**

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

**2. PROF(A). DR(A). CARLA BARBOSA NONINO**

**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: 12 de julho de 2013**

**DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho ao meu marido e companheiro  
de todas as horas Carlos Sampaio, aos meus filhos  
João e Lucca e ao Pedro meu filho do coração.*

## AGRADECIMENTOS

---

*Ao meu orientador, Professor Doutor Ronis Magdaleno Júnior pelo apoio, por todas as contribuições e ainda pelas incansáveis horas dedicadas a este trabalho.*

*Aos Professores,*

*Ao Dr. Elinton Adami Chaim*

*Prof. Dr Egberto Ribeiro Turato*

*Prof. Dra Carla Barbosa Nonino*

*Prof. Dr Sergio Arruda*

*Prof. Dra Maria Marta Batistone*

*Aos colegas do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa*

*Aos colegas do GETA*

*À minha mãe Diana, que está presente em todos os momentos da minha vida.*

*Aos meus irmãos que são verdadeiros presentes de Deus: Lu, Renato e Suzanna.*

*Às minhas avós : Anita e Gilda<sup>†</sup>*

*À minha amiga Lia Keuchguerian Silveira Campos que foi a maior incentivadora desse meu trabalho.*

*Às minhas amigas de quarta-feira, em especial a minha cunhada Bia e a minha amiga Tuca.*

---

<sup>†</sup> (in memoriam).

*À minha sogra Marysa Camargo Focesi Sampaio, não só pela admiração que lhe tenho, mas também pela força que sempre deu aos meus estudos.*

*À minha cunhada Gisele que em todas as oportunidades sempre tem algo a me ensinar.*

*A minha psicanalista, Maria Tereza Montanz Aranha, que tanto me ajudou a conquistar mais este título.*



A obesidade vem crescendo, ano a ano, mundialmente, sendo vista pelas autoridades de saúde como um grave problema de saúde pública e um grande desafio para o século XXI. A consequência direta do aumento dessa população obesa e da falta de tratamentos adequados é a elevação do número de cirurgias bariátricas realizadas mundialmente. Essas cirurgias trazem consequências para o paciente operado, consequências essas que não são totalmente conhecidas.

**Metodologia:** Utilizamos o Método Clínico-Qualitativo. A amostra foi intencional e fechada pelo critério de saturação, composta por sete mulheres candidatas à cirurgia bariátrica para tratamento de obesidade mórbida. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semidirigidas de questões abertas realizada pelo pesquisador gravadas, transcritas e analisadas em profundidade. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo e validação externa pelos pares do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Unicamp.

**Discussão e resultados:** a Cirurgia Bariátrica traz a essas mulheres uma nova esperança de vida, mas as expectativas são irreais. Elas depositam todas as suas expectativas na cirurgia, acreditando que serão re-inseridas no mercado de trabalho e na sociedade. Acreditam também que terão uma melhora de suas relações afetivas. Deixam de pensar nas dificuldades que irão enfrentar após a cirurgia. Nas falas dessas pacientes evidenciamos um forte mecanismo de negação quanto às dificuldades que decorrem da cirurgia, sendo ressaltadas as possíveis aquisições pessoais após a perda de peso e, assim, deixam de olhar para os problemas que terão de enfrentar. Buscam, através da cirurgia, renascer e tornar-se outra pessoa. Muitas dessas pacientes encaram a cirurgia como certeza de profundas mudanças de identidade. Apesar das fantasias idealizadas de resolução dos problemas da vida após a CB, há um forte sentimento de desafio a ser enfrentado. A obesidade para essas mulheres sempre foi um desafio a ser vencido e, com a possibilidade de uma mudança, este sentimento fica mais aflorado e gera apreensões e angústias. O medo da morte

permeia toda a experiência dessas mulheres. Elas se veem numa encruzilhada onde podem morrer se não fizerem a cirurgia ou morrer fazendo a cirurgia. Outro elemento com o qual nos deparamos durante as entrevistas é o medo da morte simbólica do corpo obeso e das satisfações narcísicas que estão ligadas a esse corpo. **Conclusão:** Ao analisarmos as vivências dessas pacientes diante da cirurgia bariátrica notamos que este procedimento traz grandes expectativas de mudanças a essas mulheres. Em função disso, a equipe multidisciplinar, sobretudo o psicólogo deve estar atento aos aspectos psicossociais que mobilizam essas pacientes e que possam interferir negativamente no resultado da cirurgia. Quem lida com essa população deve estar instrumentalizado para compreender e atuar de modo eficiente neste importante processo. Acreditamos que os resultados obtidos com esse trabalho possam colaborar com o manejo desse grupo de pacientes pela equipe de saúde, possibilitando assim um melhor cuidado clínico, que deve ser necessariamente multidisciplinar. Esses profissionais devem conhecer as particularidades emocionais dessas pacientes para, assim, poderem ajudá-las fazendo com que os resultados e a adesão sejam mais eficazes.

**Palavras-Chave:** Cirurgia Bariátrica, Obesidade, Psicologia, Pesquisa Qualitativa

Obesity is growing from year to year, globally, and has already been seen as a serious public health problem and a major challenge for the XXI century. A direct consequence of the increase in the obese population and also the lack of appropriate treatments is the increased number of bariatric surgeries performed in the country. These surgeries carry consequences for the patient to be operated, and are not yet fully known. **Methods:** We used the Clinical-Qualitative Method. The sample was intentional and closed by the saturation criterion, composed of seven women candidates for bariatric surgery (BS) for morbid obesity. The interviews were semi-structured open-ended questions, conducted by the researcher recorded, transcribed and analyzed in depth. The data were submitted to the categorization, content analysis and external validation by peers Laboratory of Clinical-Qualitative Research, Department of Medical Psychology and Psychiatry at Unicamp. **Discussion and results:** Bariatric Surgery brings these women a new life expectancy, but unreal. They lay all your expectations in surgery, believing they will be re-inserted in the labor market and in the society. They also believe they will have improves in relationships. They don't think about the difficulties that will face in post-surgery. In the speech of these patients, we observed a strong denial mechanism of the difficulties caused by the surgery and the highlighted possible personal purchases after weight loss and thus, fail to look at the problems they will face. Seek, through surgery, reborn and become another person. Many of these patients face the surgery as sure of profound change of identity. Despite the idealized fantasies of solving the problems of life after BS, there is a strong sense of challenge to be faced. Obesity for these women has always been a challenge to be overcome and the possibility of a change this feeling gets touched and this creates apprehensions and anxieties. The fear of death permeates the experience of these women. They find themselves at a crossroads where they can die if they do not do surgery or die doing surgery. Another element that we observed during interviews is the fear of the symbolic death of the obese body and narcissistic

satisfactions that are attached to this body. **Conclusion:** Analyzing the experiences of these patients before bariatric surgery we notice that this procedure has great expectations of changes to these women. As a result, the multidisciplinary team, especially the psychologist must be aware of the psychosocial factors that mobilize these patients and can negatively impact the outcome of the surgery. Those who deal with this population should be able to understand and act effectively in this important process. We believe that the results obtained from this study can assist in the management of this group of patients by health professionals, enabling better clinical care, which must necessarily be multidisciplinary. These professionals should know the emotional particularities of these patients, so they can help them making the results more effective.

**Key Words:** Bariatric Surgery, Obesity, Psychology, Qualitative Research

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

---

- CB** - Cirurgia Bariátrica
- IMC** - Índice de Massa Muscular
- NIH** - National Intitute of Health
- DSM-IV** - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

## LISTA DE NOTAÇÕES

---

**Kg/m<sup>2</sup>**: Quilograma por metro quadrado

RESUMO.....	ix
ABSTRACT .....	xi
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xiii
LISTA DE NOTAÇÕES .....	xiv
1. INTRODUÇÃO .....	xvii
1.1 Considerações Preliminares .....	18
1.2 Obesidade .....	19
1.3 Epidemiologia da obesidade.....	20
1.4 Cirurgia Bariátrica .....	22
1.5 O Pré-operatório da Cirurgia Bariátrica.....	26
2. PRESSUPOSTOS.....	30
3. OBJETIVOS .....	32
3.1 Objetivo Geral.....	33
3.2 Objetivos Específicos.....	33
4. METODOLOGIA.....	34
4.1 Desenho do estudo.....	35
4.2 Aplicação do método clínico-qualitativo: instrumentos e procedimentos .....	36
4.3 Modo de construção da amostragem e de inclusão dos sujeitos.....	37
4.3.1 Contato com o campo de pesquisa .....	37
4.3.2 Construção da amostra.....	37
4.3.3 Características da amostra .....	40
4.4 Coleta de Dados .....	40
4.5 Entrevista semi-dirigida de questões abertas .....	41
4.6 Técnica de tratamento de dados .....	42

4.7 Validação.....	43
4.8 Considerações éticas.....	44
5. RESULTADOS.....	46
5.1 ARTIGO 1.....	47
6. DISCUSSÃO.....	57
7. CONCLUSÃO.....	62
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS.....	74



# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Considerações Preliminares

Nosso trabalho tem como objetivo conhecer e compreender as vivências emocionais e as expectativas das mulheres que irão submeter-se à cirurgia bariátrica (CB) no hospital das clínicas da UNICAMP. Nos atemos aos aspectos psicológicos que são mobilizados nessas mulheres diante da perspectiva da CB e diante da expectativa de vir a ser magra. Nos propusemos conhecer como essas mulheres estão pensando e se organizando para a cirurgia, emocionalmente, psicologicamente e socialmente. Pretendemos entender o que se passa com este público na fase de preparação para a cirurgia.

O nosso estudo se propõe a contribuir com novos conhecimentos no que se refere aos aspectos psicológicos destas mulheres, e tentar encontrar respostas às seguintes questões: como essas mulheres olham para as suas angústias e medos antes da CB? Quais expectativas que essas mulheres tem em relação à CB? e por último, propor estratégias para lidar com essas mulheres no pré operatório.

Como a incidência da obesidade vem crescendo, nos últimos anos, de forma rápida e se tornando um grande problema a saúde pública<sup>(1-3)</sup> a realização da CB também vêm acompanhando este crescimento<sup>(4-8)</sup>. Essas técnicas estão cada vez mais eficientes e sendo estudadas pelo mundo todo. Entretanto, ainda não se conhece muito bem o impacto emocional da cirurgia e as expectativas que as mulheres têm em relação a ela<sup>(9-10)</sup>.

Pensamos que a partir deste estudo poderemos fornecer elementos para que o profissional de saúde possa saber e entender melhor as vivências específicas desta população, dando condições para que a equipe de cuidadores atenda estes pacientes de uma maneira mais adequada, compreendendo melhor os seus sentimentos e expectativa diante da CB.

A falta de um conhecimento científico específico sobre a psicodinâmica destes pacientes, obriga o médico a apoiar-se, muitas vezes, no bom senso para

indicar ou contraindicar, do ponto de vista psicológico, o procedimento cirúrgico<sup>(11)</sup>. Esperamos que com o resultado desta pesquisa, obtidos a partir da aplicação do Método Clínico-Qualitativo<sup>(12)</sup> possamos expandir o conhecimento nesta área específica da clínica, possibilitando uma melhor abordagem no pré-operatório de mulheres com obesidade mórbida que optam pelo tratamento cirúrgico da obesidade.

## 1.2 Obesidade

A obesidade é considerada uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo ou anormal de tecido adiposo no organismo <sup>(1)</sup>, constituindo-se atualmente um sério problema de saúde pública em função dos riscos associados, sendo sua causa principal um desequilíbrio entre a quantidade de calorias consumidas e a quantidade de energia utilizada<sup>(1, 13)</sup>. Os principais fatores desse desequilíbrio são: o aumento do consumo de alimentos hipercalóricos, a diminuição de atividades físicas e o aumento do sedentarismo <sup>(13)</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a obesidade como um sério problema de saúde pública, que tende a aumentar nos países industrializados, sendo que a obesidade mórbida é uma versão patológica desta<sup>(1)</sup>. De um modo geral, o obeso mórbido tem, na sua longa história, várias tentativas de redução de peso, algumas sob a orientação de técnicos da saúde, consistindo na sua maior parte em dietas e /ou uso de fármacos. Apesar destes regimes terapêuticos proporcionarem uma redução de peso numa fase inicial, estes não são geralmente satisfatórios, pois, após a sua finalização a grande maioria dos pacientes obesos recuperam, em pouco tempo, o peso perdido<sup>(14)</sup>.

A maneira usada para classificar e definir a obesidade é através do Índice de Massa Corporal (IMC). É uma medida internacional, usada para calcular o peso ideal de um indivíduo, sendo definido pela divisão da massa corporal do indivíduo pelo quadrado de sua altura, onde a massa está em quilogramas e a altura está

em metros<sup>(1)</sup>. Outra medida considerada importante é a da circunferência da cintura, pois a adiposidade na região abdominal é associada ao aumento do risco de doenças cardiovasculares e diabetes mellito. Recentemente, um comitê de especialistas do International Diabetes Federation - IDF<sup>(15)</sup> incluiu a circunferência da cintura e não o IMC como o critério chave na definição do conjunto de fatores de riscos de ataques cardíacos mais perigosos<sup>(16-17)</sup>. Apesar de estudos comprovarem a importância da adiposidade abdominal como um potencial fator de risco para infarto do miocárdio, não há dados mundiais sobre a distribuição, mesmo de medidas simples tais como da circunferência da cintura, feita com um protocolo padronizado.

A obesidade é uma doença grave, acompanhada por doenças crônicas como a diabetes mellito, dislipidemias, doenças articulares, cardiovasculares e cerebrovasculares, alterações de coagulações, doenças articulares degenerativas, neoplasias estrogênio-dependentes, neoplasias de vesícula biliar, esteatose hepática e apneia do sono<sup>(1)</sup>. Além das comorbidades somáticas, os obesos têm de lutar com as consequências psicossociais da obesidade, tais como depressão, baixa auto-estima, discriminação e rejeição social, causando assim perdas importantes em sua qualidade de vida<sup>(15, 18-19)</sup>. Em decorrência destes fatores, a obesidade está relacionada com altos índices de morbidade e mortalidade prematura, sendo hoje a segunda causa de óbito por causas evitáveis nos Estados Unidos<sup>(20)</sup>.

### **1.3 Epidemiologia da obesidade**

A prevalência da obesidade vem crescendo ano a ano, tendo se tornado mundialmente um grande desafio para o século XXI, ao atingir proporções epidêmicas. O mais novo relatório “Estatísticas Mundiais de Saúde 2012”, da Organização Mundial de Saúde<sup>(1)</sup> afirma que a obesidade é a causa de morte de 2,8 milhões de pessoas por ano, sendo atualmente 12% da população mundial

considerada obesa. Esse relatório mostra que no continente americano 26% dos adultos são obesos, sendo está a região do mundo com maior incidência do problema. No extremo oposto está o Sudeste Asiático, com apenas 3% de obesos.

Baseado em dados de 194 países, o departamento de estatísticas da OMS afirma que em todas as regiões do mundo a obesidade duplicou entre 1980 e 2008. Os dados divulgados alertam para o aumento das doenças não contagiosas ligadas à obesidade, como o diabetes, a hipertensão arterial e as doenças cardiovasculares, que representam 2/3 das mortes no mundo<sup>(1)</sup>.

No Brasil a incidência da obesidade tem atingido os níveis de países desenvolvidos, tendo aumentado muito na última década, sobretudo em mulheres adultas, chegando a 13,3%<sup>(21)</sup>. Observa-se um claro aumento na velocidade de crescimento da obesidade na população brasileira<sup>(22)</sup>. Entretanto, o padrão de comprometimento da população brasileira é pouco uniforme, com discrepâncias importantes entre grupos populacionais devido às diferenças sócio-econômicas regionais, sendo que nas regiões mais ricas do Brasil, ou seja, as regiões sul e sudeste, o excesso de peso é verificado em mais de 35% da população, índices que se aproximam daqueles dos países desenvolvidos<sup>(9)</sup>

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>(23)</sup> o número de pessoas obesas no Brasil vem aumentando sendo estimado um número de 17 milhões de obesos o que representa 9,6% da população<sup>(24)</sup>.

Nos Estados Unidos da América, de acordo com a última avaliação nacional (*National Health and Nutrition Examination Survey – NHANES, 2007-2008*)<sup>(25)</sup> o sobrepeso acomete 68% da população adulta (72,3% homens; 64,1% mulheres), enquanto a obesidade atinge 33,8% dos indivíduos desta mesma faixa etária (32,2% homens; 35,5% mulheres)<sup>(26)</sup>. Na Europa, a prevalência da obesidade triplicou nos últimos 20 anos, acometendo 25% da população<sup>(27)</sup>. Nos países em desenvolvimento como México, África do Sul e Egito são observadas prevalências igualmente elevadas, especialmente na população feminina<sup>(28)</sup>.

A obesidade alcançou globalmente proporções epidêmicas<sup>(2)</sup>, com mais de um bilhão de adultos com sobrepeso, pelo menos 300 milhões deles clinicamente obesos - sendo a maior responsável pelo aumento global de incapacidades e doenças crônicas, com sérias implicações sociais, econômicas e psicológicas, afetando todos os grupos etários e socioeconômicos<sup>(1)</sup>.

Segundo o Vigetel, há uma frequência de excesso de peso de 46,6%, sendo maior entre homens (51,0%) do que em mulheres (42,3%). Em ambos os sexos, a frequência tende a aumentar com a idade. O excesso de peso em crianças entre cinco e nove anos foi observado em 33,5%, sendo que 16,6% em meninos e entre as meninas, a obesidade apareceu em 11,8%<sup>(29)</sup>.

Este grande crescimento da obesidade infantil, estimada em 22 milhões de crianças abaixo de 5 anos com sobrepeso no mundo é de grande relevância. Nos Estados Unidos o número de crianças com sobrepeso dobrou e de adolescentes triplicou desde 1980<sup>(2)</sup>.

#### **1.4 Cirurgia Bariátrica**

A consequência direta do crescimento da população obesa e também da falha de tratamentos conservadores adequados é o aumento do número de CB realizadas no mundo<sup>(4-8)</sup>, sendo que o Brasil acompanha essa tendência. Os candidatos a CB são pacientes com o IMC maior que 40 Kg/m<sup>2</sup> ou IMC maior que 35 Kg/m<sup>2</sup>, associado a comorbidades (diabetes tipo 2, apneia do sono, hipertensão arterial, entre outras). Os resultados esperados com a CB são a perda de peso, a melhora das comorbidades relacionadas à obesidade e uma melhora de qualidade de vida.

A CB – também conhecida como cirurgia da obesidade, ou, popularmente, redução de estômago – reúne técnicas com respaldo científico destinadas ao tratamento da obesidade e das doenças associadas ao excesso de gordura corporal ou agravadas por ele. O conceito metabólico foi incorporado há cerca de

seis anos pela importância que a cirurgia adquiriu no tratamento das comorbidades, ou seja, de doenças causadas, agravadas ou cujo tratamento/controlado é dificultado pelo excesso de peso ou facilitado pela perda de peso.

O número de procedimentos cirúrgicos como tratamento para a obesidade apresentou grande aumento nos últimos anos<sup>(2, 4-8)</sup>. Nos EUA a CB é considerada muito eficaz e a mais utilizada para o tratamento da obesidade, país em que é realizado o maior número de cirurgias no mundo<sup>(21)</sup>.

As cirurgias diferenciam-se pelo mecanismo de funcionamento. Existem três procedimentos básicos da CB, que podem ser feitos por abordagem aberta ou por videolaparoscopia (menos invasiva e mais confortável ao paciente):

- **restritivos** – que diminuem a quantidade de alimentos que o estômago é capaz de comportar.
- **disabsortivos** – que reduzem a capacidade de absorção do intestino.
- **técnicas mistas** – com pequeno grau de restrição e desvio curto do intestino com discreta má absorção de alimentos.

No Brasil são aprovadas quatro modalidades diferentes de CB (além do balão intragástrico, que não é considerado cirúrgico), que são conhecidas como:

### 1) **Bypass gástrico com desvio intestinal em “Y de Roux”**

Esta técnica é estudada desde a década de 60, sendo a técnica bariátrica mais praticada no Brasil, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas, devido a sua segurança e, principalmente, sua eficácia. O paciente submetido à cirurgia perde de 40% a 45% do peso inicial.

Nesse procedimento misto, é feito o grampeamento de parte do estômago, que reduz o espaço para o alimento, e um desvio do intestino inicial, que promove o aumento de hormônios que dão saciedade e diminuem a fome. Essa somatória

entre menor ingestão de alimentos e aumento da saciedade é o que leva ao emagrecimento, além de controlar o diabetes e outras doenças, como a hipertensão arterial.

## **2) Banda gástrica ajustável (Lap Band)**

Criada em 1984 e trazida ao Brasil em 1996, a banda gástrica ajustável representa 5% dos procedimentos realizados no País. Apesar de não promover mudanças na produção de hormônios como o *bypass*, essa técnica é bastante segura e eficaz na redução de peso (20% a 30% do peso inicial), o que também ajuda no tratamento do diabetes. Instala-se anel de silicone inflável ajustável ao redor do estômago, que aperta mais ou menos o órgão, tornando possível controlar o esvaziamento do estômago.

## **3) Gastrectomia vertical**

Nesse procedimento, o estômago é transformado em um tubo, com capacidade de 80 a 100 mililitros (ml). Essa intervenção provoca boa perda de peso, comparável à do *bypass* gástrico e maior que a proporcionada pela banda gástrica ajustável. É um procedimento relativamente novo, praticado desde o início dos anos 2000. Tem boa eficácia sobre o controle da hipertensão e de doenças dos lípidos (colesterol e triglicérides).

## **4) Duodenal Switch**

É a associação entre gastrectomia vertical e desvio intestinal. Nessa cirurgia, 85% do estômago são retirados, porém a anatomia básica do órgão e sua fisiologia de esvaziamento são mantidas. O desvio intestinal reduz a absorção dos nutrientes, levando ao emagrecimento. Criada em 1978, a técnica corresponde a 5% dos procedimentos e leva à perda de 40% a 50% do peso inicial.



### ***Terapia auxiliar - Balão intragástrico***

Reconhecido como terapia auxiliar para preparo pré-operatório, trata-se de um procedimento não cirúrgico, realizado por endoscopia para o implante de prótese de silicone, visando diminuir a capacidade gástrica e provocar saciedade. O balão é preenchido com 500 ml do líquido azul de metileno, que, em caso de vazamento ou rompimento, será expelido na cor azul pela urina.

O paciente fica com o balão por um período médio de seis meses. É indicado para pacientes com sobrepeso ou no pré-operatório de pacientes com superobesidade (IMC acima de 50 kg/m<sup>2</sup>).

Segundo Pareja *et al.* (2005)<sup>(7)</sup>, para a população geral de obesos mórbidos, o tipo de operação considerado “padrão-ouro” por sua eficiência e baixa morbi-mortalidade, é a divisão gástrica vertical com bandagem e derivação em Y de Roux. Esta técnica produz restrição alimentar e má absorção relativa, sendo, portanto, considerada a mais eficaz. Contudo, no que se refere à realização da CB em mulheres jovens, em idade reprodutiva, existem algumas especificidades que devem ser levadas em conta pela equipe de saúde.

Apesar da grande procura por CB e do aumento do envolvimento de profissionais de saúde mental no processo de preparação dos pacientes do ponto de vista psicológico, ainda existem poucos dados sobre o seu comportamento psicológico, ou seja, pouco se sabe sobre o que pensam e sentem e qual é a sua dinâmica psicológica<sup>(18)</sup>.

Ainda que esse tipo de cirurgia venha sendo realizada com grande frequência, ainda não se dispõem de instrumentos para mensurar as consequências psicológicas do procedimento e por este motivo, em muitos casos, o emagrecimento súbito leva a quadros psiquiátricos como: depressão, ansiedade, uso de substâncias,

Alterações comportamentais, ideação suicida<sup>(30)</sup>. Atualmente o objetivo da CB é, além da redução do peso e das co-morbidades, proporcionar uma melhora

do funcionamento psicossocial e na qualidade de vida<sup>(18-19, 31-35)</sup>. Para tanto, além das medidas objetivas relativas à perda de peso e melhora das condições de saúde, é fundamental conhecer os fatores psicossociais envolvidos nesta melhora.

### **1.5 O Pré-operatório da Cirurgia Bariátrica**

Fatores como uma boa auto-estima, o ajuste social e pessoal, mudanças positivas nos parâmetros psicológicos pré-operatórios, satisfação com os resultados e confiança na própria habilidade em adotar e manter novos modelos comportamentais são preditivos de uma melhor evolução pós-operatória<sup>(35)</sup>. Contudo, não existem ainda preditores confiáveis para o sucesso terapêuticos<sup>(32, 36)</sup>, e muitos pacientes não alcançam, por motivos psicológicos, sucesso após a cirurgia.

Apesar da grande demanda pela CB e do aumento do envolvimento de profissionais de saúde mental no processo de preparação do paciente para a cirurgia <sup>(32, 37)</sup>, existem poucos dados sobre como avaliar previamente estes sujeitos, não existindo um protocolo definido para avaliação psicossocial que sirva como indicador das possíveis consequências da cirurgia a médio e longo prazo <sup>(34, 38)</sup>. Poucos estudos têm, sistematicamente, investigado variáveis psicossociais e comportamentais como indicadores de prognóstico positivo ou negativo para o seguimento cirúrgico <sup>(5)</sup>.

Levantamentos recentes entre as equipes responsáveis pela CB em diversos serviços indicam que mais de 80% dos programas requerem avaliações por profissionais de saúde mental no pré-operatório, contudo, ainda assim, a importância dos aspectos psiquiátricos e psicológicos não está bem documentada <sup>(5, 37)</sup>. Alguns autores têm, inclusive, observado um crescente abandono de critérios psicológicos na seleção de candidatos, provavelmente devido a esta ausência de instrumentos que permitam adequada acurácia prognóstica, o que leva a um julgamento clínico baseado em evidências, cada vez menos frequentes <sup>(10, 37-39)</sup>.

Existe atualmente vasta literatura referente a critérios de avaliação pré-operatória visando a seleção de candidatos adequados para se submeterem à CB, contudo o consenso é pequeno em relação a critérios válidos que permitam prever quais são aqueles candidatos com boas chances de conseguirem resultados satisfatórios no pós-operatório tardio<sup>(18, 40)</sup>.

Revisões da literatura mostram o quanto que as informações sobre prevalência e a importância clínica de transtornos psiquiátricos entre candidatos à CB são inconsistentes e ainda não completamente entendidas<sup>(41)</sup>. O que fica evidente é que medidas padronizadas para transtornos psiquiátricos são inadequadas, posto que não foram validadas para esta população específica portadora de obesidade mórbida <sup>(5, 36)</sup>.

Sabe-se, contudo, que indivíduos que se apresentam para tratamento de obesidade apresentam mais problemas psicopatológicos do que pessoas obesas em geral na comunidade<sup>(42-45)</sup>, fato que reforça a necessidade de estudos específicos sobre a dinâmica psicológica destes pacientes visando fundamentar uma abordagem psiquiátrica e psicológica durante a avaliação pré-operatória dos candidatos<sup>(46)</sup>. Cabe ainda ressaltar que transtornos do Eixo II da DSM IV<sup>(47)</sup> foram encontrados em 29% dos pacientes que se candidatam à CB, com consequências ainda pouco estudadas para a manutenção da perda de peso<sup>(42)</sup>.

Estudos mostram que uma avaliação psicopatológica isolada pré-operatória é insuficiente, e que além desta avaliação dever-se-ia avaliar também eventos estressantes da vida, status sócio-econômico e outras variáveis psicossociais (50). Assim, além da avaliação psicopatológica, uma detalhada avaliação dos significados da cirurgia e da obesidade, além dos aspectos comportamentais e sociais é necessária para determinar se o paciente está apto ou não para se submeter ao procedimento cirúrgico, e para prever as perspectivas prognósticas. Estudos têm sugerido que a avaliação psicológica dos candidatos à CB deveria focalizar alguns aspectos importantes como preditores do sucesso terapêutico, entre eles, a história do desenvolvimento da obesidade, história dietética, estilo de

vida, comportamento alimentar, as funções da comida, suporte social, motivações para se submeter à cirurgia e expectativas realísticas em relação aos resultados<sup>(34)</sup>.

A avaliação psicológica do candidato à CB é um dos mais importantes e difíceis elementos da avaliação clínica pré-operatória<sup>(48)</sup>. Talvez por esta razão, mesmo na Conferência de Desenvolvimento de Consenso do National Institutes of Health (NIH) de 1991 nenhum protocolo específico para avaliação psicológica foi desenvolvido, ainda que a participação de profissionais de saúde mental tenha sido encorajada no processo de avaliação pré-operatória<sup>(49)</sup>.

A diferença marcante que existe entre o número de mulheres e de homens que se submetem à cirurgia tem sido constatada em diversos estudos, além de diferenças significativas em várias características psicossociais, psicopatológicas e modelos de tratamentos prévios, não podendo, portanto, a população de obesos ser considerada como homogênea<sup>(50-51)</sup>.

Um estudo de revisão mostra que, na literatura, a porcentagem de mulheres participantes nos estudos de seguimento representa de 63 a 100% das amostras<sup>(36)</sup>, o que nos leva a pensar que existem diferenças significativas de gênero, quanto ao sentido que a obesidade e a CB têm para as mulheres e homens. Os estudos, em sua grande maioria, não fazem uma clara distinção de gênero nos resultados obtidos, o que a nosso ver, deixa de fora este importante dado relativo às especificidades de gênero. Ao avaliar o impacto do peso na qualidade de vida, separando-os por sexo, um estudo mostra que para as mulheres, mesmo com IMC que excedam pouco o ideal, o peso tem um impacto substancial em sua auto-estima e vida sexual, ao passo que os homens são pouco afetados por esse pequeno excesso de peso, sendo que somente em níveis extremos de obesidade sua auto-estima e vida sexual são afetadas significativamente<sup>(52)</sup>.

Supomos que questões sociais relacionadas à mulher e o sentido do corpo para elas estão diretamente envolvidos nestes fenômenos, o que sugere a necessidade de estudos que avaliem os gêneros separadamente, visando resultados mais realistas a respeito da CB.

Os aspectos psicológicos ainda são pouco vistos pela equipe, segundo Segal e Fandiño ainda que seja consenso que “deve ficar clara a necessidade de avaliação clínica, laboratorial e psiquiátrica de forma regular nos períodos pré e pós operatório<sup>(10)</sup>. Contudo, observa-se um crescente abandono de critérios psicológicos na seleção de candidatos a estes procedimentos, provavelmente devido a ausência de instrumento que permitam adequada acurácia prognóstica, mostrando um julgamento clínico baseado em evidências, cada vez menos subjetivo”<sup>(6)</sup>.

## **2. PRESSUPOSTOS**

O problema formulado nesta pesquisa parte da premissa psicodinâmica que a obesidade é um sintoma decorrente de uma trama de fatores biológicos, ambientais e psicodinâmicos precariamente equilibrados pelo sintoma e que as pacientes que buscam o tratamento cirúrgico têm a esperança de se reequilibrar psicológica e fisicamente com os resultados da cirurgia.

Partimos dos seguintes pressupostos:

1. As mulheres que se candidatam à CB têm como fantasia a solução de seus problemas emocionais, sociais e físicos;
2. Existe, apesar das orientações pré-operatórias, pouca clareza quanto à real dimensão das alterações trazidas pela cirurgia.

### **3. OBJETIVOS**



### **3.1 Objetivo Geral**

Conhecer as vivências emocionais e as expectativas das mulheres que foram selecionadas a submeter-se à cirurgia bariátrica no Hospital das Clínicas da UNICAMP.

### **3.2 Objetivos Específicos**

- Compreender as angústias e medos das mulheres que optam pela CB como tratamento da obesidade mórbida;
- Propor estratégias para lidar com essas mulheres no pré-operatório;
- Compreender e discutir as expectativas dessas mulheres após a CB.

## **4. METODOLOGIA**

## 4.1 Desenho do estudo

Nesta pesquisa utilizamos o método clínico-qualitativo proposto por Turato, que visa estudar e interpretar os fenômenos no campo da saúde-doença, a partir de uma investigação profunda de questões da intimidade do sujeito, seus conflitos e angústias específicas<sup>(12)</sup>. Optamos em usar o método clínico qualitativo por acharmos que este nos instrumentaliza na construção do nosso caminho, tendo em vista que o nosso objeto de estudo é o homem em situação natural.

Segundo Turato a denominação da metodologia clínico-qualitativa se dá através de dois modelos metodológicos já consagrados, de um lado, a abordagem compreensivo-interpretativa dos símbolos nas Ciências Humanas e de outro as abordagens clínicas na saúde, que estão juntamente com a psicodinâmica, no entendimento com as relações interpessoais. Ela se funda em três pilares: na atitude clínica em olhar a dor, na atitude psicanalítica de escutar as vivências e conflitos emocionais e na atitude existencialista de reflexão da angústia humana<sup>(12)</sup>.

Minayo define as metodologias de pesquisa qualitativa como “aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais”<sup>(52)</sup>, ou seja buscam interpretar as relações de significado presentes nos fenômenos individuais e sociais, ao invés de estarem presas aos métodos matemáticos que buscam dar causalidade aos fenômenos empíricos.

A aplicação do método clínico-qualitativo, a partir da atitude existencialista, clínica e psicanalítica do pesquisador, permite a acolhida das angústias e ansiedades do ser humano, a aproximação do lugar de quem dá ajuda e a valorização dos aspectos emocionais psicodinâmicos mobilizados na relação com os sujeitos do estudo. Trata-se, portanto, de um recurso da área da psicologia da saúde para dar interpretações a sentidos e significações trazidos por tais

indivíduos sobre os fenômenos pertinentes campo do binômio saúde-doença, utilizando o pesquisador, para tal objetivo, um quadro eclético de referenciais teóricos para a discussão no espírito da interdisciplinaridade<sup>(12)</sup>.

O método clínico-qualitativo de pesquisa pode ser entendido como “...o estudo e a construção dos limites epistemológicos de certo método qualitativo, particularizado em setting de saúde, bem como abarca a discussão sobre um conjunto de técnicas e procedimentos adequados para descrever e compreender as relações de sentidos e significados dos fenômenos humanos referidos nesse campo”<sup>(12)</sup>.

Valendo-nos da metodologia clínico-qualitativa e suas especificidades, acreditamos estar satisfatoriamente instrumentalizados para investigar o significado das experiências dos pacientes estudados, sua intimidade, seus conflitos e angústias específicas, em sua inserção num momento cultural dado, e para expandir o alcance do conhecimento.

## **4.2 Aplicação do método clínico-qualitativo: instrumentos e procedimentos**

São instrumentos técnicos e procedimentos desta pesquisa: entrevistas semi- dirigidas de questões abertas e análise de conteúdo.

A escolha pela entrevista semi-dirigida como um instrumento da pesquisa clínico-qualitativa se dá pelos motivos que ambos os integrantes da relação têm momentos para dar alguma direção no momento da entrevista representando assim um ganho para reunir os dados segundo os objetivos propostos<sup>(12)</sup>.

## **4.3 Modo de construção da amostragem e de inclusão dos sujeitos**

### **4.3.1 Contato com o campo de pesquisa**

Quando partimos para a fase de pesquisa de campo a pesquisadora passou por um período de ambientação e aculturação. Entende-se por ambientação a adaptação à rotina da instituição e o conhecimento do cotidiano das pessoas que ali trabalham e dos pacientes que são atendidos no serviço.

A aculturação é um conceito mais abrangente, que pressupõe o contato e a incorporação do funcionamento interno dos participantes do ambiente sob investigação, seus costumes, valores e sua linguagem própria<sup>(12)</sup>.

A pesquisadora participou voluntariamente, as quartas-feiras, das atividades dos grupos de acompanhamento nutricional, médico e da enfermagem que acompanham essas mulheres candidatas a CB. A pesquisadora, em um primeiro momento se ambientou e se apresentou naquele grupo como psicóloga e pesquisadora, e por algumas semanas antes das entrevistas ficou como observadora. As informações que foram coletadas nesta fase da pesquisa foram anotadas no diário de campo e utilizadas para avaliar e reformular as perguntas inicialmente propostas para as entrevistas.

### **4.3.2 Construção da amostra**

Para a escolha da amostra deve-se levar em consideração alguns critérios importantes. Minayo os classifica como: investir em instrumentos que permitam compreensão de diferenciação internas e de homogeneidade, assegurar que o local e o grupo de observação e informações contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar na pesquisa, privilegiar os sujeitos sociais que tem os atributos que o pesquisador pretende conhecer, definir claramente o grupo social mais relevante e centralizar nele o foco das entrevistas e as observações, dar atenção aos outros grupos que interagem com o do foco

principal, trabalhar num processo de inclusão progressiva das descobertas de campo, confrontando-as com as teorias que demarcam o objeto, nunca desprezar informações ímpares e não repetidas, considerar um número suficiente de interlocutores para permitir reincidência e complementaridade das informações; certificar que o quadro empírico esteja mapeado e compreendido e sempre que possível prever uma triangulação de técnicas e até de métodos<sup>(52)</sup>.

A amostra foi intencional, na qual o pesquisador delibera quem são os sujeitos de seu estudo de acordo com seus pressupostos de trabalho, podendo escolher aqueles cujas características possam trazer informações importantes para o propósito do estudo<sup>(53)</sup>.

Seguindo esta direção e dado o desenho do estudo, o número de participantes não foi definido previamente. Definimos este número conforme fomos percebendo que havia a saturação de informações, portanto o que nos orientou ao fechamento da amostra foi o critério de saturação<sup>(54-55)</sup>.

Esta amostra foi constituída por mulheres em fase de preparação para a realização da cirurgia bariátrica no HC-UNICAMP, na qual foi composta por sete mulheres que haviam sido selecionadas e estavam sendo preparadas para a cirurgia bariátrica. Essas mulheres eram maiores de 21 anos e apresentaram concordância, após a leitura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a participação da pesquisa (Anexo 3).

As candidatas à CB foram convidadas a participar da pesquisa a partir dos contatos do pesquisador com os pacientes que participavam dos grupos nutricionais, dos contatos informais no corredor e de conversas com pessoas da equipe e que indicaram, entre as pacientes que estavam na fase pré operatória, aquelas mais aptas a fornecer informações com mais transparência.

Foram considerados critérios de exclusão, a paciente apresentar, na avaliação pré-operatória, diagnóstico de Transtorno Psicótico, Transtorno de Personalidade, Síndrome Psico-orgânica, Retardo mental, segundo a

Classificação Internacional de Doenças, décima revisão<sup>(46)</sup>. O motivo deste critério de exclusão é por trabalharmos com uma amostra intencional ou seja “construída com 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”<sup>(12)</sup>. Seguindo a mesma linha Fontanella nos chama atenção quanto ao número da amostra. Segundo ele o que há de mais significativo nas amostras intencionais ou propositivas não se encontra na quantidade final de seus elementos, mas na maneira como se concebe a representatividade desses elementos e na qualidade das informações obtidas dele”<sup>(54)</sup>. Portanto o mais importante para a pesquisa qualitativa é o que o pesquisador vai poder receber deste entrevistado.

Pensamos que pacientes com transtornos mentais listados acima não são, a nosso ver, portadores de representatividade social na questão formulada neste estudo.

Seguindo esta linha argumentativa em pesquisa em ciências humanas de enfoque qualitativo, a amostra deve ser composta por sujeitos adequados para informar a respeito do assunto sob investigação<sup>(56)</sup>. Podemos então concluir que se entrevistarmos pacientes com transtornos psiquiátricos estes não poderiam nos fornecer as informações confiáveis para a proposta do método por esses transtornos afetarem a linguagem e a cognição nos impossibilitando a saturação de informações.

Para que possamos formar uma amostra intencional definida por Turato como aquela constituída 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”<sup>(12)</sup>. Portanto, neste modo de construção de amostra o pesquisador, a partir de sua familiaridade e seu embasamento teórico, pode escolher aqueles sujeitos que puderam lhe trazer informações consistentes sobre o tema estudado.

### 4.3.3 Características da amostra

PACIENTE	IDADE	ESTADO CIVIL	OCUPAÇÃO	FILHOS
MC	52a	Divorciada	Doméstica	0
S	38a	Solteira	Gari	3
W	35a	Casada	Do lar	0
C	19a	Solteira	Estudante	0
E	42a	Casada	Balconista	0
M	38a	Casada	Costureira	0
L	37a	Casada	Do lar	0

### 4.4 Coleta de Dados

Após o período inicial de ambientação no local, foram discutidos com os pares sobre os questionários, foram feitos os ajustes necessários e a partir daí iniciou-se a coleta do material de pesquisa.

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora através das seguintes etapas, seguindo os critérios sugeridos pelo Método Clínico-Qualitativo<sup>(12)</sup>: estabelecimento do rapport, sentimento de empatia que consiste no estabelecimento de uma aliança de trabalho e tem por objetivo abrir as portas para uma comunicação fluente e bem sucedida, em seguida foram coletados os dados de identificação das candidatas à CB (Anexo 2), apresentamos o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (Anexo 3) e feito a solicitação da permissão do uso do gravador. Foi, então, realizada a entrevista semi-dirigida de questões abertas.



## 4.5 Entrevista semi-dirigida de questões abertas

A técnica da entrevista semi-dirigida de questões abertas proposta por Morse & Field, se caracteriza por um procedimento no qual o “pesquisador conhece a maioria das questões a perguntar mas não pode prever as respostas” sendo assim muito útil porque “garante que o pesquisador obterá todas as informações requeridas, enquanto, ao mesmo tempo, dá ao participante liberdade para responder e ilustrar conceitos”<sup>(56)</sup>. Neste tipo de entrevista há uma interação entre pesquisado e pesquisador pois o entrevistado pode participar da entrevista na elaboração do conteúdo da pesquisa com elementos insuspeitados pelo pesquisador.

Fontanella e Col. apontam como característica da entrevista semidirigida a importância do conhecimento do pesquisador ou seja sua competência sobre o assunto pesquisado e sobre o universo cultural do pesquisado para permitir a manifestação, o mais livre possível, do entrevistado para explorar o seu tema-problema e também possibilitando os achados de serendipidade, aqueles que são encontrados por acaso<sup>(57)</sup>.

Nesta pesquisa foi preparado um roteiro de perguntas com questões básicas (Anexo 2) para todas as entrevistadas e gravadas em áudio. Levamos em conta as reações emocionais das entrevistadas, observamos como elas chegaram e se comportaram durante a entrevista. O papel da pesquisadora e as emoções que foram despertadas na pesquisadora também foram materiais para a pesquisa. Segundo Fontanella e Magdaleno o papel do pesquisador e os seus recursos pessoais para lidar com as angústias dos entrevistados é extremamente importante para que não haja interferência de suas questões pessoais nas entrevistas<sup>(55)</sup>.

As entrevistas foram transcritas posteriormente por técnicos, na íntegra, formando o chamado *corpus* transcritos. As entrevistas foram ouvidas inúmeras vezes pelo pesquisador a fim de preencher alguma lacuna de falas não

identificada pelo técnico transcritor. O local dos encontros para a coleta de dados foi a sala de reuniões para a preparação a CB no ambulatório no HC da UNICAMP.

#### 4.6 Técnica de tratamento de dados

Os dados obtidos na pesquisa foram submetidos a uma análise de conteúdo. O *corpus* transcrito encontra-se gravado em CD-ROM. A técnica utilizada para o tratamento dos dados foi a de Análise de conteúdo<sup>(52, 58)</sup>, que diz respeito a técnica “de pesquisa que permite tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. Em comum, as definições ressaltam o processo de inferência<sup>(52)</sup>.

Segundo Bardin, a análise de conteúdo pode ser definida como:

*“Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos a condições de produção/recepção destas mensagens”<sup>(58)</sup>.*

É isso que permite que as inferências obtidas através destas técnicas possam ser replicáveis e válidas, e, portanto científicas<sup>(11)</sup>.

Turato coloca como importante, para que uma análise de conteúdo aconteça a atenção flutuante, o que consiste em não dirigir a observação para algo específico, mas mantê-la de forma uniforme a tudo que se lê para assim, chegar ao conteúdo latente da fala do participante da pesquisa. Procuramos buscar nas falas das pacientes algo que estava além das suas palavras e do sentido, ou seja, o conteúdo latente, buscando a compreensão dos significados dos fenômenos vividos pelas mulheres participantes da pesquisa<sup>(12)</sup>.

Fontanella et al. ressaltam a perspectiva êmica da pesquisa, ou seja, a procura pela verdade como ela é entendida pelas pessoas que vivenciam aquela determinada cultura. Uma visão êmica não demanda que criemos ou aceitemos a interpretação que o outro faz mas sim que analisemos e compreendamos tal fato social pelo óculos de quem o experimenta<sup>(57)</sup>.

#### **4.7 Validação**

A validade de uma pesquisa já é discutida há muito tempo, vem do positivismo sociológico, mas é uma discussão que ocorre em todas as correntes teóricas, pois a pergunta sempre é sobre a cientificidade da pesquisa<sup>(52)</sup> e na pesquisa qualitativa a pergunta é: “até que ponto o investigador conseguiu compreender a lógica interna do grupo estudado ou dos textos analisados?”

O conceito de validade na metodologia de pesquisa científica refere-se a uma postura crítica que deve estar no âmbito de qualquer atividade científica, ao propor uma aproximação entre a realidade estudada e os resultados aferidos desta investigação.

Segundo Turato, (2011)<sup>(12)</sup>, a validade em pesquisas científicas deve reportar-se as ideias de coerência, ou seja um discurso construído com lógica, tanto no sentido teórico quanto no desdobramento das etapas de investigação. Deve ter consistência, adquirindo um lugar no conjunto da produção científica, ter originalidade, ou seja, o que aquela pesquisa trás de novo e objetivação que é o resultado da interação entre teoria, método e criatividade do pesquisador diante do objeto<sup>(12)</sup>.

Minayo classifica como questões importantes, além dessas mencionadas acima o anonimato, o conforto ao entrevistado, a relação de confiança entre entrevistador e entrevistado, ser um único entrevistador dentre outras questões importantes<sup>(52)</sup>.

Morse & Field define a validade em pesquisa qualitativa como a “extensão para a qual os achados da pesquisa representam a realidade”<sup>(56)</sup>.

Turato aplica o termo validade em dois sentidos complementares: validação interna e validação externa. A validação interna seria um processo envolvendo o autor e seu projeto e que configura rigores para que a apreensão dos fenômenos dê a estes o atributo de verdade, isto é, estejam em conformidade com o real, graças a função e ao poder adequados do pesquisador, dos recursos gerais e dos instrumentos auxiliares de pesquisa<sup>(12)</sup>.

E a validação externa submete a pesquisa a uma atividade de supervisão com o orientador da pesquisa, discussão dos achados com seus pares em reuniões com a equipe e discussão dos resultados preliminares com plateia qualificada de eventos e em reuniões científicas.

Seguindo esse ensinamento, durante o período que estivemos trabalhando com a pesquisa, desde o projeto inicial até a análise de conteúdo do material já submetido à categorização, apresentamos periodicamente o andamento do trabalho aos Pares do Laboratório de Pesquisa Clínico-qualitativa da FCM da Unicamp, além de discussões diretamente com o orientador da pesquisa. Durante estas atividades ideias foram sendo criadas e desenvolvidas e outras sendo refutadas, quando não podiam ser sustentadas.

#### **4.8 Considerações éticas**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, em Campinas- SP.

Esta pesquisa seguiu as normas preconizadas pela Declaração de Helsinque<sup>(59)</sup>, pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(60)</sup> e Resolução 340/2004 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(60)</sup>, que dispõem sobre as condições de pesquisa envolvendo seres humanos.

Nesta pesquisa foram estudadas mulheres candidatas a cirurgia bariátrica que já se encontravam em preparação para realizarem a cirurgia no serviço de Cirurgia do Hospital das Clínicas da Unicamp. Foram feitas 7 entrevistas e antes de iniciarmos as perguntas explicamos o estudo e o objetivo que tínhamos com aquela pesquisa. Pedimos ainda permissão para esta participação e em seguida elas leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3) para a participação na pesquisa. Explicamos que iríamos usar o gravador e que depois essas entrevistas iriam ser transcritas. Os dados de identificação do sujeito foram preenchidos em uma folha a parte do questionário. Foram omitidos os nomes das entrevistadas nas transcrições formais das entrevistas, estes foram referidos por uma letra aleatória, não correspondente a ordem que as entrevistas foram feitas e nem as suas iniciais, para garantir o sigilo e privacidade dos sujeitos

Os procedimentos que envolveram esta pesquisa não ofereceram riscos físicos para suas participantes bem como para seus familiares. Destaca-se, entretanto, que as entrevistas clínicas não são processos psicoterapêuticos, embora possam provocar mobilizações de ordem psíquica. Quando observadas, foram realizados encaminhamentos necessários para o serviço de psicologia e/ou psiquiatria do HC-UNICAMP, bem como receberam assistência imediata do pesquisador, o que não foi necessário, pois nenhuma das participantes apresentou qualquer alteração significativa. Por outro lado as entrevistas puderam trazer benefícios psicoterapêuticos pelo próprio contato pesquisador/pesquisado no processo de coleta de dados, que forma vínculo de confiança interpessoal entre as partes envolvidas.

As entrevistadas tiveram a oportunidade de não seguirem com as respostas caso sentissem algum constrangimento poderiam se retirar em qualquer etapa da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu tratamento<sup>(60)</sup>, o que não foi necessário pois todas as entrevistadas participaram até o fim.

## **5. RESULTADOS**

## 5.1 ARTIGO 1

### **Lidando com as expectativas de mulheres obesas mórbidas durante a fase de preparação para a cirurgia bariátrica: um estudo qualitativo**

Anna Beatriz Ribeiro Ferreira Sampaio<sup>1</sup>; Lia Keuchguerian Silveira Campos<sup>2</sup>;  
Elinton Adami Chaim<sup>3</sup>; Ronis Magdaleno Júnior<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Psicóloga, Mestranda em Ciências Médicas, Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Bolsista CAPES

<sup>2</sup> Mestra em Ciências Médicas, Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

<sup>3</sup> PhD, Cirurgião, Coordenador do Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital de Clínicas da UNICAMP.

<sup>4</sup> PhD, Psiquiatra, Pesquisador do Laboratório de Pesquisa Clínico- Qualitativa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

#### **Resumo**

O objetivo deste trabalho é conhecer e compreender as vivências emocionais e as expectativas de mulheres que irão submeter-se à cirurgia bariátrica. Utilizamos o Método Clínico-Qualitativo através da aplicação de entrevistas semidirigidas de questões abertas a uma amostra intencional constituída por mulheres que se preparavam para a cirurgia bariátrica. As pacientes têm expectativas irreais quanto as mudança de vida após a cirurgia. Veem a cirurgia e o emagrecimento como grandes desafios a serem enfrentados, no pós-operatório, mas lançam mão de mecanismos de negação frente aos problemas que serão enfrentados depois da cirurgia, ou seja, para as consequências que o procedimento cirúrgico poderá trazer. Aparecem sentimentos ambivalentes em relação à cirurgia, que se devem ao dilema entre realizar o procedimento e enfrentar os riscos ou não realizá-lo e ficar expostas às complicações da obesidade. Uma equipe multidisciplinar, com conhecimentos acerca dos aspectos psicológicos dessas pacientes deve fazer parte da equipe que prepara essas pacientes para o procedimento cirúrgico.

*Descritores:* Cirurgia Bariátrica, Obesidade, Pesquisa Qualitativa

#### **Abstract**

The objective of this research is to know and understand the emotional experience and expectations of women who will undergo bariatric surgery. We used the Clinical-Qualitative Method by applying semi open questions addressed to a convenience sample consisting of women preparing for bariatric surgery. This women perceive surgery and weight loss as challenges to be

faced postoperatively, but use mechanisms of denial of problems that will be faced after the surgery and the consequences that the surgical procedure may bring. Ambivalent feelings arise in relation to surgery, which are due to the dilemma of performing the procedure and face the risks or not realize it and be exposed to the complications of obesity. A multidisciplinary team with knowledge about the psychological aspects of these patients should be part of the team that prepares these patients for surgery.

*Subject Headings:* Bariatric Surgery, Obesity, Qualitative Research

## **Resumen**

El objetivo de este trabajo es conocer y comprender las vivencias emocionales y las expectativas de mujeres que irán a someterse a la cirugía bariátrica. Utilizamos el Método Clínico-Cualitativo a través de la aplicación de entrevistas semidirigidas de cuestiones abiertas a una muestra intencional constituida por mujeres que se preparaban para la cirugía bariátrica. Las pacientes tienen expectativas irreales cuánto a los cambios de vida después de la cirugía. Ven la cirugía y la pérdida de peso como los principales retos que hay que afrontar, después de la operación, pero utilizan mecanismos de negación con respecto a los problemas que se enfrentan después de la cirugía y de las consecuencias que el procedimiento quirúrgico puede traer. Aparecen sentimientos ambivalentes con respecto a la cirugía, que se deben a los dilemas de realizar el procedimiento y hacer frente a los riesgos o no realizarlo y estar expuestas a las complicaciones de la obesidad. Un equipo multidisciplinario con conocimientos sobre los aspectos psicológicos de estas pacientes debe ser parte del equipo de la preparación de las mujeres para la cirugía.

*Descriptor:* Cirugía Bariátrica, Obesidade, Investigación Cualitativa

## **Introdução**

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, e que pelos riscos associados, vem sendo considerada um grave problema de saúde pública no mundo todo, sendo sua causa principal um desequilíbrio entre a quantidade de calorias consumidas e a quantidade de energia utilizada.<sup>1-3</sup> A obesidade atingiu proporções epidêmicas em quase todo o mundo, tendo se tornado um grande desafio para os profissionais e instituições que lidam com saúde.<sup>1</sup> Este fenômeno tem se repetido no Brasil.<sup>4-6</sup> Cerca de 1,6 bilhão de jovens e adultos

(com idade superior a 15 anos) apresentam sobrepeso e 400 milhões são obesos, tendo a OMS projetado para o ano de 2015 um número de 2,3 bilhões de pessoas com excesso de peso e 700 milhões de obesos.<sup>1</sup>

A consequência direta do crescimento da população obesa, e também da falta de tratamentos conservadores adequados, é o aumento do número de cirurgias bariátricas (CB) no mundo.<sup>2,7</sup> O Brasil acompanha essa tendência.<sup>8</sup> Os resultados esperados da CB são, além da perda de peso, a melhora das comorbidades relacionadas à obesidade, a



melhora de qualidade de vida e uma melhora no funcionamento psicossocial.<sup>2,7,9-14</sup> A CB trás benefícios evidentes aos pacientes, principalmente para aqueles que apresentam comorbidades, contudo as consequências psicológicas e psiquiátricas desse procedimento não são ainda totalmente conhecidas.<sup>12,15,16</sup> O emagrecimento alcançado propicia uma melhora nas condições clínicas e funcionais do paciente obeso mórbido, mas do ponto de vista psicossocial uma grande parcela deles não apresentam uma boa evolução psicossocial no pós-operatório.<sup>12,17</sup>

Uma parcela dos candidatos à CB fazem parte de um grupo de risco para transtornos psíquicos.<sup>18-22</sup> Entre 20% a 70% dos pacientes obesos que procuram tratamento cirúrgico têm histórico de algum transtorno mental<sup>22</sup>. Mauri et al.<sup>20</sup> ao aplicar critérios diagnósticos do DSM-IV aos candidatos à CB encontraram uma prevalência de 37,5% de transtornos do Eixo I: 22% de transtornos do humor; 18,1% de transtornos ansiosos, 12,8% de transtornos alimentares e 1,1% de transtornos relativos ao abuso de substâncias, e 19,5 % preenchendo critérios para transtorno de personalidade do eixo II.

A falta de conhecimento científico mais específico da psicodinâmica destes pacientes, faz com que, muitas vezes, o médico se apoie no bom senso para indicar ou contraindicar a cirurgia, sem atentar para os aspectos psicológicos do paciente.<sup>16</sup> É consenso a necessidade de avaliação clínica, laboratorial e

psiquiátrica de forma regular nos períodos pré e pós operatório,<sup>7,23</sup> contudo, observa-se um crescente abandono de critérios psicológicos na seleção de candidatos à CB, provavelmente devido a ausência de instrumentos que permitam adequada acurácia prognóstica.<sup>16</sup>

Apesar da grande procura por CB e do aumento do envolvimento de profissionais de saúde mental no processo de preparação, ainda existem poucos dados sobre as vivências emocionais desses pacientes, ou seja, pouco se sabe sobre o que pensam e sentem e quais suas reais expectativas frente à cirurgia e ao emagrecimento.<sup>12</sup> Ainda não se dispõem de instrumentos específicos para mensurar as consequências psicológicas da CB e por este motivo, em muitos casos, o emagrecimento súbito e as mudanças de hábitos impostas pela cirurgia levam a quadros psicológicos e psiquiátricos como depressão, ansiedade, medo, insegurança, uso de substâncias, alterações comportamentais e ideação suicida.<sup>9-15,17,24-26</sup>

O objetivo do presente estudo é investigar as vivências de mulheres obesas mórbidas candidatas a CB e detalhar os sentimentos e significados da CB para elas durante o período preparatório pré-operatório, e contribuir com elementos que auxiliem o profissional de saúde a melhor lidar com o complexo fenômeno psicológico, social e clínico imposto pela CB e instrumentalizá-los no acompanhamento pré e pós-operatório.

## **Percurso Metodológico**

Utilizamos para esta pesquisa o método clínico-qualitativo, que visa estudar e

interpretar os fenômenos no campo da saúde-doença, a partir de uma investigação profunda

de questões da subjetividade do sujeito, seus conflitos e angústias específicas, permitindo compreender as experiências de vida e o processo do sofrimento deles em relação a um determinado problema no campo saúde-doença.<sup>27</sup> Este método adota um modelo humanista, buscando interpretar cientificamente os significados que determinado fenômeno do campo da saúde-doença tem para o sujeito, tendo um caráter exploratório, não-experimental.<sup>27,28</sup>

A amostra foi constituída por sete mulheres em fase de preparação para a realização da CB no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital de Clínicas da UNICAMP, um hospital terciário na região sudeste do Brasil. Durante um período de alguns meses essas pacientes vêm semanalmente ao ambulatório de CB, são pesadas e passam por atendimento grupal com enfermeiro, nutricionista, psicólogo e médico. A pesquisadora participou durante alguns meses desses grupos de preparação pré-operatória, realizando assim o período de aculturação,<sup>27,28</sup> tendo, a partir desse processo, selecionado os pacientes para compor a amostra da pesquisa. A amostra foi intencional,<sup>27,29,30</sup> na qual o pesquisador delibera quem são os sujeitos do estudo de acordo com os objetivos da pesquisa, sendo

escolhidos aqueles cujas características possam trazer informações importantes para o propósito do estudo. A amostra foi fechada pelo critério de saturação, ou seja, o pesquisador fecha a amostra quando, após coletar as informações com certo número de sujeitos, estas começam a se repetir tendo em vista as necessidades reais de alcançar os objetivos previstos.<sup>30-32</sup> As entrevistas foram semidirigidas com questões abertas, tendo sido gravadas com a autorização dos pacientes mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As transcrições das entrevistas formaram o corpus bruto para o estudo, tendo sido categorizadas<sup>27,28</sup> e submetidas à análise de conteúdo.<sup>32</sup> Os resultados obtidos foram submetidos à validação externa pelos pares do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

O presente trabalho é resultado de um projeto de mestrado realizado no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas da UNICAMP. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, sob número 0395.0.146000-10

## **Resultados e Discussão**

O período compreendido entre a decisão de submeter-se à CB e a realização do procedimento cirúrgico propriamente dito, foi por nós denominado período de preparação, sendo marcado por intensas vivências emocionais e expectativas sobre o que

acontecerá durante e, principalmente após o ato cirúrgico. Do vasto material coletado durante as entrevistas e das inúmeras interpretações que pudemos dar a eles, destacamos três categorias, que exprimem o teor das vivências dessas pacientes.

## 1. Expectativa mágica em relação aos resultados da cirurgia

*“[...] eu acho que depois que eu operar, que eu emagrecer, a minha vida vai ser totalmente diferente[...]” (M)*

*“[...] é muito bom, eu me vejo magra já, vejo minha vida totalmente mudada [...]” (S)*

A paciente que aguarda a CB cria expectativas idealizadas relacionadas à resolução de problemas da vida de forma geral e permanente, sobretudo em função do emagrecimento, que é tido como certo. Acreditam que, num passe de mágica, tudo irá

se transformar e todos os seus problemas serão resolvidos. Passam a visualizar uma reinserção no mercado de trabalho e na sociedade, acreditando que todos irão olhá-las e acolhê-las de uma forma diferente.

*“[...] Eu creio que vou arrumar um serviço melhor, num lugar assim que é pra eu trabalhar mas não em um serviço tão sofrido assim como é o meu, nossa tudo vai melhorar[...].” (S)*

*“[...]no trabalho que eu for procurar vai ser diferente, então tudo vai ser diferente na minha vida, vai mudar completamente[...]” (W)*

Acreditam que se tornarão mais autoconfiantes após a CB, que suas vidas afetivas mudarão radicalmente, passando do lugar de excluídas, para um outro lugar a partir

do qual poderão fazer escolhas, recusar receber o que não querem, enfim, terem uma revanche em relação a todas as experiências de exclusão que sofreram por serem obesas.

*“[...] reconquistá-lo não, porque agora eu não quero, mas ele já está olhando, já. Olha de rabo de olho, mas eu já falei que eu não quero. Não quis gorda, porque vai querer magra? [...]” (C)*

Há uma sensação de que, após a cirurgia, estarão mais poderosas e mais fortes para vencer qualquer desafio que a vida lhes oferecer. Vivenciam que um corpo magro tem espaço para ser preenchido de coragem, ou seja, acreditam que terão energia diante das

situações difíceis que surgem na vida e assim terão capacidade de suportar os desafios impostos, podendo fazer tudo o que não tiveram possibilidade em fazer até aquele momento.

*“[...] muitas coisas que a gente não faz quando é obesa, né? Depois da cirurgia a gente pode fazer [...]” (L)*

As dificuldades que são inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, parecerem ser, de algum modo, negadas por essas pacientes durante o período de preparação. Preferem não olhar para os desafios que aparecerão nos seus caminhos, e, no lugar disso, supervalorizam os benefícios que obterão com o emagrecimento.

*“[...]quando eu fizer a cirurgia, depois de um mês, a gente vai na boate, vai se acabar naquela boate, dançar a noite inteira [...]” (S)*

## 2. Desafios

*“[...]então eu vou lutar né? Eu já passei por tantas coisas, é só mais uma[...]”(S)*

Apesar das fantasias idealizadas de resolução de problemas após a CB, há um forte sentimento de desafio a ser enfrentado. Resolver a obesidade sempre foi vivido como desafio, o que fica intensificado no período preparatório gerando apreensões e angústias, já que a obesidade sempre foi tida como área de proteção e a comida como alívio de tensões.<sup>12,14,24,25</sup> O emagrecer, ainda que se constitua na meta desejada, pode ser também vivido como uma ameaça, já que a grande maioria dessas mulheres lutam contra a obesidade desde tempos muito remotos de suas vidas.

*“[...]como que eu vou me achar depois de operada, quando eu estiver magrinha, né? Aí é que tá o problema[...]”(L)*

Sentem-se apreensivas quanto à diminuição da quantidade de comida que será possível após a redução do estômago, e a impossibilidade de usar a comida como proteção frente a angústia e o vazio. O sentimento de insegurança decorrente dessa mudança de percurso de vida e mudanças de hábitos, fica evidente quando se imaginam operadas.

*“[...]O estômago vai ficar pequenininho, você vai ter que comer pouquinho..., muita coisa vai mudar[...]”(E)*

## 3. Entre a vida e a morte

*“[...] ver a cirurgia na frente, dá a impressão que, né, aquela coisa assombrosa, mas quando começa a ver o resultado, aí você vai ver que não é isso, que é bem melhor[...]”(L)*

Há um sentimento ambivalente observado nessas pacientes: se a decisão for não fazer a cirurgia, temem morrer por alguma doença causada pela obesidade e, por outro lado, se decidirem por fazer a cirurgia, estarão se sujeitando aos riscos eminentes de todo e qualquer procedimento cirúrgico, que ainda que parcialmente negados, perpassam todo o

clima emocional dos grupos de preparação. escolha.  
Essas mulheres, portanto, sentem não ter

*“[...]se você operar você corre risco, se você não operar, você está correndo risco também [...]” (L)*

*“[...]eu tenho medo do corte, tenho esse medo assim...tenho medo de ficar daquela cor pálida....meio velha, a pele enrugada....eu não quero ficar assim não[...].” (S)*

O medo nos remete não apenas ao risco cirúrgico, mas também à questão da desilusão, de não acontecer exatamente o que elas imaginam, ou seja, de não alcançarem seus ideais. Nota-se, também, uma preocupação com a morte simbólica do corpo, que o corpo com o qual vivem sentimentos ambivalentes, mas com o qual estão familiarizadas, será perdido, ficando em seu lugar algo desconhecido e, portanto, assustador.

*“[...]então, o meu medo é assim, que nem a gente vê, né, o pessoal caiu tudo o cabelo, ficou careca. Ah! Ficou com os ossos fracos, aí caiu o dente todo[...].” (S)*

## Conclusão

As mulheres obesas que buscam o tratamento cirúrgico chegam ao serviço com tantas expectativas em relação à resolução de seus problemas, que não conseguem avaliar as reais dificuldades envolvidas no procedimento, o que as leva a não ter plena consciência daquilo que irão enfrentar depois da cirurgia. Os desafios impostos pela cirurgia são pouco percebidos por elas, ainda que sejam continuamente alertadas pela equipe de saúde durante o longo período preparatório pelo qual passam. Apresentam sentimentos de medo do procedimento cirúrgico, das restrições alimentares, de não saberem como lidar com o corpo que irá surgir após o emagrecimento, mas pouco se referem aos desafios de longo prazo, sobretudo à realidade de estarem entrando num processo para o resto de suas vidas.

Ainda que haja fortes evidências da importância da avaliação clínica e psicológica destas pacientes visando identificar fatores de risco para complicações psicológicas e mesmo psiquiátricas, nos parece que a mesma não vem ocorrendo de forma satisfatória, visto que estas pacientes vão para a cirurgia com fortes elementos de idealização e negação da realidade.

A equipe multidisciplinar, sobretudo o psicólogo e o enfermeiro, deve estar atenta a aspectos psicossociais que possam interferir negativamente no resultado da cirurgia, sendo que a expectativa em relação à redução de peso deve estar o mais próximo possível da realidade, assim como os reais benefícios da cirurgia e suas potenciais complicações devem ser reforçados.

A frustração de expectativas idealizadas e irreais pode levar a uma menor adesão ao tratamento de longo prazo<sup>24</sup>, o que pode comprometer o prognóstico, devendo esses aspectos ser avaliados e elaborados durante a preparação pré-operatória. Nesse sentido as fantasias quanto aos resultados da cirurgia, principalmente aquela de ter todos os problemas solucionados, poderiam ser em parte minimizados se houvesse uma avaliação adequada e um trabalho de orientação rigorosa quanto às reais consequências do procedimento.

Acreditamos que os resultados obtidos com esse trabalho possam colaborar com o manejo desse grupo de pacientes pela equipe de saúde, possibilitando assim um melhor cuidado clínico, que deve ser necessariamente multidisciplinar. Nesse sentido é de suma importância a presença de psicólogos, enfermeiros e nutricionistas na equipe multidisciplinar envolvida na preparação do paciente para o desafio que representa a CB. Esses profissionais devem conhecer as particularidades emocionais dessa população para que possa efetivamente ajudar essas pacientes, podendo, ainda, auxiliá-las no auto-conhecimento e, conseqüentemente, na adesão eficaz ao tratamento.

Após a cirurgia o paciente inicia uma fase de intensos desafios, pois o sistema defensivo que era mantido em torno da alimentação e da obesidade fica impedido.<sup>18</sup> Como será que essas mulheres, após a cirurgia vão lidar com o seu vazio e com a angústia? Será que estarão preparadas para enfrentar o desafio em longo prazo? Como vão encarar uma de suas maiores dificuldades: seu traço compulsivo? Pensamos ser fundamental uma preparação psicológica adequada para que esse encontro consigo mesmas possa ser propiciador de novas conquistas, tanto na esfera psicossocial como na da saúde física.

Como limitação desse estudo pode-se destacar o pequeno número de categorias analisadas, podendo estas ser muito expandidas em decorrência da quantidade de informações obtidas durante as entrevistas. Além disso, ainda que o corpus bruto tenha sido discutido com o orientador da pesquisa e com o grupo do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa da UNICAMP, muitos outros caminhos interpretativos poderiam ter sido usados. Limitamo-nos a essas três categorias apresentadas, reservando para posteriores trabalhos outras linhas interpretativas.

## Referências

1. World Health Organization. Obesity and overweight [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html]. Suíça - Genebra [atualizado 2013 Março acesso em 2013 Maio 13].
2. Buchwald H, Williams SE. Bariatric Surgery worldwide 2003. *Obes Surg.* 2004; 14(9):1157-64.
3. Pinheiro ARO, Freitas SFT & Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev. Nutr.* 2004; 17(4):523-33.
4. Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade no Brasil: tendências atuais. *Rev. Port. Sau. Pub.* 2006; 24(2):71-81.
5. Monteiro C. Epidemiologia da obesidade. In: Halpern A, Godoy MAF, Suplicy HL, Mancini MC,

- Zanella MT. *Obesidade*. São Paulo (SP): Lemos Editorial; 1998. p.15-31.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília (DF); 2010.
  7. American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. American Society for Metabolic & Bariatric Surgery [http://wmdp.org/wp-content/uploads/2010/11/aacetosasmbsfinalversion1.pdf]. Gainesville (FL) EUA; Abril- 2009 [atualizado 2013 Maio 04; acesso em 2013 Maio 13]. Disponível em: www.asmbc.org
  8. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. www.abeso.org.br. Acessado: 15 de maio de 2013
  9. Delin CR, Watts J, Basseltt DL. An exploration of outcomes of gastric by-pass surgery for morbid obesity: patient characteristics and indices of success. *Obes Surg*. 1995; 5:159-70.
  10. van Hout GCM, Vreeswijk CMJM, van Heck GL. Bariatric Surgery and bariatric psychology: evaluation of dutch approach. *Obes Surg*. 2008; 18:321-25.
  11. van Hout GCM, Fortuin FAM, Pelle AJM, van Heck GL. Psychosocial functioning, personality, and body image following vertical banded gastroplasty. *Obes Surg*. 2008; 18:115-20.
  12. Magdaleno Jr R, Chaim EA, Turato ER. Características psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*. 2009; 31(1):73-8.
  13. Leal CW, Baldin N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*. 2007; 29(3):324-7,
  14. 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.
  15. Fandino J, Benchimol AK, Coutinho WF, Appolinario JC. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* [online]. 2004, vol.26, n.1 [cited 2013-05-13], pp. 47-51.
  16. Segal A, Fandiño J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Rev. Bra. Psiquiatria*. 2002; 24(3):68-72.
  17. Gordon PC, Kaio, GH, Sallet, PC. Aspectos do acompanhamento psiquiátrico de pacientes obesos sob tratamento bariátrico: revisão. *Rev. psiquiatr. clín*. 2011; 38(4):148-54.
  18. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP, Pilkonis PA, Ringham RM, et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(2):328-34.
  19. Dziurawicz-Kozłowska AH, Wierzbicki Z, Lisik W, Wasiak D, Kosieradzki Z. The objective of psychological evaluation in the process of qualifying candidates for bariatric surgery. *Obes Surg*. 2006; 16:196-202
  20. Mauri M, Rucci P, Calderone A, Santini F, Oppo A, Romano A, et al. Axis I and II disorders and quality of life in bariatric surgery candidates. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69(2):295-301.
  21. Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry*. 1993; 150(10):1472-9.
  22. Friedman MA, Brownell KD. Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychol Bull*. 1995; 117(1):3-20.
  23. Bauchowitz AU, Gonder-Frederick LA, Olbrisch ME, Azarbad L, Rye MY, Woodson M. Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: a survey of present practices. *Psychosom Med*. 2005; 67(5):825-32.
  24. Magdaleno Jr. R, Chaim EA, Pareja JC, Turato ER. The psychocogy of bariatric patient: what replace obesity? A qualitative research with Brazilian women. *Obes Surg*. 2011; 21(3):336-9.
  25. Magdaleno Jr R, Chaim EA, Turato ER. Surgical treatment of obesity: some considerations on the transformation of the eating impulse. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam*. 2010; 13:425-40.
  26. Omalu BI, Cho P, Shakir AM, Agumadu UH, Rozin L, Kuller LH et al. Suicides following bariatric surgery for the treatment of obesity. *Surg Obes Relat Dis*. 2005; 1(4):447-9.

27. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. 5ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011.
28. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2010.
29. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. London (UK): Sage Publication; 1990.
30. Fontanella BJB, Ricas J, Turato, ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(1):17-27.
31. Fontanella BJB, Magdaleno Jr R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. Psicol. estud. 2012; 17:63-71.
32. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.



## **6. DISCUSSÃO**

A partir da aplicação do método clínico qualitativo foi possível uma maior compreensão das vivências e expectativas de mulheres obesas mórbidas que optaram por submeter-se à CB como tratamento para o excesso de peso e suas complicações. Do período de aculturação até a análise cuidadosa das entrevistas realizadas, constatou-se que o procedimento cirúrgico para essas mulheres é vivido ilusoriamente como uma resolução para todos os problemas, desde a perda de peso propriamente dita até de questões relacionadas à sua vida profissional, afetiva e social. Esta expectativa mágica está, a nosso ver, diretamente relacionada com o processo de desilusão tantas vezes observado no pós-operatório tardio da CB<sup>(61)</sup>.

Um fato observado ainda durante o período de aculturação no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital de Clínicas da UNICAMP foi o tipo de recepção que teve a pesquisadora entre as pacientes que compunham os grupos de preparação para a cirurgia, o que denunciava uma grande expectativa de serem ouvidas e cuidadas. A característica dessa demanda apresentava fortes traços de voracidade, sentindo-se a pesquisadora “devorada” pela demanda das pacientes, que desejavam respostas para todas as suas inquietações. Outra questão significativa nesse período foi a rapidez com que essas demandas eram endereçadas à pesquisadora, denunciando aquilo que esperavam de suas cirurgias: uma resolução imediata e radical de seus problemas, sem que para isso precisassem fazer grandes esforços mentais. Trata-se, a nosso ver, de um modo infantil de relação, no qual o tempo de espera é vivido com grande angústia e apreensão. É nesse sentido que podemos entender que a CB é tida como uma aquisição de algo a ser colocado dentro delas e que resolverá rápida e radicalmente seus problemas, ainda que essa intrusão possa ser sentida como perigosa e ameaçadora em função dos limites que colocará para a realização de seus desejos orais.

Contudo, percebe-se, por trás dessa demanda imediata, a necessidade de uma compreensão mais profunda daquilo que se passa com elas e daquilo que

está por vir. É nesse ponto que a participação de profissionais de saúde mental habilitados para lidar com essa população específica se torna fundamental, ou seja, profissionais que estejam atentos a essa brecha na estrutura defensiva que essas mulheres organizam para se proteger da dor mental que representa a falta de controle de seus corpos.

É nesse sentido que se torna necessária a atitude existencialista do pesquisador qualitativo, ou seja, estar ele atento para "perceber, em si, angústias e ansiedades de âmbito pessoal e deixar-se mover deliberadamente por ela para buscar a compreensão profunda das questões humanas e, identificando-se com o outro (o sujeito-alvo de seu estudo), acolher as angústias e ansiedades deste"<sup>(12)</sup>. Acreditamos que é essa postura, que demanda uma significativa experiência clínica do pesquisador, que possibilita a entrada na subjetividade daquele grupo de sujeitos que sofrem de determinado problema, extraíndo daí conhecimentos válidos do ponto de vista científico, além de, indiretamente, poder ajudar esses sujeitos a entrar em contato com aspectos de sua estrutura que nem sempre são claros para eles.

O período compreendido entre a chegada ao Ambulatório de Cirurgia Bariátrica e a realização do procedimento cirúrgico propriamente dito, foi por nós denominado período de preparação. Este período é marcado por intensas vivências emocionais e expectativas sobre o que acontecerá durante e, principalmente, após a CB. Durante a realização das entrevistas coletamos um vasto material do qual, após ser devidamente organizado e analisado, destacamos três núcleos de sentido a serem discutidos nesta dissertação, e que, a nosso ver, exprimem importantes experiências emocionais desse grupo de pacientes, e que serão muito úteis para o manejo clínico delas desde o momento em que decidem-se pelo tratamento cirúrgico da obesidade até a realização do procedimento propriamente dito. Destacamos três categorias a partir das quais desenvolveremos nossas discussões: expectativa mágica, desafios e entre a vida e a morte.

Observamos que as pacientes que aguardam a CB criam expectativas irreais, por vezes mágicas, em relação àquilo que ocorrerá após a cirurgia. Acreditam que ocorrerão diversas mudanças em suas vidas, sobretudo uma maior valorização pelos outros pelo fato de estarem magras: terão mais possibilidades afetivas, serão mais respeitadas no trabalho, dentro do núcleo familiar, nos lugares públicos. Desse modo, esperam uma rápida inserção social, o que pode ser também motivo de rápida desilusão e perda de motivação para enfrentar os desafios impostos pela CB, sobretudo em médio e longo prazos.

Ficam evidentes nas falas dessas mulheres fortes mecanismos de negação quanto às dificuldades que decorrem da cirurgia, sendo ressaltadas as possíveis aquisições pessoais após a perda de peso, em detrimento dos problemas que terão de enfrentar. Negam o seu próprio ser, na medida em que suas expectativas se confundem com a de quem busca renascer e tornar-se uma outra pessoa. Enfim, muitas destas pacientes encaram a cirurgia como certeza de profundas mudanças identitárias, o que, como tem mostrado a literatura, frequentemente não se realiza.

Apesar das fantasias idealizadas de resolução dos problemas da vida após a CB, há um forte sentimento de desafio a ser enfrentado. Resolver a obesidade sempre foi vivido como desafio, mas este sentimento fica nessa ocasião a florado, o que gera apreensões e angústias, já que a obesidade sempre foi tida como área de proteção e a comida como alívio de tensões<sup>(61)</sup>. O excesso de gordura corporal é vivido por muitos obesos, grau III como proteção e isolamento e se for retirada abruptamente poderá impor experiências de caos e pânico<sup>(41)</sup>. Assim, o emagrecer, ainda que se constitua na meta desejada, pode ser também vivido como uma ameaça, já que a grande maioria dessas mulheres, lutam contra a obesidade desde tempos muito remotos de suas vidas, e o comer compulsivo é uma estratégia psicológica para lidar com angústias e com o vazio de sentidos.

A diminuição das quantidades de comida que serão possíveis após a diminuição do estômago é vivida com apreensão e medo o comer pouco, a falta

representada pela comida, as dores, os desejos que não poderão ser saciados pela compulsão alimentar, o vazio interno que irão encontrar, são vividos como expectativas ansiosas que podem ter forte impacto emocional sobre elas.

Apesar das expectativas de grandes conquistas e mudanças pessoais após o emagrecimento cirúrgico, a espera da CB é vivida com apreensão. A questão da morte permeia toda a experiência dessas mulheres, que se veem numa encruzilhada: caso não realizem a CB correm o risco de morrer pelas complicações da obesidade mórbida, caso optem pela CB, arriscam-se no procedimento cirúrgico, que é de maior risco justamente por se tratar de pacientes com obesidade importante. Assim, o medo da morte caracteriza o ambiente de atenção durante o período de preparação. Outro elemento com o qual nos deparamos durante as entrevistas é o medo da morte simbólica do corpo obeso e das satisfações narcísicas que estão ligadas a esse corpo. Essas apreensões podem desembocar em sensações confusionais de perda de identidade ou mesmo de deterioração do corpo físico, o que a nosso ver, pode estar na base etiológica dos frequentes quadros depressivos e de abuso de substâncias (sobretudo do álcool) observados no pós-operatório tardio da CB.

Segundo Delin *et al*, (1995)<sup>(33)</sup>, fatores como uma boa auto-estima e um bom ajuste social e pessoal, mudanças positivas nos parâmetros psicológicos pré-operatórios, satisfação com os resultados e confiança própria habilidade em adotar e manter novos modelos comportamentais são preditivos de uma melhor evolução pós-operatória. Para atingir tais requisitos é necessário que os profissionais de saúde conheçam profundamente a dinâmica psíquica que acompanha o desejo manifesto de realização da CB, capacitando-se, dessa forma, para manejar clinicamente essas pacientes desde sua chegada ao serviço de saúde até um momento futuro de estabilização psicossocial com sua nova condição de operadas, com todos os desafios de longo prazo que essa condição se impõe.

## **7. CONCLUSÃO**

A partir da análise do material fornecido por mulheres em fase preparatória para a CB, consideramos que os objetivos da presente pesquisa foram atingidos, ou seja, pudemos compreender as vivências emocionais e as expectativas das mulheres que se preparavam para a CB no Hospital das Clínicas da Unicamp, compreender suas angústias e medos, além de propor estratégias clínicas para lidar com elas.

Inicialmente nos propusemos a responder às seguintes perguntas: as mulheres que se candidatam à CB têm como fantasia a solução de seus problemas emocionais, sociais e físicos? Existe, apesar das orientações pré-operatória, pouca clareza quanto a real dimensão emocional das alterações trazidas pela cirurgia?

Ao analisarmos as vivências dessas mulheres em relação a CB, pudemos identificar relevantes aspectos que podem contribuir com a equipe de cuidadores envolvidos no processo de preparação, realização e acompanhamento de mulheres obesas mórbidas que optam pelo tratamento cirúrgico. Percebemos, no que tange as mulheres obesas que se inclinam pelo tratamento cirúrgico, que as mesmas chegam ao serviço de atendimento com inúmeras expectativas em relação à resolução de seus problemas, e que, em função dessas expectativas frequentemente irreais, acabam por ter dificuldade em avaliar as verdadeiras dificuldades envolvidas no procedimento.

Não raras vezes percebemos que elas não tem, por essa razão, plena consciência do que irão enfrentar no pós operatório. Apesar de serem alertadas pela equipe de saúde na fase preparatória constata-se que os desafios impostos em razão do procedimento cirúrgico não são adequadamente compreendido por elas. Demonstram medo da cirurgia, das restrições alimentares que se submeterão e de como lidar com o novo corpo, mas fazem pouca referência aos desafios que enfrentarão no longo prazo e sobre a nova realidade que vivenciarão para o resto de suas vidas.

Apesar de ser evidente a relevância de uma avaliação clínica e psicológica dessas pacientes, no afã de se identificar fatores de risco para complicações psicológicas e até psiquiátricas, percebemos que essas avaliações não vêm acontecendo de forma adequada, uma vez que as mesmas vão para a cirurgia com acentuados elementos de idealização e negação da realidade. Recomendamos que o psicólogo e o enfermeiro, quiçá toda equipe disciplinar, devam estar atentos a aspectos psicossociais que, de alguma forma, possam interferir de forma negativa no resultado da cirurgia. Portanto, a expectativa no que tange à redução de peso deve estar bem próxima da realidade, o mesmo devendo ocorrer no que diz respeito aos verdadeiro benefícios da cirurgia e suas eventuais complicações.

Durante a preparação pré-operatória deve-se avaliar as frustrações de expectativas idealizadas e irrealis, as quais podem levar a uma menor adesão ao tratamento de longo prazo<sup>(62)</sup>, comprometendo, inclusive o prognóstico. As fantasias, no que se refere aos resultados da cirurgia, particularmente aquela de ter todos os seus problemas solucionados, poderiam ser diminuídas se houvesse um trabalho de orientação rigoroso e uma avaliação adequada quanto as consequências reais da intervenção cirúrgica.

Acreditamos que os resultados desse trabalho podem colaborar com o trabalho da equipe de saúde junto a esse grupo de pacientes, permitindo, assim, um adequado cuidado clínico de natureza multidisciplinar. Sendo assim, a presença de psicólogos, enfermeiros e nutricionistas, no que concerne aos atos preparatórios do paciente para enfrentar o que de fato representa a CB, é de vital importância.

Para que possam de fato ajudar essas pacientes a equipe multiprofissional de cuidadores deve conhecer as particularidades emocionais dessa população, a fim de auxiliá-las não só no auto-conhecimento, mas também na adesão eficaz ao tratamento. Após o procedimento cirúrgico inicia-se para a paciente, uma etapa de



intensos desafios pois o sistema defensivo que era mantido em torno da alimentação e da obesidade fica impedido<sup>(41)</sup>.

Registramos, como fator limitador desse trabalho o restrito universo de categorias analisadas sendo que este pequeno número poderia ser, em muito, ampliado se utilizássemos o total de informações que obtivemos durante as entrevistas. Apesar de termos discutido com o orientador da pesquisa e com o grupo do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativo todo o “corpus” bruto, o certo é que inúmeros outros itinerários interpretativos poderiam ter sido utilizados. Limitamo-nos a apenas a três categorias, reservando para ulteriores estudos outras linhas interpretativas.

## **8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. WHO. World Health Organization. Obesity and overweight. Suíça - Genebra, 2013 [13 mai 2013]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
2. Buchwald H, Williams SE. Bariatric Surgery worldwide 2003. *Obes Surg.* 2004;14(9):1157-64.
3. Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev Nutr.* 2004;14(4):523-33.
4. Jeffrey I. Mechanick, Robert F. Kushner, Harvey J. Sugerman, J. Michael Gonzalez-Campoy, Maria L. Collazo-Clavell, Adam F. Spitz, et al. AACE/TOS/ASMBS Guidelines. The Obesity Society, And American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Medical Guidelines for Clinical Practice for The Perioperative Nutritional, Metabolic, And Nonsurgical Support Of The Bariatric Surgery Patient. Perioperative Bariatric Guidelines [serial on the Internet]. 2009; 17(1): Available from: <http://wmdpg.org/wp-content/uploads/2010/11/aacetosasmbsfinalversion1.pdf>.
5. Bauchowitz AU, Gonder-Frederick LA, Olbrisch ME, Azarbad L, Rye MY, Woodson M. Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: a survey of present practices. *Psychosom Med.* 2005;67(5):825-32.
6. 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 Oct;14(9):1148-56.

7. 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. *Arq Gastroenterol*. 2005;42(4):196-200.
8. Garrido Junior, Arthur B. Cirurgia em obesos mórbidos: experiência pessoal. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2000;44(1):106-10
9. Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade no Brasil: tendências atuais. *Rev Port Sau Pub*. 2006;24(2):71-81.
10. Segal A, Fandiño J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Rev Bra Psiquiatria*. 2002;24(3):68-72.
11. Magdaleno Junior R. Vivências Emocionais de mulheres Submetidas a Cirurgia Bariátrica no Hospital das clínicas da Unicamp: um estudo clinico qualitativo [Doutorado]. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas . Faculdade de Ciências Médicas; 2009.
12. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. 5 ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011.
13. Godfrey JR, Brownell K. Toward Optimal Health: The Influence of the Environment on Obesity. *Journal of Women's Health*. 2008;17(3):325-30
14. Franques ARM. Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória: Participação do psicólogo. In: Garrido AB, editor. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Editora Atheneu; 2003. p. 75-9.
15. IDF. International Diabetes Federacion. Definição mundial da síndrome metabólica. IDF - International Diabetes Federacion; [27 mai 2013 ]; Available from: <http://www.idf.org/metabolic-syndrome>.

16. Saad MJA, Zanella MT, Ferreira SRG. Síndrome metabólica: ainda indefinida, mas útil na identificação do alto risco cardiovascular. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2006;50(2):161-2.
17. Kannel WB, Wilson PW, Nam BH, D'Agostino RB. Risk stratification of obesity as a coronary risk factor. *Am J Cardiol.* 2002 Oct 1;90(7):697-701.
18. van Hout GC, Boekestein P, Fortuin FA, Pelle AJ, van Heck GL. Psychosocial functioning following bariatric surgery. *Obes Surg.* 2006 Jun;16(6):787-94.
19. van Hout GC, Van Oudheusden I, Krasuska AT, van Heck GL. Psychological profile of candidates for vertical banded gastroplasty. *Obes Surg.* 2006 Jan;16(1):67-74.
20. Thirlby RC, Randall J. A genetic "obesity risk index" for patients with morbid obesity. *Obes Surg.* 2002 Feb;12(1):25-9.
21. Garrido Júnior AB, Ferraz EM, Barroso FL, Marchesin JB, Szegö T. *Cirurgia da Obesidade.* São Paulo: Editora Atheneu; 2002.
22. Monteiro C. Epidemiologia da obesidade. In: Halpern A, Godoy Matos AF, Suplicy HL, Mancini MC, Zanella MT, editors. *Obesidade.* São Paulo: Lemos Editorial; 1998. p. 15-31.
23. BRASIL. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [03 fev 2013]; Available from: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br).
24. Brasil. Resolução nº 340, de 8 de julho de 2004. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2004 [11 mai 2013]; Available from: <http://conselho.saude.gov.br>.
25. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. National Health and Nutrition Examination Survey. Centers for Disease Control and Prevention; [20 mai 2013]; Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm>.

26. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA*. 2010 Jan 20;303(3):235-41.
27. Cunha HA de V, Alves Júnior AJT, Scabello HPL, de Figueiredo RR, Oliveira ILG, Costa JB. Associação da obesidade à presença de co-morbidades decorrentes em trabalhadores do Hospital e Maternidade Celso Pierro. *Revista Ciências Médicas*. 2010;19:23-31.
28. Popkin BM. Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases. *Am J Clin Nutr*. 2006 Aug;84(2):289-98.
29. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
30. van Hout GC, Vreeswijk CM, van Heck GL. Bariatric surgery and bariatric psychology: evolution of the Dutch approach. *Obes Surg*. 2008 Mar;18(3):321-5.
31. van Hout GCM, Fortuin FAM, Pelle AJM, van Heck GL. Psychosocial functioning, personality, and body image following vertical banded gastroplasty. *Obes Surg*. 2008;18(1):115-20.
32. Dziurawicz-Kozłowska AH, Wierzbicki Z, Lisik W, Wasiak D, Kosieradzki M. The objective of psychological evaluation in the process of qualifying candidates for bariatric surgery. *Obes Surg*. 2006 Feb;16(2):196-202.
33. Delin CR, Watts JM. Success in Surgical Intervention for Morbid Obesity: Is Weight Loss Enough? *Obes Surg*. 1995 May;5(2):189-91.
34. Bocchieri LE, Meana M, Fisher BL. A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *J Psychosom Res*. 2002 Mar;52(3):155-65.

35. Vallis MT, Ross MA. The Role of Psychological Factors in Bariatric Surgery for Morbid Obesity: Identification of Psychological Predictors of Success. *Obes Surg.* 1993 Nov;3(4):346-59.
36. Santry HP, Chin MH, Cagney KA, Alverdy JC, Lauderdale DS. The use of multidisciplinary teams to evaluate bariatric surgery patients: results from a national survey in the U.S.A. *Obes Surg.* 2006 Jan;16(1):59-66.
37. Fabricatore AN, Crerand CE, Wadden TA, Sarwer DB, Krasucki JL. How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery? Survey results. *Obes Surg.* 2006 May;16(5):567-73.
38. Oliveira VM, Linardi RC, Azevedo AP. Cirurgia bariátrica – aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Rev psiquiatr Clin.* 2004;31(4):199-201.
39. Ray EC, Nickels MW, Sayeed S, Sax HC. Predicting success after gastric bypass: the role of psychosocial and behavioral factors. *Surgery.* 2003 Oct;134(4):555-63; discussion 63-4.
40. Hsu LK, Benotti PN, Dwyer J, Roberts SB, Saltzman E, Shikora S, et al. Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosom Med.* 1998 May-Jun;60(3):338-46.
41. Kalarchian MA. Transtornos psiquiátricos entre candidatos a cirurgia bariátrica: relação com obesidade e condição de saúde funcional. *Am J Psychiatry.* 2007;164:328-34.
42. Friedman MA, Brownell KD. Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychol Bull.* 1995 Jan;117(1):3-20.
43. Halmi KA, Long M, Stunkard AJ, Mason E. Psychiatric diagnosis of morbidly obese gastric bypass patients. *Am J Psychiatry.* 1980 Apr;137(4):470-2.

44. Fitzgibbon ML, Stolley MR, Kirschenbaum DS. Obese people who seek treatment have different characteristics than those who do not seek treatment. *Health Psychol.* 1993 Sep;12(5):342-5.
45. Fandiño J, Benchimol AK, Coutinho Wf, Appolinário JC. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2004;26(1):47-51.
46. APA. American Psychiatry Association. 4 ed. Washington: Text Revised, DSM-IV-TR; 2000.
47. Valley V, Grace DM. Psychosocial risk factors in gastric surgery for obesity: identifying guidelines for screening. *Int J Obes.* 1987;11(2):105-13.
48. *Journal of Gastrointestinal Surgery.* [updated 10 mai 2013]; Available from: <http://link.springer.com/journal/11605>.
49. Mahony D. Psychological gender differences in bariatric surgery candidates. *Obes Surg.* 2008 May;18(5):607-10.
50. Reed DB. The relationship between obesity and psychological general well-being in United States Women. (abstract) *Diss Abstr Int.* 1985;46:3791.
51. Kolotkin RL, Head S, Hamilton M, Tse CJ. Assessing impact of weight on quality of life. *Obes Res* 1995. 1995;3(1):49-56
52. Minayo MCS. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
53. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods.* London: Sage Publications; 1990.
54. Fontanella BJB, Ricas J, Turato E. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(1):17-27.



55. Fontanella BJB, Magdaleno JR R. Saturação Teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicol Est* 2012;17(1):63-71.
56. Morse JM, Field PA. *Qualitative research methods for health professionals*. 2 ed. London: Sage; 1995.
57. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006;14(5):812-20.
58. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1979.
59. AMM. Associação Médica Mundial. Declaração de Helsinque. UFRGS; [5 mai 2013]; Available from: [www.ufrgs.br/bioetica/helsin5.htm](http://www.ufrgs.br/bioetica/helsin5.htm).
60. Brasil. Resolução nº 340, de 8 de julho de 2004. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2004 [10 mar 2013]; Available from: <http://www.conselho.saude.gov.br>
61. Magdaleno JR R, Chaim EA, Turato ER. Características psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul* [online]. 2013;31(1):73-8.
62. Magdaleno R, Jr., Chaim EA, Pareja JC, Turato ER. The psychology of bariatric patient: what replaces obesity? A qualitative research with Brazilian women. *Obes Surg*. 2011 Mar;21(3):336-9.

**ANEXOS**



## **ANEXO 1 ABORDAGEM INICIAL**

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

Nome da pessoa

Endereço

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

Gostaríamos contar com a sua colaboração voluntária ao nosso convite que consiste em uma entrevista e contarmos com a sua presença para participar deste estudo.

### **ABORDAGEM INICIAL:**

Meu nome Anna Beatriz Ribeiro Sampaio. Sou psicóloga, estudante de Mestrado na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e estou pesquisando as pacientes que serão submetidas à cirurgia bariátrica, por causa de obesidade mórbida.. Estou lhe convidando para participar do meu estudo. Se for possível a sua cooperação, teremos um encontro para falarmos consigo e levantarmos os dados necessários ao estudo. A entrevista ocorrerá no local e horário agendado. Você concorda em participar desse 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.

## ANEXO 2

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

Entrevista N<sup>o</sup> \_\_\_\_\_.  
Local (Instituição): \_\_\_\_\_  
Cidade e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Início: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ h. Término: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ h. Duração em min: \_\_\_\_\_  
Entrevistador: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

#### A) Dados de Identificação Pessoal do Entrevistado:

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Endereço para contato: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos.  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Procedência / Há quanto tempo: \_\_\_\_\_  
Estado civil / Situação conjugal atual / Há quanto tempo: \_\_\_\_\_  
Com quem mora: \_\_\_\_\_  
Atividades de lazer: \_\_\_\_\_  
Religião (denominação) / Religiosidades (prática): \_\_\_\_\_  
Outros dados afins: \_\_\_\_\_

#### B) Questões sobre as vivências emocionais de mulheres que serão submetidas a cirurgia bariátrica:

- 1) Questão disparadora: Conte-me um pouco sobre sua decisão de fazer a cirurgia.
- 2) Porque você acha importante fazer a cirurgia?
- 3) O que você está sentindo desde que foi convocada para a realização da cirurgia?
- 4) Quais as expectativas que você tem com a cirurgia?
- 5) Como você se sente diante da perspectiva de vir a ser magra?
- 6) Como você acha que a obesidade interfere nos seu sofrimento e nos seus problemas?
- 7) Conte-me um pouco o que os outros pensam sobre você fazer a cirurgia?
- 8) Você tem algum medo em relação à cirurgia? Conte-me um pouco sobre eles?

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

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:

Reações/manifestações contratransferenciais:

## ANEXO 3

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Instituição: UNICAMP / Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa  
Projeto: Vivências de pacientes obesas mórbidas candidatas a cirurgia bariátrica no HC da Unicamp: Um estudo clínico-qualitativo

**Pesquisador:** Anna Beatriz Ribeiro Sampaio

**Orientador:** Dr. Ronis Magdaleno Júnior –

**Telefone:** (19) 3521-7206 (Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria)

O propósito desta pesquisa científica é conhecer os significados emocionais vividos antes de se fazer a cirurgia bariátrica. 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 4

### CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO DE CIRURGIA BARIÁTRICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNICAMP PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

---



UNICAMP  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

#### AUTORIZAÇÃO

Venho, por meio desta carta, autorizar o desenvolvimento da pesquisa intitulada “Vivências de pacientes obesas mórbidas candidatas a cirurgia bariátrica no HC da Unicamp: Um estudo clínico-qualitativo » junto ao Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas da UNICAMP, que consiste no projeto de tese de mestrado de **Anna Beatriz Ribeiro Ferreira Sampaio**, psicóloga, sob orientação do Prof. Dr. **Ronis Magdaleno Júnior**.

Campinas, 17 de maio de 2010

---

**Prof. Dr. Elinton Adami Chaim**

Serviço de Cirurgia Bariátrica do  
Hospital das Clínicas da UNICAMP