



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS - CCH
Curso: Mestrado em Psicologia

**VIVÊNCIAS E SIGNIFICADOS DA OBESIDADE E
DO EMAGRECIMENTO ATRAVÉS DA
CIRURGIA BARIÁTRICA**

Antônio Gláucio de Sousa Nóbrega

Março - 2006

ANTÔNIO GLÁUCIO DE SOUSA NÓBREGA

**VIVÊNCIAS E SIGNIFICADOS DA OBESIDADE E
DO EMAGRECIMENTO ATRAVÉS DA
CIRURGIA BARIÁTRICA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora, da Universidade de Fortaleza, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, sob a orientação da Professora Doutora Júlia Sursis N.F. Bucher.

Fortaleza - Ceará

2006

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Júlia Sursis N.F. Bucher
Orientadora.

Prof. Dr. Antônio Mourão Cavalcante

Aprovada em ____/____/____

AGRADECIMENTOS

A Deus!

À minha esposa Silvânia, pelo apoio e cumplicidade.

Aos meus filhos Gabriel e Beatrice, por tudo o que me ensinam e por tanta alegria.

Aos familiares que, mesmo se privando do meu convívio familiar, sempre estiveram presentes.

Aos amigos, pela confiança e estímulo.

Aos parceiros Rossman, Sharmênia, Silvana, Célia, Inês, Artur, Lucila e Ângela, pelas contribuições, por acreditarem no projeto e principalmente pela amizade.

À mestra e orientadora Prof.^a Dr.^a Júlia Bucher, pela acolhida e abertura ao novo.

Aos participantes da pesquisa, sem os quais não teria sido possível concretizar este projeto.

A todos aqueles que, ao questionarem a relevância do tema, estimularam a formulação do trabalho como um desafio, criando uma paixão pela pesquisa.

A você, que me inspira na busca do novo, na ampliação dos limites e na percepção da essência da vida.

Às pessoas que encontrei no meu caminho e me ensinaram a viver.

“Devemos ser audazes na procura da verdade. Mesmo que não a encontremos, pelo menos ficaremos mais perto dela.”

Cláudio Galeno (130-200 d.C.)

RESUMO

O indivíduo obeso mórbido sofre por ter um corpo que é rejeitado pelo meio em que está inserido, pela experiência de ser visto como incapaz de estabelecer autocontrole e, principalmente, com o desprezo que tudo isso acarreta, pois, ao perder o comando de sua alimentação, perde também o *status* de “Normal” definido pela cultura que o cerca. As inúmeras tentativas, sem êxito, de voltar ao peso normal produzem frustrações que funcionam como intensificadoras da obesidade. Muitos desses indivíduos recorrem à cirurgia bariátrica como a última possibilidade de recuperar a autonomia e a dignidade. Há, entretanto, longo trajeto para o emagrecimento e nele incidem muitas questões de natureza pessoal e não médica. Com esta pesquisa, busca-se compreender melhor os significados atribuídos por esses indivíduos à sua própria vivência com o desenvolvimento da obesidade e com o emagrecimento facilitado por uma intervenção cirúrgica. São tomadas em consideração as dimensões intrapessoais, familiares e socioculturais. Um grupo de pacientes ex-obesos, operados por uma equipe interdisciplinar em Fortaleza-Ceará, que se encontra em acompanhamento por essa equipe, foi entrevistado por um dos membros que desenvolvia o estudo. A realidade desse quadro foi estudada na perspectiva qualitativa, mediante entrevistas semi-estruturadas. Para análise dos dados, foram identificadas as unidades de significação e os núcleos de sentidos relacionados ao tema gerador. Os resultados foram confrontados com a literatura. Restaram avaliados na história de cada paciente aspectos do vínculo mãe-filho, o início do desenvolvimento da obesidade, a frequência de pímelose na família e a relação com a comida. Investigou-se o conjunto de experiências com tratamentos anteriores e a motivação para buscar a cirurgia de redução do estômago, as expectativas com o resultado, a vivência com as dificuldades de uma intervenção de grande porte e as mudanças decorrentes do emagrecimento, tanto no aspecto físico quanto nas questões emocionais, com as constantes ameaças de descontrole e recuperação do peso e sua manutenção definitiva. Os indivíduos operados, no entanto, necessitam da assistência efetiva de uma equipe interdisciplinar com médicos, psicólogo, nutricionista, educador físico e fisioterapeuta, que tenham formação em cuidar do indivíduo obeso em sua plenitude e capacidade de fazê-lo de modo interdisciplinar.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade, obesidade mórbida, emagrecimento, cirurgia bariátrica, sofrimento psíquico.

ABSTRACT

An morbid obese person suffers for having a body that is rejected by the way where he is inserted, for the experience of being seen as incapable to control himself and, mainly, with the disdain of that everything this causes, therefore when losing the control of its feeding, also loses the status of “Normal”. The innumerable attempts, without success, to come back to the normal weight generate frustrations which function as intensifiers of the obesity. Many of these individuals appeal to the bariatric surgery as it finishes possibility to recoup the autonomy and the dignity. However, it has a long passage in the passage of the losing weight and in it many questions of personal nature happen and not doctor. With this research we search to better understand the meanings attributed for these individuals to its proper experience with the development of the obesity and the losing weight facilitated for a surgical intervention. We consider the interpersonal, familiar and partner-cultural dimensions. A group of ex-obese patients, operated for one has equipped to interdisciplinary in Fortaleza-Ceará, that if finds where if it finds in accompaniment for this team was interviewed by one of the members that the study developed. The reality of this picture was studied in the qualitative perspective, through half-structuralized interviews. For analysis of the gotten data, the units of signification and the related main direction to the generating subject had been identified. The gotten results had been collated with the reading. We evaluate in the history of each patient, aspects of the bond mother-son, the beginning of the development of the obesity, the frequency of obesity in the family and the relation with the food. We investigate the experiences with previous treatments and the motivation to search the surgery of stomach reduction, the expectations with the result, lives deeply it eats difficulties of an intervention of great transport and the decurrent changes of the losing weight, as much in the physical aspect how much in the emotional questions with you evidence threats to them of uncontrols and recovery of the weight. We could evidence that the surgery can provide a significant reduction of the weight and keep it definitively. However, the operated individuals need an assistance accomplish of a team to interdisciplinary with doctors, psychologist, nutritionist, physical educator and physiotherapist.

KEY WORDS: Obesity, morbid obesity, bariatric surgery, psychical distress, lose weight.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 Obesidade - aspectos clínicos.....	15
2.2 Obesidade - aspectos psicossociais.....	26
2.3 A cirurgia bariátrica.....	44
3 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	49
3.1 Questionamentos.....	52
4 OBJETIVOS	53
4.1 Objetivo geral	53
4.2 Objetivos específicos	53
5 METODOLOGIA	54
5.1 O método clínico-qualitativo	54
5.2 Estratégia metodológica	57
5.3 Operacionalização da entrevista	58
5.4 Tratamento dos dados	59
5.5 Sujeitos da pesquisa	60
5.6 Descrição e trabalho de campo	61
5.7 Aspectos éticos	61
5.8 Análise e discussão	61
5.9 Reflexões sobre as análises	62
6 RESULTADOS - DISCUSSÃO E ANÁLISE	63
7 CONCLUSÕES E SUGESTÕES	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
ANEXOS	120

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação discorre sobre os contextos intrapessoais, familiares e socio-culturais de pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica¹ como alternativa extrema de se livrarem de uma doença grave que compromete a qualidade e a expectativa de vida de muitos indivíduos. É uma pesquisa que investiga aspectos relacionados à problemática da obesidade, a partir das percepções do portador da doença, acerca de suas vivências no transcurso pré e pós-cirúrgico da redução do estômago², com intuito de corrigir o excesso de peso.

A opção por esse objeto de estudo surge a partir do engajamento do autor, médico cirurgião, em uma equipe interdisciplinar que se especializou em tratar cirurgicamente os indivíduos portadores de obesidade mórbida. Neste trabalho, pode-se perceber a dificuldade de alguns pacientes em se envolverem decisivamente no seu emagrecimento, enquanto outros experimentaram menor sofrimento psicológico e mais facilmente atingiram a redução de peso esperada.

De acordo com Felipe (2001), investido na figura de pesquisador, entendemos que a nossa visão de ser humano, nossa história pregressa, nossas experiências e a relação com o tema escolhido guarda uma familiaridade com o objeto de estudo. Para que seja uma pesquisa crítica e criativa, faz-se necessária uma ruptura com o conhecido, provocando um desconforto e uma inquietação com o que se faz, o que se pensa e o que se sente. A ruptura surge a partir de uma insatisfação e angústia em relação ao que se faz. Mediante de uma estrutura de apoio, reflexão e trabalho coletivo, o pesquisador faz a inclusão de novos paradigmas.

¹ BAROS – Peso. Cirurgia bariátrica – tratamento cirúrgico para a redução do excesso de peso em indivíduos obesos.

² A técnica cirúrgica mais executada no mundo, nos dias atuais, reduz o estômago e encurta o trânsito intestinal. É reconhecida popularmente como cirurgia de “redução do estômago”.

É preciso estarmos atentos e gerarmos a desconforto, para que a pesquisa não seja contaminada por pré-concepções do pesquisador que, a partir de valores próprios e influenciado pelo senso comum, poderá emitir a sua opinião em vez do resultado da investigação.

Nos últimos anos, a obesidade, cada vez mais estudada, situa-se na condição de desafiar a ciência e mostrar novas verdades, por exemplo: como uma doença orgânica requer uma abordagem biopsicossocial. Sua disseminação originou uma crise multidimensional, afetando não apenas as pessoas portadoras, mas também seus familiares, profissionais de saúde, a sociedade, até as organizações internacionais de saúde, como a OMS/ONU.

Um problema importante no enfrentamento desta doença nas décadas passadas e ainda hoje presente foi a ausência de uma estrutura global, ampla e coerente para a compreensão da síndrome multidimensional chamada obesidade. Na ausência da definição de um conceito amplo que contemple toda a gênese do quadro, tanto o público como os profissionais de saúde fizeram o que lhes parecia correto. O resultado inevitável foi a confusão e o excesso de simplificações: exploração *midiática*, venda de soluções milagrosas, fórmulas revolucionárias, uma infinidade de dietas, estimulando extremos de negação, complacência e frustrações.

Nunca antes a importância da articulação de uma imagem nítida de um problema de saúde, considerando todos os elementos envolvidos, e as desastrosas consequências de um pensamento simplista, preconceituoso ou vago, haviam sido demonstradas tão claramente. As abordagens tradicionais, até então utilizadas, mostram-se insuficientes, demandando o desenvolvimento de conhecimentos novos, mais coerentes com a realidade confrontada.

Diante da gravidade do problema com o comprometimento da saúde, a possibilidade de oferecer uma solução efetiva a curto prazo seria a cirurgia. A intervenção cirúrgica se mostra como o melhor instrumento de redução do excesso de peso e manutenção sustentada do baixo peso. A etiologia multidimensional da obesidade, entretanto, exige que todos os fatores do fenômeno sejam abordados (OLSSON, 1984).

Por ser a obesidade mórbida uma doença crônica multidimensionada, necessita de uma equipe interdisciplinar para tratá-la. O nosso modelo biomédico deixa centrado no

cirurgião a responsabilidade da cura. Os aspectos psico-afetivos e as representações simbólicas, todavia, não são assuntos de domínio dessa especialidade médica. Essa limitação acadêmica e a necessidade de expandir os horizontes nos motivaram a investigar e aprofundar os conhecimentos sobre essa síndrome, no intuito de desenvolver uma abordagem multidisciplinar que auxiliasse na diminuição do sofrimento físico e psicológico dos portadores dessa patologia.

Tivemos contato com pacientes submetidos à gastroplastia³ que já haviam reduzido significativamente o excesso de peso e experimentavam a oportunidade de não mais retornar ao peso anterior. Para eles, a obesidade era razão de sofrimento psicológico, discriminação e comprometimento da qualidade de vida; e as experiências anteriores de não conseguirem manter o peso em níveis próximos da normalidade faziam suas vidas oscilarem entre alimentos, dietas, peso e forma corporal.

O comprometimento físico é o que chama a atenção nesses indivíduos. O aspecto emocional, contudo, era perceptível, apesar de ser apenas a ponta de um “gigantesco *iceberg*”. Isso aguçou ainda mais o nosso interesse, pelo fato de representar um desafio. O cuidar desses pacientes que traziam um conteúdo de sofrimento oculto durante as consultas exigiu um investimento pessoal no conhecimento das dimensões simbólicas para que pudéssemos auxiliar ainda mais na terapêutica.

As observações clínicas com pessoas submetidas à gastroplastia detectaram questões pertinentes à evolução desses pacientes para os quais não tínhamos uma resposta satisfatória ou uma explicação convincente. Buscamos então profissionais de outras áreas, como Psicologia, Psiquiatria e Nutrição, para obtermos mais informações sobre a simbologia e o significado da obesidade e de deixar de ser obeso. Conseqüentemente, aprimoramos a abordagem e orientação àqueles que se candidatavam à cirurgia como proposta de emagrecimento. Essa discussão motivou e ensejou o desenvolvimento de uma pesquisa social sobre essas questões que, pela sua relevância e viabilidade de execução, foi aceita como proposta de trabalho no Mestrado em Psicologia da UNIFOR (Universidade de Fortaleza).

³ **GASTROPLASTIA** – cirurgia que reduz o estômago a um pequeno recipiente, diminuindo drasticamente a sua capacidade. É também denominada de cirurgia para emagrecimento e é a mais executada entre os cirurgões.

A necessidade deste estudo é justificada pela escassez literária de estudos qualitativos semelhantes e que incluam na discussão os aspectos psicológicos do indivíduo obeso sob o paradigma da cirurgia bariátrica. A investigação deste tema é, portanto, de interesse acadêmico, uma vez que o estudo possibilita uma contribuição relevante em um tema novo para os profissionais que atuam ou pretendem trabalhar com essa doença. A pesquisa traz demonstração prática da importância de inserir no campo da formação profissional a qualificação científica adequada para a captação das dimensões subjetivas dos pacientes. Delas, em muito, depende o sucesso da terapêutica dessa patologia. Fica evidente e deve ser ressaltada a necessidade de despertar em todos os profissionais que lidam com a obesidade e o fato de que o trabalho não poderá ser fragmentado. A complexidade da síndrome obesidade exige uma abordagem de vários saberes, porém com atuação interdisciplinar.

Pesquisar pressupõe uma concepção de elaboração coletiva junto aos sujeitos investigados. Interessa-nos o significado que eles atribuem à sua vida e, para conhecer os modos de vida, é necessário conhecer as pessoas.

Com esse pressuposto, desenvolvemos esta investigação, com o intuito de compartilhar os nossos conhecimentos – técnico, pessoal e profissional - com as pessoas que sofrem do problema da obesidade e da busca de uma solução definitiva para o emagrecimento.

Deveríamos ficar atento às sinalizações do que facilita ou obstaculiza o exercício da manutenção do peso em equilíbrio e as relações que se estabelecem nesse contexto.

Haveríamos de pensar de que modo a obesidade repercute na vida social dos sujeitos, quais as possibilidades de evitar a recuperação do peso reduzido e na possibilidade de contribuir para a adoção de um novo estilo de vida que privilegie o equilíbrio, a qualidade e a participação do indivíduo nas decisões e expressão de suas necessidades.

Para a viabilização deste trabalho, realizamos uma investigação na literatura científica nacional e internacional, a fim de conhecer e saber como caracterizar os aspectos psicológicos e médicos da obesidade. A pesquisa se mostrou atraente, pois, além de revisarmos conhecimentos sedimentados e adquirirmos novas informações clínicas e

endocrinológicas da obesidade, pudemos entrar em contato com um campo de informações completamente novo, no qual muito pouco havíamos incursionado - o da Psicologia - e este contato foi plenamente agradável e enriquecedor. Procuramos focar os assuntos mais relevantes para o nosso estudo nas áreas de Medicina, Psicologia, Nutrição e Psiquiatria, não deixando de acompanhar o que a imprensa leiga divulgava sobre o assunto e que, mais tarde, foi citado por alguns pacientes como sendo a sua principal fonte de informação sobre a cirurgia até chegar ao consultório do cirurgião. O conteúdo dessas informações leigas é muito simplista e ufanista e daria material para outros estudos.

Para dar orientação metodológica ao estudo, estruturamos a dissertação em capítulos. O primeiro capítulo traz a introdução, onde fazemos uma amostra do conteúdo de todo o trabalho, narrando os diversos passos que foram dados ao longo da nossa trajetória. No segundo capítulo, apresentamos uma revisão teórica sobre o tema obesidade, focalizando os aspectos clínicos e psicossociais, bem como a terapêutica cirúrgica apontada como a solução definitiva. Sabemos que a obesidade não é um problema puramente médico e tampouco o estômago é o principal responsável pelo “engordamento” ou pelo “emagrecimento”. Portanto, não estaria somente na cirurgia a solução. Discutimos o aspecto do desenvolvimento da obesidade, suas repercussões clínicas, sociais, familiares. Analisamos condicionantes socioculturais, emocionais e psicológicos da obesidade e do emagrecimento. Por fim, apresentamos a cirurgia bariátrica como um instrumento de grande importância para o uso do paciente na sua trajetória da obesidade a um peso saudável.

No terceiro capítulo, procuramos delimitar a questão que desejamos conhecer em profundidade: o sentido que cada ex-obeso atribui à sua experiência no trajeto de obeso a magro.

O quarto capítulo traz elencado os nossos objetivos geral e específicos. É nossa pretensão compreender a experiência de ser obeso e emagrecer com a ajuda da redução gástrica, para a partir desse entendimento formularmos novas propostas de abordagem para os candidatos a cirurgia, que serão utilizados por todos os membros da equipe interdisciplinar que cuida desses pacientes.

O quinto capítulo apresenta a metodologia desenvolvida no trabalho e está dividido em pressupostos epistemológicos que definem nossos conceitos sobre o fazer

pesquisa, os pressupostos metodológicos que apontam a trajetória da pesquisa, e os procedimentos e passos da coleta de dados.

No sexto capítulo, apresentamos os resultados da coleta dos dados, sua análise e interpretação. São relevadas as falas dos sujeitos entrevistados nos diferentes segmentos por nós selecionados, por serem eles os que sofrem, cotidianamente, o problema. Aqui são relatadas a trajetória individual desde o surgimento da obesidade, a convivência com ela, as dificuldades ocasionadas pelo excesso de peso; as situações de exclusão, discriminação, dor física, doenças associadas, risco de morte. As experiências de repetidas tentativas de emagrecimento e a opção pela cirurgia bariátrica e todo o processo de emagrecimento. As falas foram categorizadas e receberam tratamento interpretativo que possibilita desocultar o implícito nos discursos, compreendendo e explicando o fenômeno da obesidade em seus aspectos psico-emocionais.

Para a análise dos dados, realizamos uma leitura exaustiva do material, destacando as unidades de significação das informações obtidas. Os sentidos foram discutidos de forma reflexiva, articulando-se assim o material empírico e o teórico das questões norteadoras do nosso estudo. Conforme citamos anteriormente, esta investigação sobre o desenvolvimento da obesidade e o seu tratamento por intermédio da cirurgia bariátrica contribuirá, certamente, para o aperfeiçoamento das ações dos profissionais de áreas diversas envolvidos com o tratamento da obesidade. Por conseguinte, auxiliará os pacientes portadores dessa doença, seus familiares e a sociedade de uma maneira geral que convivem com os significados simbólicos da comida e do corpo.

No sétimo capítulo, discutimos as possíveis contribuições da visão de um médico às questões não médicas relacionadas à obesidade e ao emagrecimento.

A intenção deste estudo pretende ser a de tornar acessíveis as informações sobre a obesidade e a vivência do emagrecimento com a cirurgia, assim como mostrar o sofrimento a que estão submetidas as pessoas obesas, tanto na tentativa de se livrarem do excesso de peso como durante o processo de redução das dimensões físicas e do peso.

Buscamos, sem prejuízo da dimensão teórica, tornar esta dissertação acessível não só à academia, assim como a todos os profissionais que se dedicam a cuidar de pessoas obesas e também à população leiga, que tenciona obter conhecimentos nessa área.

O aprofundamento nos estudos teóricos e metodológicos e as sistematizações em pesquisa ofereceram uma experiência de reflexão e autoconhecimento.

Esse processo compreendeu uma trajetória carregada de descobertas, dificuldades, mudanças, encontros e uma vivência que transcendeu os espaços formais, demarcando experiências importantes.

Cada etapa desse processo teve grande significado no âmbito profissional e pessoal. Ao concluir o trabalho de pesquisa e ao recompor o caminho trilhado, temos uma visão ambivalente:

-- A constatação de que a obesidade é assumida pessoalmente pelos indivíduos, contudo, é em parte fruto de uma prática discriminadora consolidada na nossa sociedade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Obesidade - aspectos clínicos

2.1.1 Histórico

Em sociedades primitivas, o ganho de peso e a obesidade foram considerados uma proteção importante contra os períodos de fome, em razão das catástrofes naturais, pois somente os obesos sobreviveram a estas calamidades.

A preocupação com a obesidade e seus malefícios é também muito remota, contudo, hoje sabemos que representa a mais comum e a mais antiga doença metabólica.

Desde a pré-história, a obesidade é alvo das atenções dos seres humanos. Achados arqueológicos de pinturas e esculturas de mais de vinte mil anos já representavam figuras obesas.

A representação mais antiga da forma humana é a Vênus de Willendorf, - uma estatueta de pedra encontrada às margens do rio Danúbio no período paleolítico (20000-30000 aC.), uma mulher obesa, com mamas e coxas imensas e enorme abdome (REPETTO, 1998).

No período neolítico, as esculturas gregas babilônicas e egípcias mostram admiração artística preferencial por mulheres com abdomens do tipo gravídicos e coxas grossas, simbolismo de fertilidade e abundância em um período da história da humanidade carregado de fome e miséria.

Houve uma época em que pintores e escultores expressaram sua arte reproduzindo figuras corpulentas, carnes fartas, contornos roliços. As magras tinham que disfarçar sua delgadez, preenchendo artificialmente as deficiências anatômicas. Na contemporaneidade, os

magros estão na moda, não só por questão estética, mas principalmente porque se sabe que o excesso de peso e a boa saúde são condições dissociadas (ASSUNÇÃO JR, 2004).

Hoje, em alguns grupos étnicos, a obesidade ainda é socialmente um sinônimo de riqueza e boa saúde. Infelizmente, a doença obesidade ameaça a saúde de muitas pessoas e a sobrevivência estará certamente na dependência da redução do peso (NAKAMURA, 2004).

No quinto século antes de Cristo, Platão e Hipócrates, em suas recomendações médicas, faziam co-relação entre os excessos alimentares, a obesidade, algumas enfermidades e a morte. Na realidade, as observações e orientações de ambos não diferem muito das orientações atuais (MARUM et al., 2004).

Se, entretanto, a prevenção e a terapêutica da obesidade são conhecidas de longa data, as condições ambientais, socioculturais e psíquicas do ser humano tornam suas práticas cada vez mais difíceis de serem obedecidas.

A história familiar é muito importante para determinar a ocorrência de obesidade e transtornos alimentares. Se uma criança tem ambos os pais obesos, sua chance de apresentar obesidade é de 80%. Se apenas um dos pais é obeso, a possibilidade dela se tornar obesa é de 40%. Caso nenhum dos pais apresente obesidade, a chance de vir a desenvolver obesidade é de 7%.

Apesar dos estudos realizados, porém, não foi ainda possível definir o quanto a influência da família decorre de herança genética e quanto é consequência do ambiente onde a criança está inserida. (BOUCHARD, 2000).

Para cada indivíduo, a quantidade da ingestão calórica diária permanece estável de um dia a outro, entretanto pode variar enormemente em decorrência de eventos vitais: estresse severo, tédio, tristeza, solidão etc. O ganho de peso é também dependente de falta ou insuficiência de atividade física.

Migrações do campo para a cidade, mudança na capacidade de produção e comercialização agrícolas, estilo de vida sedentário, decorrente da melhoria dos transportes urbanos e da automatização industrial e doméstica. O consumo predominante de alimentos ricos em gorduras, ricos em açúcar ou de elementos refinados e pobres em carboidratos, complexos e fibras são todos componentes

importantes à transição epidemiológica que tornam a obesidade um dos maiores problemas de saúde pública do século XXI. (MARUM et al, 2004, p. 331).

A tendência milenar da prevalência crescente da obesidade passou despercebida às autoridades em saúde pública. Hoje o problema se estende de adultos, adolescentes e crianças de todas as classes sociais, tanto em homens quanto em mulheres. E acarreta a incidência de doenças não transmissíveis, incluindo *Diabetes mellitus*, doença cardiovascular, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral e certas formas de câncer. As consequências para a saúde variam de um risco aumentado de morte prematura, à convivência com condições crônicas sérias que reduzem a qualidade de vida do obeso (RELATÓRIO OMS, 2002).

2.1.2 Definição

“O acúmulo de gordura no corpo, decorrente de um desequilíbrio entre as calorias ingeridas e a sua queima pelo organismo, quando a quantidade ingerida é superior às necessidades (balanço calórico positivo)”. É dessa forma sintética que podemos descrever o fenômeno da obesidade.

Sua manutenção e gênese são multidimensionais e complexas com aspectos sociais e psicofísicos relacionados a fatores internos e externos ao sujeito (MANCINI, 2002).

2.1.3 Epidemiologia

O Brasil dispõe de três estudos orientados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) levados a cabo nos períodos: 1974/75 - 1989 - 1996/97. Foram pesquisas domiciliares, inicialmente com amostra de todo o Território nacional. Na última pesquisa, apenas as Regiões Nordeste e Sudeste foram aferidos, pois concentram parcela superior a 70% da população nacional. Com esses estudos, foi possível investigar o complexo padrão de evolução do excesso de peso e da obesidade na população adulta e, mediante elaborados estudos, fazer previsão para os anos futuros (em relação à pesquisa, hoje passados) (MONTEIRO, 2002).

Podemos apresentar como dados importantes:

- houve um crescimento na população de homens e mulheres em todas as faixas etárias, tanto no sobrepeso quanto na obesidade;
- o crescimento do sobrepeso e da obesidade tende a ser mais intenso nas faixas etárias mais jovens. Isto reflete o crescimento da obesidade entre os adolescentes que chegam à idade adulta;
- quanto à curva do comportamento do excesso de peso entre homens de todas as idades, podemos ver um crescimento que chama a atenção - partindo de 31,7% em 1989 com expectativas de 47,4% em 2000 e atingiria 57,5% em 2005;
- para homens da faixa etária de 30 a 39, a previsão para 2005 seria que 80% deles teriam sobrepeso;
- as mulheres na faixa de 20 a 29 anos apresentam uma previsão de crescimento mais desafiadora: 4,6% em 1989, 10,5% em 2000 e 16,6% em 2005;
- no total da população adulta, está estimado um crescimento de 15 milhões de indivíduos com sobrepeso e 5 milhões com obesidade:
 - Sobrepeso - 2000 - 45 milhões - 2005 - 60 milhões
 - Obesidade - 2000 - 12 milhões - 2005 - 17 milhões.

2.1.4 Etiologia

Conceitualmente, não se deveria chamar obesidade de doença, pois trata-se de um estado mórbido caracterizado por um conjunto de sinais, sintomas, atribuíveis a mais de uma causa, portanto uma SÍNDROME.

Obesidade é de transmissão multifatorial, causada pela interação de vários genes e numerosos fatores ambientais. O termo ambiente obesogênico resume a participação de componentes econômicos, sociais, culturais e psíquicos, na oferta e na escolha de alimentos, no padrão de consumo, na eleição ou na imposição dos horários das refeições e na rejeição de atividades físicas, triviais ou esportivas, que outrora contribuíam para o gasto calórico diário (MARUM et al, 2004, p. 334).

O consumo voluntário de calorias é estimulado pela mídia e pela presença de alimentos ricos em gorduras, o mais energético dos nutrientes, fartamente presentes em comidas baratas e gostosas. O excedente consumido redonda em acúmulo sob a forma de triglicérides no tecido adiposo.

2.1.5 Comportamento alimentar

A necessidade biológica de nutrição para que o indivíduo se mantenha saudável é o ponto fundamental da alimentação humana. Além da necessidade biológica, o comportamento alimentar pode alterar-se sob a pressão de acontecimentos diversos, sendo o meio ambiente uma dimensão capaz de interferir no comportamento alimentar e no peso do indivíduo. Para o homem, comer é mais do que se alimentar.

Os fatores genéticos definem a capacidade orgânica de desenvolver obesidade ante a regulação dos mecanismos internos de fome e saciedade.

Outra dimensão importante envolvida no comportamento alimentar é o campo psicodinâmico, posto em funcionamento a partir dos momentos iniciais da vida. As primeiras sensações de prazer vividas pelo recém-nascido ligam-se intimamente à satisfação das necessidades alimentares. Ao sentir fome, dor ou qualquer outra sensação desagradável, a criança entra em estado de tensão, que só desaparece quando a causa do desconforto é abolida. A tensão causada pela fome é substituída pelo prazer após a ingestão do alimento, restabelecendo o equilíbrio emocional.

Por intermédio da satisfação da necessidade alimentar, o indivíduo vai se relacionando com a mãe e estabelecendo um tipo de comunicação com matizes afetivos imprescindíveis para o desenvolvimento do pequeno ser. Após esse período de alimentação, visando a satisfazer às necessidades fisiológicas (nutricionais), o ato da alimentação individualiza-se: cada pessoa adquire um padrão pleno de significados afetivos (MARUM et al., 2004).

2.1.6 Balanço energético

Segundo Coutinho (1998), o meio ambiente, os fatores culturais, econômicos e sociais, a ingestão de alimentos de alto valor calórico, a diminuição da atividade física, a estrutura familiar e os fatores emocionais são cada vez mais permissivos à expressão das tendências genéticas da obesidade.

Evidências sugerem que dietas ricas em gordura promovem o desenvolvimento de obesidade, guardando relação direta entre a quantidade de gordura alimentar e o grau de obesidade.

A gordura que acompanha cada alimento (intrínseca ou usada na preparação) confere à comida maior grau de palatabilidade e por isso é consumida em maior quantidade. Também facilita a rapidez da ingestão, pois necessita de menor esforço para ser mastigada. Como a densidade energética é maior, aqueles indivíduos que regulam a ingestão alimentar pelo volume ingerido estarão consumindo um excedente calórico ao se alimentarem de comidas ricas em gordura.

O metabolismo das gorduras é mais lento do que o das proteínas e dos carboidratos e geralmente faz diminuir a glicose sanguínea. Por isso, o seu mecanismo de saciedade não é tão eficiente, pois retarda em chegar ao cérebro a informação que está alimentada.

Uma ingestão maior de gordura reduz a ingestão de carboidratos, cujo nível baixo estimula o cérebro a obter maior consumo alimentar.

Podemos concluir então que a gordura dos alimentos induz ao consumo excessivo e ganho de peso graças à sua baixa capacidade sacietógena e alta densidade calórica.

2.1.7 Fisiopatologia

A obesidade resulta de um desequilíbrio crônico entre a ingestão e o gasto calórico, levando a um aumento no estoque de gordura.

São três os componentes orgânicos responsáveis pelo gasto energético de cada indivíduo. O metabolismo basal, a termogênese e a atividade física, que são responsáveis, respectivamente, por 60, 10 e 30% do gasto calórico diário. Portanto, modificação em qualquer um desses componentes afeta o gasto energético diário (HALPERN et al, 1998).

A taxa metabólica de repouso ou metabolismo basal é a energia gasta para manter o organismo em funcionamento e a temperatura homeotérmica, mesmo em repouso. Os

indivíduos podem ter taxa metabólica alta, normal ou baixa, sendo este um fator de risco para a obesidade.

A termogênese é a energia gasta para absorver e metabolizar os alimentos. Dentre os três mecanismos de gasto calórico pelo corpo humano, este item é o que apresenta maior dificuldade para ser mensurado.

A atividade física é o componente mais variável do gasto diário. Indivíduos sedentários reduzem a faixa a 20% do gasto total. A redução da atividade física está implicada na gênese da obesidade (WALDER e RAVUSSIN, 1998).

2.1.8 Quadro clínico

As variações da apresentação corpórea da obesidade nos permitem estabelecer três tipos de obesidade, os quais, além de aspectos estéticos, têm diferentes interações e repercussões sobre a saúde do paciente:

- obesidade universal - excesso gorduroso por todo o corpo;
- obesidade troncular (MAÇÃ) - mais freqüente, porém não exclusiva do sexo masculino, tem deposição de gordura predominantemente no abdome (parede e vísceras) e está associada a elevado risco de comprometimento do sistema cardiovascular e metabólico;
- obesidade glúteo-femural (PERA) - prioritariamente feminino, com depósito de gordura nos quadris e coxas (reserva energética para gravidez e lactação). Associado a transtornos cutâneos e articulares (MATOS, 2002).

Nos últimos anos, o índice de massa corpórea passou a ser adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS-ONU) como norteador do *status* do peso, bem como do risco de apresentar doenças associadas ao sobrepeso. O IMC é calculado pela equação de QUETELET. O peso em quilogramas é dividido pelo quadrado da altura em metros:

$$\text{IMC} = \frac{P(\text{kg})}{A \times A(\text{m})}$$

O IMC apresenta falhas em algumas condições especiais como crianças, idosos e indivíduos muito musculosos, porém são exceções facilmente detectáveis; e como medida para grandes populações funciona satisfatoriamente.

Como vemos no quadro, a variação do IMC define diferentes condições de sobrepeso, bem como o seu risco relativo de desenvolver doenças.

IMC	CLASSIFICAÇÃO	RISCO CO-MORBIDADE
< 18.5	Abaixo do peso	Baixo (*)
18.5 – 24.9	Normal	Baixo
25 – 29.9	Sobrepeso	Aumentado
30 – 34.9	Obesidade I	Moderado
35 – 40	Obesidade II	Severo
> 40	Obesidade III	Muito severo

(*) Com potencial elevação por doenças associadas.

Fonte: MONTEIRO (1998 s.p.).

2.1.9 Co-morbidades

Na infância, as primeiras complicações associadas à obesidade dizem respeito à deformidade física e seus aspectos estigmatizantes discriminatórios entre as crianças, levando ao isolamento psicossocial e suas influências. Na fase adulta as conseqüências tardias mais freqüentes são hipertensão arterial, *Diabetes mellitus*, dislipidemia, doença coronariana, acidentes vasculares cerebrais, apnéia do sono, doenças pulmonares, neoplasias, entre tantas outras (SUPLICY, 2002).

2.1.10 Tratamento conservador: idéias gerais

A obesidade é responsável por consumir grande soma de recursos financeiros destinados à saúde pública. Outros custos são ainda relacionados a ela, por exemplo, o custo social, a discriminação, a exclusão, o absenteísmo, a baixa produtividade, a aposentadoria precoce e a morte antecipada.

A idéia inicial de emagrecimento até o peso ideal é substituída, paulatinamente, por uma opção mais realista e atingível com ótimo resultado sobre a redução do risco das co-morbidades. Apesar de grandes esforços, a maioria dos indivíduos obesos não consegue

emagrecer e chegar ao peso ideal e sequer são capazes de manter a perda por um período superior a um ano. Os profissionais da saúde que tratam indivíduos obesos precisam ajudar seus pacientes a reconhecer que obesidade é um distúrbio crônico que requer tratamento a longo prazo.

Todos os pacientes, independentemente do tratamento específico selecionado, carecem de ajuda para modificar a dieta, os hábitos alimentares e a atividade física.

2.1.11 Reeducação alimentar

O antigo conceito de dieta emagrecedora cedeu lugar ao plano de reeducação alimentar, um processo mais lento, porém duradouro. A reeducação se fundamenta na orientação adequada da escolha dos alimentos, distribuição correta da composição e das refeições ao longo do dia, em seis instantes e no estabelecimento da quantidade calórica adequada a cada paciente.

A reeducação alimentar implica uma série de modificações no hábito alimentar, no intuito de adequá-lo às necessidades de perda de peso, torná-la uma nutrição saudável, com respeito ao paladar individual e às atividades diárias.

Recomenda-se, objetivamente, uma redução severa no consumo de gorduras, açúcares e álcool, o consumo moderado de carboidrato e incremento no consumo de verduras, legumes e frutas, ricos em fibras, que reduzem a densidade calórica, estimulam a saciedade e retardam o esvaziamento gástrico (BRAGUINSKY, 1998).

2.1.12 Atividade física

Qualquer que seja a atividade física executada, ela contribui para o balanço calórico negativo, desequilibrando a equação, a favor da redução do peso. Exercícios aeróbicos consomem mais energia, principalmente queimando a gordura acumulada como combustível. Promove ainda aumento proporcional de massa magra, importante para o emagrecimento saudável e conseqüente elevação do metabolismo basal. Vale salientar que a atividade física estimula a liberação de endorfinas no sistema nervoso, produzindo a sensação de bem-estar que incentiva manter os cuidados e a perda ponderal (RADOMMINSKI, 1998).

2.1.13 Farmacoterapia

Existe ainda por parte de alguns pacientes obesos e de muitos médicos uma visão muito crítica quanto à eficácia de medicamentos anti-obesidade. Tal rejeição deve-se ao fato de os resultados não serem totalmente satisfatórios e são incapazes de perdurar após suspender-se a medicação. Outro aspecto é o fato de, ao atuar no sistema nervoso central, existe a possibilidade de produzir efeitos indesejados e criar dependência. Os avanços no campo farmacológico nos possibilitam utilizar hoje medicamentos eficazes e seguros.

A indicação de medicamento anti-obesidade é aceita para pacientes com IMC > 30 ou IMC > 25 associado a pelo menos dois fatores de risco. Sempre lembrando a necessidade da mudança alimentar e da atividade física (HALPERN e MANCINI, 2002).

As drogas utilizadas para essa finalidade podem ser catalogadas segundo a sua atividade básica:

- redução da ingestão alimentar
 - anorexígenos - inibem o mecanismo da fome;
 - “sacietógenos” - estimulam o mecanismo de saciedade, reduzem a ansiedade e depressão, quase sempre presentes;.
- mudança no metabolismo
 - inibição da lipase (gástrica e pancreática), que diminui a absorção de gordura;
 - fibras (solúveis e insolúveis), entre outras ações, reduzem a absorção de gorduras; e
- termogênicos
 - elevam o metabolismo basal, incrementando o gasto calórico (HALPERN e MANCINI, 2002).

2.1.14 Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico da obesidade está reservado como opção última para os casos de obesidade severa grau III ou grau II associados a co-morbididades. Estão aptos a se candidatarem a estes procedimentos indivíduos nestas condições e que tenham idade entre 18 e 60 anos, com história de obesidade há pelo menos cinco anos e com dois anos de tratamento. Esses pacientes são avaliados por uma equipe interdisciplinar com médicos de várias especialidades (cirurgia, clínica, endocrinologia, cardiologias, pneumonologia etc.), psicólogo, nutricionista, para que sejam selecionados aqueles realmente preparados emocionalmente para enfrentar a mudança radical que terão que enfrentar (GARRIDO JR. et al, 2002).

As cirurgias classificam-se, quanto ao seu mecanismo de atuação, em três tipos:

- restritivas - reduzem a capacidade do reservatório gástrico para acumular os alimentos ingeridos;
- disabsortivas - produzem alterações no trânsito intestinal proporcionando menor contato do conteúdo alimentar com áreas do intestino responsáveis pela absorção dos nutrientes; e
- mistas - associam as técnicas restritiva e desabsortiva, aproveitando de ambas as qualidades e diminuindo os efeitos indesejáveis.

As técnicas mais utilizadas hoje são exatamente de mecanismo misto, as gastroplastias, associadas às derivações intestinais (Técnica de ‘CAPELLA’ e ‘SCOPINARO’).

Desaconselha-se a indicação cirúrgica em condições clínicas e psicológicas que tornem os riscos inapropriados ou impeçam a adaptação pós-operatória:

- condições clínicas com avançado comprometimento de órgãos ou sistemas (coração, pulmão, fígado, rim);
- distúrbios psiquiátricos; e
- dependência de drogas ilícitas ou álcool.

As complicações decorrentes da cirurgia podem variar de pequenos sintomas a grandes catástrofes (óbito) e são inerentes ao ato operatório de um paciente especial, aos cuidados intensivos exigidos a esses pacientes e também ao comportamento inadequado dos pacientes no pós-operatório (GARRIDO JR. et al, 2002).

Após a cirurgia, os pacientes necessitam de acompanhamento ambulatorial da equipe (cirurgião, nutricionista e psicólogo) com revisões periódicas previamente programadas, ou em casos de intercorrências. A redução de peso contínua e persistente observada no seguimento dos pacientes é acompanhada de melhora significativa de todas as doenças associadas à obesidade, inclusive com suspensão do uso de alguns medicamentos, estimula a que se leve essa opção de tratamento a um número maior de pacientes. É imprescindível, porém, o cuidado para a readaptação psicológica e social.

2.2 Obesidade: aspectos psicossociais

2.2.1 Aspectos socioculturais

Temos um propósito ambicioso neste capítulo - não nos restringirmos aos conceitos estabelecidos da obesidade, contudo acrescentarmos a eles dados de uma focalização moderna e ampliada.

A pesquisa sobre obesidade mediante esse prisma exige especial atenção à multidimensão do problema, a qual revela um momento de profunda transformação do cotidiano dos indivíduos. O tema desperta a preocupação generalizada de cientistas de variados campos de pesquisa que, estimulados pelos meios de comunicação, alertam para os riscos e investigam novas soluções.

Nossos objetivos são construtivos quando fazemos a leitura de aspectos psicossociais pela visão de um médico, oferecendo uma contribuição a esse tema e não a tentativa de esgotá-la.

Até o século XIX, a obesidade associava-se a um nível socioeconômico elevado, sendo valorizado em virtude da escassez de alimentos naquele período. No século XX,

alimentos de elevado teor calórico tornam-se acessíveis também às classes mais baixas, tornando a obesidade prevalente nesse nível da população. A obesidade deixa de ser símbolo de riqueza e prosperidade e se transfigura agora em doença (HALPERN e MANCINI, 2002).

Conforme nos apresenta a Organização Mundial de Saúde (OMS-ONU) em seu relatório técnico publicado em 2002, nos últimos anos, a obesidade atingiu proporções epidêmicas e se tornou um problema da saúde pública que acomete muitos países. Graças aos insucessos com as formas clínicas de tratamento, hoje, a cirurgia bariátrica é considerada a opção terapêutica preferencial para os casos de obesidade severa. Ela é responsável por uma redução substancial do peso, melhora ou cura das co-morbidades⁴, inclusive das psicopatologias, do comportamento alimentar e incremento na qualidade de vida.

A cirurgia bariátrica, contudo, não consegue oferecer o mesmo resultado a todos os pacientes. A operação representa apenas um elemento do tratamento cirúrgico e não é concebida como a solução universal. Alguns pacientes carecem da cirurgia como uma solução mecânica para a sua doença. Com isso, conseguem sentir menos fome e demandam menor esforço interno para parar de comer (MARCHESINI, 2002).

Para autores como Segal et al (2002), Cordás (2002), Van Hout et al (2004), os obesos mórbidos, com frequência, são alvo de estigmatização e discriminação social, profissional e até por profissionais de saúde. O obeso pode ser visto como fraco de caráter e os seus problemas psicossociais são atribuídos à condição de obeso que ostenta. O desconhecimento sobre a doença obesidade e as generalizações sobre a personalidade dos obesos são responsáveis por essa condição de exclusão a que estão expostos.

Para esses autores, a avaliação psicológica permite identificar fatores capazes de afetar o prognóstico e a seleção adequada dos candidatos à cirurgia, assim como fazer um planejamento de tratamento psicológico individualizado, ambos visando à redução do sofrimento psicológico e dos sintomas físicos. Partindo do pressuposto de que a personalidade do indivíduo é um fator importante para o prognóstico e seleção dos candidatos, observemos o que diz a literatura a esse respeito.

⁴ *CO-MORBIDADES*: patologias presentes no indivíduo obeso produzidas ou agravadas pelo excesso de peso.

Segundo Vallis e Ross (1993), são três as possibilidades de identificar um traço de personalidade do obeso: 1) uma característica da personalidade pode predispor à sobre-ingesta e ao conseqüente ganho de peso; 2) a obesidade pode influenciar a personalidade; e 3) a combinação dos dois mecanismos pode ser possível, entretanto, sabe-se que pacientes obesos mórbidos não têm personalidade diferente da população em geral.

É comum perceber que os candidatos à cirurgia bariátrica têm tendência a esconder a realidade de sua saúde psicológica, no intuito de serem logo aprovados para a cirurgia. É possível, porém, que a tendência a subvalorizar as dificuldades ou negá-las faça parte do mecanismo de defesa psicológica que deseja encobrir as emoções negativas (FRANQUES, 2002).

Em seus estudos, Vallis et al (1993) assinalam que a obesidade tem uma função defensiva nas relações interpessoais. A parede de gordura mantém as outras pessoas afastadas. E pacientes obesos têm uma tendência a somatizações, expressando no próprio corpo questões psicológicas, transferindo o foco de sua atenção para o sintoma, distanciando-o das emoções.

2.2.2 Vínculo mãe-filho

Para Nóbrega e Campos (2000), a prática alimentar iniciada pela amamentação desde quando a criança nasce é apontada como sendo o primeiro tipo de relacionamento mãe-filho. A maternidade e a amamentação representam um relacionamento íntimo que transcende o aspecto fisiológico de dar e receber alimentos. O bebê solicita não só alimento, mas também a expressão de amor e compreensão. Essa relação é marcada pelo inconsciente da mãe e o inconsciente do bebê.

Eles acrescentam, ainda: a amamentação apresenta como vantagem a promoção do vínculo da díade mãe-filho. Em algumas situações, a criança internaliza sofrimento, mágoas, frustrações e raivas inconscientes da mãe, independentemente de como tente ela encobrir suas emoções. A criança, por sua vez, passa a compensar a dor emocional mediante a obsessão por comida, comendo em excesso ou privando-se dos alimentos. Desse modo, a comida passa a ocupar um papel central, sendo utilizada para entorpecer, mediar a dor e aliviar os sintomas.

Nóbrega e Campos (1993) apontam o vínculo mãe-filho como fator importante a ser considerado nos distúrbios nutricionais (desnutrição e obesidade), onde um comportamento materno adequado às necessidades nutricionais da criança enseja que o reconhecimento das sensações de fome seja gradativamente identificada e diferenciado de outras necessidades internas. Quando a oferta de alimentos ocorre de maneira indiscriminada, a criança, que ainda apresenta o aparelho psíquico imaturo, começa a não saber diferenciar as sensações de fome e de saciedade e passa a associar o seu desconforto e frustração à ingestão de alimentos e esta associação perdura até na vida adulta.

Segundo J. Bowlbi (1990), citado por Nóbrega e Campos (2000), a superalimentação materna é relacionada à incapacidade desta de imaginar outros desejos da criança. Conseqüentemente, estas crianças não aprendem a diferenciar suas necessidades reais, passando a temê-las e evitá-las, usando o alimento como resposta às suas emoções. Além disso, a imagem corporal também é aprendida de modo errôneo e a reelaboração de uma nova imagem é dificultada, uma vez que não foi assimilado um bom relacionamento consigo mesmo.

Todos os aspectos há pouco mencionados apontam para a possibilidade do surgimento de problemas como vemos na literatura a seguir.

Dalgalarrondo (2000) nos relata que, no nascimento ocorre a separação biológica entre a mãe e o filho. A disponibilidade da mãe para a criança depende desde como tenha sido sua infância e sua relação com seus pais até a relação com o pai da criança, da situação socio-econômica e cultural familiar, de valores sociais referentes ao papel materno.

O autor assinala que o vínculo mãe-filho estabelecido é importante no desenvolvimento do psiquismo infantil, sendo o primeiro ano crucial na estruturação da personalidade. Uma díade mãe-filho suficientemente boa favorece o crescimento corporal e o desenvolvimento emocional da criança, que depende dessas ligações nos primeiros anos de vida em razão da sua imaturidade e vulnerabilidade. Vale salientar que a representação materna é associada ao alimento.

A alimentação é uma necessidade humana vital, sendo as necessidades primárias de fome e saciedade reguladas pelos centros neuro-endócrinos, através de neurotransmissores que, por sua vez controlam a ingestão alimentar. Entretanto,

esses fatores sofrem influência da cultura. Além disso, a comida e o ato de alimentar-se apresentam elementos de interação humana, familiar e social com conotações simbólicas. Assim, as sensações básicas de fome, sede e saciedade são geradas, controladas e monitoradas por diferentes áreas do organismo e motivadoras de forma consciente de conduta alimentar. O comportamento alimentar é um fenômeno complexo que vai além do ato de comer, incluindo dimensões complementares: 1) Dimensão fisiológico-nutritiva relacionada a aspectos metabólicos, endócrinos e neuronais que regulam a demanda e satisfação das necessidades nutricionais. 2) Dimensão relacional, posto que no desenvolvimento da criança a boca é o mediador da primeira relação interpessoal - relação mãe-filho. A incorporação oral pode representar simbolicamente o amor, a destruição, a conservação no interior do eu e a apropriação das qualidades do objeto amado. Para a mãe, alimentar seu filho tem valor emocional especial, podendo exprimir afeto, aplicando sentimentos de culpa ou tentativas de "dar amor" que às vezes a mãe não se sente capaz de dar de outra forma. 3) Comer e beber são necessidades naturais sim, mas também representam para a psique uma experiência: a satisfação de um desejo (DALGALARRONDO, 2002, p. 210).

Essas observações nos levam a identificar na literatura alguns aspectos vinculados à psicologia da obesidade.

2.2.3 Implicações da família na obesidade

A função psicossocial da família é necessária para o apoio e a solidariedade aos membros, mas também serve para impor normas por meio das leis, usos e costumes que muitas vezes implicam formas e finalidades rígidas, tornando-se elemento de coação social, geradora de conflitos e ambigüidades.

Conforme Zimmerman e Osório (1997) apud Freitas (2004, p.60),

A criatura humana, desde que nasce até a morte, necessita de forma vital ter a comprovação de que é reconhecida pelas outras pessoas, como sendo alguém que é valorizado, amado, respeitado e um ente que tem um espaço e identidade próprios.

A falta do reconhecimento tem finalidade estruturante para o psiquismo individual e leva a alguns transtornos que se refletem na inserção no grupo. A criança, por não se sentir reconhecida como pessoa de valor pela sua mãe, exige a todo momento que esta falta básica seja suprida. Surgem a falta de adaptações escolares, as dificuldades de socialização, os distúrbios alimentares e tantos outros que jamais encontrarão satisfação na atualidade.

Quando a dinâmica familiar é afetada por uma crise, uma pessoa é eleita para ser o depositário e definido como doente. O grupo familiar se define como sadio em oposição ao indivíduo doente. É nele onde recaem as preocupações. À medida que a família o percebe como doente, ele fica excluído do seu próprio processo (ele é doente, não escolheu adoecer). Enquanto estiver, porém, na posição de doente, passa a ser o responsável pela homeostase da família.

A homeostase se ratifica na dualidade doente/sadio, feio/bonito, gordo/magro, elegante/desengonçado.

Muitas vezes, a família não suporta a perda da homeostase e sabota o processo de mudança individual, no caso do obeso, interferindo na dieta. A perda da homeostase conduz ao caos. Na ameaça de ruptura do equilíbrio, a incapacidade de suportar as mudanças individuais faz surgir na família outro membro do grupo eleito para assumir a problemática.

Embora se trate de mecanismos inconscientes, fora do controle racional, algumas pistas denunciam a sua existência. O indivíduo, por não ser capaz de elaborar seus medos e inseguranças, projeta no outro suas fantasias de destruição, livrando-se delas.

Para Kaufman (1993), quando o ex-gordo deixa de usar a comida para aplacar a raiva e passa a lidar com o que o incomoda, brigando e falando diferente de como agia anteriormente, a família poderá reagir às alterações do comportamento, e se o ex-obeso não estiver estruturado para suportar as reações familiares, voltará a engordar.

Algumas pessoas necessitam da gordura para a sua própria homeostase. A gordura lhes oferece segurança, embora não as deixe felizes. Elas aprendem a conviver com a gordura. Caso ela desapareça, podem não suportar a transformação e recorrem ao modelo de segurança conhecido, e recuperam o peso.

Para Abuchaim (1998, p.150), “*a sintomatologia alimentar pode representar lealdade à família ou ser uma manifestação de rebeldia e agressão a ela*”. Também pode representar a expressão de conflitos de poder, de impulsos suicidas ou um modo de reprimir as pressões da sexualidade, evitar relacionamentos afetivos, retardar a maturidade e,

conseqüentemente, fugir do enfrentamento de questões afetas à separação, autonomia e identidade.

2.2.4 Aspectos psicológicos

É inegável que a obesidade produz estigma e discriminação social, no entanto, a avaliação social negativa pode ir além da aparência física. Para muitos, a obesidade é uma deformidade física e uma aberração do comportamento e o indivíduo obeso é induzido a sentir-se merecedor da "justa" discriminação.

Como a obesidade tem, para algumas pessoas, a origem atribuída ao próprio obeso, ela não seria uma doença medicamente validada. Portanto, não haveria possibilidade de obter um ganho secundário na condição de doente. Ao contrário, é a falta de força de vontade para transformá-la que deprecia o indivíduo; ainda pior, o seu problema de saúde é consequência de sua atitude negligente com a alimentação e estilo de vida.

Ensina Goffman (1980, s.p.) que estigma é um termo usado em referência a um atributo profundamente depreciativo. É uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real. O estigma que acompanha as doenças é o que leva as vítimas a buscar táticas capazes de esconder ou modificar as diferenças para obter a aceitação em ambientes sociais. Para alguns obesos, o seu corpo é grotesco e vergonhoso, o que faz os outros os olharem com desprezo e hostilidade. Esse aspecto estimula a baixa auto-estima e até assumir atitudes negativas semelhantes.

É bastante controversa a relação entre distúrbios emocionais e obesidade. Autores como Stunkard et al (1992), Appolinário (1998), Segal et al (2002), Van Hout et al (2004) alegam que a maior incidência decorre da amostra pesquisada, quando feita a partir de pacientes que estão buscando um tratamento médico para a obesidade. Quando a amostragem é obtida em outras especialidades, porém com pacientes obesos, esta incidência não é superior à média da população não obesa. Para esses autores, os distúrbios emocionais são mais freqüentemente ligados às consequências da obesidade do que às causas. As dificuldades emocionais estão ligadas à preocupação constante com o emagrecimento e obstáculos culturais.

A ânsia de perder peso não é um critério suficiente para prever um resultado bem - sucedido. O entusiasmo típico do início do tratamento logo diminui. O obeso deve enfrentar as consequências de ter escolhido um novo estilo de vida. Perder peso passa a ser uma provocação e evitar a recuperação dos quilos diminuídos pode ser ainda mais penoso. A força de vontade não é suficiente para garantir a manutenção do novo peso a longo prazo.

Além disso, a expectativa da condição de magro, que se relaciona ao sentimento de ser feliz, não se concretiza e as recaídas são inevitáveis.

Na perspectiva de Felipe (2001), algumas características de personalidade encontradas nos obesos são fatores dificultantes do emagrecimento. A impaciência, a intolerância, a frustração, a rígida resistência a mudanças, o perfeccionismo acompanhado de decepção por não conseguir modificar-se como deseja, e a dificuldade de pedir e receber ajuda. Este fato os faz constantes peregrinos de vários especialistas à cata de soluções diferentes para o problema.

A ansiedade é um mecanismo de natureza emocional que envolve manifestações subjetivas e sinais fisiológicos. Segundo a Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica (1995), a pessoa pode aprender a comer em resposta à ansiedade, já que a comida a diminui. A redução alimentar imposta pelo processo de emagrecimento e a dificuldade que o obeso tem para seguir uma dieta são condições geradoras de grande ansiedade, portanto consequência da obesidade, não sua causa. O sentimento de privação do alimento e a perda de peso insatisfatória causam alterações no estado de ânimo, tensão, fraqueza, irritabilidade e depressão.

2.2.5 Fome, apetite e saciedade.

Segundo Kahtalian (1992) e Anjos (1993), a fome é entendida como o desejo de comer estimulado por sensações fisiológicas. O apetite é tomado como o desejo de comer motivado por lembranças de sensação agradável de se fartar. Como são estimulados por sensações, os órgãos do sentido se fazem presentes nessa concepção. A visão, o aroma e o paladar de uma comida podem se sobrepor aos mecanismos de regulação de ingestão alimentar.

A fome e o apetite influenciam na quantidade de comida a ser ingerida, a primeira obedecendo a mecanismos internos, enquanto a segunda está subordinada a mecanismos externos.

A fome é desagradável, reflete a necessidade de comida do corpo e desaparece ao receber alimento. O apetite procura o prazer, a satisfação libidinosa, e não responde às calorias ingeridas. A sua demanda por comida não é fisiológica, mas é psicológica.

O indivíduo com fome pode comer até saciar-se, o apetite o faz ir além. Por isso se acredita que no apetite é que reside o distúrbio do obeso.

Outro aspecto de relevância para este estudo diz respeito à imagem corporal que povoa os indivíduos.

2.2.6 Imagem corporal

Entende Schilder (1980, s.p.) que a imagem corporal é *"a figuração de nosso corpo formado em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós"*. Esta imagem é adquirida pelos sentidos e moldada pelas representações mentais. Esse conhecimento dá significado psicológico para algumas atitudes emocionais assumidas com o nosso corpo. A imagem corporal pode ser ameaçada e até mesmo destruída pela dor, pela doença, por uma mutilação real, assim como por uma insatisfação profunda.

Apesar de ser imaginária, a imagem corporal pode ser vivida como tão real quanto o próprio corpo. Pode se converter em uma fonte constante de energia ou numa causa de dor crônica. E está sujeita a distorções ao se considerar que uma parte ou o todo está desarmônico (FREEDMAN, 1991).

O corpo e a vivência do corpo criam em cada indivíduo uma imagem de muita significação. Nos pacientes portadores de obesidade, a imagem está distorcida da realidade. Muitas vezes, está associada a aspectos idealizados ou patológicos que refletem dificuldades profundas em aceitar o próprio corpo.

Em muitos casos, na imagem corporal a gordura teve papel definido de força, poder ou isolamento e a idéia de perdê-la poderia ser vivida como ser roubado. A redução da camada de gordura poderia expor algo íntimo, temido e indesejado.

Uma vez estabelecida a obesidade, o indivíduo passa a viver em função das dificuldades que o excesso de peso acarreta. O excesso de peso é um fardo a ser carregado para o resto da vida, prestando-se à função de marcar no corpo as dificuldades existenciais. A localização (somatização) é para alguns tranquilizadora.

Ao aceitar a obesidade, o paciente passa a tê-la como fonte de todas as desgraças de sua vida. Ele já não precisa mais pensar em dificuldades emocionais, apenas preocupar-se em controlar o peso.

Assim, a imagem corporal introjetada há muito tempo oferece resistência à nova imagem adquirida, após a perda do peso. Essa dificuldade impulsiona incorretamente a restauração do peso anterior, boicotando o tratamento. As oscilações freqüentes do peso, mudança de aparência e frustrações com os tratamentos fazem o obeso não ter a nitidez da sua imagem corporal.

A imagem corporal deve ser trabalhada ainda antes da cirurgia para facilitar nas adaptações posteriores. Após a cirurgia, algumas dificuldades emocionais que estavam encobertas pela capa de gordura tendem a surgir, e, se não forem tratadas podem fazer com que o paciente lance mão de mecanismos de boicote ao emagrecimento para evitar o sofrimento. A ingestão de alimentos pastosos extremamente calóricos dificulta a redução de peso e pode contribuir para a recuperação de alguns quilos (ANARUMA, 1995).

A obesidade impunha limitações pela falta de condições físicas e de certo modo poupava o indivíduo. Após o emagrecimento, muitas responsabilidades são agora cobradas no campo físico e emocional. Tal situação é geradora de ansiedade e angústia.

O trabalho do psicólogo deve contribuir para que o paciente obeso se compreenda melhor e entenda as transformações que está experimentando para torná-lo responsável pela vivência da criação de uma identidade diferente.

Segundo Weiss (1986), algumas pessoas que desenvolveram obesidade na vida adulta podem manter a imagem de magro na memória. Esta negação da realidade não permite que se reconheçam como obesos e bloqueiam as tentativas de reduzir o peso. Pessoas que desenvolveram a obesidade desde a infância podem ter dificuldades para emagrecer, pois não possuem o referencial do seu corpo magro e não aceitam a mudança, se esta acontecer rapidamente.

Anaruma (1995) assinala que o acompanhamento psicológico em um programa de tratamento da obesidade é hoje imprescindível. O indivíduo obeso tem, além do corpo com excesso de peso, sentimentos, conflitos, passado, sonhos e, quando estes elementos não são levados em consideração no tratamento, a pessoa pode emagrecer, mas perde a oportunidade de se apropriar do seu corpo e entender que a doença é a linguagem que o corpo utiliza para denunciar o desequilíbrio do corpo e da mente.

Tavares (2003) descreve que o movimento feito em direção ao equilíbrio do corpo implica o abandono de antigas práticas já estruturadas e na responsabilidade grande sobre suas escolhas. As pessoas em tratamento precisam compreender melhor a si e os outros, olhar para os seus conflitos e descobrir suas possibilidades e limites. Nem todo obeso suporta assumir plenamente essa trajetória de tamanha transformação, pois a cura da obesidade não se resume a desengordurar, mas principalmente à mudança de atitudes.

Pruzinsky e Edgerdon (1990) informam que a assimilação de uma mudança na estrutura corporal e a subsequente acomodação da imagem corporal a essa mudança segue uma trajetória: inicia com a percepção de transformação na aparência e nas sensações, é seguida por alterações no modo como o paciente pensa a própria aparência, a experiência corporal. A etapa seguinte diz respeito às emoções vinculadas à mudança, à satisfação e ao efeito exercido por elas sobre a auto-estima. Portanto, após vivenciar positivamente as alterações perceptuais, cognitivas e emocionais, espera-se que o comportamento siga no mesmo rumo e adote novas formas de conduta.

2.2.7 Obesidade e gênero

Segundo Kaufman (1993), o excesso de alimentação, o ganho de peso e o casamento podem apresentar interação importante. O aumento de peso faz parte de um

contexto, no qual é favorecido pelo estilo de vida da pessoa, envolvendo a auto-estima, os sentimentos sexuais e a satisfação conjugal. A insatisfação conjugal pode chegar a um ponto em que as carências emocionais e sexuais são confundidas com a fome física. Assim, essas carências podem ser atendidas concretamente com a vantagem de a pessoa não depender de ninguém (o marido) para se satisfazer, isto é, para obter prazer.

O peso pode também funcionar como uma proteção: algumas mulheres, com medo de se tornarem objetos sexuais ou para neutralizar a sua identidade sexual perante outras pessoas, se fazem engordar quando atingem a vida adulta.

Para Dallera e Sorrentino (1997), em muitas situações (separação, luto), a obesidade surge como resposta à solidão e ao receio de abandono. Nesses casos, o peso excessivo funciona como mecanismo de defesa contra o vazio interior ainda não assimilado. Pode também desempenhar a função de força e proteção quando, em face de uma constante sensação de vulnerabilidade emotiva, o excesso de peso consegue contrapor-se à ansiedade.

Segundo Stuart (1989), muitas mulheres que tiveram experiências sexuais decepcionantes ou assustadoras, atribuídas à beleza de seus corpos, resolveram se proteger de futuras investidas mediante a deformação do corpo. Engordando, estariam à margem da arena sexual, portanto estariam seguras. Assinala, ainda, o autor que a comida pode ser assimilada como recompensa ou mecanismo de desviar a tensão da solidão, do sofrimento, do vazio interior. Não é necessário merecimento para recebê-la, pois está no alcance da mão, na geladeira ou na despensa. Quando a comida substitui o amor, o significado da alimentação é transformado, a fome física é confundida com as carências emocionais e sexuais e poderá tornar-se um vício.

A relação da mulher com o excesso de peso é muito complexa, pois a obesidade pode estar a serviço da estabilidade emocional, conjugal, atendendo tanto à mulher quanto ao marido e à família. Portanto, a ambivalência que incomoda muitas mulheres entre decidir se querem ou podem ser magras e se devem ou não perder peso dificilmente será resolvida, uma vez que isso poderá influenciar suas vidas e o casamento.

- A mulher quer ser magra, mas precisa comer demais para suportar as pressões emocionais e frustrações sexuais.

- Ela acredita que a gordura mantém estável o seu casamento.
- Algumas mulheres se mantêm deliberadamente obesas ou sentem-se vítimas dos maridos que têm suas próprias razões para mantê-las gordas.
- Algumas mulheres, ao perderem peso, não se sentem bem com o aumento da atenção masculina.
- Outras que se preocupam com a tentação de ceder às investidas sexuais extraconjugais abafam os seus desejos sexuais com a gordura.
- Engordar atende a dois objetivos: diminuir o interesse sexual dos homens para com ela, e inibir o seu próprio desejo sexual.

Na questão do gênero, outro paradoxo. Apesar de reprovável, independente do sexo, a obesidade no homem pode ser aceita segundo a posição socioeconômica, a profissão ou padrão intelectual. Quanto à mulher gorda, nada se perdoa e tudo dá espaço às críticas depreciativas.

Observamos que a deformação do corpo associada ao excesso gorduroso favorece a distorção da imagem corporal e a auto-estima.

2.2.8 Obesidade e sexualidade

Vivemos na era do prazer, da felicidade, em uma sociedade hedonista, cujos recursos nos permitem não adiar os prazeres para sublimar o vazio existencial. A solidão é um sofrimento insuportável na nossa sociedade. Para aplacá-la, o indivíduo, hoje, se utiliza do álcool, das drogas, da Internet e das compulsões, entre elas a alimentar, o que pode resultar em obesidade.

A sociedade, reforçada pela mídia, propõe um modelo de magreza que precisa ser atingido para que se desperte o olhar do outro. O fascínio e a exaltação do corpo confundem o ser com o que parece ser. Com isso, as práticas de busca da perfeição do corpo vão assumindo destaque na sociedade. Elas assumem variadas formas: dietas radicais, atividades físicas extenuantes, academias de ginástica, cirurgias estéticas, cirurgias bariátricas - tudo em nome da perfeição para que possamos sobreviver ao existencial.

O cotidiano está cada vez mais repleto de atividades, talvez para que não se tenha tempo de refletir sobre a existência e as suas insatisfações. Na falta de tempo, tudo tem que ser muito rápido, urgente, inclusive o prazer. Uma maneira de obter prazer imediato e solitário, que suprime a angústia, é comer.

A subjetividade se faz no coletivo, no cultural; a singularidade se estabelece a partir do olhar do outro. É desse modo que é estabelecida a identidade. E como fica a identidade do obeso que tem um corpo desarmônico em relação aos padrões sócio-estéticos vigentes, tão divulgados pelos meios de comunicação; e precisa sobreviver nessa sociedade que discrimina e exclui os obesos?

As contradições sociais presentes em nossa sociedade em relação aos obesos são bastante evidentes: o gordo é visto como alegre, divertido, simpático, comunicativo, ao mesmo tempo em que é julgado como preguiçoso, indisciplinado, feio e relaxado. Outro paradoxo é o de nossa sociedade obsogênica em que figuras magérrimas fazem apologia ao consumo de alimentos engordantes e propagam serviços de tratamento da obesidade.

A sociedade foi projetada para o magro; o gordo está excluído. Percebe-se a rejeição explícita nas roupas, nos provadores de roupa das lojas, nas catracas dos ônibus, nas cadeiras de cinemas e teatros. Nos aviões é grotesca a exclusão: as cadeiras, o cinto de segurança, o banheiro, e a mesa da refeição não são compatíveis com pessoas com o corpo além das curtas medidas do padrão social.

Fazemos parte de um mundo cheio de discriminações: deficientes físicos, idosos, negros, mulheres, gordos, entre muitos outros. As diferenças do corpo são muito difíceis de serem aceitas pela nossa sociedade.

O padrão de beleza criado e difundido pela sociedade de consumo também vende a possibilidade de quem estiver de fora se adaptar à forma física vigente e acessar o mundo da beleza externa em lojas de cosméticos, medicamentos anti-envelhecimento, academias e salas de cirurgias.

O corpo deixou de ser propriedade privada e transformou-se em símbolo de sucesso e poder. O corpo obeso é um estandarte da falência moral, pois foi desconsiderado como doença.

Os males da vida social imprimem as frustrações, as insatisfações e impossibilidades associadas ao desamparo subjetivo que estamos vivendo e que produz depressão. Nesse contexto, a busca pelo prazer é inevitável. As repressões da sociedade são dolorosas; assim, comer passa a ser um prazer imediato e de custo acessível.

O primeiro prazer que experimentamos e que por muitos anos serviu de compensação às nossas dificuldades foi o prazer oral. O nosso choro foi acalentado com a comida em diferentes momentos da nossa história de vida. Cultivamos o hábito alimentar associado ao afeto e, quando este nos falta, a sua ausência é suprimida pela comida.

A comida e a bebida representam para a psique a experiência de satisfação de um desejo, a solução de muitos problemas. O ser humano ingere junto com a comida toda a simbologia associada ao alimento e ao ato.

2.2.9 Obesidade e psiquiatria

Não há, à luz das evidências atuais, razão para imaginarmos que a obesidade seja resultado direto de distúrbios psicológicos. As consequências psicológicas da obesidade estão relacionadas com o estigma e o preconceito (CORDÁS, 2002).

Para Oliveira (1993), a obesidade é uma doença cujas características são a estrutura mental de acesso difícil, a imensa dificuldade de formar símbolos e, assim como os psicóticos, se utilizam de uma linguagem essencialmente concreta, com expectativa de satisfações concretas em relação aos seus desejos. Não aceitam a palavra e o pensamento como algo a ser valorizado, desprezando toda forma de comunicação em que não haja uma ação ou um objeto concreto. A obesidade é uma pobreza da vida de fantasia e da vida afetiva do indivíduo somatizante. Acontecem bloqueios na capacidade de representar ou de elaborar as demandas instintivas que o corpo dirige à mente. Como resultado, viriam uma pobreza de investimento libidinal e ausência de manifestações afetivas e o surgimento de doenças somáticas.

Para o autor, o entendimento das relações de objeto, presentes na mente dos pacientes desde o nascimento, clareou o entendimento da formação do sintoma. O conflito mental existe, ainda que silencioso, e o seu cenário é o corpo, que passa a conter a fantasia e é no corpo que ela expressa a sua dinâmica.

Para Cormillot (1977), os pacientes severamente obesos podem ser portadores de psicopatia. Ele se utiliza de quatro condições para reforçar sua asserção: 1) conduta impulsiva diante da comida; 2) modos de enfrentamento da realidade; 3) dificuldades de obter *insights* reais; 4) mecanismos de defesa especiais. Uma vez estabelecida a obesidade severa, o paciente passa a viver em função das dificuldades originadas pela gordura. O excesso de peso constitui um aleijão que deverá carregar por toda a vida. É nele que se localizam toda a angústia e todas as dificuldades vivenciadas. A localização (somatização), no entanto, pode funcionar como tranquilizadora. As dificuldades emocionais não assumem posição de evidência, uma vez que o foco da atenção está em controlar o excesso de peso. A sociedade atribui sentimentos de frustração e inutilidade ao obeso e reforça a condição sofredora de infelicidade e depressão.

Psicólogos como Benedetti (2003) acentuam que a redução do excesso de peso é fundamental para a melhoria da qualidade de vida, pois possibilita a retomada da vida social familiar, a percepção subjetiva de saúde. Reconhecem, porém, que a redução do peso, súbita e de grande monta, pode produzir prejuízo emocional e danos psiquiátricos aos indivíduos.

Estudos realizados por Hsu e cols. (1996) com pacientes submetidos a gastroplastia mostram que, apesar do êxito na redução de peso, o quadro psiquiátrico pré-operatório de bulimia, síndrome do comer noturno ou ingestão alimentar compulsiva, presentes em 75% dos casos, havia apenas melhorado precocemente, embora em longo prazo pudesse pôr em risco o resultado satisfatório da cirurgia.

A psicóloga Marchesini, em seu capítulo do livro sobre cirurgia bariátrica (2002) faz alusão a questões psicológicas. A autora se pergunta: de que ordem é o vazio que subjaz a um corpo que se enche exageradamente de gordura e não o preenche? Certamente não é do estômago esse vazio; então por que é esse órgão o único alvo da terapêutica cirúrgica para a obesidade severa? Como compreender que, após a cirurgia, os indivíduos obesos desenvolverão controle suficiente para que suas mentes não se utilizem do recurso de cometer

orgias alimentares, sem obedecer aos sinais de saciedade, como recurso de equilíbrio emocional?

Como consequência da cirurgia, que restringe o volume alimentar e reduz a absorção de nutrientes, o indivíduo emagrece sem muito esforço mental e sem o sentimento de privação. A ansiedade gerada pela restrição alimentar e pela possibilidade de recuperar o peso se desfaz com a experiência concreta da cirurgia. Portanto, o limite imposto ao corpo traz para a alma o sabor de liberdade.

2.2.10 Adição química e obesidade

Para Felipe (2001), a obesidade é uma doença de dependência e descontrole. Nessa perspectiva, os determinantes sociais e culturais devem ser aprofundados. A dependência de substâncias aditivas é uma condição preocupante que ameaça a vida em decorrência do abuso dessas substâncias. A adição é entendida como uma relação de descontrole e dependência de alguma substância lícita ou ilícita (álcool, fumo, droga, medicamento ou alimento). O dilema da ingestão sem controle revela uma disfunção relacionada ao caos social e ao desequilíbrio psicológico.

Aqui se apresenta um dos inúmeros paradoxos que acompanham a obesidade. Indiferente ao fator desencadeante, a obesidade comporta-se como uma doença de dependência e excesso de alimento, sinalizando uma representação social. Identificada como doença de adição, assemelha-se ao abuso de álcool e drogas. É discriminada pela sociedade, todavia, que não considera doentes aqueles que sofrem em suas consequências. Alguns obesos até desenvolveram sintomas psiquiátricos em decorrência da rejeição ou das críticas que tiveram que suportar.

Como em outras doenças de dependência, o tratamento da obesidade tem maior sucesso quando é tratado em grupo de iguais (como o modelo dos “Alcoólicos Anônimos” dos etilistas). O apoio do grupo é uma das mais potentes formas de ajuda e pode ser reforçado pela família, pelos amigos e colegas.

O termo adição se aplica a problemas comportamentais, de conduta do eu consciente, tais como: toxicomania, alcoolismo, tabagismo, jogo patológico, problemas de comportamento sexual e alimentar. Todos eles se caracterizam pela repetição de um comportamento que a pessoa supõe ser previsível e controlável, contrapondo-se às incertezas das relações regidas pelo desejo, ou simplesmente existenciais que governam os relacionamentos.

Existem tantas pontes entre as diversas formas de adição ao ponto de sugerir-se que entre os adeptos haja uma tendência à adição. “Não importa o vício, desde que traga prazer”. Deste modo, também vemos que as abordagens são sempre muito semelhantes e aceitas pelos pacientes.

As abordagens biomédicas valorizam os mecanismos cerebrais de dependência: os neurotransmissores e as abordagens psicossociais buscam fatores psicológicos que determinem o consumo de substâncias psicoativas ou que levam às dependências sem drogas.

Do ponto de vista biológico, a dependência é explicada pelo mecanismo da tolerância, em que a repetição de uma conduta ou consumo de substância leva ao esgotamento do efeito de prazer, exigindo aumento da dose, para produzir os mesmos resultados. Após algum tempo, as sensações iniciais já não aparecem na mesma intensidade e, mesmo assim, o indivíduo persiste no consumo ou conduta “só pra se sentir normal”.

Atualmente, três mecanismos cerebrais e psicológicos são estudados como imprescindíveis para a identificação da dependência:

- a apetência, que é a vontade de conseguir o produto e consumi-lo,
- a busca de sensação e de novidade, que é um comportamento inquieto que busca descobrir emoções sempre renovadas; e
- a impulsividade - a incapacidade de adiar atos considerados imperativos.

A seguir, veremos o que foi encontrado na literatura acerca da cirurgia bariátrica e os aspectos psicológicos envolvidos com essa forma de tratar a obesidade severa.

2.3 Cirurgia bariátrica

2.3.1 Intervenção cirúrgica e emagrecimento

Os objetivos da cirurgia bariátrica são:

- reduzir o excesso de peso e assim proporcionar outros benefícios à saúde e ao indivíduo como um todo;
- curar ou amenizar as doenças associadas à obesidade; e
- minimizar os problemas psicológicos e sociais causados pelo excesso de peso; em síntese, melhorar a qualidade de vida.

A cirurgia é tão radical e violenta quanto a própria obesidade. Existe um ganho estético, mas o objetivo é a busca da saúde, para a manutenção da vida.

A cirurgia bariátrica produz uma alteração drástica na conduta alimentar, exigindo mudanças no comportamento sedimentado ao longo de vários anos. Se esses novos padrões forem obedecidos, a perda de peso será rápida e acentuada, promovendo outra mudança radical: a estrutura corporal. Mudando o tamanho do corpo, mudam também as aptidões do indivíduo e a forma de se relacionar com o mundo e consigo mesmo. Não podemos assegurar, entretanto, que essa relação seja qualitativamente melhor.

Para Marchesini (2002), o impulso de comer (fome ou apetite) é um mecanismo que envolve circuitos neurais complexos. E, naqueles pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, a intervenção ocorre apenas na cavidade abdominal, ficando os mecanismos cerebrais intactos, portanto capazes de manter comportamentos alimentares inadequados como a compulsão.

Saunders, em seu trabalho, reforça essa afirmação, quando relata que

O padrão da desordem alimentar pode persistir depois da cirurgia. Enquanto a cirurgia pode diminuir a fome física e a capacidade gástrica para a ingestão de alimentos, é possível que o padrão de comer compulsivo permaneça, embora mude um pouco, devido ao procedimento cirúrgico. (2001, p.757-761).

Os indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica apresentam durante o primeiro ano pós-operatório certo controle no mecanismo compulsivo de ingestão alimentar. Contribuem para tal o temor com prováveis complicações cirúrgicas, o medo de voltar a ganhar peso, a quebra do ciclo alimentar hiperfágico proporcionado pelas dietas do pós-operatório (jejum, líquida e pastosa) (MARCHESINI, 2002).

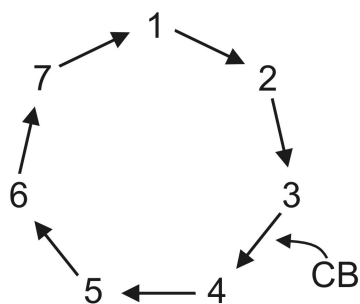
A vivência clínica e o contato com pacientes em preparação para a cirurgia bariátrica mostram que a experiência de fome se confunde com o desejo puro de comer e, muitas vezes, sequer é percebida, pois o comportamento de alimentação contínua não permite que a sensação de fome apareça. Esta condição até possibilita que consigam reduzir o peso durante uma dieta. Não conseguem, entretanto, mantê-la, pois até suportam ficar sem comer, mas não conseguem comer com moderação. Passa, então, a comida a assumir a posição de objeto de compulsão, e, ao comer, desencadeia um ciclo alimentar que perde o controle, levando novamente à hiperfagia. Tal afirmação é confirmada com os escritos de Appolinário (1998).

Dowling (2002) apud Marchesini (2002, p.136) explica em seu livro: *"O ato de comer afeta e é afetado pelas mesmas substâncias químicas no cérebro que regulam o estado emocional"*. A Serotonina, que se encontra alterada em indivíduos depressivos e ansiosos, requisita, via ato alimentar, que o próprio cérebro se modifique (a ingestão de carboidrato faz o cérebro liberar Triptófano, que é precursor da formação de Serotonina), na tentativa de regular seu quadro afetivo. Em alguns indivíduos, uma ingestão alimentar maior evoca sentimento de culpa e arrependimento, o que reforça o ciclo de depressão e ingestão. A repetição deste ciclo estimula o automatismo de comer continuamente capaz de apagar o sentimento de culpa.

A excessiva ingestão alimentar ameniza as dificuldades em tolerar as frustrações e tensões internas geradas por alguma situação desestabilizadora. O ato de comer restabelece o equilíbrio psicológico interno.

Fica assim definido o "círculo vicioso" do comportamento alimentar:

“CÍRCULO VICIOSO” DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR:



- 1 Dificuldade de elaboração psicológica das emoções (tensões internas).
 - 2 Ansiedade.
 - 3 Vontade de comer.
 - 4 Ingestão alimentar.
 - 5 Culpa.
 - 6 Aumento de peso.
 - 7 .Baixa da auto-estima.
- CB - Cirurgia bariátrica.

A cirurgia bariátrica interfere nesse processo, reduzindo a ingestão alimentar de forma drástica, entretanto a dificuldade de lidar com as emoções permanece e necessita ser trabalhada psicologicamente para que não produza outro ciclo com substituição da compulsão alimentar por outro modelo de compulsão.

Nossa experiência profissional, lidando com obesos mórbidos em equipe interdisciplinar, nos permite afirmar que o paciente obeso está sempre ávido por uma solução para o seu problema, principalmente quando ele não tenha que desempenhar qualquer esforço, apenas oferecer-se ao milagre.

Na cirurgia bariátrica, apesar do contingente de profissionais envolvidos no cuidado, o paciente precisa estar muito consciente de sua participação como agente do processo de emagrecimento. O procedimento cirúrgico é o melhor instrumento para tratar eficazmente a obesidade severa e cabe ao paciente fazer bom uso desse instrumento para desfrutar do resultado satisfatório.

Segundo Franques,

Com a redução significativa da ingestão e do peso, modificações importantes acontecem físicas e emocionais e poucos são os

indivíduos que dispõem de recurso psicológicos para lidar adequadamente com as transformações sem a ajuda de psicoterapia. (2002, p.56),

O período pós-cirúrgico imediato é reconhecido como um momento psicologicamente difícil: o paciente está debilitado, pelo trauma cirúrgico, dores, restrições físicas e alimentares, perda de autonomia, ansiedade, adaptação à nova dieta (líquidos: água em pequenos volumes (20 a 40 ml) em curtos intervalos - 10 a 30 minutos) e insegurança. Tudo contribui para a desestabilização psicológica. A ação do psicólogo nesse instante acontece no intuito de facilitar a adaptação aos novos hábitos (BENEDETTI, 2003).

Posteriormente, após o terceiro mês, quando o emagrecimento é evidente, as roupas mudam para números inferiores, a disposição e o bem-estar estão crescendo, o paciente passa a desprender atenção a si próprio e demonstra mais cuidados com a aparência.

Após o primeiro ano de cirurgia, sentem-se bem, como nunca estiveram: auto-suficientes e com elevada auto-estima; e se sentem seguros ao ponto de muitos abandonarem qualquer cuidado, não retornando para o acompanhamento interdisciplinar programado.

Benedetti realizou uma pesquisa com pacientes submetidos à gastroplastia e afirma que o emagrecimento rápido provoca transformações e requer adaptações nos relacionamentos familiares afetivos, sociais, sexuais, interpessoais e profissionais. Ninguém emagrece efetivamente sem reorganizar a vida e preparar-se para este evento. Um acompanhamento psicológico pode auxiliar o paciente a conhecer e a compreender melhor a si mesmo, envolver-se efetivamente no seu tratamento e na criação da nova identidade (BENEDETTI, 2003).

Para conseguir uma avaliação uniformizada dos resultados obtidos com a cirurgia, a Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica idealizou um questionário que fosse capaz de investigar os principais aspectos decorrentes da redução do peso.

2.3.2 Critérios de avaliação do tratamento cirúrgico

Preocupados em avaliar a eficácia do tratamento cirúrgico que estavam oferecendo aos seus pacientes, os cirurgiões desenvolveram um sistema que uniformiza as

informações sobre o resultado da cirurgia. São analisados critérios objetivos como perda do excesso de peso e redução da co-morbidez, bem como critérios subjetivos, informados pelos pacientes, a saber: melhora da auto-estima, atividade física, relações sociais, disposição para o trabalho e atividade sexual. Estes estão relacionados com a qualidade de vida.

Podemos perceber que há uma preocupação com outros fatores, além da perda de peso, para avaliar o sucesso do tratamento cirúrgico da obesidade. A melhora da qualidade de vida e a redução de doenças relacionadas à obesidade são também analisadas. Nesse protocolo de avaliação denominado de *BAROS*: (*Bariatric analysis and reporting, outcome system*), são atribuídos pontos a cada um dos aspectos: perda do excesso de peso, redução da co-morbidade e qualidade de vida. De acordo com a pontuação, os resultados são classificados em Excelente, Muito Bom, Bom, Aceitável e Insuficiente (DINIZ et al, 2002).

Segundo Hell et al (2000), o critério *BAROS* permite a comparação entre diferentes técnicas, vários cirurgiões com técnicas diversas e entre pacientes de outras culturas e linguagens.

3 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Conhecer, mediante a narrativa de ex-obesos, a vivência e o significado da obesidade, do emagrecimento, do novo corpo resultante de uma intervenção cirúrgica, das dificuldades enfrentadas e das situações facilitadoras com as quais eles se depararam.

Pela compreensão do fenômeno de emagrecer graças à cirurgia, visa-se a desenvolver e aprimorar recursos que elevem a qualidade do atendimento, assim como as medidas de suporte para que o paciente processe com saúde física e emocional todas as transformações inerentes ao emagrecimento.

Pacientes obesos, que se candidatavam à cirurgia para redução do peso, estavam fazendo um investimento alto em motivação, com expectativas quase sempre muito além das possibilidades da cirurgia. Eles criam a esperança de se transformarem com um toque de mágica em pessoas magras, bonitas, ricas, socialmente integradas e felizes!

Nesse contexto, dão pouca atenção às orientações prestadas pela equipe interdisciplinar que está envolvida em cuidá-los, e seguem as etapas do protocolo de indicação da cirurgia como mera formalidade. Todos eles têm pressa!

Mais perturbador e instigante ainda foi perceber que pacientes atendidos, preparados e operados pela mesma equipe desenvolviam comportamentos e evoluções diferentes. Uns assumiam a responsabilidade de se cuidar, tinham uma perda de peso satisfatória e ficavam emocionalmente estáveis. Outros, porém, passavam a ter problemas com a alimentação, não aceitavam as restrições, tinham vômitos freqüentes e passavam mal após as refeições.

Conversando detidamente com eles e investigando as possíveis causas desses transtornos, descobrimos que esses pacientes eram transgressores, pois não respeitavam os

limites impostos pela cirurgia⁵ e não obedeciam as informações oriundas do cérebro mediante os mecanismos neuro-endócrinos para suspender a ingestão alimentar.

Simultaneamente, constatamos que esses pacientes também haviam ignorado as orientações da equipe cuidadora, não retornando para as consultas de controle clínico e não mais sendo acompanhados pela psicóloga e pela nutricionista. Este foi um importante sinal de alerta para que a atenção psicológica fosse mais atuante, pois a maioria encara o acompanhamento pré-operatório como uma exigência descabida ou protocolar do cirurgião e não aproveitam o momento para identificar e tratar da relação disfuncional que desenvolveram com a comida.

É relevante salientar o comportamento assumido pelos pacientes que procuram o cirurgião para tratar a obesidade: ao serem encaminhados para as entrevistas com os outros membros da equipe - a psicóloga e a nutricionista - apresentam, de imediato, alguma rejeição. Acatam, porém, a orientação por se tratar de uma exigência protocolar. Querem, contudo, passar pelas consultas com essas profissionais, como se estivessem carimbando o passaporte para embarcar na viagem da transformação cirúrgica. Durante a entrevista com a psicóloga, são enfáticos em afirmar que não se sentem "doidos" para necessitar de tratamento psicológico. Omitem muitas informações e as que revelam estão devidamente montadas para que nada os comprometa ou retarde a cirurgia. Os pacientes obesos, a despeito de terem uma longa caminhada de ganho de peso, têm muita pressa para serem operados e imaginam que, se desvendarem alguns dos seus sentimentos ligados à obesidade, isto poderá "reprová-los" na indicação da cirurgia.

Aqueles pacientes que se comprometem com o seu processo de emagrecimento fazem as avaliações psicológicas, nutricionais, as consultas médicas programadas e participam das reuniões. Certamente, estão mais bem capacitados para enfrentar as dificuldades do período pré e pós-cirúrgico, bem como para usufruir plenamente dos benefícios que a cirurgia é capaz de propiciar.

⁵ A cirurgia bariátrica mais praticada em nosso meio é a gastroplastia, que reduz drasticamente o estômago e diminui a área intestinal de absorção dos nutrientes ingeridos.

Durante muito tempo, a obesidade foi considerada como uma resposta negativa à frustração, tristeza e insegurança, e a comida era um conforto. Os obesos foram tratados como portadores de problemas consigo e com a sociedade. Novos conhecimentos de Genética e Fisiologia afirmam que não apenas aspectos emocionais determinam o sobrepeso. As conseqüências da obesidade envolvem preconceito, discriminação e exclusão, fatores responsáveis pela baixa auto-estima e impotência ante o sobrepeso, novo ganho de peso e agravamento de condições clínicas. Não somente pessoas com problemas emocionais ganham peso. Qualquer indivíduo pode ser afetado pela preocupação excessiva com o peso e o estímulo ao consumo alimentar.

Portanto, a obesidade pode ser encarada como um problema individual, porém sob a influência de determinantes sociais, econômicos e ambientais, com os quais sobrevive harmonicamente.

O peso emagrecido é o resultado da mudança e significa um novo paradigma de posicionamento perante as questões cotidianas e o enfrentamento diferenciado na forma de sentir, agir e pensar. Os indivíduos passam a expressar a possibilidade de romper com uma conduta passiva e se fortalecem nas atitudes cotidianas: a busca de prazer; os cuidados essenciais consigo mesmo. Ao se priorizarem, respondem de modo mais inteiro às demandas da vida. Manifestam o aprendizado de ações práticas e o exercício de dizer não, a partir do fortalecimento do processo decisório (FELIPE, 2001, p.221).

Muito foi escrito sobre obesidade, mesmo na área da Psicologia. Pouco se conhece, porém, sobre obesidade mórbida, que não é simplesmente um exagero da condição de obeso. Essa circunstância tem aspectos físicos e emocionais peculiares, o que a diferencia do sobrepeso e obesidade leve. Portanto, deve ser alvo de mais pesquisas para que não seja erroneamente tomado como o aumentativo da obesidade.

Nova e ainda pouco conhecida é a possibilidade de tratamento da obesidade por meio de cirurgia. Isto já justificaria um investimento em pesquisas que possibilitem a fundamentação e viabilização de futuras investigações acerca das questões emocionais do indivíduo obeso.

3.1 Questionamentos

Para conhecermos os significados atribuídos pelos indivíduos obesos, que se submeteram à cirurgia bariátrica, acerca de sua caminhada desde o início da obesidade, as várias fases que ultrapassaram, as experiências de tratamentos ineficientes, a descoberta da cirurgia como possibilidade de tratamento definitivo e os sentimentos do processo de emagrecimento e adaptação ao novo corpo, necessitamos respostas para algumas questões fundamentais:

- 1 Quando e como iniciou-se o processo de ganho de peso ?
- 2 Que fatores pessoais, familiares e sociais contribuíram para o incremento da gordura ?
- 3 Como ocorriam o comportamento alimentar e os sentimentos que o envolviam?
- 4 Quais os valores atribuídos pelo obeso ao seu corpo, imagem corporal e à rejeição social de um corpo gordo ?
- 5 Quais as motivações que o levaram a buscar a cirurgia e que tipo de apoio recebeu dos amigos e familiares ?
- 6 Quais as expectativas criadas com os possíveis resultados da cirurgia ? (antes e depois de operado)?
- 7 O que se passou no seu universo perceptivo no decurso do emagrecimento ?
- 8 Qual o sentido atribuído ao controle alimentar após a cirurgia ?
- 9 Como se processa a elaboração de uma nova imagem corporal ?
- 10 Quais os projetos a serem desenvolvidos a partir da obtenção do novo corpo ?

Esperamos obter as respostas a essas questões para elaborarmos um conceito sobre o significado da obesidade e do emagrecimento, a fim de que, com esse conhecimento, possamos melhor orientar pessoas que buscam a cirurgia bariátrica.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

- Conhecer a obesidade e o emagrecimento com a cirurgia bariátrica, mediante a observação do indivíduo ex-obeso, ressaltando o quanto esse processo se inseriu na sua biografia.

4.2 Objetivos específicos

- Compreender a contribuição dos fatores ambientais, sociais, familiares e psicológicos na gênese e manutenção do fenômeno.
- Investigar os sentidos do corpo e imagem corporal para o paciente obeso.
- Analisar as motivações do paciente obeso quando procura um tratamento cirúrgico para resolver o seu problema.
- Compreender como acontecem as mudanças psicológicas no processo de emagrecimento cirúrgico, que tem o controle alimentar imposto por uma intervenção no estômago.
- Identificar nos pacientes características pessoais e familiares que interferem no prognóstico do tratamento.
- Instrumentalizar os profissionais de saúde que tratam de obesidade, com informações da vivência de ex-obesos operados, para que esses profissionais compreendam melhor as atitudes de seus pacientes e encontrem maneiras mais adequadas de abordá-los.

5 METODOLOGIA

"Metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade" (MINAYO, 1994, p.16).

5.1 Natureza do Estudo

Os pressupostos epistemológicos aqui apresentados revelam a nossa opção pela pesquisa qualitativa, que tem compromisso ético na direção de compreender os fenômenos e de encaminhar soluções. Além da questão ética, estudar fenômenos implica a apropriação de uma teia de relações que envolve conhecimento, posicionamento, concepções sobre a ciência, responsabilidades, interação de objeto com sujeito, compreensão sobre o espaço investigado e a complexidade da investigação.

Em nossa investigação, optamos por uma abordagem metodológica qualitativa, por tratar-se de um objeto de estudo de natureza simbólica que não pode ser quantificado, mas sim compreendido e interpretado à luz das relações sociais (MINAYO et al, 1994).

Os autores são enfáticos ao dizerem que *"A abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados, das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas"* (1994, p.22).

A pesquisa qualitativa busca melhor compreender o comportamento e as experiências humanas, entender o processo pelos quais as pessoas formulam significados e descrevem o que estes exprimem.

Trata-se de um método de pesquisa indutiva, holístico, subjetivo, orientado para o processo, usado para compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas a fenômenos.

As metodologias qualitativas são aquelas capazes de incorporar as questões do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como elaborações humanas significativas.

É o estudo teórico - e o correspondente emprego em investigação de um conjunto de métodos científicos, técnicos e procedimentos, adequados para descrever e interpretar os sentidos e significados dados aos fenômenos e relacionados à vida do indivíduo, participantes do setting dos cuidados com a saúde (TURATO, 2003)

O pesquisador é movido a uma atitude de acolhida das angústias e ansiedade das pessoas, com a pesquisa acontecendo em ambiente natural, e mostrando-se particularmente útil nos casos onde tais fenômenos tenham estruturação complexa, por serem de foro íntimo ou de verbalização emocionalmente difícil. O pesquisador também procura o enquadramento da relação face a face, valorizando as trocas afetivas mobilizadas na interação pessoal e escutando a fala do sujeito, com foco sobre tópicos ligados à saúde / doença, aos processos terapêuticos e sobre como lidam com suas vidas. Observa o global de sua linguagem corporal/comportamental no sentido de complementar/confirmar ou desmentir o falado.

A pesquisa clínico-qualitativa tem como objeto e campo eleitos o estudo sobre os fenômenos no âmbito dos cuidados com a saúde. Concentra o seu interesse no assunto para o qual a pesquisa se direciona, objetivando saber como as pessoas vivenciam determinado problema de saúde (fenômeno).

O objetivo primordial da pesquisa é interpretar as significações dos fenômenos reportados. Utiliza como método pertinente o estudo clínico-qualitativo. A técnica sugerida como mais adequada ao método é a de entrevistas abertas. E as questões a serem indagadas para obter um conteúdo emocional são:

- o que entendem de tal doença ?
- Qual sentido/significado dão a ela?
- Como lidam com ela?

Vejamos o que nos diz o Gonzalez Rey sobre o método qualitativo.

A pesquisa qualitativa se debruça sobre o conhecimento de um objeto complexo: a subjetividade, cujos elementos estão implicados simultaneamente em diferentes processos constitutivos do todo, os quais mudam em face do contexto em que se expressa o sujeito concreto. A história e o contexto que caracterizam o desenvolvimento do sujeito, marcam sua singularidade, que é a expressão da riqueza e plasticidade do fenômeno subjetivo (GONZALEZ REY, 2002, p.51).

Para ele, subjetividade é o termo utilizado para definir processos que caracterizam o mundo interno de cada sujeito, em condição ainda não teoricamente elaborada. É, portanto, um complexo, sistema de significações e sentidos produzidos na vida cultural do indivíduo durante o seu desenvolvimento.

O diálogo freqüente com os pacientes submetidos à gastroplastia revela emoções, vivências, experiências que se tornam importantes fontes de significativos instantes da subjetividade de cada indivíduo. O valor e a complexidade dessas informações quando, em uma pesquisa qualitativa, poderão se tornar importantes elementos no processo de produção de conhecimento.

A pesquisa qualitativa trabalha com fenômenos. O fenômeno é multideterminado, multifacetado, que se revela num conjunto de significações, não sendo explicado por si, sendo isso o que procuramos como pesquisadores. Essa realidade se desdobra na reciprocidade do diálogo estabelecido entre o pesquisador e o depoente. É nesse encontro humanamente realizável que procuramos compreender o nosso objeto de estudo. Da nossa perspectiva é que emergiram as significações do fenômeno estudado que é vividamente elaborado.

Com base nesses conceitos, buscamos compreender e interpretar qual a percepção do ex-obeso no que se refere à experiência de ter sido obeso, de ter obtido o emagrecimento através de cirurgia e ter agora um novo corpo; e qual a interface dessas questões médicas, psicológicas, nutricionais e físicas no encaminhamento para essa nova fase de vida.

5.1.1 O método clínico-qualitativo

O método clínico situa-se dentro do método qualitativo. Apesar de ter suas raízes na Medicina, este ordenamento não é necessariamente utilizado com pessoas doentes ou

mesmo à beira da morte. Seu uso é cada vez maior como alternativa e complemento ao método das Ciências Naturais, tão comumente utilizado em pesquisas na área de saúde. Na verdade, o método clínico visa a transcender os limites do modelo cartesiano. Ele busca a compreensão do ser humano, não mais a partir da divisão mente e corpo, mas dentro de uma abordagem holística.

5.1.2 Estudo exploratório

Para as Ciências Sociais, o estudo dos problemas em que o conhecimento é ainda escasso e que permite formular e aprimorar as hipóteses é chamado de estudo exploratório. Dentre as possibilidades de estudo exploratório, pareceu-nos adequada a análise de exemplos que estimulem a compreensão que se caracteriza por:

- atitude de receptividade atenta, de busca e não de verificação;
- intensidade - obter informações suficientes para caracterizar e explicar tanto os aspectos singulares do caso que está em estudo quanto os que têm em comum com outros casos; e
- capacidades integradoras do pesquisador para reunir, numa interpretação unificada, muitos e diversos aspectos de informação.

5.2 Estratégia metodológica

A entrevista semi-estruturada foi eleita como instrumento de pesquisa por se mostrar adequada aos objetivos da investigação. Ela oferece ao entrevistado a possibilidade de narrar suas experiências com a obesidade e emagrecimento cirúrgico e elenca temas a serem explorados, fato que evita a dispersão infrutífera. Com efeito, mostra-se adequada aos objetivos do trabalho.

A entrevista funciona como uma situação na qual se observa parte da vida do paciente que se desenvolve diante de nós e em relação a nós.

Para a formulação da entrevista semi-estruturada, inicialmente foi realizado um levantamento de questões sobre aspectos psicossociais pertinentes ao estudo, as quais foram trabalhadas no intuito de se tornarem abrangentes e acessíveis aos entrevistados.

As pessoas a serem entrevistadas foram selecionadas dentro dos seguintes critérios de inclusão:

- haver sido operada há pelo menos um ano;
- ausência de sintomas psicóticos ou déficit cognitivo, que inviabilizassem a compreensão da entrevista; e
- aceitação expressa do paciente, individualmente.

5.3 Operacionalização da entrevista

A entrevista foi aplicada a pacientes selecionados. Eles foram por nós convidados a participar da pesquisa. No contato inicial, foram explicados a cada paciente as características e os objetivos do trabalho.

As entrevistas ocorreram no nosso consultório na cidade de Fortaleza, Ceará, Nordeste do Brasil (local onde os pacientes já haviam estado), no período de agosto e setembro de 2005, em horário previamente estabelecido e reservado à entrevista, evitando o contato com outros pacientes não envolvidos na pesquisa.

Todos os seis sujeitos convidados aceitaram, prontamente, participar do trabalho.

Pedimos que falassem sobre a experiência vivida após a cirurgia e o que havia mudado em sua vida. Ao concluir o relato, eram então formulados os itens da entrevista, não abordados ou não suficientemente esclarecidos. Alguns foram mais explorados em determinadas entrevistas, segundo o significado a eles atribuído pelos sujeitos, de per si. Em algumas entrevistas, o relato espontâneo foi extremamente breve, o que exigia nossa participação mais intensiva e precoce. Ao final, o paciente era estimulado a se manifestar sobre algum tema que ele julgasse importante e que não fora devidamente explorado. Após a conclusão, era formalizado o agradecimento pela participação e, em sua maioria, os pacientes também se mostravam agradecidos por terem sido lembrados e convidados a participar de um projeto que eles julgavam de grande importância.

5.4 Tratamento dos dados

As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra, detidamente lidas, repetidas vezes, e assinalados os temas centrais de cada período.

Destacamos trechos dos relatos que, embora não constassem na formulação inicial da entrevista, parecessem dignos de avaliação mais aprofundada, tanto pelo significado manifestado pelo paciente como por se repetirem nas entrevistas.

Os temas assinalados foram analisados dentro do referencial do estudo de casos.

O rigor metodológico da coleta e do tratamento de dados foi procurado mediante técnicas de maximização de validade e de confiabilidade das entrevistas e das análises de conteúdo. A validade dos dados coletados nas entrevistas foi perseguida ao tentarmos garantir boas condições de expressão aos entrevistados, assegurando um bom relacionamento entre entrevistador e entrevistado, e buscarmos a neutralidade do investigador como instrumento.

A confiabilidade das entrevistas foi procurada, ao garantirmos um ambiente estável e igual para todos os entrevistados e a proposição do mesmo temário.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, utilizamos uma amostra capaz de nos fornecer o material necessário para o desenvolvimento do estudo proposto. Pequeno número de pessoas facilita a compreensão dos processos individuais de formulação de identidade e a vivência do processo de emagrecimento, enfatizando antes o conhecimento desses processos do que a representatividade de amostra, em termos numéricos, ou a generalização de resultados.

O estudo tem a pretensão maior de tentar descobrir caminhos para a compreensão desses pacientes e a abordagem a respeito deles, de maneira a colaborar para uma atuação mais efetiva dos diferentes profissionais de saúde.

A pesquisa procura estudar o relato das vivências sob prismas psicodinâmicos e psicossociais do paciente nos vários âmbitos de sua vida, em especial, a sua doença e o

processo de emagrecimento cirúrgico, a partir da escuta de seus relatos e inferências feitas por nós.

5.5 Sujeitos da pesquisa

Foram ouvidos seis pacientes, ex-obesos operados. Eram quatro mulheres e dois homens. Haviam sido submetidos à gastroplastia há pelo menos 12 meses e tiveram significativa redução do peso. Sabemos que, até concluir o primeiro ano após a cirurgia, os pacientes obesos operados experimentam um período que eles costumam chamar de "lua de mel". É quando se verifica uma redução progressiva e persistente no peso e há grande admiração e atenção de terceiros, melhoria da qualidade de vida e a elevação da auto-estima. Nessa fase, amigos e familiares estão atentos ao comportamento alimentar e auxiliam na manutenção das práticas adaptativas.

Foram selecionados pacientes operados pela equipe de tratamento cirúrgico da obesidade de um serviço privado, no qual somos o coordenador.

Na metodologia qualitativa, a definição do número de pessoas entrevistadas não se baseia em representatividade numérica a fim de se generalizar para a população, e sim uma coleta de informações que, por sua profundidade e abrangência, permita uma análise profunda das falas e uma compreensão do objeto investigado (MINAYO, 1996).

Na pesquisa qualitativa, não existe uma coleta de dados formal. As informações novas adquirem paulatino sentido num *continuum* processo de produção de idéias.

A produção de resultados finais capazes de serem tomados como referências universais não é finalidade da pesquisa qualitativa. Esta busca a produção de novos momentos teóricos organicamente integrados ao processo geral do conhecimento (GONZALEZ REY, 2002).

5.6 Descrição e trabalho de campo

Segundo Minayo, alguns aspectos devem ser considerados trabalho de campo em uma pesquisa qualitativa: "*O recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação*" (1996, p. 105).

Devemos buscar uma aproximação, de preferência gradual, com as pessoas da área selecionada; deve ocorrer a apresentação da proposta de estudo aos envolvidos na pesquisa; em relação à problemática a ser estudada, o pesquisador deve admitir uma postura onde não permita posicionamento de superioridade e inferioridade; pressupõe-se um cuidado teórico-metodológico acerca da temática a ser investigada, na opção pelo trabalho de campo. (MINAYO et al., 1994, p.54-56).

5.7 Aspectos éticos

Tivemos a preocupação de preservar a identidade dos pacientes entrevistados, garantindo o sigilo de suas respostas e tendo o consentimento para a sua realização, segundo a Resolução do CNS (196/96).

Foi solicitada a assinatura no termo de consentimento após o esclarecimento quanto aos objetivos da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza.

5.8 Análise e discussão

Segundo Amatzuzi (2001), a fase da análise começa no ato do encontro entre o sujeito e o pesquisador, quando a entrevista conduzida mobiliza o acesso à experiência vivida para além do já dito, progressivamente. Desse modo, o pesquisador assume a posição de diálogo com o entrevistado, reavivando o fenômeno, sendo a análise posterior o momento da sistematização dos dados.

Formalmente, a análise inicia-se com a transcrição das fitas das entrevistas (MINAYO et al, 1994 / MINAYO, 1996). Após a finalização de cada entrevista, à medida

que os dados forem sendo coletados, aspectos relevantes serão identificados, onde os pontos marcantes poderão ser vistos e explorados no decorrer da pesquisa.

As entrevistas foram transcritas lidas e organizadas, a fim de que fossem melhor compreendidos os objetivos da pesquisa.

Realizamos inicialmente uma leitura transversal do material de cada depoimento, buscando o primeiro contato de maior profundidade e a apropriação singularizada do conteúdo. Este contato inicial é denominado por Minayo (1996) como leitura flutuante.

A seguir, fizemos uma nova leitura - então horizontalizada - das entrevistas para identificar e sistematizar as idéias contidas nos discursos.

Com a leitura exaustiva dos depoimentos, identificamos inúmeras informações. Partindo desses dados, captamos núcleos de sentido, evidenciamos as associações de idéias e agrupamos os núcleos de sentido que apresentam coerência interna com o tema central, para realizarmos a confrontação entre a teoria e os dados coletados.

5.9 Reflexões sobre as análises

A articulação entre a literatura adotada e a realidade encontrada nas entrevistas, com suas características gerais recorrentes e as particularidades de conteúdos singulares, possibilitou o confronto de informações. Desse modo, a leitura proposta acerca de obesidade mórbida deve ser considerada como uma das possíveis decodificações, visto que a realidade apresenta inúmeros aspectos desconhecidos. Segundo MINAYO et al (1994), a ciência apresenta-se de forma provisória e aproximativa, podendo ser superada com futuras afirmações.

6 RESULTADOS: DISCUSSÃO E ANÁLISE

A apresentação dos resultados colhidos na pesquisa é uma etapa de elevada complexidade e delicadeza.

O pesquisador realiza o tratamento dos indicadores, imprimindo-lhes um conteúdo interpretativo que deixa transparecer a realidade dos sujeitos pesquisados.

De posse de um vasto e valioso material colhido com os sujeitos pesquisados acerca da vivência de emagrecimento com o recurso da cirurgia bariátrica, objetivo principal deste trabalho, o processo de categorização dos temas revelou também muitos assuntos que se destacaram ao longo das entrevistas, evidenciando alvos importantes de questionamentos.

Para viabilizar a discussão, dividimos o conteúdo em quatro grandes temas centrais: a história pessoal da obesidade; aspectos psico-emocionais, frustrações com os tratamentos anteriores e o tratamento cirúrgico, com todas as suas interfaces.

Os temas centrais possuem categorias específicas e vale a pena fazermos uma descrição sucinta de cada uma delas, para facilitar a compreensão da pesquisa.

O tema **HISTÓRIA PESSOAL** contempla os itens avaliados que agora mencionamos.

- O início da obesidade

A nossa análise começa identificando em que fase da vida do entrevistado apareceram as primeiras manifestações de obesidade e de que maneira isso foi percebido e interpretado por ele.

- As possíveis causas da obesidade

Nesse tópico, captamos todas as idéias que os entrevistados conceberam como sendo um fator importante no aparecimento da sua obesidade. Participam do conjunto idéias pertinentes e outras pouco prováveis, porém valorizadas pelo indivíduo, sugerindo que esse fato foi importante para ele.

- “Fato marcante”

Aqui recuperamos o momento em que um evento traumático marca definitivamente a perda de controle sobre a obesidade que pareceria estável. A partir desse momento, rapidamente progrediu a obesidade e todos os problemas correlatos se manifestaram.

- História familiar

Neste quesito, investigamos a biografia de cada depoente, buscando identificar os aspectos da dinâmica familiar, a forma de enfrentar as dificuldades emocionais, a cultura da obesidade na família, como significante de saúde, força, poder. Observamos, ainda, os hábitos alimentares e a relação dos membros da família com o alimento, e o impacto que a obesidade teve na história de cada indivíduo.

- Co-morbidades

A obesidade severa recebe também o codinome de obesidade mórbida, em virtude das várias condições de agressão à saúde que o excesso de peso provoca. Também a presença dessas doenças associadas participam da indicação de cirurgia para tratá-las. Junto com a obesidade, foram citados inúmeros casos de: hipertensão, dislipidemia, doenças ósteo-articulares, entre outros.

No segundo tema - **ASPECTOS PSICO-EMOCIONAIS DA OBESIDADE** - foram avaliadas as seguintes dimensões.

- Comportamento alimentar

Neste item, pesquisamos os comportamentos alimentares desde a infância, tentando correlacioná-los com o desenvolvimento e a manutenção da obesidade, e a reincidência ou a dificuldade de perder peso com os tratamentos experimentados.

- Fora do padrão estético de beleza

A sociedade obesogênica é inclemente com o corpo obeso, paradoxo que é também percebido pelos entrevistados. As mensagens de incentivo à prática de emagrecimento e a busca do corpo ideal tomam como padrão de beleza o corpo magro. Os indivíduos que não se adequam ao modelo vigente são vistos como figuras grotescas e ficam à margem das atividades sociais e profissionais por auto-exclusão como forma de se protegerem da observação de terceiros.

- Perdas proporcionadas pela obesidade

Para os indivíduos obesos, as perdas são grandes, das mais diversas manifestações e sempre carregadas de sofrimento psicológico. Foram relatados pelos entrevistados prejuízos na aparência física, na autonomia, nas finanças, nas atividades profissionais, relações interpessoais e conjugais e, principalmente, na saúde.

- Percepção do corpo

Neste tocante, a nossa análise relaciona a insatisfação com o corpo, a rejeição da imagem corporal e a dificuldade de se mirar no espelho. Relacionamos a camada de gordura como uma inscrição no corpo da biografia de cada indivíduo.

O terceiro tema - **VIVÊNCIAS E FRUSTRAÇÕES COM TRATAMENTOS ANTERIORES** - encerra em si a trajetória dos nossos depoentes, que é a mesma de tantos obesos que carregam o impacto de serem portadores de uma doença aparentemente inocente, porém com um potencial devastador da integridade física e emocional. São condenados pela sociedade, que lhes atribui a responsabilidade do seu sofrimento à sua falta de vergonha e coragem, por não conseguirem se controlar. Todos já experimentaram as diversas formas convencionais e “fantásticas” para emagrecerem. Nunca receberam uma abordagem multiprofissional. Esses procedimentos inadequados dificultam o tratamento e favorecem a cronificação do quadro e agravamento do sofrimento psicológico.

O quarto tema - **ASPECTOS RELATIVOS À CIRURGIA BARIÁTRICA** - é o mais extenso porque contempla os vários itens da decisão que foi tomada e todo o transcurso de significativas mudanças desde a obesidade até os dias atuais, revelando aspectos peculiares.

O tratamento implicou modificações nas diversas áreas da vida e o enfrentamento de cada uma delas foi referido como difícil e sofrido. Muitos ajustes foram necessários ao longo do caminho. Aqueles que tiveram menor capacidade de adequação e superação dos obstáculos puseram em risco o programa de emagrecimento.

- A motivação para a cirurgia

Nosso primeiro tópico no tema da cirurgia visava a identificar que fatores foram decisivos no despertar para a possibilidade de recorrer à intervenção cirúrgica. Foi importante para reconhecermos que a indicação médica não é a maior determinante de busca pela cirurgia. Muitos entrevistados relatam que procuraram o médico já convictos da idéia de serem operados.

- As primeiras informações sobre a cirurgia bariátrica

Como os pacientes já procuram o médico com a decisão de operar-se, precisaríamos saber que fatores influenciaram essa atitude. Nossos depoentes relataram que a imprensa leiga foi a principal fonte de orientações. Também buscaram informações através da Internet e do contato direto com outros pacientes ex-obesos que foram operados.

- O apoio familiar para a decisão de operar-se

O interesse neste tópico era saber como os componentes receberam a comunicação do depoente sobre a decisão de operar-se e se seus familiares participaram do processo de preparação ou se posicionaram contrários à vontade do paciente. A literatura relata que a participação da família é um fator preditivo positivo para o êxito da cirurgia.

- Expectativas

Aqui tentávamos obter dados para, posteriormente, compararmos com o resultado realmente obtido. O investimento em expectativas muito além das possibilidades de serem atingidas poderá funcionar como produtores de ansiedade e frustração.

- Preparação

Neste tópico, buscamos entender como os pacientes vivenciaram a atitude de um grupo indisciplinar que se dedicava a cuidá-los e oferecer orientações sobre a cirurgia e todos os cuidados inerentes ao período pós-operatório. Para muitos, a participação do grupo foi de grande suporte e marco de segurança para realizar a cirurgia.

- As dificuldades após a cirurgia

Analizamos neste item as experiências de cada indivíduo com as dificuldades que surgiram após a cirurgia. Para alguns, as dificuldades eram previsíveis e seriam suportáveis; para outros, as dificuldades foram de ordem emocional e ainda hoje persistem.

- O controle alimentar permanente

Neste quesito queríamos saber como os entrevistados estavam percebendo a retomada do seu controle alimentar. Mesmo sabendo que o controle é uma imposição da restrição gástrica, os entrevistados foram enfáticos em apontar como uma grande conquista, embora a preocupação constante com a possibilidade de recuperar o peso também contribua para a manutenção do controle.

- Negligenciando as orientações

Nesta instância, abordamos o comportamento dos pacientes que, após operados, não “gostam” de seguir as orientações passadas pela equipe no pré e pós-operatório e alguns até abandonam o tratamento. Gostaríamos de saber o que motiva esta conduta.

- “Ainda pensando como gordo”

Discutimos neste quesito as intervenções terapêuticas e as modificações assumidas pelos entrevistados. Muitos percebem que a adaptação não foi completamente assimilada e, ocasionalmente, se pegam agindo, em relação ao alimento, da mesma forma como o faziam antes de serem operados.

- Os ganhos secundários

Abordamos aspectos relacionados às vantagens obtidas pelos pacientes que, agora, com o novo corpo, recuperavam a autonomia, considerando como eles avaliavam essa condição.

- Constituindo nova imagem

Aqui buscamos perceber como se processa a constituição da nova imagem, pois sabemos das dificuldades que os obesos têm para se libertar da imagem de obeso e as implicações dessa situação no resultado do tratamento.

- Problemas tardios

Neste item, analisamos os problemas emergentes no período pós-cirúrgico, podendo ser da ordem do físico ou do emocional. Da literatura temos informações de que os indivíduos que melhor se preparam e seguem as orientações conseguem se adaptar com segurança e menor sofrimento.

- Avaliando os resultados

A partir do conteúdo das entrevistas, queríamos perceber o grau de satisfação dos depoentes com o resultado obtido após a cirurgia. Sabíamos que nem todos tinham conseguido a redução do peso esperado e outros que, mesmo tendo reduzido o peso, apresentavam questões psicológicas que eclodiram após a perda da camada de gordura como se esta estivesse a serviço de acobertá-las.

Todos foram enfáticos em ratificar a cirurgia como a melhor opção que tiveram e a melhor decisão em benefício próprio.

- Orientação a outro obeso

Nesta instância, visávamos a colher dos nossos depoentes o sentido vivido da experiência de se submeter a uma intervenção cirúrgica e toda a transformação que ela determina e exige para a adaptação ao novo corpo. A recomendação do procedimento aos outros indivíduos implicaria uma avaliação positiva, levando em consideração os benefícios e as dificuldades experimentadas.

- Projetos para o futuro

Neste último quesito, queríamos saber se os indivíduos que agora estão emagrecidos já haviam conseguido deslocar o foco de sua tensão psicológica do seu corpo e de seu problema de excesso de peso. Como veremos nas falas a seguir, este foco ainda está imóvel. A grande preocupação ainda está no corpo.

HISTÓRIA PESSOAL

O início da obesidade

Para a maioria dos entrevistados, o surgimento da obesidade acontece a partir da infância. Esta informação se alia aos dados levantados no referencial teórico, que apontam a infância como um momento crítico de desenvolvimento de sobrepeso e a expectativa de evoluir de uma criança obesa para um adulto obeso:

E2 - Desde os 8 anos que eu sou obeso.

E3 - Eu nunca tive uma constituição física de magra, sempre eu tive braços fortes, né, desde a infância foi assim.

E4 - Foi a minha infância toda, né? Minha mãe falou que eu tive problema de asma, cansaço e eu tomava uma medicação, que na bula indicava que tinha tendências a distúrbios hormonais e tudo. Aí como eu tomei bastante esse remédio, foi um dos motivos da minha obesidade.

E5 - Com 12 anos, né, engordava mesmo à toa. Com 15 anos estava com 100 kg

E6 - Sempre eu tive tendência pra engordar, mas sempre eu mantive meu peso equilibrado até 20 anos atrás.

Apenas uma entrevistada relata que se tornou obesa já na idade adulta, porém esta faz uma vinculação forte com um fato de grande sofrimento que a levou a um transtorno alimentar (comedora compulsiva).

E1 - Comecei a ficar obesa com 23, 24 anos. Eu era muito magra.

Em seu capítulo: *Obesidade*, no livro *Transtornos alimentares e obesidade*, Coutinho (1998) nos fala da época em que se inicia a obesidade. De acordo com esse período, há estímulo para o desenvolvimento em tamanho ou em números de adipócitos (células responsáveis pelo acúmulo de gordura), o que está relacionado com a perpetuação da obesidade na idade adulta.

Na obesidade que se inicia precocemente, ocorrem crescimento no tamanho dos adipócitos e pouca interferência no número dessas células. Essa condição não predispõe à obesidade adulta. Já naqueles casos de obesidade com início a partir do quinto ano de idade, existe significativo crescimento do número de adipócitos, o que propiciará uma tendência a perpetuar a obesidade na vida adulta. Isto porque, mesmo havendo redução do excesso de peso, o corpo estará portando um número de células gordurosas maior do que em outros

indivíduos de mesmo peso que não foram obesos na infância. E essas células estarão ávidas para voltar a acumular novamente gorduras.

Para Viunisky (2003), nem todo adulto foi uma criança obesa, mas a criança com excesso de peso corre o risco de desenvolver obesidade na vida adulta duas vezes maior do que a não- obesa e, se for um adolescente obeso, terá de 70 a 80% de chances para se tornar um adulto obeso. Essas probabilidades pioram ainda mais se os pais forem obesos.

As possíveis causas da obesidade

Em seus relatos, os indivíduos pesquisados apontam sempre para as possíveis causas de sua obesidade. Metade dos entrevistados faz alusão a questões emocionais, problemas pessoais, familiares e conjugais:

E1 - Os fatores foram todos psicológicos. Problema no casamento, problema, é... ansiedade no emprego, de me estabelecer dentro de um local, não ter que me direcionar com o marido de um lado para outro, né? Então, tudo isso veio se desencadeando dessa forma.

E5 - Aí, logo depois que o papai morreu, aí foi que eu passei a 100 kg porque aí eu tive que assumir a casa toda, porque a minha mãe ficou totalmente perdida e eu era a única solteira dentro de casa, assumi tudo. Não conseguia controlar tudo: era viúva com 6 filhos, fora eu. Foi mais uma situação que contribuiu pra eu ganhar mais um pouquinho, aí eu me senti só, apesar de ter mãe, como hoje mesmo eu me sinto só. Ter mãe e irmãos ainda me sentia só. Por isso que eu digo que a maior parte da minha gordura era causada pela situação que eu morava, pela maneira como a minha mãe me tratava, né.

E6 - Eu relaciono a obesidade com problemas no meu casamento. Apesar de eu ter tido muitos problemas assim... comigo mesma de ser adotada, mas eu vim desenvolver essa gravidez depois e isso nunca me passou... essa obesidade, exatamente.

Outros relacionam a erros no comportamento alimentar aprendidos desde a tenra idade:

E3 - Acho que é uma doença. Uma doença ocasionada, muitas vezes, principalmente aqui na nossa região, por hábitos alimentares errôneos que vêm desde a infância.

E4 - Mesmo minha tendência pra comer. Eu sempre comi muito.

Uma entrevista informa que, após o uso de vitaminas oferecidas pela mãe, tornou-se obeso:

E2 - Que eu era muito magro. Só vivia doente, com problemas de garganta... Essas coisas. Ela deu muita vitamina a mim. Ai pronto.

Villares (1998) assinala que os mecanismos fisiopatológicos da obesidade são parcialmente identificados, pois resultam de um desequilíbrio crônico entre a ingestão alimentar e o gasto energético. Embora os mecanismos de ação não sejam esclarecidos, alguns fatores conhecidos são capazes de conduzir ao excesso de peso, definindo a obesidade como multifatorial:

- fatores genéticos que têm ação permissiva para fatores ambientais e também podem ser determinantes da obesidade constitucional;
- fatores do meio ambiente como alimentação e sedentarismo; e
- fatores psicológicos, psicossociais e culturais como adaptação ao estresse e distúrbios emocionais.

Essas variantes - nutricional, metabólica e psicossocial - interagem consigo próprias e os fatores genéticos, facilitando o desenvolvimento do fenótipo obesidade.

“Fato marcante”

É um dado peculiar aos indivíduos obesos que se submetem a cirurgia e, possivelmente, a uma significativa parcela dos obesos em geral. Em sua história, a obesidade lentamente progressiva estava sob algum controle, porém, em determinado instante, um fato marcante, na maioria das vezes um evento traumático, gerador de grande sofrimento psíquico, passa a funcionar como o momento da perda do controle pessoal da obesidade que rapidamente atinge níveis severos e na situação que dificilmente se reverterá sem um tratamento agressivo como a cirurgia.

E1 - Notei que foi após a morte da minha filha que vim adquirindo a ansiedade que faz com que você desencadeie para algum lado, e o meu foi através da alimentação, onde eu comecei a comer compulsivamente.

Comecei a ficar obesa com 23 anos, 24 anos. Eu era muito magra.

E3 - Quando eu me casei, porque eu viajei. Na época teve um curso em Salvador, nós passamos quase 2 meses em Salvador. Quando eu já voltei, já voltei quase 12 quilos mais gorda. Doze quilos em 2 meses.

E4 - A partir da minha adolescência, 12 ou 13, 14 anos em diante. Daí pra frente fui só ganhando. A minha adolescência eu ficava lá praticamente preso, porque eu era de menor e a minha família dava ordem de eu não sair, de forma alguma do SPA.

E5 - Com 12 anos eu passei a engordar, logo após os 12 anos, porque fui violentada pelo meu irmão, então eu não falava com meu pai, não tinha falado pra ninguém, mas descontava na comida.

E6 - Vinte anos atrás, na minha última gravidez, é que começou a desenvolver realmente a obesidade mórbida. Ai realmente disparou. Eu pesava uma média de 65 kg, de 68... ficava no máximo de 70, antes dessa gravidez. Ai depois dessa gravidez chegou aos 165, foi crescendo sempre.

Consoante entende Cormillot (1988), o processo de engordar pode ser desencadeado por eventos estressantes capazes de provocar tensões que ponham em movimento o que está latente, levando à sua manifestação. Assim, tudo o que signifique mudança pode atuar como fator desencadeante e disparar o desenvolvimento da obesidade que já estava presente no indivíduo, embora ainda latente.

Há um grupo especial de obesos sobre os quais muitos estudos são realizados. Trata-se de pessoas que foram vítimas de abusos sexuais na infância, geralmente por um membro da família.

Para Junqueira (2000), o abuso sexual infantil é marcado pelo silêncio, levando a um sentimento de desamparo. A experiência de choro e submissão deixa cicatrizes na constituição da identidade da vítima.

HISTÓRIA FAMILIAR

Aspectos sociais

Dentre os relatos ouvidos, chama a atenção o fato de que, em uma amostra aleatória, a metade dos indivíduos obesos operados sejam filhos adotados, que ao descobrirem a condição de adotados ainda na infância, por intermédio de chacota dos colegas de rua ou da escola, demonstraram curiosidade em conhecer a família de origem:

E1 - Eu não conhecia minha mãe, e... e nem meu irmão... eu não conhecia esse lado materno, né? Porque eu fui criada pelos pais dos meus pais [refere-se aos avós paternos] ... E eu fico imaginando, ficava sempre imaginando quanto seria difícil “essa mulher tá sozinha, com um filho no mundo”, né? Separaram por que... ela fugiu. Ela se, ela fo... fugiu com meu irmão que tinha... Eu tinha dias e o meu irmão tinha um aninho.

E2 - Eu sou filho de gêmeos. Desde a hora que eu nasci que fui criado por essa família que até hoje ainda me cria. Aquela história de que não se podia criar, naquele tempo, aí me levaram. O outro que era pra ficar mamando. Minha mãe eu não conheci, tá entendendo? O outro é magro e moreno. Nós somos de placentas diferentes.

Na época eu tinha 14 anos, todo mundo quer saber como foi a história. Eu não sabia, eu vim saber depois que meu pai faleceu, quando eu tinha 16 anos de idade, e quando o papai morreu eu tinha 14 anos, dois anos depois que eu vim saber. Gente inventava as fofocas, mas ter a certeza.. Quando eu chamei eles pra conversar, disse meus pais... Certeza de que eles não eram meus pais verdadeiros. Eu vivi como filho legítimo, como filho registrado. Eu não tinha idéia. Um bocado de meninos brincando, diziam: “Ei, tu é irmão dele”.

E6 - *A família que me adotou me tem realmente como filha, sou registrada como filha e assim, eu recebi todo carinho e amor possíveis e impossíveis de ter tudo que queria.*

Percebe-se também que o núcleo familiar desses indivíduos era confuso, com trocas de papéis frequentes entre os seus membros.

E1 - *Eu chamava minha vó de mãe. Eu fiz um mundo meu. Aonde que a avó era mãe, a avó continua sendo avó, o tio mais velho era paixão, entendeu? O meu próprio pai virou amigo e irmão (risos). Era uma confusão... era só um mundinho que só eu entendia, né?*

Eu trabalhei desde cedo, muito jovem, eu ajudava minha família, minha avó que lavava roupa pra fora, tinha dificuldades. Eu sempre fui muito família. Então, eu sei que sempre fui muito adulta, responsável. Comecei a trabalhar de 12 pra 13 anos, eu tinha também dificuldades.

E2 - *O meu pai que me criou é tio da minha mãe legítimo. Era casado com essa senhora que é minha mãe que me criou, tia mãe. Ela teve só aborto. Não teve filhos. Hoje ela cria meu filho.*

E5 - *Não era um casamento 100%, não. Nunca foi. Era só de fachada, mas eles dois eram... o que um fazia o outro concordava.*

E6 - *Foi um casamento de 20 anos muito conturbado, muito conturbado. Com 10 dias de casados eu sabia que não iria dar certo. Ele me ameaçava de matar. Eu tinha que dormir com as crianças trancadas no quarto.*

Outros aspectos também são citados, como dependência financeira, situação econômica precária e trabalho infantil.

E5 - *Isso quer dizer que eu continuo dependendo dos meus irmãos.*

E6 - *Meu pai praticamente que sustentava. Tudo porque o padrão de vida que a gente tinha não dava pra gente se manter com o que eu ganhava.*

A estrutura e a dinâmica familiar descrita pelo entrevistador sugerem provocar ansiedade, levando à necessidade de recorrer à alimentação com maior intensidade para reduzir o grau de estresse. Tal fato foi observado na pesquisa desenvolvida em Fortaleza por Souto (2002).

Consoante o trabalho dessa pesquisadora, o sistema familiar possui subsistemas, cada um com fronteiras e necessidades importantes para o funcionamento geral da família.

Obesidade na família

A história de obesidade na família é marcante. Significativa parcela dos casos entrevistados possui parentes obesos (antecedentes) (pais, avós, tios e irmãos) e inclusive a obesidade já se manifesta na geração de descendentes (filhos).

E-2 - Minhas irmãs, minhas tias, só são muito fortes também. Só o meu irmão mais velho. Mas é porque é acomodado também, é forte e mito alto também.

A noção do risco familiar de obesidade é conhecida. Estudos demonstraram que a prevalência de obesidade é de duas a oito vezes mais elevadas em famílias de indivíduos obesos do que na população em geral (VILLARES, 2002).

E3 - E na minha família sempre teve casos de obesidade, tanto por parte materna... o lado materno, quanto do lado paterno.

E4 - A minha avó faleceu de diabete, era bastante obesa também, e a minha família toda tem tendência para engordar: meu pai, minha mãe, minhas irmãs.

E5 - Só os meus irmãos que chegaram a 120, 130 e foi só subindo.

Ao analisarmos os aspectos psico-emocionais da história de vida desses indivíduos pesquisados, defrontamo-nos com uma gama de situações reconhecidas e apontadas por eles como intimamente relacionadas ao desenvolvimento ou manutenção da obesidade. Vejamos:

- O sentimento de culpa pela morte do filho e a punição com a gordura.

E1 - A minha filha amanheceu morta.

- A dificuldade de lidar com as sucessivas perdas: (a mãe - foi adotada pelos avós; a filha - morreu ainda bebê, e o marido - a rejeitou por causa da obesidade).

E1 - É, eu não sei lidar com perdas, né? Com abandonos, eu não sei lidar.

E4 - Mas eu, esses... Esses abandonos tá me fazendo mal, né? O primeiro, o da mãe, da genitora. E depois a morte da filha, e agora da... da pessoa com quem eu convivi 23 anos.

E5 - Quando ele morreu foi triste. Eu perdi o meu alicerce total. Eu tinha 20 anos.

- Uma mãe adotiva superprotegia e alimentava o filho para diferenciá-lo dos irmãos legítimos que foram criados na família de origem.

E2 - Eu me lembro do meu pai. Meu pai morreu eu já tinha 13 anos. Ele falava comigo, mas eu não tinha muito afeto porque esta família tinha medo de me perder para ele.

- São apresentadas histórias de rebeldias infantis, conflitos com os pais.

E4 - Mas como eu sempre fui teimoso e não gostava de fazer dietas. Foi bastante conflito mas com meu pai. Ele sempre brigava comigo por por que eu não obedecia, não fazia exercícios, comia escondido.

- Relações conflituosas.

E5 - Ela desejava que eu sofresse muito, que ainda ia me ver chorando muito quando ela morresse. (...) Eu achava que eu tinha contribuído um pouco para isso, né?

E6 - Quando a mamãe me controlava demais, quando eu sentia falta de ar por ela tomar meu ar... aí eu passava a procurar comida pra comer, pra poder ter em quem descontar, né?

Eu passei 6 meses em Brasília. Eu saí com 86 kg e voltei com 60, sem dieta, sem nada, só porque eu saí do controle, de ouvir ela dizer que eu era feia, que eu era chata, que eu era ruim, que ia ver eu sofrer, só isso aí... Ela tinha ciúme de mim com todo mundo, com todo mundo.

- No relato de tentativa de auto-extermínio, que foi interrompida espontaneamente.

E6 - Fui ao parapeito do meu prédio para pular.

Como vemos, questões emocionais estão visceralmente ligadas à obesidade. A cirurgia não tem capacidade de interferir no âmago dessas questões que, mesmo surgidas remotamente, ainda estão presentes na mente desses indivíduos (PUNIÇÃO - CASTIGO - PERDAS = OBESIDADE: NEGOCIAÇÃO COM O PRAZER) e poderão voltar a se manifestar a qualquer instante se não receberem a atenção e cuidados adequados.

Observa-se também, no contexto familiar, uma cultura com valores específicos relacionados à nutrição, ao ato de comer, ao ser forte no sentido de ser gordo, nos casos analisados.

Segundo Dâmaso (2003), de um modo geral, a obesidade está intimamente ligada a algum fator de estresse. Levando em consideração o aspecto multifatorial da gênese dessa doença, não é de se estranhar os vários contextos pelos quais o estresse advém, acarretando aumento do peso corporal.

Entre os diversos tipos de estresse que acometem os indivíduos obesos, podemos mencionar:

- choque emocional, tensão nervosa crônica;
- inadaptação do meio social, familiar, frustrações emocionais;
- mudanças comportamentais decorrentes de aspectos repressivos, intimidação, superproteção; e
- traumatismos, cirurgias, doenças agudas.

Há uma tendência do risco de obesidade em famílias com sujeitos severamente obesos. O resultado de estudos comparando as famílias de obesos candidatos a cirurgia bariátrica com famílias de sujeitos de peso normal demonstrou que os pacientes obesos tiveram 25 vezes mais chance de ter um parente obeso (BOUCHARD, 2000).

Co-Morbidades

A expressão obesidade mórbida é empregada para definir um grau de obesidade severa, cuja condição de vida é comprometida por uma série de doenças que se manifestam oportunisticamente, ou se agravam (se já existentes), em decorrência do excesso de peso. Tais doenças podem melhorar ou até desaparecer, caso haja redução significativa do peso.

Os pacientes obesos que procuram a cirurgia o fazem muitas vezes na tentativa de manterem-se vivos por mais tempo, pois sentem-se ameaçados de morte pela gordura e tantas outras doenças que os agredem, como podemos ver nas narrativas que se seguem.

E1 - Eu já tava tendo problema de pressão alta, atingindo já uma diabetes, né? E dali a pior.

Eu sabia que a morte estava batendo na minha porta a qualquer momento.

E2 - O senhor viu quando eu cheguei que não dava mais. Diabetes, 500 e poucos. Já tinha ficado internado de novo, 500 e tanto. Triglicerídeos, 900 e pouco. Pressão lá em cima. Ai pronto.

E3 - Já estava ficando realmente doente, porque foram aparecendo a gordura no meu fígado, já era pela segunda vez que o fígado tava coberto de gordura, hérnia

de disco que eu tive por conta do peso e ainda tenho, a minha pressão já era sempre alta; diabetes, eu tinha muito medo da diabetes, porque minha avó morreu de diabetes, meu pai tinha diabetes, várias pessoas da minha família são diabéticas, minha glicose já era também bem alta.

E5 - O endocrinologista disse que não conseguia controlar nada, já estava chegando num ponto que já tava a glicose alta, triglicerídeos, colesterol, pressão... ela disse que não tava mais tendo como controlar, a única solução era a cirurgia, que era como eu ia conseguir controlar ou então esperar ter um AVC, uma trombose, um infarto, eu escolher.

Todos os compêndios que abordam a obesidade apresentam longa lista de problemas de saúde associados ao excesso de peso. A lista cresce à medida que o peso se acentua.

Baltasar (2000) ressalta a correlação dessas doenças com a obesidade a partir das constatações de que:

- elas se agravam com a severidade da obesidade; e
- melhoram quase sempre que a obesidade é tratada com êxito.

Segundo o relatório da OMS/ONU (2002), as co-morbidades podem ser agrupadas em quatro importantes categorias. Podemos ver:

- doenças crônicas associadas à obesidade;
- distúrbios endócrinos e metabólicos;
- problemas de saúde, debilitantes; e
- problemas psicológicos.

A redução de peso, a partir de 10%, já é suficiente para interferir positivamente, reduzindo os níveis de pressão arterial e diabetes. O retorno do paciente à condição de sobrepeso ou peso normal, segundo o cálculo do IMC (Índice de Massa Corpórea), o livrará de inúmeras doenças que o incomodam.

ASPECTOS PSICO-EMOCIONAIS DA OBESIDADE

Comportamento alimentar

É um fato conhecido e estudado a incapacidade de o indivíduo obeso reconhecer os excessos alimentares cometidos, tanto em relação ao volume do prato quanto em comparação com outras pessoas. Há uma prática de sempre subestimar o quanto de alimento está ingerindo, assim como subestimam e mentem quando perguntados sobre o seu peso.

Como vemos nos relatos seguintes, porém, esses indivíduos que foram pesquisados reconhecem as práticas alimentares inadequadas. E muitas vezes usam a alimentação para preencher vazios em suas vidas, mais que preencher o estômago.

E3 - Comia errado, beliscava muito. Tinha vícios de alimentação totalmente inadequados. Estava desocupada em casa, eu não tinha o que fazer, eu nem tava com fome, mas eu comia. Era só um hábito mesmo, só pra preencher ali o tempo, não tinha o que fazer. Habitualmente, ia comer. O que era que me fazia engordar. Era o final de semana, a gente ia pra um churrasco, eu bebia o dia todo, comia o dia todo.

E4 - Comia, comia. Assim... porque antes da cirurgia eu passava o dia praticamente comendo. Comia no intervalo de 2 em 2 horas, 3 em 3 horas. Gastava todo o meu dinheiro, minha mesada com comida.

Tanto eu comia bem nas refeições principais como beliscava bastante. Comia muita besteira: doce, chiclete, salgadinho. Acho que foi isso que me levou à obesidade mórbida.

E5 - A única coisa que comia era aqui e ali uma macarronada. O que eu gostava muito era carne. Eu comia 1 kg de carne por dia... e pão, pronto!

Todos diziam que não sabiam porque eu era gorda se eu não comia tanto. Depois quando a mamãe faleceu, eu voltei a engordar e comecei a comer depois e vomitar, a comer demais e ficar nessa brincadeira, né?

Informa Coutinho (1998) que os primeiros relatos da ocorrência do comer compulsivo foram feitos na década de 1950. Desde então, muito se estuda sobre este assunto. Atualmente, um questionário permite a avaliação precisa e criteriosa para a inclusão no diagnóstico de transtorno alimentar, segundo o DSM-IV.

Ao se avaliar os indivíduos obesos, entretanto, incluindo aqueles que não preenchem todos os critérios de diagnóstico para transtorno do comer compulsivo, veremos que a prevalência do comportamento alimentar compulsivo chega a quase metade dos pacientes em tratamento para emagrecer.

A gravidade do ato de comer compulsivo também parece estar relacionada com o grau de obesidade. Além disso, os obesos comedores compulsivos apresentam um início do quadro de obesidade, mais precoce do que os não compulsivos. Conseqüentemente, iniciam mais cedo a prática de dieta e preocupações com o peso. Apresentam ainda maior flutuação de peso e passam mais tempo da vida adulta tratando de perder peso.

Fora do padrão estético de beleza

O padrão estético de beleza vigente exige corpos delgados e são pesadamente implacáveis com as pessoas que não estão de acordo com o modelo *midiático*. Além das inúmeras agressões sofridas pela sua condição de obesos, as pessoas de formas roliças, o que já foi modelo de beleza, são discriminadas pela sua silhueta, ao ponto de desejarem emagrecer para voltar a ser normal, como se o excesso de peso fosse uma aberração.

E1 - Eu queria voltar dentro de uma normalidade estética.

E2 - Quando eu andava nesse shopping era todo mundo olhando pra mim, porque a barriga era um tambor; roupa era regrada.

E5 - Falavam muito que eu tava muito gorda, que eu tava um bicho. Olhavam pra mim e já diziam isso.

Os indivíduos obesos são submetidos a uma pressão psicológica importante, em função de várias atitudes estigmatizantes. Assim, parte deles sofre perturbações psicológicas específicas da obesidade. A “imagem corporal”, dicção originalmente empregada por Schilder (1995), pode hoje ser entendida como a imagem mental e a avaliação que uma pessoa faz de sua aparência física, a influência desta percepção e atitudes no seu comportamento.

Para uma conceituação mais abrangente da imagem corporal, é importante considerar o seu próprio corpo alterado ou deformado. Assim, as pessoas com alteração da imagem corporal podem ver os seus corpos como grotescos e repugnantes. Consideram que os outros tendem a tratá-los com desprezo e hostilidade (APPOLINÁRIO, 1998).

Essa descrição anterior reforça a avaliação que havíamos feito das falas dos nossos pacientes.

Perdas proporcionadas pela obesidade

Apesar da crescente onda de obesidade que se alastra por todo o mundo, as condições físicas dos ambientes públicos ainda não ganharam as dimensões adequadas para oferecer conforto ao indivíduo obeso. Com isso uma série de atividades facilmente exercidas por um indivíduo magro se transforma em transtorno ou obstáculos para o obeso. Vejamos alguns relatos ouvidos.

E3 - Comprar roupa era um tormento que eu também não encontrava. Era demais! Deixava de me divertir muitas vezes.

Às vezes, andar nesses microônibus, as pessoas olham pra você porque você não ocupa só um lugar, você ocupa dois, porque um só banco não dá pra você. Diversas vezes a gente se sente discriminada.

Em avião, horrível, pra comer, se era uma fileira de 3 lugares, tinha que esperar meu marido parar de comer pra eu poder comer, porque não dava nem pra movimentar os braços. Em cinema, desconfortável, porque as cadeiras eram bem estreitinhas, ruim de você ficar sentado. Roupa, um problema, comprava o mínimo possível, só mesmo porque precisava me vestir. Evitava sair de casa. Praia eu não ia.

Ficar naqueles pedalinhos, não conseguir subir de novo, porque era alto e não tinha como dar as passadas. No Beach Park, naquelas bóias, teve que rasgar a bóia, porque fiquei entalada naquela bóia. Pensa numa agonia... Foi terrível no dia que fiquei no Beach Park entalada naquelas bóias.

Discriminação, desrespeito, isolamento, vergonha; são palavras bem conhecidas e vivenciadas pelos obesos que sofrem com a obesidade e com os constrangimentos que experimentam, como aparece nas falas a seguir:

E1 - Como eu tava muito obesa, minha cabeça ficou conturbada, realmente. Eu achava que...eu me escondia. De vergonha. Mas depois eu fui entendendo.

E2 - Antes eu não passava despercebido por ninguém. Eu era diferente de todo mundo.

Não tinha mais saúde. Eu não tinha mais resistência... ficava naquela de num querer mais sair, porque já tava pesado demais, né?

E3 - Ah, a obesidade pra mim era um entrave na minha vida. Me atrapalhava em muitas coisas: na minha vida social. Às vezes deixava de sair de casa porque, normalmente não encontrava roupa pra sair.

Já me senti várias vezes discriminada na época em que procurei emprego.

A minha filha tinha vergonha de mim quando eu estava gorda... Já passei por muitos constrangimentos.

E4 - Sim, muita dificuldade para arranjar namorado. Não era nem elas, eu mesmo ficava... eu tinha dificuldade, achava que era por eu ser gordo... Nem me aproximava não. Eu mantinha distância.

Tinha dificuldade pra tudo, até pra comprar roupa. Me incomodava demais, machucava bastante.

Quando se é gordo tudo fica mais difícil. Você se cansa mais rápido, você fazer amizade é um pouco mais complicado. Você fica mais estressado pelo fato de não poder fazer tudo que tem vontade. Quando você vai comer, você come com aquele sentimento de culpa.

E5 - Eu me escondia. Era uma forma de me afastar de todo mundo, tanto que eu não tenho amigo nenhum (...) Com a obesidade, me distanciei e me tranquei. Muito mal-tratado, porque sempre tem uma piadinha.

E6 - Eu passei 18 anos sem sair de casa. Passei 18 anos sem colocar os pés no terraço de casa. Era trancada dentro de um quarto, do quarto do meu escritório (...). Minha vida era exclusiva isso (...)

Ah, vergonha... vergonha das pessoas me verem, vergonha de criticar.

A obesidade é altamente estigmatizada em muitos países industrializados, tanto em termos de aparência corpórea indesejável, como de defeito de caráter que se supõe indicar.

O corpo hoje passou a ser um objeto de consumo, há um grande negócio envolvendo a venda de alimentos, estimulando o consumo e a chance de engordar. Por outro lado, a mídia, as academias, SPAS, clínicas de estética, medicamentos, aparelhos, fórmulas, dietas, todos vendem a imagem do corpo perfeito, esbelto e belo. Por não se enquadrar na exigência estereotipada, o obeso sofre discriminação e retraimento.

As pessoas obesas têm que lutar contra a discriminação. A análise de grandes pesquisas mostra que, comparados com seus semelhantes não obesos, eles são mais suscetíveis a completar menos anos de escola e menos habilitados a serem aceitos por escolas de prestígio ou ingressarem em carreiras desejáveis.

Os problemas psicossociais associados à obesidade não são conseqüências inevitáveis da obesidade, mas, no lugar disso, são valores culturais, segundo os quais as pessoas vêem a gordura corporal como “não saudável” e “feia”.

Essa avaliação do relatório da OMS sobre obesidade configura as falas dos nossos entrevistados sobre o preconceito e a discriminação que experimentaram.

Percepção do corpo

Os indivíduos obesos desde a infância têm uma dificuldade maior para se adaptarem a um corpo magro, pois, como conviveram sempre com um corpo redondo, e isso

lhes parecia normal, por que mudar? Ao atingirem a idade adulta, a perspectiva de mudar as formas do corpo poderia parecer assustadora, pois nunca se viram magros. Como então criar uma imagem desprovida do excesso de peso? Como identificar no espelho uma imagem como sendo a sua, se jamais a viram?

Outro aspecto a ponderar ainda sobre a imagem do indivíduo obeso é que, além da discriminação sofrida, existe a auto-rejeição daquele que não gosta de se ver refletido no espelho; no máximo, tolera ver o rosto para arrumar o cabelo ou a maquiagem. É queixa também freqüente do indivíduo obeso o sentimento de que está sendo observado com curiosidade, espanto ou reprovação.

E2 - Quando eu vejo as minhas roupas, quando vejo os retratos com os meus filhos, eu tomo um susto. Quem eu era... Eu não sabia o que era ser magro.

E3 - Também me achava feia. por estar gorda. Eu sempre achava que as pessoas comentavam.

E4 - Eu não gostava também não. Olhava só a cabeça.

E5 - Quando eu era gorda não me incomodava.

Eu me achava gorda... e tinha consciência de que era gorda.

E6 - Você se olha no espelho, você se vê. Você é diferente de todo mundo e com certeza todo mundo vai te olhar.

Para Baltasar (2000, p.3), “a obesidade é uma enfermidade grave que afeta a condição física e agride ainda mais a sua mente”.

O paciente é vítima de uma doença que afeta gravemente a sua auto-estima e altera a sua imagem corporal, as relações sociais e as expectativas com a vida. Sua auto-estima é lesada desde a tenra idade, é agredido com apelidos grosseiros e, não podendo lutar contra a maioria, assume a condição de vítima.

No instante seguinte, é afastado dos demais, pois não é mais convidado para as atividades coletivas e também não deseja se expor a “deboches”. Ficando isolado em casa, passa mais tempo diante da televisão e o único companheiro que não o agride são as guloseimas.

Na vida adulta, sente-se rejeitado pelo sexo oposto e se cobre com roupas cada vez maiores para encobri-lo todo.

VIVÊNCIAS E FRUSTRAÇÕES COM TRATAMENTOS ANTERIORES

Experiências de tratamentos conservadores

Um dos critérios exigidos pelos consensos de indicação de cirurgia para tratamento da obesidade severa é que o paciente tenha se submetido a tratamentos anteriores. A experiência de tratamento conservador para obesidade, porém, é frustrante no aspecto de que “perder peso” não é tão difícil ou complicado, pois todos os indivíduos entrevistados já haviam perdido muitos quilos. O grande problema que é analisado em vários estudos e por diversos autores é exatamente a dificuldade de manter o corpo com o peso estável no limite inferior atingido. Muitos fatores contribuem para a não estabilização do peso e o que sempre se verifica é que, após a perda, o peso pode até permanecer estável por algum tempo, porém o mais freqüente é a recuperação progressiva, inclusive a superação do peso inicial.

É isso que ouvimos nas falas dos nossos pacientes

E1 - Tentei todos os tipos de regime, tudo que se possa diminuir o tratamento... o endócrino, mas nada com sucesso.

O que me derrotava é que eu não tinha resultado. Não é perda grande, mas pelo menos dentro daquilo que a gente havia estabelecido junto com a médica.

Eu passei por vários métodos de regimes, né? Até do abacaxi. Não sei quantos dias comendo abacaxi. A sopa não sei do quê. É... fazendo isso, fazendo aquilo, me sujeitei a fazer uma coisa que eu detesto que é... que é caminhada.

Eu tomava o ... controlador, inibidor, né? E que ela ficou perpe, perplexa porque eu não emagreci (apenas 3 kg em um mês)

E2 - O primeiro médico que eu fiz tratamento, ainda me lembro, quando eu era criança. Acho que tinha uns 12 ou 13 anos de idade. Ai eu perdi, mas é daquele peso que quando a gente perde, acha mais. toda vida aquele efeito sanfona. Todo tempo. Até que eu me cansei daquilo ali.

E3 - Muitas tentativas. Fui pra endocrinologista, fui para remédios naturais, dieta por conta própria, “só é gordo quem quer”.

Algumas vezes eu cheguei a emagrecer até 25 kg, 28 kg. Foi o máximo que consegui. Mas sempre meu peso retomava e sempre havia um ganho adicional. Então cada vez mais eu fui chegando a emagrecer, mas conseguindo mais peso no retorno.

Alguns endocrinologistas passam dieta que não tem condição de você fazer, é já a verdadeira derrota. Aí a nutricionista foi que obtive um equilíbrio alimentar melhor.

E4 - Fiquei internado 4 vezes, cada vez de 30 dias. Em um ano, aí passava dois anos, recuperava, voltava pro SPA.

E5 - Fazia dieta, emagrecia, mas não adiantava, eu voltava a engordar de novo. Quando até mesmo fazendo tratamento com endocrinologista, com dieta, com remédio... Todos os tipos de remédio que existem no mundo pra emagrecer eu tomei, e não adiantava.

E6 - Ah, tratamento e dieta a gente faz todas, né? Todas que aparecem. Minha mãe me levou no Rio, pra ir a médico no Rio... Aqui eu acho que todos os médicos endocrinologistas me conhecem. É aquela velha história.

Vários aspectos contribuem para que os tratamentos não sejam eficazes. O mais comum é a falta de integração entre as diversas possibilidades de se tratar a obesidade.

Têm-se as dietas para todos os gostos, com respaldo científico ou pura invencionice, apresentada por profissionais ou criada com exclusividade pelo paciente, que já está conhecedor do valor calórico dos alimentos e das combinações possíveis. Temos os medicamentos alopáticos, homeopáticos, manipulados, naturais, ou ditos naturais, que na realidade são misturas de várias drogas com efeitos de um verdadeiro coquetel. Aparecem ainda os chás milagrosos e os “shakes” fantásticos.

Para alguns indivíduos são recomendadas, além da dieta, atividades físicas ou orientação com a nutricionista, porém, apenas com o advento da cirurgia é que se veio a valorizar a orientação multidimensional integrada com médico, psicólogo, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta.

E2 - Tomei só 3 vezes remédio para emagrecer. Eu fui naquele Vigilante do Peso, nada.

E3 - Já cheguei em endocrinologista que já tinha dieta ali, no papel pronto, da gráfica.. Destacou o papelzinho e me entregou: “está aqui sua dieta”. Só que aquilo era receita de bolo que ele passava para todo mundo.

E4 - Todas. Dietas, fórmulas mágicas, com aquele doutor lá de Mossoró, que eu fui. Pois é, tomei e perdi. Mas só que comecei a entrar em depressão lá com o remédio.

Outro fato citado pelos pacientes e de queixa comum na prática clínica é a falta de comprometimento do paciente obeso com o seu tratamento. Esse indivíduo é facilmente estimulado a crer e buscar o tratamento da forma mais fácil, mesmo que seja evidente a falácia. O obeso espera sempre que o seu problema seja resolvido por alguém. Ele não quer

desempenhar muito esforço naquilo que julga não ser da sua responsabilidade. O indivíduo obeso simplesmente espera ser emagrecido.

E2 - A gente não vê resultado, a gente fica logo desanimada, eu era assim logo só ia ao médico duas vezes. Eu todo dia não fazia.

E6 - Eu nunca tive perseverança, nunca. Eu acho que a última vez que eu levei a sério mesmo foi na época do doutor C., o restante eu não sei nem durava um mês a dieta.

Um aspecto a ser ponderado é a possibilidade de perder peso e conseguir sair do quadro de obesidade (nos casos de obesidade leve). Essa conquista pode ser estimulante para que se mantenham os cuidados, evitando-se a recaída.

Já para os indivíduos severamente obesos, a redução necessária seria muito grande e, certamente, tão lenta que é possível que esses indivíduos obesos não tenham tanto tempo sem que suas vidas fiquem em maior risco de morte.

Um dos principais obstáculos enfrentados na adoção do tratamento clínico da obesidade é a exagerada expectativa em relação às metas a serem atingidas. O mesmo comportamento é assumido e estimulado pelos profissionais de saúde que tratam os indivíduos obesos.

Foster et al (1997) identificaram em sua pesquisa o fato de que os pacientes intentam uma perda de 38% do peso inicial para atingir o peso do sonho (peso ideal) e consideravam uma perda de 17% do peso inicial como decepcionante.

Scwartz et al (2001) em pesquisa com profissionais de saúde, perceberam as expectativas exageradas que esses tinham em relação ao peso a ser reduzido por seus pacientes. Para esses profissionais, a perda de 25% do peso inicial seria considerada como ótimo resultado e perda de 6% do peso inicial seria uma perda decepcionante.

Uma das recomendações da OMS em seu *Relatório sobre a Obesidade* refere-se ao tratamento da obesidade da seguinte forma: ampla variedade de tratamento da obesidade está disponível, incluindo controle dietético, atividade física, modificação comportamental, tratamento farmacológico e cirurgia. É necessário, entretanto, controlar a promoção de abordagens perigosas e deliberadamente enganosas para a perda ou controle de peso, tais como: auxílios especiais para a perda de peso, equipamentos, “curas milagrosas” e certas

drogas ou tratamentos freqüentemente oferecidos por centros de perda de peso não licenciados.

Segundo Garrido Jr et al (2002), o índice de mortalidade cirúrgica em equipes especializadas está abaixo de 1%, enquanto o índice de morte na fila, aguardando a cirurgia no HC-USP, é superior a 2,5%.

ASPECTOS RELATIVOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

A partir deste ponto, passaremos a analisar os aspectos relacionados à cirurgia bariátrica. Nesses, os pacientes pareciam mais motivados e mais à vontade para falar. Afinal foi graças à cirurgia que eles obtiveram um resultado eficiente e duradouro. Sentem-se vitoriosos por conseguirem derrotar a obesidade que tanto os fez sofrer.

A motivação para a cirurgia

Os fatos que mais motivaram os pacientes a buscarem a cirurgia bariátrica foram a necessidade e a vontade de mudar. Mudar o aspecto físico grotesco, o hábito alimentar sem controle, a forma de encarar a vida, a maneira discriminatória como é olhado e, principalmente, mudar o placar da contínua luta com a balança, da qual ele sempre saía derrotado.

A busca pela recuperação da saúde também foi definitiva impulsionadora da vontade de mudar, como veremos nos relatos seguintes; a necessidade de viver, a oportunidade única de controlar doenças sérias que se juntaram ao paciente obeso, para as quais os tratamentos não haviam conseguido êxito.

Diante de um quadro sombrio e de perspectivas assustadoras, valeria a pena expor-se ao risco de submeter-se a uma cirurgia de grande porte, se o resultado final assegurasse a chance de uma vida mais longa e saudável.

E1 - Aquela vontade mesmo de mudar.

E2 - Foi. Acho que foi mais a minha necessidade de viver.

E3 - Foi pela exaustão mesmo de conseguir emagrecer.

Mas o que me impulsionou mesmo à cirurgia, a arriscar, porque todo procedimento cirúrgico é perigoso. foi realmente a minha saúde.

E4 - Foi um amigo meu. Ele fez a cirurgia.

E5 - Por isso fiz a cirurgia, porque eu fiz agora para nascer de novo.

Ela disse que não tava mais tendo como controlar, a única solução era a cirurgia, que era como eu ia conseguir controlar.

E6 - Então eu fui lá no consultório dele. Quando eu melhorei e ele me disse “por que você não faz a cirurgia? A UNIMED já está dando”.

Significativo número dos entrevistados citou como grande motivador para a busca da cirurgia a necessidade de recuperar a saúde. Este fato é plenamente corroborado pelo Relatório da Consultoria da OMS - *Obesidade: Prevenindo e controlando a epidemia global*, publicado em 2002, no capítulo que se refere às conseqüências da obesidade na saúde. Segundo ele, as implicações vão desde várias doenças não fatais, porém debilitantes, e que possuem efeito adverso sobre a qualidade de vida, até o risco aumentado de morte prematura. Além disso, a obesidade é fator de risco principal para doenças não transmissíveis, como diabetes, doença cardíaca e cânceres, e também está associada a problemas psicossociais.

As conseqüências adversas da obesidade sobre a saúde são influenciadas, em maior ou menor grau, pelo peso corpóreo, pela localização da gordura corpórea, pela magnitude do ganho de peso na idade adulta e por um estilo de vida sedentária.

As primeiras informações sobre a cirurgia bariátrica

A imprensa leiga e os grandes meios de propagação coletiva são as principais formas de apresentação da cirurgia como possibilidade de tratamento da obesidade. Uma vez estimulados pela grande mídia, esses indivíduos procuram obter algum conhecimento mais aprofundado, direcionando-se a sítios de pesquisa na Internet ou buscando o contato direto com pessoas que já se submeteram a essa cirurgia. A partir desse contato com um ex-obeso, eles ficam “contaminados”, porque a satisfação de quem se beneficiou com a cirurgia é algo surpreendente e estarrecedor, contraria as estatísticas científicas de avaliação de qualquer outro procedimento cirúrgico.

Os pacientes ex-obesos operados são unânimes em afirmar as maravilhas da redução de peso, mesmo que ainda estejam fora do peso ideal ou tenham experimentado alguma intercorrência. A queixa mais freqüente de quem já foi operado (gastroplastia) é: *“Eu deveria ter me operado há mais tempo”*.

Após já estarem sabedores de muitos aspectos da cirurgia bariátrica, é que os pacientes obesos procuram o cirurgião. Este, então, esclarecerá detalhes e elucidará muitas

dúvidas sobre todo o processo de tratamento cirúrgico da obesidade. Mostrar-lhes-á os critérios de inclusão, a preparação com a equipe interdisciplinar, as complicações e contra-indicações.

As equipes utilizam-se também, como fonte de mais informações a serem passadas aos pacientes, reuniões programadas periodicamente, às quais se fazem presentes: a equipe, os candidatos à cirurgia, pessoas interessadas em conhecer a cirurgia e ex-obesos operados em diferentes períodos (de alguns dias, meses e anos).

Um fato importante que não pode deixar de ser ressaltado é a atividade esclarecedora que as reuniões periódicas tão bem desempenham. Após a apresentação expositiva da equipe de profissionais, os pacientes que já foram operados prestam depoimentos e respondem às questões vindas da platéia. Nesta oportunidade, são discutidas as mais diversas questões relativas à cirurgia e tudo o que a envolve, por exemplo: a preparação, a anestesia, a hospitalização, curativos, drenos, restrições alimentares, dificuldades de adaptação durante o emagrecimento, as complicações possíveis de acontecer e os riscos que elas acarretam. Muito se fala da questão estética, do corpo emagrecido, da flacidez e da necessidade posterior de se submeter a novas cirurgias, as plásticas estéticas.

Como vimos, as faces negativas da cirurgia são desnudadas e francamente debatidas para que não permaneça a idéia de que somente “coisas boas” virão com a cirurgia.

Diferente de outras cirurgias, a demanda manifestada do paciente pela vontade de ser operado tem tanto peso ou até mais do que uma indicação médica. Cabe ao médico avaliar criteriosamente se este paciente tem condições de suportar física e emocionalmente a cirurgia.

E1 - Ah, eu comecei a ler, televisão, a televisão ta sendo um veículo maravilhoso pra alertar.

E2 - Aí, depois quando eu comecei a fazer aquele tratamento que foi de quase 3 meses, eu comecei a me interessar.

E3 - Aí eu comecei a me informar, essa vai ser a única saída pra mim. Fui na Internet dar uma lida. Na época, começou a sair uma reportagem na Revista Veja, Época, Pronto, aí teve uma sobrinha de uma amiga minha que fez a cirurgia e eu busquei mais informações.

E4 - Fui só procurando informação de quem já tinha feito realmente. Mas nunca pesquisei.

E5 - Só fiz procurar na Internet. Quando cheguei aqui eu já estava mais sabida do que... ninguém precisou me dizer nada. Eu sei tudo, tudo. Tudo o que eu queria saber eu procurava na Internet.

O apoio familiar para a decisão de operar-se

“Uma cirurgia tão grande para tratar um problema que depende só de sua força de vontade”. Essa é a afirmação que os pacientes mais freqüentemente ouvem da família ou dos amigos ao manifestarem o desejo de se submeterem à gastroplastia.

E, mesmo apresentando as suas justificativas, não conseguem obter o apoio necessário para enfrentar a cirurgia. Alguns recuam ante a barreira imposta e a pressão exercida sobre a sua decisão. Outros, porém, mais obstinados procuram decididamente a cirurgia e levam os familiares às consultas e às reuniões para que eles entendam a dimensão do problema.

Se o tratamento é agressivo é porque a doença é ainda mais drástica.

A prática da clínica mostra que os pacientes amparados na sua decisão e no processo cirúrgico (pré - trans e pós-operatório) reúnem maiores possibilidades de se adaptarem à condição de ex-obeso com menor sofrimento psíquico.

Freqüentemente, muitos familiares irão apoiar os pacientes obesos que intentam realizar a cirurgia bariátrica. Outros, porém, por desconhecerem a essência da cirurgia, podem cometer equívocos quanto ao suporte oferecido.

As respostas do tipo: *“É a sua decisão”*, *“É o que você quer”*, *“Você está muito bem assim”* são ouvidas por alguns candidatos à cirurgia ao indagarem seus familiares sobre a opinião deles.

Normalmente, é um posicionamento de quem não se pode opor abertamente. Se tivessem que decidir, no entanto, provavelmente não fariam a cirurgia.

É uma decisão humana de quem não quer correr o risco de ver complicações em pessoa de sua estima, com uma cirurgia que não é de urgência e, possivelmente, até desnecessária. Com certeza, esse familiar não tem que se locomover com o excesso de peso,

não avalia o risco de morte ou a possibilidade de viver 10 a 15 anos a menos, ou ainda suportar uma qualidade de vida deteriorada. (BALTASAR, 2000)

Expectativas

Buscamos na entrevista sondar quais eram as expectativas dos pacientes em relação ao resultado da cirurgia quando dos primeiros momentos que vislumbraram a possibilidade de tratar a sua obesidade.

Nas consultas iniciais, a euforia com a chance de tratar definitivamente uma doença que proporciona grande sofrimento físico e emocional faz com que os pacientes tenham as expectativas superdimensionadas com a completa transformação que experimentarão em suas vidas. *“Todos os problemas estarão solucionados, afinal todos eles decorrem do excesso de peso”*.

Com as repetidas consultas com toda a equipe e o comparecimento a pelo menos uma das reuniões preparatórias para a cirurgia, essa expectativa é puxada de volta para a realidade do que é possível ser feito e alcançado. E nos pareceu interessante o fato de que, ao responderem à entrevista, nesse quesito, alguns responderam de modo muito racional e nada emocional, que realmente esperavam perder o peso do qual já haviam se livrado, esquecendo os sonhos.

E4 - Eu esperava que ia reduzir. Magro, magro mesmo, nunca passou ela minha cabeça, não.

E5 - O que eu consegui. Eu perdi peso numa boa. Eu fui pensando exatamente em melhorar minha situação de vida em si, que eu já não esta mais andando.

E6 - Ah, expectativa era que eu ia mudar minha vida, que eu ia ter uma outra vida, como agora estou tendo de sair, de fazer as coisas que eu gosto (...) de sair, de ver o mundo, de sentir as pessoas.

Preparação

Fazendo parte de um rol de procedimentos para ter a cirurgia como uma etapa e não o ponto final, o paciente é atendido pelo cirurgião que lhe explica a necessidade de ser avaliado e acompanhado por outros profissionais médicos e de áreas afins, como psicólogo e nutricionista. Esses procedimentos visam a avaliar a capacidade do paciente enfrentar todo o

processo de mudanças que experimentará após a cirurgia, bem como já prepará-lo para a adaptação ao novo corpo.

E1 - Eu acho que indivíduo nenhum deve fazer uma cirurgia desse porte, sem passar, criteriosamente, pela parte psicológica. Pelo tratamento psicológico. Porque senão não vai dar efeito não. Sabia?

- É muito importante levar a coisa direitinho, nem que leve um ano ou dois anos. Entendeu? Se você já ta obesa há 20 anos, porque não esperar 1, 2 anos...

E4 - Passei minha vida inteira sofrendo como gordo, fazendo dieta. Tudo o que ia comer era com peso na consciência, fazer uma dietazinha a mais, e visita a nutricionista e psicólogo sempre fiz.

- Eu ouvi bastante os conselhos da nutricionista, da psicóloga. Eu acho que serviu, sim.

Uma equipe organizada e coesa desempenha bem o papel definido, como também serve de suporte e segurança ao paciente, muitas vezes sem esse amparo na família.

E3 - Dá uma sensação de cuidado, de zelo, de segurança.

E4 - Serve pra você pensar sempre. Você tendo contato com o profissional você passa a ter mais segurança.

Os pacientes geralmente se surpreendem com tanta gente para atendê-los e cuidar deles. Nunca tiveram a oportunidade de receber o tratamento integrado. Todas as suas experiências foram de atenção fragmentada. Ante a orientação de procurar todos os profissionais, alguns se recusam a buscá-los, porém só aceitam fazê-lo quando percebem que se trata de uma exigência e lhes será indispensável.

E3 - Quando eu soube do acompanhamento da nutricionista e da psicóloga. eu julgava necessário a nutricionista, a psicóloga não. Porque eu não encontro nenhum fator meu psicológico que justificasse ela, inclusive fui à psicóloga por uma imposição.

- Tanto é que fiz a cirurgia e não retornei a ela.

E5 - Eu até acertei porque com relação à nutricionista, tudo bem. Você vai fazer uma cirurgia que é ligada à alimentação, mas a psicóloga....

- Ele ainda ficou meio assim porque disse: "a psicóloga não". Ele disse: "então você não faz a cirurgia". Aí eu fui e o primeiro mês que vinha que parecia mas "bode-a-bordo", vinha contra a minha vontade, mas vinha.

Alguns pacientes, após a cirurgia, reconhecem a verdadeira importância e atuação daqueles profissionais.

E1 - Eu tive que adquirir isso porque eu estive dentro de uma... psicóloga e de uma nutricionista que me mostraram que se eu não tiver uma disciplina eu volto a engordar.

E4 - É fundamental, porque sem a orientação eu não ia saber o que comer, o que podia e o que não podia, os exercícios que eu devia fazer, como cuidar.

Outros continuam se recusando a aceitar a orientação da equipe e trazem recomendação dos seus médicos e psicólogos que já os atendiam previamente, recomendando a cirurgia. Esses, infelizmente, perdem a oportunidade ímpar de facilitar a sua evolução. E não é por coincidência que são aqueles que apresentam uma perda de peso insatisfatória ou desenvolvem complicações físicas ou emocionais.

E5 - Eu não tive o preparo antes que muita gente tem, que é falando muita coisa, mas tive da cirurgia em diante.

E6 - A minha psicóloga eu não achei que foi adequada à minha situação; eu achei que foi totalmente desnecessária.

Benedetti (2003) fala em sua pesquisa que o apoio para enfrentar as dificuldades foi encontrado na equipe. Segundo os entrevistados, a confiança que depositaram na equipe e a segurança que esta lhe transmitia foram fundamentais para que eles acreditassem na possibilidade de vencer o processo e no valor do tratamento.

Os candidatos a cirurgia aceitam mais facilmente e se aproximam da nutricionista, pois sentem que em muito necessitarão de suas orientações para “aprender a comer” após a cirurgia, porém a não- aceitação da necessidade da psicóloga é um fato marcante, talvez decorrente da identificação deste profissional com o cuidador de pessoas emocionalmente perturbadas. E ninguém gostaria de admitir que tem problemas dessa área.

As dificuldades após a cirurgia

Para alguns dos nossos pacientes entrevistados, as dores, os sofrimentos tidos nos dias que seguiram a cirurgia e até mesmo as dificuldades adaptativas da alimentação rapidamente são esquecidos quando a perda de peso começa a ficar evidente.

E1 - O pior momento meu foi dentro da UTI. foi horrível aquela cama da UTI.

E4 - Eu cheguei em alguns momentos a me arrepender, mas a cada dia que a dor ia passando, que a alimentação ia mudando, eu esquecia tudo.

Outros pacientes conseguem se programar para suportar a dificuldade, sabendo que ela será passageira.

E3 - Sempre botei na minha cabeça que aquilo era apenas uma fase, uma fase que eu sabia que estava enfrentando. Então você se privou daquilo durante um mês, você sabia que era um mês.

O que pode ser dificuldade para uns, entretanto, pode ser fonte de prazer e emoção para outros.

E3 - era como se eu estivesse iniciando a alimentação na vida. Achando todo o prazer. Voltar a ser criança. Cada alimento novo era como e fosse novo, era uma descoberta.

Há ainda aqueles para quem a dor física não incomoda; a dor que dói é outra.

E5 - Você fica frágil demais, chora por qualquer coisa. Se você está só você ta chorando, né?

- Eu acho que este lance da gente ficar só incomoda muito mais; o melhor seria que você estivesse com muita gente ao seu redor.

O controle alimentar permanente

O preço pago pelos pacientes operados para reduzir o aparecimento de dores e vômitos após as refeições e não haver outro ganho de peso é a eterna vigilância. Após o terceiro mês da cirurgia, eles estão liberados para terem uma refeição “normal” com restrição do volume e todas as orientações passadas ao longo do percurso.

Os hábitos alimentares não estão ainda devidamente controlados e a ocorrência de vômitos pós-alimentares é muito freqüente, porém, com o tempo, cada indivíduo passa a perceber o melhor modo de se alimentar. Passam a selecionar os alimentos, a identificar o volume que podem consumir, como mastigar, e a fazer as compensações quando percebem os erros. Vejamos:

E1 - Então, às vezes eu almoço bem e os outros horários eu já vou pro... já como uma maçã. E, sabe, agora eu sei me comportar até legal com meu regime, que eu vou ter que levar pro resto de minha vida.

E2 - Eu me pastoro demais. Eu... sou consciente demais. Eu fico com uma balança todo o tempo ali. É todo tempo ali.

Você fica sufocado, mas passou daquela regra, você fica passando mal.

E3 - Quando eu comia além do que eu devia, eu começava a ter o aguaceiro na boca. Então eu já sabia que deveria ter parado antes de chegar àquele ponto.

E4 - Hoje eu como mais tranquilo, porque sei que a quantidade é menor e eu me satisfaço bem.

- Eu sei o tamanho das porções, o tipo de carne aceito.

E5 - Já sei meus limites todinhos, não saio deles de jeito nenhum.

- Aprendi a me comportar, a seguir a dieta numa boa, a quantidade que tenho que comer, o balanceamento da alimentação.

Aqueles que não desenvolveram a capacidade de controlar as suas alimentações ficam oscilando o peso e o humor.

E6 - Não, agora eu to fazendo assim, uma dieta não, eu to comendo assim bem menor. Depois disso, eu já perdi; depois que eu ganhei os 5 kg, eu já perdi 8. Quer dizer... é, perdi 8, mas assim tomando o remédio, né?

A aquisição de novos hábitos alimentares é fruto de esforço, portanto mais uma conquista para o ex-obeso. O sabor passou a ser valorizado, pois comer devagar, mastigando bem os alimentos por exigência da cirurgia, parece ter sido fator fundamental dessa mudança. Como visto, a cirurgia não modifica apenas a quantidade ingerida, mas também o tempo que o alimento permanece na boca até ser engolido. Trata-se de um aprendizado cujas conseqüências se fazem sentir em vários setores da vida. Os ex-obesos ainda estão ávidos por comida, porém agora já conseguem desacelerar o momento de comer (BENEDETTI, 2003).

Negligenciando as orientações

Como já comentamos, o indivíduo obeso espera que o seu problema seja resolvido por alguém ou algo externo à sua participação.

A cirurgia deveria se prestar bem a esse papel: “*Estou operado; agora posso comer tudo que não vou mais engordar*”. Este foi o comentário de um paciente em uma consulta antes da cirurgia. Seria essa a condição que ele teria?

Com as orientações e algum sofrimento inicial, eles até percebem que precisam de uma reeducação alimentar, porém, quanto às outras orientações, muitas são continuamente negligenciadas e existe sempre boa desculpa para justificá-las.

Atividade física é abominada por um significativo número de pacientes; o consumo de doces e bebida alcoólica também não é evitado como está relatado a seguir.

E1 - E olhe, e tem mais um... uma coisa que eu queria deixar claro, que o senhor fez e eu não obedeci. Até hoje, eu não fiz caminhada, exercício físico, nem nada. A preguiça que não dá... Não gosto de ginástica. caminhar, pra mim é...

E2 - Não to mais magro, o culpado mesmo sou eu. 'Cê sabe que eu bebo... Bebo normal. E eu nunca fiz nenhum exercício.

- A gente fica triste consigo mesmo, porque errou, eu pequei de novo. O que eu acho impressionante é que eu bebo a noite toda e não sinto nada, nada, nada, nada.

E3 - Por exemplo: rodízio de massa, eu vou. Como ali meu pedacinho de pizza, como eles comem muito, quando dá mais tarde, dá tempo comer mais uma coisinha. Fico satisfeita, sem problema.

Depois da cirurgia, eu fiz por um bom tempo, mas eu lhe confesso que é uma coisa muito chata. Eu deixei. Não descobri nada que fosse prazeroso. (Se referindo à atividade física).

E4 - Eu tô comendo tudo, só que com quantidades menores. Voltei a comer doce.

Eu vou voltar a praticar uma atividade física e ver onde é que estou errando.

E-5 - Eu não era de comer doce, agora depois da cirurgia eu to comendo um doce danado.

Às vezes a gente se torna rebelde nessa história.

E6 - Na realidade, eu acho que eu não contribuí muito no sentido de que... Tinha época que eu comia chocolate, o dr. J. me dava uma brigada.

“Ainda pensando como gordo”

O aparente controle alimentar que o indivíduo operado desenvolve ocorre em virtude da restrição gástrica e do incômodo do vômito quando exagera no volume de comida ingerido.

Sabemos que a cirurgia não tem a capacidade de alterar a relação do indivíduo com a alimentação, que não é para ele apenas fonte de nutrientes. Existem valores atribuídos aos alimentos com elevado apelo emocional e esse comportamento pode se manifestar após a cirurgia.

A essa condição é relacionado o comportamento alimentar de quando ainda eram obesos.

E2 - A gente se sente tão bem que... É... Come mais com os olhos, né? Come mais do que vê, né?

É como hoje minha cabeça ainda não mudou para certas coisas, ainda não mudou.

É aquele desejo ainda, dr., que to com aquela cabeça ainda que o cara tem de gordo.

E4 - O prazer é igual mesmo. E é até maior porque posso comer uma quantidade menor, mas posso repetir vários pratos.

E5 - Até hoje vejo meus irmãos comendo assim, aí eu vejo assim “eu vou comer mais um pouquinho”. Mas aí não dá, quer dizer que a cabeça ainda tá no comer mais.

Aí eu digo “pô, eu devia comer um pouquinho mais!”.

Qualquer desvio que prejudique a adaptação ao processo de emagrecimento era caracterizado como resquício do pensamento ou de comportamentos ainda não dominados, não ajustados à nova condição; por remetê-los ao período em que ainda eram obesos. Esses desvios foram entendidos como manifestação daquilo que chamaram de “Cabeça de Gordo” (BENEDETTI, 2003).

Os ganhos secundários

A redução do peso é o grande objetivo e a grande satisfação do paciente que se submete ao tratamento cirúrgico de obesidade.

Certamente, com a redução do peso, muitos benefícios advirão, quer seja na saúde, no aspecto físico, na qualidade de vida, nos relacionamentos etc.

Vejamos nos relatos a seguir como isso é alegremente percebido por eles.

E1 - Eu? Eu ganhei eu.

Porque dentro da obesidade eu não sabia quem era a Heloísa.

E3 - Eu passei, assim, quase 1 ano em estado de graça!. Foi, foi quase 1 ano em “estado de graça!”, porque era a certeza de emagrecer e permanecer como eu sempre quis, como até hoje.

Então melhorou muito, o desempenho dentro de casa. E fora de casa, também, bom. Hoje em dia eu vivo sem culpas. Eu como sem culpa, eu me divirto sem culpa.

E4 - Hoje saio com a família, amigos, como normal, bem, como menos do que uma pessoa normal e acho isso bonito, acho isso elegante.

E5 - Quando você faz a cirurgia muda tudo, a visão de você ver o mundo... fica mais colorido. Tudo fica mais Leve, mais fácil. Até mesmo de lidar com as pessoas muda.

A maioria dos estudos sobre a qualidade de vida de pacientes obesos, antes e depois da perda de peso, foi conduzida após cirurgia bariátrica, e todos mostram melhoras dramáticas na qualidade global de vida. O estudo SOS, na Suécia, mostrou melhoras significativas na interação social, ansiedade, depressão e bem-estar mental que foram mantidos por dois anos após a cirurgia.

Rand (1993) realizou estudos com pacientes gravemente obesos, antes e após perderem peso com a cirurgia antes da cirurgia nenhum paciente se sentia atraente e a grande maioria achava que no trabalho as pessoas falavam sobre eles pelas costas e também julgavam

ter sido discriminadas quando procuravam emprego. Após a perda de 50 kg do peso, todos eles disseram preferir ser surdos, disléxicos, diabéticos ou sofrerem de doença cardíaca grave a retornar ao peso anterior.

Conforme vemos aqui no relatório da OMS, a liberdade de ser ex-obeso não tem preço.

Os ganhos foram considerados numerosos e de maneira geral vinculados à sensação de normalidade, à possibilidade de fazer as coisas simples que os “outros” fazem, visto que as dimensões do corpo agora se aproximam dos padrões de normalidade e a alimentação está mais controlada. Assim, recuperaram a saúde, voltaram a viver melhor, adquiriram autoconfiança, melhorando a auto-estima e os autocuidados. Com isso sentiram segurança para melhorarem as inserções sociais, o relacionamento familiar e o desenvolvimento profissional. Todos esses resultados foram percebidos como grandes conquistas graças aos esforços despendidos (BENEDETTI, 2003).

O discurso de uma das entrevistadas alude ao aspecto sexual. Ela relata que deixou de ser atraente ao marido pelo fato de ser gorda. Após emagrecida, porém, o marido continuou a rejeitá-la porque agora estava “pelancuda”.

Como vemos, obesa ou ex-obesa, as questões do relacionamento emocional e sexual permanecem.

Apesar do abandono do ex-marido, ela conseguiu romper emocionalmente a dificuldade da perda e encontrou alguém que a aceitou com as qualidades e aptidões físicas e reconstruiu sua vida.

Nova imagem

A rejeição que havia antes da cirurgia ao próprio corpo, ao ponto de sequer se olhar inteiro no espelho, desaparece junto com o excesso de peso que foi reduzido. O indivíduo passa a se descobrir como pessoa, a gostar de si próprio, a formar uma imagem agora com novos contornos menos arredondados e com novos valores.

Mesmo que não seja a imagem projetada, antes da cirurgia, ela já é vista como conquista importante.

Sabemos que a imagem corporal é constituída cotidianamente, e poderá mudar para algo não tão agradável como a que eles experimentam neste momento da entrevista.

E1 - Uma coisa maravilhosa, que eu consegui descobrir que eu tenho que amar a mim própria. Sentir amor próprio.

Antigamente eu me olhava só de fora. Agora eu me olho de dentro pra fora.

Eu consegui me enxergar. É como eu...eu falei agora, eu me olho no espelho e, mesmo com pelanca, eu me sinto bem. Antigamente não, eu não me gostava.

E2 - Eu gostei demais...o astral melhora 100 por cento. To...to... 'cê vê outros horizontes.

E4 - A auto-estima melhora bastante. Eu digo com todo prazer.

O pessoal fala: "Rapaz, tu come pouco". Eu acho isso uma vantagem pra mim. Isso é um incentivo que eu ligo logo ao passado

E5 - Acho que todo ponto ela se tornou positiva, porque você se olha com outros olhos, você já vê uma pessoa, porque de tanto lhe chamarem de bicho, você se acha um bicho.

Eu tô na minha estrutura normal. Então, se alguém não está gostando, o problema de quem não está gostando. E está estranhando, o problema é dele. Eu tô gostando, eu tô me dando bem, então pronto.

Em seu capítulo: "Obesidade e psicopatologia", no livro *Obesidade*, Appolinário (1998) ressalta que, apesar de não encontrarmos uma psicopatologia específica, o obeso apresenta problemas relativos ao preconceito social com a obesidade, e com outros problemas psicológicos associados à sua auto-estima e com as características peculiares ao seu comportamento alimentar.

Aliada a essas questões está a frustração dos inúmeros processos nas tentativas de reduzir o peso.

Uma pesquisa com pacientes submetidos a cirurgias para o emagrecimento mostra que a perda de peso isoladamente não parece estar associada ao aparecimento de sintomas depressivos e ansiedade. As alienações negativas do estado de ânimo são causadas pelo sentimento de privação e não pela perda de peso.

Nos pacientes que perderam peso com a cirurgia, foi relatada melhora significativa do autoconceito e do estado de ânimo, pois não se sentiam extremamente privados dos alimentos.

Teoricamente, uma restrição de carboidratos na alimentação poderia reduzir o tônus serotoninérgico e predispor a uma compulsão alimentar. Inúmeros fatores psicológicos podem também estar implicados.

Extenso estudo alemão, apresentado em Appolinário (1998, p.217), que avaliou um banco de dados de milhares de pacientes tratados para emagrecer, mostrou que os transtornos do comportamento alimentar ocorriam com maior frequência entre aqueles submetidos a dieta mais rigorosa do que entre os que receberam orientações dietéticas mais flexíveis.

Problemas tardios

Após o emagrecimento acentuado em um curto intervalo tempo, é esperado que algumas complicações ocorram. Elas podem ser de ordem física ou psicológica.

As questões físicas são inerentes ao desengorduramento, como vemos neste relato.

E2 - Eu tenho muita pele perdida, e outra, eu sinto muita dor na espinha, em consequência disso. É tudo pendurado. É a única coisa que eu sinto, mas eu sou consciente disso.

Outros, porém, padecem das doenças da alma, para as quais a obesidade poderia servir como abrigo, e agora se manifestam.

E4 - Eu me achei assim, depois da cirurgia, não sei se é problema pessoal, mas eu acho que amadureci mais. Estou um pouco mais assim, me sentindo amargurado. Não sei bem explicar. Às vezes eu fico triste, um pouco deprimido.

E5 - Com 4 meses eu fiz a cirurgia da hérnia e da vesícula, já por conta de uma dor que eu sentia, só que essa dor não vai embora nunca, ela é constante e agora está vindo com vontade de vomitar e vomitando à toa.

Já fiz 10 endoscopias depois da cirurgia, toda ela mostra um anel normal. Já fiz 2 trânsitos intestinal, também todo ele mostra normal.

E6 - Quando eu tô mais assim chateada, ele me levanta, mas não no sentido de entrar em depressão, isso nem passa pela minha cabeça.

Vale ressaltar que poucos pacientes persistem em acompanhamento psicológico após a cirurgia. A falta desse cuidado poderia ser parte da desadaptação que alguns experimentam?

Entre os problemas conseqüentes à cirurgia, temos as manifestações clínicas, como vômitos, anemia, queda de cabelo, astenia, deficiência de ferro, zinco e vitaminas. Todos esses são evitáveis, bastando para tanto que sejam seguidas as orientações alimentares e as prescrições medicamentosas. Esse cuidado também previne a instalação de desnutrição.

Quanto aos problemas psicossociais, estes se manifestam tardiamente. Poderá ocorrer alcoolismo, depressão, anorexia, surtos psicóticos e novo ganho de peso, com as manifestações surgindo após o terceiro ano da cirurgia, independentemente da perda de peso ou do estado de saúde.

As complicações se manifestam na proporção inversa do envolvimento com o preparo pré-operatório e acompanhamento pós-cirúrgico (RASKOVSKI, 2002).

Avaliação dos resultados

Os pacientes entrevistados são unânimes em asseverar que o resultado da cirurgia é maravilhoso. Certamente porque, com ela, eles conseguiram reduzir e manter-se permanentemente com o novo peso, fato não alcançado nas tentativas anteriores.

Mesmo aqueles pacientes que não reduziram o peso previsto ou que tiveram qualquer complicação, fazem alusão ao elevado grau de satisfação que sentem com a cirurgia.

E2 - A conseqüência é tão boa... Eu tava no... a maior vontade é de criar os filhos da gente, que a gente tem, né? Eu não tinha condições, não.

Minha vida é outra totalmente diferente.

E3 - O que eu acho mais fantástico da cirurgia é que você tem a mesma saciedade, como se você tivesse o estômago grande.

É coisa mais certa que eu fiz.

E4 - Estou mais disposto sim. consigo trabalhar melhor, produzir mais, me locomover com mais agilidade.

E5 - Muito boa, muito boa mesmo, uma maravilha.

E6 - Eu não me arrependo um minuto sequer (...) Se eu tivesse que passar por tudo isso pra tá como estou hoje, acho que eu faria tudo novamente. foi um mal necessário.

Após perder peso com a cirurgia, o paciente descobre que ele é sua prioridade. Poderá gostar, amar ou cuidar dos demais, porém o mais importante é que tenha descoberto o

amor a si próprio. As novas expectativas lhe abrem o desejo de progredir profissionalmente, e novos desejos com os quais antes nem podia sonhar.

Acontece, porém, tal como quem ganha um prêmio de loteria, que após algum tempo não é mais feliz do que antes. Um ex-obeso, curado da obesidade e de todas as comorbidades, volta depois de algum tempo ao mesmo nível de felicidade. Seus problemas de obesidade estão resolvidos e ele precisa lutar com os mesmos problemas da vida que qualquer outro indivíduo.

Certamente, todos ex-obesos dizem “prefiro morrer antes de ser obeso outra vez”.

Esta descrição, extraída do livro de Baltasar (2002, p.131), nos mostra como a obesidade é um fardo pesado demais para ser carregado.

Orientação a outro obeso

Ao sugerirmos essa questão na entrevista, criávamos uma situação hipotética na qual alguém muito próximo, amigo ou parente que estivesse sofrendo de obesidade mórbida, fosse perguntar sobre que caminho seguir para tratar-se de sua doença, que conselho o sujeito pesquisado daria?

Tencionávamos criar um envolvimento emocional para que a resposta levasse em consideração o sentimento e não ficasse na superficialidade do discurso.

Achamos que conseguimos obter a emoção buscada, pois as respostas estavam recheadas de verdades e produziam uma condição já vivida por muitos dos entrevistados que revelaram constantemente orientar os indivíduos obesos aos quais tinham acesso.

E1 - O conselho que eu dou é que a pessoa pare e analise o que é que ela quer para ela, porque se ela for buscar dentro da cirurgia, não os sonhos, mas aquela coisa... analise com intensidade o porquê tem que emagrecer, o porquê de passar pela cirurgia, o porquê ela quer isso.

E3 - Para mim, é um prazer dizer que eu fiz a cirurgia, porque eu quero propagar e dizer às pessoas dos benefícios que.. Eu quero dividir com as pessoas os benefícios que eu tive..

Eu dou o conselho seguinte: Você, antes de partir pra uma cirurgia dessa, você tem que realmente ser sincero com você. Você deve se perguntar: eu quero mudar? Eu estou preparado pra isso? E ter esse conhecimento que você tem da cirurgia. Se a

sua resposta for sim, todo mundo, menos a você. Agora, se você dentro de você, disser: não, eu acho que não sou capaz de chegar o final de semana e não beber muito ou não parar de comer, eu não vou me contentar com esse tanto de comidinha. Ai não faça, não faça porque você vai ser infeliz. Você vai ter problema psicológico. Invés de uma solução você encontrará mais problema.

E5 - *Mas eu digo que é a melhor coisa que você vai fazer pra você.*

Mas se ela começasse desde o início e fosse até o fim, ela não parasse no meio do caminho, porque eu já tinha conhecido gente que parou no meio do caminho e não teve sucesso.

O sucesso depende de você, não é da crítica. A cirurgia faz muito, mas você tem que fazer muito mais. Você é que tem que fazer, o resto é com você. Se você não souber fazer, não adiantou nada o que você fez.

E6 - *Ah, eu passo o tempo inteiro aconselhando os meus dois filhos.*

Mas eu falo pra eles todas as vantagens e todas as pessoas que chegam até a mim, ele até diz assim pra mim: “você dá muito palpite”, porque toda pessoa gorda que chega lá em casa eu mando vir aqui na clínica, eu explico.

A obesidade atinge as pessoas, ameaçando-lhes a vida pessoal, profissional e social. Além de aspectos orgânicos, há um sofrimento psicológico resultante do preconceito social com a obesidade e com as características do comportamento alimentar.

A cirurgia implica consideráveis mudanças e ajustes ao longo do percurso. O emagrecimento é capaz de reaver a autonomia e a dignidade, de corrigir o comportamento alimentar inadequado, porém a comida permanece como elemento central na vida do obeso.

Na tomada de decisão para o enfrentamento de uma cirurgia de redução gástrica, devem pesar muito as motivações individuais. A análise deve questionar:

- Por que deseja emagrecer?
- Por que quer mudar?
- Como você percebe as mudanças que podem ocorrer? Quais seriam elas e o que elas significariam para você?

Só a vivência de cada um é capaz de oferecer respostas precisas, pois a cirurgia tem a capacidade de ajudá-lo na superação do excesso de peso. O sucesso do emagrecimento está dentro de cada um.

O acompanhamento psicológico pode ter participação definitiva no processo de emagrecimento quando consegue fazer o paciente descobrir elementos e valores a serem experimentados. O corpo deve deixar de concentrar a energia psíquica.

Projetos para o futuro

Ao contrário das respostas obtidas na questão anterior, ricas em emoção, as respostas ao quesito: Quais os seus projetos de vida para os próximos 5-10 e 20 anos? Todos secamente responderam apenas: preocupados com o peso.

A importância que o peso tinha na vida de cada um, e a que representou a eles a redução atingida, talvez sejam muito para eles; e não ser mais uma vez frustrado com a recuperação do peso já é uma grande meta.

E1 - Sabe que eu não projeto tanto minha vida! Eu tenho que viver e hoje dentro daquilo que seja bom pra mim, pro meu filho, né?

E3 - Da mesma forma, sem nenhum problema.

E4 - Eu acho que vou estar no mesmo peso, eu creio que sim. E feliz.

E5 - Eu acho que eu ainda vou ter muita coisa pra fazer.

E6 - Bom, eu não espero pros próximos anos não, eu espero esse ano atingir minha meta de peso.

Esperávamos sonhos, objetivos maiores, expectativas vibrantes, contudo a frustração com a resposta produz ma inquietação. “Seria ainda a cabeça de gordo agindo”, cuja única preocupação é focada no peso?

Não foi relatado nas entrevistas, mas foi uma constatação observada na clínica diária com pacientes operados, confirmada com questionamento informal a vários cirurgões bariátricos, o elevado índice de separação conjugal que ocorre após o emagrecimento. Muito provavelmente, a situação de obeso vivenciada era fonte de desatenção e discriminação por parte do cônjuge. Agora, já libertado do excesso de peso, poderá recomeçar a vida com nova perspectiva.

Fica a questão para estimular novas pesquisas, mas também como alerta para os profissionais de saúde, especialmente para os psicólogos e psiquiatras, levarem em conta esta dinâmica e como trabalhar com tal realidade.

7 CONCLUSÕES E SUGESTÕES

O trabalho visou a produzir um conhecimento cientificamente elaborado para contribuir com novas informações para médicos, cirurgiões, psicólogos e nutricionistas, que se dedicam a cuidar e não apenas tratar dos indivíduos severamente obesos, e para os próprios obesos, que se apresentam como candidatos à cirurgia, a fim de melhor orientar todo o processo de emagrecimento, com a observação de quem realmente vivenciou a obesidade.

São poucos os estudos sobre a obesidade severa e o seu tratamento cirúrgico, principalmente na área da Psicologia, pois se trata de uma experiência nova.

O impacto psicossocial da obesidade severa, causada pelo fato de ser uma doença crônica, insidiosa, com elevada taxa de morbidade e mortalidade, atingindo principalmente pessoas jovens e ligadas ao estilo de vida, está intensificada pela natureza multidimensional da síndrome obesidade.

Em relação ao indivíduo obeso, o impacto psicológico é de ser portador de uma doença, aparentemente inocente, porém com potencial devastador com prejuízo à sua integridade física e emocional. E este indivíduo não pode desfrutar da condição de vítima (doente), pois, muitas vezes (e até por profissionais de saúde), é visto como responsável direto pela sua condição de obeso, pois acreditam que são condenados pela população. A falta de coragem, vontade, caráter e cuidados pessoais foi o que os deixou obesos. Conseqüentemente, haveria prejuízo com limitações e até perda de autonomia em alguns casos, demandando uma rede suporte para as necessidades básicas.

A obesidade atinge principalmente adultos jovens, ameaçando-lhes o ciclo de vida pessoal, profissional, social, no momento em que deveriam estabelecer e refinar os padrões de vida adulta. Além dos aspectos orgânicos, da doença, há o medo da estigmatização a ela relacionada.

O rápido aumento do número de casos e a maneira simplista e sensacionalista como a doença é abordada pela mídia criam expectativas difíceis de serem atingidas e dificultam o envolvimento incisivo necessário para que se obtenham resultados definitivos no controle da obesidade.

O obeso mórbido é particularmente vulnerável a dietas que apregoam a "perda de peso sem fazer força" mas que habitualmente estão associados a resultados não sustentados a médio e longo prazo, ensejando a sensação de fracasso.

A cirurgia é um instrumento de transformação e submeter-se a ela pode ser vivenciado como um ritual de passagem para recuperar o controle da própria vida e direcioná-la no rumo do que ele denomina de normalidade, mediante um processo difícil, lento, que exige voltar-se para si, apropriar-se do seu corpo e cuidar dele. Cabe ao psicólogo acompanhar esses pacientes nessa trajetória, oferecendo-lhes preparo e sustentação para atingir o alvo projetado.

O emagrecimento rápido e acentuado é visto pelos psicólogos como passível de ocasionar repercussões psiquiátricas negativas. Algo deveria ser feito, entretanto, para reaver a vida daquelas pessoas que estavam ameaçadas pela obesidade e precisavam perder grande quantidade de peso em curto prazo.

Diversas áreas da vida foram afetadas pelo tratamento e a mudança adaptativa considerada como um processo difícil e longo.

Os pacientes obesos são diferentes dos não-obesos com outras doenças crônicas. Apresentam quadro clínico complexo com várias doenças associadas. Em geral, são muito ansiosos, com dificuldade de se adequarem às normas de funcionamento do processo: faltam às consultas agendada e depois surgem subitamente, geralmente angustiados, desejando e cobrando rapidez no seu tratamento.

É válido questionar se a incapacidade de manejar novas situações não poria em risco o processo de emagrecimento e a integridade psíquica do indivíduo. Esse aspecto ressalta a necessidade de maior cuidado psicológico com esses pacientes.

O estabelecimento da subjetividade do obeso foi permeado pelos significados atribuídos à obesidade e sua desconstrução também é permeada pelo significado atribuído à magreza. Quanto mais bruscas forem a perda de peso e as mudanças ocasionadas, maior será o sofrimento psíquico, motivado pela dificuldade do indivíduo reconhecer-se como pessoa.

O emagrecimento eficaz é estatisticamente raro, porque a Psicologia do comportamento alimentar é cheia de surpresas. Embora uma dieta para emagrecer possa atingir seu objetivo, a perda de peso obtido raramente é suficiente para os obesos chegarem a um peso normal. Além disso, é raro manter a perda de peso de forma duradoura. Na avaliação que se fez, de 90 a 95% dos participantes de programas de dieta retomam, depois de cinco anos, ao peso original, para logo aumentá-lo.

Atualmente, os nutricionistas não só admitem a ineficácia das dietas, mas também começam a considerar seus riscos e efeitos colaterais, como a obsessão pelo peso e pela imagem ideal, um dos principais fatores de risco, para o surgimento de transtornos do comportamento alimentar entre os adolescentes.

A prática indiscriminada da dieta sem acompanhamento profissional pode estar ligada a alterações no comportamento alimentar, desencadeando ou agravando a síndrome do comer compulsivo.

Comportamentos indesejados e descontrolados precisam ser combatidos todo o tempo. A manutenção de algum grau de estresse é indicativo de que a adaptação está em curso e o processo ainda representa sofrimento psicológico associado à possibilidade de descontrole do peso.

As dificuldades que obesos experimentam para atingir e manter o peso normal não provam que a obesidade seja hereditária. É inquestionável, porém, que fatores genéticos exerçam influência considerável na obesidade. Estudos sobre a genética do comportamento demonstram que o IMC é herdado conforme uma proporção que varia entre 25 e 40%. Há, portanto, ampla margem de liberdade para o comportamento individual.

Outro indício que corrobora esta tese é fornecido pela observação de que a obesidade aumentou drasticamente nos últimos decênios. Ora, é impossível que o gene da obesidade tenha se propagado com esta velocidade entre a população.

A herança familiar da obesidade mostrou-se patente com a existência de familiares obesos para cada indivíduo entrevistado, podendo também ser questionados os fatores ambientais, pois é na família que se desenvolvem os hábitos alimentares.

É importante conhecer os mecanismos envolvidos no controle do apetite para uma avaliação mais completa deste intrincado sistema: os eventos psicobiológicos; percepção da fome, desejo de comer e sensações hedônicas, as operações comportamentais; refeições, lanches, ingestão de energia e macronutrientes, os eventos fisiológicos e metabólicos periféricos, a interação metabólica e dos neurotransmissores com o cérebro. É dessa complexa rede de fatores que resulta o controle da quantidade e qualidade da ingestão alimentar:

- por que as pessoas comem mais do que pretendem, mesmo quando querem emagrecer?
- O que leva alguém a começar a comer?
- O que determina a quantidade de comida que ingerimos?
- Quando damos uma refeição por concluída?

Há décadas essas perguntas ocupam o interesse de estudiosos, porém ainda permanecem sem respostas. O que parece simples - “comemos quando temos fome e paramos quando estamos saciados” - é uma verdade parcial. Apenas as pessoas de peso normal se comportam assim. No caso dos obesos, os sinais do organismo parecem desempenhar um papel menor na regulação do emagrecimento.

A ingestão através de uma seqüência automática de modo pouco consciente, como costuma ocorrer com indivíduos que se alimentam rapidamente, reduz a percepção de sinais internos de saciedade, favorecendo o consumo calórico excessivo.

Essa observação é validada pela constatação de que os pacientes obesos subestimam o volume ingerido e o respectivo valor calórico.

Segundo Stanley Schater, psicólogo da Universidade de Colúmbia em Nova York, os obesos não discernem muito bem se estão com fome ou saciados. A sua ingestão alimentar depende muito mais de estímulos externos: a hora do dia, os aromas exalados pela comida ou a apresentação dos pratos expostos.

O obeso típico é alguém que continua a comer por prazer, ainda que esteja saciado.

Dentre as razões apontadas como causa da obesidade, a alimentação inadequada foi a mais lembrada, seguida por alterações hormonais.

O início da obesidade no período da adolescência, provavelmente, é resultado de uma combinação de fatores psicológicos, fisiológicos e culturais, adicionados às modificações nos padrões alimentares e de atividade física, entretanto, quanto mais tempo os adolescentes permanecem obesos, maior o risco de seus corpos estarem susceptíveis a processos que tendem a manter o estado de obesidade.

Todos os pacientes em preparo para a cirurgia bariátrica já haviam experimentado diversas práticas na tentativa de reduzir o peso. Muitos até conseguiram perder, porém era ainda insuficiente para sair da condição de obeso e o novo peso era mantido em até 12 meses.

A maioria desses pacientes recebeu informações sobre a cirurgia bariátrica através da televisão e de amigos e apenas um pequeno percentual obteve indicação de um profissional de saúde e sabem apenas que se trata de reduzir o estômago para "comer pouco".

Sobreviver à cirurgia e não ter complicações pós-operatórias são as principais preocupações diante da cirurgia.

Há um predomínio das mulheres entre os que buscam a cirurgia como opção de tratamento para obesidade mórbida. A média da idade está entre 30 e 40 anos, com uma faixa média de IMC entre 40 e 50 kg/m², e as mulheres apresentam-se com obesidade em grau inferior aos homens, refletindo a preocupação delas em mais precocemente solucionar um problema cujo estigma lhes é maior do que para os homens.

Tanto homens quanto mulheres obesos, ao considerarem o seu peso ideal sempre se colocavam ainda em condição de sobrepeso, todavia, as mulheres, almejavam obter um peso significativamente inferior ao peso que homens esperavam alcançar, possivelmente porque as obesas mórbidas sofrem mais estigmatização social do que os homens. Também os obesos mórbidos almejam um IMC menor do que os super-obesos. Provavelmente, este achado seja proporcionado pela conscientização de que a eutrofia não configura uma meta de peso sustentável e realista entre eles.

O indivíduo obeso que se submete à cirurgia tem consciência da necessidade de mudar o comportamento com relação à comida, desde a escolha dos alimentos (pobres em gorduras, rico em frutas e verduras, preferência por carnes brancas), a composição do prato com pequenos volumes e a mastigação lenta. Apesar de compreenderem essa necessidade, no entanto, desde antes da cirurgia, não a põem em prática, e a prática de assumi-la depois de operado ainda é para alguns difícil e sofrida.

Aos profissionais de saúde, a obesidade severa trouxe os desafios de se manter a par do específico e crescente corpo de informações técnicas a respeito de como manejar e tratar o paciente, além de lidar com valores, condições emocionais para manter uma atitude de cuidados e empatia em face da incerteza do estereótipo e do preconceito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMATUZZI, M.M. Pesquisa Fenomenológica em Psicologia. In. BURNS, M.A.T. et al.(org). **Psicologia e pesquisa fenomenológica: reflexões e perspectivas**. São Paulo: Omega, 2001. p. 15-22.

ANARUMA, S.M. Autoconhecimento - um dos caminhos no tratamento da obesidade. **Inform. Psiq.**, 1995. p. 14/1: 23-26.

ANJOS, M.N. **Obesidade**. Rio de Janeiro: C. Médica, 1993.

APPOLINARIO, J.C. Obesidade e psicopatologia. In: HALPERN, A **Obesidade**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998, p. 217-223.

APPOLINÁRIO J.C. Aspectos biológicos. In NUNES, M.A.A.; APPOLINÁRIO J.C., ABUCHAIN, A.L.G. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p..57-62.

ASSUNÇÃO JR, F.B. A questão da beleza ao longo do tempo. In: BUSSE S. R. (Org). **Anorexia, bulimia e obesidade**. Barueri-SP: Manole, 2004.p.1-12.

BALTASAR, A. **Como dejar de ser obeso**. Madrid: Arán Ediciones, 2000. p. 202.

BENEDETTI, Carmem. **De obeso a magro: a trajetória psicológica**. 1. ed., São Paulo: Vetor, 2003. 136 p.

BOUCHARD, C. **Atividade física e obesidade**. Barueri-SP: Manole, 2000.

BOWLBY, J. Formação e rompimento dos laços afetivos. 1990. In. NOBREGA, F .J. et al. **Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

BRAGUINSKY, J. Dietoterapia e obesidade. In: HALPERN, A. (org.). **Obesidade**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 227-245.

BUSSE S. R. (Org). **Anorexia, bulimia e obesidade**. Barueri-SP: Manole, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos**. Informe epidemiológico do SUS. Brasília, v.5, n.2, abril/junho 1996.

CORDÁS, T.A. Participação do psiquiatra na fase peri-operatória. In: GARRIDO JR, A B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2002. p.71-74.

CORMILLOT, A. F. et al. **Obesidade**. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1977.

_____. **El arte de adelgazar**. Buenos Aires: Javier Vergara, 1988.

COUTINHO, W. Comer compulsivo e obesidade. In: HALPERN, A. (org). **Obesidade**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.p.219-216.

COUTINHO, W. Obesidade: Conceitos e classificação. In: NUNES, M.A.A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**, Porto Alegre: Art. Méd., 1998.p.197-202.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DALLERA, S.; SORRENTINO, N. **A psicodieta**: por que comemos, por que engordamos, como parar? São Paulo: Paulus, 1997.

DÂMASO, Ana. Etiologia da obesidade. In: DÂMASO, Ana. **Obesidade**: (Coordenadora). Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

DINIZ, M.T.C.; SANDER, M.F.H.; ALMEIDA, S.R. Critérios de eficiência do tratamento cirúrgico e Avaliação de qualidade de vida. In: GARRIDO JR. A. B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2002.p.309-316.

DOWLING, C. Compulsive eating: a disturbance in the Brain. In: GARRIDO JR. A. B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2002.p.27.

FELIPE, F.M. **Questão social:** o peso social da obesidade. Tese de Doutorado em Serviço Social PUC-RS, Porto Alegre, 2001.

FOSTER, G. D.et.al.. What is a reasonable weight loss ? Patient's expectations and evolution by obesity treatment outcome. J. Consult Clin. Psychol. 65:79-85, 1997. In: HALPERN, A.; MANCINI, M.C. **Manual de obesidade para o clínico**. São Paulo: Roca, 2002.p.113.

FRANQUES, A.R.M. Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória. In: GARRIDO JR, A.B. et al. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2002a. p. 75-79.

FRANQUES, A. R.M. Perfil psicológico define a viabilidade da operação. **Jornal Diabete, Saúde e Cia**. Ano 2, vol. 11. 2000b. Aventis Pharma.

FREEDMAN, R.. **Amar nuestro corpo**. Guia prático para mujeres: gustarnos a nosotros mesmos. Barcelona: Paioedos, 1991.

FREITAS, K.M.C. **Obesidade, mulher e família**. Dissertação de Mestrado em Psicologia da U.C.Pe. Recife, 2004.

GARRIDO JR, A. B. et al. **Cirurgia da Obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2002.

GARRIDO JR. A. B. O papel da cirurgia no tratamento da obesidade. In: HALPERN, A.; MANCINI, M.C. **Manual de obesidade para o clínico**. São Paulo: Roca, 2002. p. 243-260.

GOFFMAN, Erving. **Estigma** -- Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad. Márcia Bandeira de Melo Leite Nunes. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988.

GONZÁLEZ REY, F.L. **Pesquisa qualitativa em Psicologia: Caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.

HALPERN, A. (org). **Obesidade**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

HALPERN, A.; MANCINI, M.C. **Manual de obesidade para o clínico**. São Paulo: Roca, 2002.

HELL, E.; MILLER, K. A. et al. Evaluation of health status and quality of life after bariatric surgery: comparison of standard Roux-em-y Gastric Bypass, Vertical Banded Gastroplasty and Laparoscopic Adjustable Silicone Gastic Banding. **Obes Surg**; 10:3, 2000. p.214-219.

HSU, L.K.G.; BETANCOURT, S.; SULLIVAN, S.P. Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: a pilot study. **Int J. Eat Disord**. 1996. p. 19: 2334.

JUNQUEIRA, M.F.P.S. Abuso sexual de criança e desamparo: uma contextualização. **Pôster apresentado no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletivo**. Salvador, ago, 2000.

KAHTALIAN, A Obesidade: um desafio. In: MELLO FILHO et al. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KARLSSON, J.; SJOSTRON, L.; SULLIVAN, M. Swedish obese subjects (SOS) an intervention study of obesity. Measuring psychological factors and health by means of short form questionnaire. Result from method study. **J. Clin. Epidemiol.**, 48 (6): 817-23.

KAUFMAN, A Obesidade feminina e sexualidade. In: CORDÁS, T.A. **Fome de cão**. São Paulo: Maltese, 1993. p. 83-93.

MANCINI, M.C. Avaliação clínica do paciente com excesso de peso. In: HALPERN, A.; MANCINI, M.C. **Manual de obesidade para o clínico**, p. 85-110.

MARCHESINI, S.D. Distúrbios psíquicos e obesidade. In: GARRIDO JR, A.B. et al. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2002.p.25-33.

MARUM, R.H. et cols.: Obesidade. In: BUSSE, S. R. (org.) **Anorexia, bulimia e obesidade**. Barueri-SP: Manole, 2004. p. 329-366.

MATOS, A.F.G. Diagnóstico e classificação da obesidade. In: HALPERN, A.; MANCINI, M. C. **Manual de obesidade para o clínico**, p.1-25.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed., Rio de Janeiro-São Paulo: Abrasco-Hucitec, 1996.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e atividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MONTEIRO, J.C. Obesidade: diagnóstico, métodos e fundamentos. In: HALPERN, A (org.) **Obesidade**, São Paulo: Lemos Editorial. p.31-53.

MONTEIRO, C.A; LEVY-COSTA, R.B. ; CONDE, W.L. Quantas pessoas têm excesso de peso ? In: HALPERN, A.; MANCINI, M.C. **Manual de obesidade para o clínico**. São Paulo: Roca, 2002. p.27-35.

NAKAMURA, E. Representação sobre o corpo e hábitos alimentares. In: BUSSE, S.R. (org.). **Anorexia, bulimia e obesidade**. Barueri-SP: Manole, 2004. p. 13-29.

NÓBREGA, F. J.; CAMPOS, A.L.R. Fraco vínculo mãe/filho - Importante fator de risco de desnutrição. **Ars Cvrandi**. 1993. p. 26 (5) 47-56.

NÓBREGA, F.J.; CAMPOS, A.L.R.; NASCIMENTO, C.F.L. **Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

NUNES, M.A.A.; APPOLINÁRIO, J.C. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

OLIVEIRA, C.T.C. de. **À procura de uma comunicação com o paciente psicossomático (1993)**. Aula do Núcleo Formação Psicoanalítica de Fortaleza. 2004.

OLSSON, S. A. et al. Weight reducton after gastroplasty: the predictive value of surgical, metabolic and psychological variables. **Inter. J. Obes.** v. 8, p. 245-258, 1984.

OMS/ONU - Relatório da Consultoria do OMS. **Obesidade; prevenindo e controlando a epidemia global**. Tradução Andréa Favano. São Paulo: Roca, 2002.

PRUZINSKY, T.; EDGERTON, M. T. Body imae change in cosmetic plastic surgery. In: ____; CASH, T. F. **Body images: development, deviance, and change**. New York: Guifort, 1990.

RADOMMINSKY, Jorge. A importância da atividade física no tratamento da obesidade. In: HALPERN, A (org.). **Obesidade**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p.247-260.

RAND, C.S.W. Morbid obesity: a comparation between a general population and obesity surgery patients. **Int. J. Obes.** 60 (4) 305-10, 1993.

RASKOVSKY, Alessandra. Considerações clínicas do obeso mórbido. In: HALPERN, A.; MANCINI, M.C. **Manual de obesidade para o clínico**. São Paulo: Roca, 2002. p. 223-242.

RELATÓRIO DA CONSULTORIA DA OMS. **Obesidade: prevenindo e controlando epidemia global**. Trad. André Favano; revisão científica: Sérgio Setsuo Maeda. São Paulo: Roca, 2004.

REPPETTO, G. Histórico da obesidade. In: HALPERN, A. (org.) **Obesidade**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.p.3-14.

SAUNDERS, R. Compulsive eating and gastric bypass surgery: what does hunger have to do with it? **Obes Surg**, 2001. p. 11: 757-61.

SCWARTZ, M.;et al... Great expectations: weight loss goals set by phisician and nurses for their obese patients. **Obes Res**, 9: SUPP/ 3:855, 2001..

SEGAL, A. Seguimento dos aspectos psíquicos. In GARRIDO Jr. A. B. et al. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Ateneu, 2002.p.287-292.

SEGAL, A.; LIBANORI. H.T.; AZEVEDO, A. Bariatric surgery in patient with possible psychiatric contraindications. **Obes Surg**. 2002. p. 12: 598-600.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

_____. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psiquê**. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

SCWARTZ, M..et al. Great expectations: weight loss goals set by phisician and nurses for their obese patients. **Obes. Res**. 9: suppl. 3:85s, 2001.

SOUTO, Silvana G. **Vivências e significados dos transtornos alimentares através da narrativa de mulheres**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. U.F.C. Fortaleza, 2002.

STUART, R.B. **Peso, sexo e casamento: como tirar esse peso da cabeça... e do coração**. 1.ed. São Paulo: Saraiva, 1989.

STUNKARD, A. J.; WADEEN, T. A psychological aspect of severe obesity. **Am J Clin Nutr** 1992; 55: 524s-32s.

SUPLICY, H.L. Quais as conseqüências do excesso de peso? In: HALPERN, A.; MANCINI, M.C. **Manual de obesidade para o clínico**. São Paulo: Roca, 2002. p.61-84.

TAVARES M.C.G.C.F. **Imagem corporal: conceito e desenvolvimento**. São Paulo: Manole, 2003.

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

VALLIS, T. M.; ROSS, M. A. The role of psychological factors in bariatric surgery for morbid obesity: identification of psychological predictors of success. **Obes Surg** 1993; 3: 346-59.

VAN HOUT, G.C.M.; VAN OUDHEUSDEN, I.; VAN HECK, G. L. Psychological profile of the morbidly obese. **Obes Surg** 2004; 14:579-88.

VILLARES, S.M.F. Obesidade e genética. In: HALPERN, A. (org.) **Obesidade**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.p.67-80.

VILLARES, S.M.F. O que causa ganho de peso? In: HALPERN, A.; MANCINI, M.C. **Manual de obesidade para o clínico**. São Paulo: Roca, 2002.p.37-44.

VIUNISKY, Nataniel. Epidemiologia da obesidade e Síndrome Metabólica. In: DÂMASO, A. (Org.) **Obesidade**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.p.16-31.

WALDER, Ken; RAVUSSIN, Eric. Balanço energético. In: HALPERN, A (org.). **Obesidade**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 81-102.

WEISS, F. et al. Body-image disturbance among obese adults: evaluation and treatment. **American Journal of Psychotherapy**, v. XL, 1986.

ZIMERMAN, D.; OSÓRIO, L.C. e cols. Como trabalhamos com grupos. In: FREITAS, K.M.C. **Obesidade, mulher e família**. Dissertação de Mestrado em Psicologia – U.C.P. - Recife, 2004

9 ANEXOS

CARTA DE INFORMAÇÃO AO PACIENTE

A finalidade deste estudo - **Vivências e significados da obesidade e do emagrecimento mediante a cirurgia bariátrica** - é conhecer a experiência do emagrecimento em indivíduos que eram obesos mórbidos e se submeteram à cirurgia para a redução do peso. Buscamos com essa compreensão aprimorar o atendimento a estes pacientes e a futuros candidatos a essa forma de tratamento.

Para a avaliação, utilizaremos entrevistas não diretivas com gravação dos depoimentos, caso seja autorizado pelo paciente. Uma cópia da gravação poderá ser disponibilizada para o paciente, se assim o desejar, possibilitando que este venha a solicitar que se retire algum trecho da entrevista que o tenha desagradado.

O trabalho será realizado no consultório médico do pesquisador, onde esses pacientes já foram previamente atendidos e por quem foram operados.

A participação da pessoa é voluntária, podendo retirar-se do estudo ou recusar-se a qualquer momento a prosseguir com a avaliação, sem ocorrência de qualquer dano ou perda de benefícios aos quais tenha direito. O engajamento nesta pesquisa não interfere no acompanhamento regular com o médico pesquisador e não implica quaisquer riscos relacionados à saúde física e mental do paciente.

Qualquer dúvida que surja antes ou durante a pesquisa deverá ser esclarecida pelo pesquisador, sem constrangimento das partes.

É garantido ao paciente o sigilo, assegurando sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

O paciente também receberá uma cópia datada e assinada deste documento.

A pessoa responsável pelo presente estudo, que poderá ser contatada para obtenção de maiores informações ou esclarecimentos, é o médico cirurgião **ANTÔNIO GLÁUCIO DE SOUSA NÓBREGA, CRM-CE 4049**, telefones para contato: **85-3246-2658 e 85 9981-4110**.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos - COÉTICA/UNIFOR. Endereço - Avenida Washington Soares, XXX - CEP 60000-000 - Fortaleza-CE.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Senhor (a) _____, portador (a) da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa da CARTA DE INFORMAÇÃO AO PACIENTE, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o paciente e/ou representante legal pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Fortaleza-Ce. ____ de _____ de ____.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Pesquisador

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1 História pessoal

- Fale do surgimento de sua obesidade,
 - . quando começou ?
 - . o que você acha que o ajudou a tornar-se obeso ?
- O que representava para você a obesidade?
(sentimentos, vida pessoal, familiar, social, lazer, trabalho, vida amorosa e sexual).
- Se pudesse o que você mudaria na sua história de vida?

2 Antecedentes familiares e sociais

- Tem parentes obesos? Quantos e quem são eles?
- Quem lhe disse que você estava gordo?
Muito gordo? Obeso? Como foi? O que você sentiu?
- Como a sua família reagia à sua obesidade?
- Alguma vez foi discriminado por ser obeso?
- Como foi? Quem o discriminou?

3 Hábitos alimentares

- Como você avalia hoje o seu comportamento alimentar anterior à cirurgia?
- Conseguia diferenciar: fome / saciedade / apetite / excesso alimentar?

4. Percepção corporal

- Como você reagia ao se ver no espelho ou ao ouvir comentários sobre a sua obesidade?

5. Visão do outro

- Que sentimento você experimentava ao se deparar com outro indivíduo obeso?

6. Tratamento conservador

- Que cuidados buscou para deixar de ser obeso? Que perda obteve? Quanto tempo demorou a atingi-la? Recuperou o peso? Em quanto tempo?
- Qual o sentimento com cada uma delas?
- Como você avalia o tratamento com cada profissional que esteve envolvido nas diversas tentativas de reduzir peso (conhecimento, motivação, interesse, - houve trabalho interdisciplinar?).
- Recebeu incentivo ou apoio de alguém nas diversas tentativas? Foi desestimulado?

7. Expectativas

- O que você esperava da cirurgia, antes de ser esclarecido pelo seu médico? (Era realista a sua expectativa?). Quanto peso esperava perder? (Idem?)
- O que você achava que poderia mudar na sua vida após a cirurgia?

9. Preparo

- Fale sobre o seu contato inicial com o cirurgião (Apoiou-o? Questionou, esclareceu, orientou, sugeriu à equipe interdisciplinar cuidados imediatos?).
- Como você se sentiu ao ser cuidado por uma equipe de profissionais de diversas áreas (psicólogo nutricionista). (Interesse? Exigência?)
- A sua família participou desse processo (apoiou, ajudou, estimulou, compareceu?).
- E os seus amigos foram informados?
- Como reagiram?

10. Dúvidas

- Você acha que foi devidamente esclarecido sobre a cirurgia e todos os procedimentos envolvidos no tratamento da obesidade? (Restou algo a ser melhor esclarecido ?)
- Você se considerava preparado para a cirurgia? (O que lhe dava certeza?).

11. A cirurgia

- Como você vivenciou os primeiros momentos (dias) após a cirurgia? (Estavam dentro das expectativas?) Arrependeu-se?

12. Mudanças pós-operatórias

- Como você vivenciou as transformações que a cirurgia acarreta? (físico, emocional, alimentar).
(Reação a cada etapa)
- Houve conquistas obtidas com a cirurgia? Quais? Peso, saúde, qualidade de vida, atividade física, desempenho profissional, sexual.
- Você percebeu se houve mudança no comportamento dos outros em relação à sua redução de peso? (Como se manifestou?)
- Como você experimenta hoje o comentário sobre o seu corpo? E a sua nova imagem?
- Como você avalia hoje o seu comportamento alimentar: (Compare os dois momentos, no estresse? Sente fome? Desconforto após comer? Vomita? Passa do limite ?
- Você percebeu em alguma ocasião que o seu comportamento alimentar repete o que acontecia antes da cirurgia? (Cabeça gorda)
- Sabe que é possível a re-engorda?
- Que cuidados você observa para evitá-la?

13. Avaliações

- Como você avalia a opção feita pela cirurgia? (Por quê?)
- A avaliação é a mesma em todos os momentos: (quando e por que foi diferente?)
- Como você se sente hoje? E como se imagina nos próximos 5 - 10 e 20 anos?
- Valeu a pena? Qual a sua avaliação hoje de você nos dois momentos (obeso e atual)?

- Se você fosse se operar hoje, o que seria diferente? Por quê?
- Se alguém obeso, que você gosta muito, lhe pedisse uma orientação para sair da situação de obesidade, o que você diria?

OS QUATRO TEMAS CENTRAIS E SUAS CATEGORIAS ESPECÍFICAS

- **História pessoal**

- Início da obesidade
- As possíveis causas da obesidade
- “Um fato marcante”
- História familiar
- Co-morbidades

- **Aspectos psico-emocionais**

- Comportamento alimentar
- Fora do padrão estético de beleza
- Perdas proporcionadas pela obesidade
- Percepção do corpo

- **Vivências e frustrações com tratamentos anteriores**

- **Aspectos relativos à cirurgia bariátrica**

- A motivação para a cirurgia
- As primeiras informações sobre a cirurgia bariátrica
- O apoio familiar para a decisão de operar-se
- Expectativas

- Preparação
- As dificuldades após a cirurgia
- O controle alimentar permanente
- Negligenciando as orientações
- “Ainda pensando como gordo”
- Os ganhos secundários
- Construindo uma nova imagem
- Problemas tardios
- Avaliando os resultados
- Orientação a outro obeso
- Projetos para o futuro

SUMÁRIO ANALÍTICO

1	INTRODUÇÃO	8
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	Obesidade - aspectos clínicos	15
2.1.1	Histórico	15
2.1.2	Definição	17
2.1.3	Epidemiologia	17
2.1.4	Etiologia	18
2.1.5	Comportamento alimentar	19
2.1.6	Balanço energético	19
2.1.7	Fisiopatologia	20
2.1.8	Quadro clínico	21
2.1.9	Co-morbidades	22
2.1.10	Tratamento conservador: idéias gerais	22
2.1.11	Reeducação alimentar	23
2.1.12	Atividade física	23
2.1.13	Farmacoterapia	24
2.1.14	Tratamento cirúrgico	25
2.2	Obesidade - aspectos psicossociais	26
2.2.1	Aspectos socioculturais	26
2.2.2	Vínculo mãe-filho	28
2.2.3	Implicações da família na obesidade	30
2.2.4	Aspectos psicológicos	32
2.2.5	Fome, apetite e saciedade	33
2.2.6	Imagem corporal	34
2.2.7	Obesidade e gênero	36
2.2.8	Obesidade e sexualidade	38
2.2.9	Obesidade e Psiquiatria	40
2.2.10	Adição química e obesidade	42
2.3	A cirurgia bariátrica	44
2.3.1	Intervenção cirúrgica e emagrecimento	44
2.3.2	Crítérios de avaliação do tratamento cirúrgico	47
3	DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	49
3.1	Questionamentos	52
4	OBJETIVOS	53
4.1	Objetivo geral	53
4.2	Objetivos específicos	53

5	METODOLOGIA	54
5.1	Natureza do estudo	54
5.1.1	O método clínico-qualitativo	56
5.1.2	Estudo exploratório	57
5.2	Estratégia metodológica	57
5.3	Operacionalização da entrevista	58
5.4	Tratamento dos dados	59
5.5	Sujeitos da pesquisa	60
5.6	Descrição e trabalho de campo	61
5.7	Aspectos éticos	61
5.8	Análise e discussão	61
5.9	Reflexões sobre as análises	62
6	RESULTADOS - DISCUSSÃO E ANÁLISE	63
7	CONCLUSÕES E SUGESTÕES	105
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
	ANEXOS	120

