



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM
EDUCAÇÃO NAS PROFISSÕES DA SAÚDE

AVALIAÇÃO DE PARÂMETROS PSICOLÓGICOS
ASSOCIADOS AO REGANHO E MANUTENÇÃO DE PESO
APÓS DOIS OU MAIS ANOS DE REALIZAÇÃO DE CIRURGIA
BARIÁTRICA

Mestrado em Educação nas Profissões da Saúde

Pesquisadora:

Lis Marina Lopes Lazzarini

Orientadora:

· Profa. Dra. Maria Helena Senger

Coorientadora:

Profa. Dra. Ana Laura Schliemann

SOROCABA-SP

2015

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM
EDUCAÇÃO NAS PROFISSÕES DA SAÚDE**

Pesquisadora:
Lis Marina Lopes Lazzarini
Orientadora:
· Profa. Dra. Maria Helena Senger
Coorientadora:
Profa. Dra. Ana Laura Schliemann

**Avaliação de Parâmetros Psicológicos Associados ao
Reganho e Manutenção de Peso Após Dois ou Mais Anos de
Realização de Cirurgia Bariátrica**

Pesquisa integrante do Projeto multiprofissional intitulado “Avaliação de Parâmetros Metabólicos, Fisioterápicos e Psicológicos Associados ao Reganho e Manutenção de Peso Após Dois ou Mais Anos de Realização de Cirurgia Bariátrica no Ambulatório de Obesidade do Conjunto Hospitalar de Sorocaba”.

Trabalho Final apresentado à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE PROFISSIONAL em Educação nas Profissões da Saúde sob a orientação da Profa. Dra. Maria Helena Senger e coorientação da Profa. Dra. Ana Laura Schliemann.

**SOROCABA-SP
2015**

ERRATA

Lazzarini LML. Avaliação de parâmetros psicológicos associados ao reganho e manutenção de peso após dois ou mais anos de realização de cirurgia bariátrica [trabalho final]. Sorocaba: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde; Programa Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde; 2016.

Folha	Linha	Onde se lê	Leia-se
15	23	e afins	ansiedade, exclusão social
18	15	pelo serviço	pelo serviço que intervém no contato
48	19	outros teve	outros tiveram
52	13	poucas relações	poucas relações que possui
87	-	Quadro 6	Quadro 6 abaixo
88	-	Quadro 7	Quadro 7 abaixo
89	-	Quadro 8	Quadro 8 abaixo
107	6	que reganho	que teve reganho

O **quadro 6** passa a ter a seguinte grafia:

Participante		LARIMAR	AGATA	CRISTAL	SAFIRA	SELENITA	PÉROLA
Altura (metros)		1,74	1,55	1,53	1,78	1,53	1,68
Perda de peso (%) pré-cirúrgico		12,3	17,5	9,0	5,2	13,3	8,5
Tempo (meses) para a perda de peso pré-cirúrgico		7,0	24,0	5,0	24,0	24,0	24,0
Início no CHS	Kg	179,0	121,2	105,5	116,0	149,9	125,7
	IMC	59,9	51,4	45,1	36,6	64,8	44,5
Antes da cirurgia	Kg	157,0	100	96,0	110,0	129,9	115,0
	IMC	49,0	41,6	41,0	34,7	64,0	40,7
Um ano após a cirurgia	Kg	107,7	87,0	53,0	72,4	102,3	83,0
	IMC	33,6	32,2	22,6	22,8	43,7	29,4
Mínimo atingido após a realização da cirurgia	Kg	101,5	83,0	52,0	68,7	99,7	82,5
	IMC	31,5	34,5	22,2	21,7	42,6	29,2
Atual	Kg	101,9	87,3	56,1	74,4	109,0	84,5
	IMC	31,8	36,3	24	23,5	46,6	29,9
Reganho de peso em relação ao mínimo atingido (%)		0,4	5,2	7,9	8,3	9,3	2,4

O quadro 7 passa a ter a seguinte grafia:

Participante		RUBI	JADE	ESMERALDA	LÁZULI	ANGELITITA	GALENA
Altura (metros)		1,5	1,63	1,57	1,49	1,61	1,62
Perda de peso (%) pré-cirúrgico		20,1	1,9	13,0	0,0	10,6	10,0
Tempo (meses) para a perda de peso pré-cirúrgico		10,2	1,8	9,0	-	13,9	10,0
Início CHS	Kg	115,8	104,0	157,4	85,0	103,5	130,0
	IMC	38,6	39,1	63,9	38,5	39,9	49,5
Antes da cirurgia	Kg	92,5	102,0	137,0	85,0	92,7	117,0
	IMC	30,8	38,4	55,6	38,2	35,5	44,6
Um ano após a cirurgia	Kg	79,6	71,4	92,3	63,0	70,5	91,0
	IMC	26,5	26,9	37,4	28,4	27,0	34,7
Mínimo atingido após a realização da cirurgia	Kg	69,4	70,1	84,0	62,0	66,0	75,0
	IMC	23,1	26,4	34,1	27,9	25,5	28,6
Atual	Kg	82,5	83,0	105,9	71,3	76,8	86,6
	IMC	27,5	31,2	43,0	32,1	29,6	33,0
Reganho de peso em relação ao mínimo atingido (%)		18,9	16,9	26,1	15,0	16,4	15,5

O quadro 8 passa a ter a seguinte grafia:

Participante	LARIMAR	AGATA	CRISTAL	SAFIRA	SELENITA	PÉROLA
QV geral	84,6	54,8	75,0	85,5	74,0	94,2
QV em Saúde	87,5	62,5	62,5	100,0	75	100,0
Físico	92,8	60,7	71,4	85,7	57,1	100,0
Psicológico	83,3	62,5	83,3	83,3	91,6	100,0
Relações sociais	83,3	41,6	100,0	83,3	100,0	91,6
Meio ambiente	78,1	46,8	65,6	84,3	65,6	84,4

BANCA EXAMINADORA

RESUMO

Sendo a obesidade uma condição médica crônica de etiologia multifatorial, o seu tratamento envolve várias abordagens, como nutrição, medicamentos e prática de exercícios. Mas em certos casos, quando não há uma boa resposta a esses tratamentos, faz-se necessária uma intervenção mais eficaz. Dessa forma, a cirurgia bariátrica vem sendo cada vez mais realizada, mostrando-se uma técnica de grande auxílio na condução clínica de alguns casos de obesidade. A técnica cirúrgica denominada by-pass gástrico ou gastroplastia redutora em Y de Roux do tipo mista é a mais praticada no Brasil e corresponde a setenta e cinco por cento das cirurgias realizadas, devido a sua segurança e, principalmente, sua eficácia. Apesar do fato da maioria das pessoas perderem uma quantidade significativa de peso, estudos preliminares sugerem que grande quantidade de pacientes tem reganho de peso e retorno de comorbidades pós-cirurgia bariátrica. Odom et al informam que a influência do comportamento parece desempenhar um papel modulador no problema do reganho de peso²⁵. Carvalho Junior afirma que o reganho de peso estaria condicionado ao “comer” diante de emoções negativas e à passividade como resposta a situações de estresse na vida cotidiana e relacionado à tendência para usar a comida como reguladora de humor³⁶. Aprofundar o conhecimento dos pacientes submetidos e acompanhados após a bariátrica poderá subsidiar os conceitos sobre reganho de peso, incluindo sua possível prevenção. Do ponto de vista da Psicologia observa-se que mecanismos emocionais estão envolvidos no reganho ou não e acredita-se que esses seriam motivos suficientes para um envolvimento das pessoas que vivem esse processo. Objetivamos avaliar parâmetros psicológicos associados ao reganho e à manutenção de peso e criar material que favoreça a educação dos usuários do serviço através do desenvolvimento de um programa de grupo psicoeducativo. Foi realizado um estudo do tipo transversal, observacional e qualitativo. Para a coleta de dados psicológicos foram utilizadas entrevistas e o Instrumento de Avaliação Breve da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (Who Quality of Life- Bref; WHOQoL- Breve). Confirmamos no grupo estudado a existência das associações psicológicas e psicossociais com o fato de algumas pessoas voltarem a ganhar peso após algum tempo da realização da cirurgia bariátrica e ainda, pudemos ressaltar particularidades desse grupo em relação ao grupo que não apresentou reganho de peso. Temáticas centrais obtidas nas análises de discurso poderão subsidiar assuntos de fundamental exploração dos profissionais psicólogos envolvidos no trabalho com pacientes antes e após a realização da cirurgia bariátrica.

Palavras-chave: obesidade, cirurgia bariátrica, reganho de peso, aspectos psicossociais, psicologia.

ABSTRACT

Obesity is a chronic medical condition with multifactorial etiology whose treatment involves several approaches as nutritional intervention, medication and physical exercises. In some cases, on the other hand, with poor response to these treatments, more effective intervention might be necessary. Thus, bariatric surgery is often used as an efficient technique to support treatment success in some cases of obesity. In Brazil, seventy five percent of bariatric surgery use the gastric bypass known as Roux "Y" reduction gastroplasty – mix type, considering its safety and efficient performance. Even if most people lost significant amount of weight, preliminary researches suggest that considerable amount regained weight and returns to initial comorbidities state. To Odom et al, behavior seems to play a modulatory factor for weight regain. Carvalho Junior, corroborates relating weight regain with "eating" in response to negative emotions and passive reactions when patients faces stress situations in daily life and propensity to use food as a humor moderator. Strengthening patients knowledge about their condition after bariatric surgery, could support weight regain concepts, including its prevention. Psychology lights observes emotional mechanisms involved on weight regain processes or not and believes these sufficient for people engagement. This research objetivate investigation of psychological parameters associated with weight regain, maintaining and creating sources to promote education of psychologist services users, developing psychoeducational group program. A study of cross-sectional observational and qualitative and quantitative type was carried out . To collect psychological data interviews were used and the Brief Assessment Instrument Quality of the World Health Organization Life (Who Quality of Life- Bref ; WHOQOL- Bref) . As result on studied group, this research confirm psicologic and psychosocial connection between weight regain in some people after bariatric surgery and enhance specificities in this group comparing to group that weight regain not occur. Analysing speeches could improve fundamental issues exploitations from psychology professionals involved in monitor patients before and after the bariatric surgery.

Key words: obesity, bariatric surgery, weight regain, psychosocial aspects, psychology

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
a) Obesidade em Números	8
b) Aspectos Legais.....	10
c) Aspectos Locais (condições em Sorocaba)	11
d) Abordagem Cirúrgica no Tratamento da Obesidade: Técnicas e Efeitos.....	12
e) Aspectos Psicossociais e Psiquiátricos na Cirurgia Bariátrica	14
f) O Problema do Reganho de Peso	16
g) O Papel do Psicólogo.....	17
h) Histórico e Contexto Pessoal	18
II. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	20
III. OBJETIVOS.....	22
IV. MATERIAL E MÉTODOS	23
IV a) Aspectos Éticos.....	23
IV b) Tipo de Estudo	23
IV c) Cenário do Estudo.....	24
IV d) Critérios de Inclusão	24
IV e) Critérios de Exclusão	25
IV f) Período do Estudo	25
IV g) Triagem dos Casos	25
IV h) Convite para a Participação na Pesquisa	26
IV i) Fontes e Instrumentos de Coleta de Dados	26
IV j) Análise dos Dados	29
V. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
V.1 Apresentação dos casos.....	36
V.2 Dados comparativos	77
V.3 Dados de prontuário	77
V.4 WHOQol-bref	88
V.3 Comparação dos resultados segundo os escores das facetas da WHOQol-bref	93
VI. DISCUSSÃO FINAL	104
VIII. REFERÊNCIAS.....	111
APÊNDICES	118
Apêndice A -TCLE.....	118
Apêndice B - Entrevistas	122
Apêndice C – WHOQol-bref	176

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a obesidade como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura no corpo que pode prejudicar a saúde. A doença decorre do desequilíbrio energético entre calorias consumidas e calorias gastas pelo organismo e está relacionada ao aumento da ingestão de alimentos altamente energéticos e ricos em gordura, associada ao aumento do sedentarismo^{1,2}.

A obesidade pode ser considerada um grupo heterogêneo de condições com múltiplas causas que resulta em manifestações próprias caracterizando-a como doença crônica não transmissível (DCNT). Seus fatores orgânicos podem ser exacerbados por fatores não-genéticos, como o ambiente externo e interações psicossociais que atuam sobre mediadores fisiológicos de gasto e consumo energético³.

As DCNT compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções em todos os níveis de atenção do sistema de saúde associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura^{1,4}.

Hoje, o índice de massa corporal (IMC) é o critério mais utilizado para se definir a obesidade em adultos. É obtido através do cálculo do peso da pessoa em quilos, dividido pelo quadrado da sua altura em metros (kg/m^2), classificando os indivíduos desde a normalidade até a obesidade grave^{1,5-10}.

O IMC para adultos é considerado como normal quando se encontra entre 18,5 a 24,9 kg/m^2 , sobrepeso entre 25 a 29,9 kg/m^2 . Acima de 30 kg/m^2 caracteriza o quadro de obesidade: entre 30 kg/m^2 e 34,9 kg/m^2 equivale ao grau I (moderado), entre 35 kg/m^2 e 39,9 kg/m^2 corresponde ao grau II (grave) e igual ou maior que 40 kg/m^2 é considerado como obesidade grau III (muito grave). Denomina-se superobesidade quando o IMC é igual ou maior que 50 kg/m^2 ^{1,2,9,10-14}.

No entanto, o IMC deve ser considerado como um guia geral, porque pode não corresponder ao nível de gordura em diferentes indivíduos. Outras medidas

antropométricas como a circunferência abdominal (CA) são usadas para a avaliação da gordura abdominal, que possui correlação com a presença de fatores de riscos metabólicos, tais como hipertensão arterial (HA) e diabetes mellitus (DM) e é preditiva de tais riscos. Assumem valores diferenciados quanto ao sexo, etnia e em faixas etárias diversas. Para os indivíduos brancos adultos, os valores estabelecidos são de 80 cm para mulheres e 94 cm para homens, segundo a *International Diabetes Federation* (IDF)^{1,9-13}.

A preocupação com o excesso de peso ocorre porque afeta praticamente todo o organismo e pode levar a inúmeras complicações como DM, dislipidemia, doenças cardiovasculares, alterações cerebrovasculares e doenças articulares degenerativas, entre outras. Contribui para a redução da qualidade e da expectativa de vida, desmotivando a atividade física e influenciando o estado emocional negativamente^{1,15,16}.

Sendo a obesidade uma condição médica crônica e de etiologia multifatorial, seu tratamento envolve várias abordagens, como a nutrição, os medicamentos e a prática de atividade física. Mas em certos casos, quando não há uma boa resposta a esses tratamentos, faz-se necessária uma intervenção mais radical. É este o espaço destinado à cirurgia bariátrica, cada vez mais realizada, e encarada como de grande auxílio na condução de alguns casos de obesidade¹⁷.

Diante disso é que podemos observar que tratar obesidade exige um diagnóstico amplo seguido de trabalho multidisciplinar. A psicologia se fará presente nessa equipe com um papel ligado a avaliação, tratamento e recuperação dos doentes com obesidade mórbida.

a) Obesidade em Números

A incidência da obesidade tem crescido em todo o mundo, assumindo conotação epidêmica, tanto em países ricos como em desenvolvimento, e entre todos os segmentos da sociedade. Entre 1980 e 2013, a proporção de adultos obesos no mundo subiu de 28,8% para 36,9% entre os homens e de 29,8% para 38,0% entre as mulheres^{1,15}.

Na pesquisa apresentada em 2014, que mediu a prevalência de fatores de risco e proteção para doenças não transmissíveis na população brasileira, intitulada como Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças

Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), constatou-se que nos últimos três anos não houve crescimento na frequência de obesidade. Porém, houve um aumento de 23,0% nos últimos nove anos quanto à evolução da frequência de excesso de peso no país¹⁶.

O crescente número de pessoas com excesso de peso revela que 52,5% dos brasileiros estão acima do peso. Em 2006 o mesmo índice era 43,0%, ou seja, houve um aumento de quase 10%. Os obesos representam 17,9% da população e o Brasil é o quinto país no mundo com o maior índice de sobrepeso, seguindo a África do Sul, Rússia, China e Índia ¹⁷.

A projeção da OMS para 2025 é que no mundo haverá cerca de 2,3 bilhões de adultos com sobrepeso e mais de 700 milhões obesos. No Brasil, a obesidade vem crescendo cada vez mais e levantamentos apontam que mais de 50,0% da população está acima do peso, ou seja, na faixa de sobrepeso e obesidade¹.

O levantamento realizado pela VIGITEL 2014 apontou que no Brasil a obesidade é maior entre a população feminina (18,2%). Quanto à faixa etária, 22,0% dos obesos tem idade entre 35 e 44 anos, 21,3% entre 45 e 54 anos e 23,1% entre 55 e 64 anos de idade. A VIGITEL ressaltou ainda que quanto menor a escolaridade, maior o índice de obesidade com 22,7% da população obesa com no máximo oito anos de estudo¹⁷.

Vale ressaltar que entre 2009 e 2011, o custo anual no Brasil de todas as doenças relacionadas ao sobrepeso e à obesidade foi de U\$ 2,1 bilhões, sendo 10% deste valor atribuído diretamente ao custeio do tratamento do sobrepeso e da obesidade¹⁸.

As propostas de tratamento e as políticas de controle de obesidade são complexas e se tornaram objeto crescente de pesquisas, uma vez que o excesso de peso representa uma fonte de preocupação na esfera pública mundial e também no Brasil. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), lançado em 2011 pelo governo brasileiro pretende deter o crescimento do excesso de peso no país, bem como incentivar a adoção de hábitos saudáveis na população. Entre as propostas estão estratégias como núcleos de apoio à saúde da família, o programa Academia da Saúde e a campanha “Da Saúde se Cuida Todos os Dias” ^{1,6,8,16-19}.

A epidemia da obesidade não será revertida sem a liderança do governo,

regulação e investimento em programas, monitoramento e pesquisas por isso precisam ser observadas as políticas públicas de saúde e as condições da legislação brasileira²⁰.

b) Aspectos Legais

O Ministério da Saúde do Brasil, em 19 de março de 2013, publicou a portaria nº424 para redefinir as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS), assumida como linha de cuidado prioritária na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas. O tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, conforme estabelece a portaria nº 424 do Ministério da Saúde do Brasil^{21,22}.

A portaria nº425 corrobora a anterior e estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o serviço de assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade²².

Dentre as exigências gerais para a existência do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao obeso está a composição da sua equipe mínima contando com médico cirurgião, psicólogo ou psiquiatra, médico endocrinologista ou clínico geral e nutricionista ou nutrólogo. A equipe complementar deve ser formada pela equipe médica (clínico geral, cardiologista, pneumologista, endocrinologista, angiologista/cirurgião vascular, cirurgião plástico e anesthesiologista), além de profissionais das áreas de Enfermagem, Serviço Social e Fisioterapia^{21,22}.

A indicação cirúrgica está prevista nos casos de insucesso do tratamento clínico longitudinal instituído por no mínimo dois anos, na atenção básica e/ou na atenção ambulatorial especializada, e que tenham seguido protocolos clínicos^{21,22}.

Os futuros pacientes devem apresentar IMC igual ou maior que 40 kg/m², com ou sem a presença de comorbidades, ou igual ou maior 35 kg/m², desde que existam comorbidades^{21,22}.

O aumento do número de complicações, tanto durante a cirurgia como no pós-operatório imediato e no tardio, deu-se com o aumento do número de procedimentos nos últimos anos. Isto ressalta a necessidade da avaliação criteriosa dos casos a serem encaminhados à cirurgia¹⁰.

De acordo com o anexo I das portarias 424 e 425, a avaliação psicológica é item obrigatório na fase pré-operatória da cirurgia bariátrica, assim como no acompanhamento até 18 meses após a cirurgia^{21,22}.

Cabe lembrar que são contraindicações à cirurgia a presença de: doença cardiopulmonar grave e descompensada que influencie a relação risco-benefício, hipertensão arterial (HAS), com varizes esofagogástricas, doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco, além da Síndrome de Cushing, limitação intelectual significativa, em pacientes sem suporte familiar adequado ou quadro de transtorno psiquiátrico não controlado (incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas)^{21,22}.

c) Aspectos Locais (condições em Sorocaba)

Um dos serviços existentes para o atendimento de alta complexidade ao obeso encontra-se na cidade de Sorocaba, referência na área da saúde para uma região formada por 48 municípios pertencentes à Divisão de Saúde Regional XVI (DRS-XVI). O Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS) teve sua origem no Hospital Prof. Dr. Linneu de Mattos Silveira (conhecido na região por Hospital Regional), inaugurado em novembro de 1969 e integrado, em 1976, ao Hospital Leonor Mendes de Barros. Construído em 1988, o Ambulatório Regional de Especialidades foi anexado ao CHS e nesse local é que acontecem as consultas. Esse hospital é totalmente mantido pelo Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS)²³⁻²⁵.

É fato importante ressaltar que o CHS está integrado a Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUCSP, Campus Sorocaba que por meio de convênio formal prevê sua utilização como campo de estágio na graduação e pós-graduação dos cursos da área de saúde, bem como para realização de pesquisas e de capacitação profissional. Esse fator torna o hospital um importante centro de produção de conhecimento oferecendo aos usuários melhores condições de atendimento²³⁻²⁵.

O serviço ao obeso do CHS foi credenciado pelo governo do estado de São Paulo em 27 de novembro de 2003 como um dos Centros de Referência em Cirurgia Bariátrica e contava com o serviço de profissionais com vínculos no CHS e/ou da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba da PUC-SP. O tratamento

da obesidade era realizado por uma equipe multidisciplinar, composta por assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos e equipe médica (endocrinologistas, cirurgiões e anestesistas). Até 2014 o CHS totalizou mais de 450 casos de pacientes obesos atendidos e aproximadamente 200 cirurgias realizadas²⁵.

Em 2014, as cirurgias bariátricas no CHS deixaram de ser realizadas após a exigência de adequação aos critérios do Ministério da Saúde para o cuidado da pessoa com doença crônica. Não houve descredenciamento do serviço até o momento, os pacientes já operados persistem em acompanhamento ambulatorial, mas como não ocorre a marcação da cirurgia, o atendimento encontra-se comprometido, bem como a inclusão de novos usuários a este serviço^{24,25}.

Para ser incluída no serviço o usuário podia ser encaminhado de outros locais ou mesmo por vontade própria. Os pacientes obesos, inicialmente, eram cadastrados pelas assistentes sociais do município do domicílio e convidados para palestras iniciais sobre temas relativos à obesidade e ao tratamento cirúrgico.

Nos encontros os profissionais apresentavam as condições do tratamento, bem como a técnica utilizada na cirurgia bariátrica com explicações sobre o tratamento, avaliação e preparação realizado por médicos cirurgiões e endocrinologistas, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas da equipe. Os candidatos assistiam também depoimentos de pacientes que já realizaram cirurgia bariátrica. No final da palestra era aberto o espaço para esclarecimento de dúvidas e conversações entre pacientes e profissionais, podendo a partir daí entrar na fila de espera da cirurgia bariátrica.

Com os nomes dos participantes da palestra em mãos as assistentes sociais do CHS realizavam contato com os candidatos para agendamento de consultas com médicos endocrinologistas para o início do processo de avaliação.

A partir dessa análise os candidatos eram avaliados e passavam para acompanhamento nutricional e psicológico.

d) Abordagem Cirúrgica no Tratamento da Obesidade: Técnicas e Efeitos

As técnicas cirúrgicas subdividem-se nos seguintes tipos: restritivos (diminuem a quantidade de alimentos que o estômago é capaz de comportar),

como a banda gástrica ajustável e a gastrectomia vertical; disabsortivos (reduzem a capacidade de absorção do intestino) e mistos (com pequeno grau de restrição e desvio curto do intestino com uma discreta má absorção de alimentos), tais como: duodenal *switch* e *bypass* gástrico/gastroplastia redutora em Y de Roux^{8,16}.

Esta última técnica é a mais praticada no Brasil, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas, devido a sua segurança e, principalmente, sua eficácia. Neste procedimento, o estômago sofre um grampeamento que reduz o espaço para o alimento (mecanismo restritivo) e o intestino é desviado em sua porção inicial (mecanismo disabsortivo), o que promove aumento de hormônios que estimulam a saciedade e diminuem a ingestão alimentar⁸.

O paciente submetido à técnica do *by-pass* gástrico (gastroplastia com desvio intestinal em Y de Roux) perde de 40% a 45% do seu peso inicial (pico entre 12 a 18 meses após a cirurgia) com estabilização em dois anos. Fobi e Lee na Califórnia e Capella et al. em New Jersey confeccionaram a bolsa gástrica vertical junto à pequena curvatura gástrica entre as duas partes do estômago seccionado como objetivo de evitar o contato entre elas e possíveis fístulas gástricas e onde a musculatura mais espessa dificulta a dilatação e interpuseram também um segmento da alça jejunal em Y^{8,15,25-28}.

A associação derivação gástrica em Y-de-Roux com um anel restringindo a saída da pequena câmara gástrica funcionando tem o objetivo de acentuar a eficiência na perda de peso em longo prazo²⁸.

O conceito metabólico foi agregado à cirurgia bariátrica há cerca de dez anos. Isto ocorreu devido à importância que a cirurgia adquiriu como arma terapêutica das doenças causadas, agravadas ou cujo tratamento e controle são dificultados pelo excesso de peso ou facilitados pela perda de peso⁵.

Observa-se, além da remissão do DM2, a melhora do perfil lipídico, com diminuição de triglicérides e LDL (*low density lipoproteins* ou lipoproteínas de baixa densidade, conhecido como "colesterol ruim") e diminuição da pressão arterial. O LDL transporta o colesterol do fígado até as células dos tecidos e favorece o seu acúmulo nas paredes internas das artérias, diminuindo o fluxo do sangue, estando diretamente relacionado a doenças cardíacas. A melhora do padrão lipídico decorre, sobretudo, pela melhora da resistência à insulina e da menor ingestão calórica lipídica e da disabsorção^{25,29}.

A cirurgia também pode permitir uma redução da pressão arterial sistólica de 7,7%, acompanhando a perda de peso. A melhora da hipertensão arterial ocorre tanto em pacientes com hipertensão arterial cuja causa é idiopática quanto em diabéticos. Esta redução ocorre devido à resolução da hiperinsulinemia, da resistência à insulina e da hiperativação simpática^{29,30}.

Em 2011, a IDF estabeleceu a cirurgia bariátrica como um dos tratamentos para o DM2, quando está acompanhado de obesidade com IMC maior ou igual a 35 kg/m²⁷. Além disso, também estabeleceu critérios para se considerar a remissão das comorbidades associadas à obesidade, sendo eles^{5,27,29-31}.

- HbA1c menor ou igual a 6%;
- Ausência de hipoglicemia;
- Colesterol total abaixo de 155 mg/dl;
- LDL colesterol abaixo de 77 mg/dl;
- Triglicérides abaixo de 195 mg/dl;
- Pressão arterial abaixo de 135/85 mm/Hg;
- Perda de peso maior que 15%.

e) Aspectos Psicossociais e Psiquiátricos na Cirurgia Bariátrica

No processo de avaliação para cirurgia é importante que a equipe multidisciplinar possua experiência para examinar os objetivos, as expectativas e motivação do indivíduo para a perda de peso³²⁻³⁵.

Como todo tratamento invasivo e em especial, restritivo, a avaliação psicológica é fundamental. Para tanto é necessário observar e avaliar vários aspectos dentre eles as condições psicológicas e psiquiátricas no pré-operatório e durante o decorrer do tratamento.

Na avaliação psicológica pré-operatória dos pacientes/candidatos devem ser observadas as limitações impostas pelo Ministério da Saúde, que são: limitação intelectual significativa, falta de suporte familiar adequado, quadro de transtorno psiquiátrico não controlado (incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas) e, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra indicativos obrigatórios à cirurgia, mas exigem cuidado dos profissionais. O paciente para

atingir êxito terapêutico precisa aceitar sua doença e admitir sua necessidade de tratamento^{21,22}.

A população obesa tem sido referida na literatura como a que apresenta alterações frequentes em nível psicopatológico e de personalidade e que podem comprometer a adesão ao tratamento. Entre elas, as mais citadas são o transtorno de personalidade *borderline*, funcionamentos emocionais do tipo depressivo e ansioso, compulsão para comer (*binge eating*) acompanhada de reações emocionais de irritabilidade, desinibição e raiva, distorção da imagem corporal, baixa autoestima, discriminação/hostilidade social, sentimento de rejeição e exclusão social. A isso, também podem coexistir problemas funcionais e físicos, história de abuso sexual, perdas parentais precoces, história familiar de abuso de álcool, ideação suicida, problemas familiares/conjugais, sentimentos de vergonha e autoculpabilização, agressividade/revolta, insatisfação com a vida, isolamento social, absenteísmo, psicossomatismo, entre outros^{31, 35-38}.

A obesidade é um dos distúrbios alimentares considerados como uma das mais antigas doenças metabólicas e afetarem um grande número de pessoas, incidem sobre a sua morbidade psiquiátrica e psicossocial^{37,38}.

Em relação à obesidade mórbida a cirurgia bariátrica é o tratamento indicado e para ela as condições psicológicas precisam ser minuciosamente avaliadas.

Os aspectos psicossociais da cirurgia bariátrica e da obesidade estão inter-relacionados tais como preconceitos, bullying e afins^{37,38}.

Aspectos emocionais que são observados quando da melhora do quadro clínico são do ponto de vista psicossocial os parâmetros preditivos positivos para melhor evolução do pós-operatório são a melhora dos níveis de autoestima, ajuste social e pessoal, satisfação com os resultados e confiança na própria habilidade de mudar comportamento^{37,38}.

Outro conceito que pode ser aplicado no conjunto dos aspectos psicossociais do indivíduo com excesso de peso é o da qualidade de vida (QV). Mesmo o QV sendo subjetivo e multidimensional ele inclui elementos de autoavaliação positivos e negativos. Para o Grupo de Estudos em Qualidade de Vida, da Divisão de Saúde Mental da OMS, QV corresponde à qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e

sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Portanto, o WHOQol-bref encontra respaldo no campo da obesidade como instrumento avaliativo, uma vez que o emagrecimento resulta na melhora significativa da qualidade de vida dessas pessoas devido ao peso eliminado após a cirurgia³⁹⁻⁴¹.

Entretanto, como todos os tratamentos para problemas crônicos de saúde a manutenção de um estado ou de retomada da doença irá depender de vários fatores.

f) O Problema do Reganho de Peso

Mesmo com a maioria das pessoas perdendo uma quantidade significativa de peso após a cirurgia bariátrica, estudos preliminares sugerem que grande quantidade de pacientes retomam o peso e tem retorno de comorbidades. A “volta” ou “recidiva da obesidade” costuma ser chamada de “reganho de peso” e pode ocorrer tanto após os tratamentos clínicos quanto após a cirurgia bariátrica e metabólica^{26,27,37,38}.

Odom et al consideraram reganho considerável de peso aquele maior ou igual a 15% do peso após a cirurgia, pois uma recuperação inferior a este percentual, é comumente descrita na população submetida à cirurgia bariátrica. No entanto, este percentual ainda não está plenamente estabelecido na literatura^{24,26,27,37}.

O reganho de peso estaria condicionado ao “comer” diante de emoções negativas e à passividade como resposta a situações de estresse na vida cotidiana e relacionado à tendência para usar a comida como reguladora de humor^{37-38,41}.

As relações entre comer, prazer e humor ficam implícitas na maioria das falas e concepções que os estudos mostram. Outro ponto importante que foi apontado por Odom et al., é que há uma relação entre a diminuição da qualidade de vida, que este grupo identifica como ‘bem-estar’, e reganho de peso. Observam que o comportamento compulsivo parece desempenhar um papel modulador no problema e a automonitorização do peso está fortemente associada a uma proteção do reganho. Parece que não há um descondicionamento para comer e o prazer fica associado somente a essa condição^{26,27,41}.

g) O Papel do Psicólogo

O psicólogo na área específica da saúde possui a função de colaborar para a compreensão dos processos intra e interpessoais, utilizando enfoque preventivo ou curativo, isoladamente ou em equipe multiprofissional em instituições formais e informais. Realiza ainda pesquisa, diagnóstico, acompanhamento psicológico, e intervenção psicoterápica individual ou em grupo, através de diferentes abordagens teóricas. Os psicólogos podem nessa avaliação aplicar testes nos pacientes para a cirurgia, mas essa conduta não foi adotada nesse serviço como rotina pelo grande número de usuários⁴³.

O psicólogo pode atuar em diversas situações que envolvem a saúde. Em relação à obesidade mórbida pode trabalhar na avaliação pré-operatória, nos tratamentos com objetivo de compreender a dinâmica de funcionamento dos pacientes que sofrem de obesidade e em suas consequências.

O estudo das fases do desenvolvimento humano constitui uma área do conhecimento da Psicologia cujas proposições objetivam compreender o homem em todos os seus aspectos. A perspectiva ecológica subdivide em quatro grandes grupos tais fases sendo elas: a infância, a adolescência, a vida adulta e a velhice. Na história de vida de pessoas obesas o desenvolvimento biológico, social, cognitivo e emocional se inter-relacionam e se misturam com a história da obesidade⁴⁴⁻⁴⁶.

As crianças e adolescentes obesos tendem a ser mais regredidos e infantilizados, apresentam dificuldades de lidar com a realidade, bem como com suas experiências de forma simbólica, adiar satisfações e obter prazer nas relações sociais, de lidar com a sexualidade, além de uma baixa autoestima e dependência materna⁴⁶.

Adultos obesos tendem a apresentar, muitas vezes, características comportamentais de passividade e submissão, preocupação excessiva com comida, ingestão compulsiva de alimentos e drogas, dependência e infantilização, primitivismo, não aceitação do esquema corporal, temor de não ser aceito ou amado, indicadores de dificuldades de adaptação social, agressividade, dificuldade para absorver frustração, desamparo, insegurança, intolerância e culpa. Observa-se que os sintomas e comportamentos

compulsivos expressam esses sentimentos ditos negativos e que povoam as fantasias desses doentes⁴⁷⁻⁴⁹.

O preconceito e a discriminação no trabalho, na sociedade em geral e nos relacionamentos interpessoais são um dos maiores problemas enfrentados pelos obesos. Este quadro pode começar na infância e classificar estas pessoas como menos qualificadas, com problemas emocionais e interpessoais, tendo ainda menores chances de participação social, escolar ou profissional. Dentre as pessoas que trabalham o serviço de saúde, dos obesos que se submeteram à cirurgia bariátrica, 80% relataram terem sido, devido ao peso, sempre ou quase sempre tratados desrespeitosamente pela classe médica ⁴⁷⁻⁴⁹.

No serviço público as relações interpessoais favorecem um vínculo diferente daquele estabelecido na clínica particular. No serviço público a relação intermediada pelo “serviço” irá estabelecer um padrão de vínculo mais objetivo e muitas vezes, superficial. A relação terapeuta/paciente ou cliente fica mediada pelo padrão estabelecido pelo serviço e não pela autonomia da relação terapêutica.

h) Histórico e Contexto Pessoal

A trajetória da pesquisadora no campo da psicologia relacionada aos processos de saúde-doença teve seu início mais específico com o interesse da realização do curso de especialista em hospital geral pelo Hospital das Clínicas da FMUSP em 2004. Neste projeto, a opção em permanecer como estudante no Serviço de Cirurgia Plástica e Queimaduras possibilitou o contato e aprendizado do atendimento às pessoas adoecidas e também ofereceu a oportunidade de trabalhar diretamente e entre outros temas, abordar questões como a alteração de imagem corporal, feminilidade e morte.

Ainda durante a especialização, houve a possibilidade de atendimento à pacientes obesos que buscavam ,incessantemente, há mais de dez anos participar da fila de espera do serviço de cirurgia bariátrica do Hospital das Clínicas de São Paulo. A “loucura” era tal que os obesos procuravam o pronto socorro do hospital para serem internados e, esperavam, a partir de então, serem encaminhados ao Serviço de Cirurgia do aparelho digestivo.

Outra experiência foi a oportunidade de avaliação para liberação de cirurgia plástica reparadora aos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

O trabalho como psicóloga dentro de hospitais se estendeu até o ano de 2008 entre os municípios de São Paulo e São José dos Campos em paralelo com a atuação clínica em consultório.

Há seis anos especificamente, a atividade como psicóloga clínica se ampliou ao assumir o desafio de avaliar e tratar pacientes que sofrem de obesidade e, por vezes, optam pela cirurgia bariátrica.

A partir deste estreitamento de interesse pela área a opção por realizar este mestrado teve o objetivo de desenvolver o tema da avaliação de parâmetros psicológicos que estão associados ao reganho e manutenção de peso após dois ou mais anos de realização de cirurgia bariátrica no ambulatório de obesidade do CHS foi um caminho natural.

II. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A escassez de dados sobre o reganho, bem como a indefinição deste percentual, relacionados à prática das atuais cirurgias bariátricas ainda é considerada como recente.

Assim, aprofundar o conhecimento dos pacientes submetidos e acompanhados após a cirurgia bariátrica poderá subsidiar os motivos sobre reganho de peso, além de incluir uma proposta possível de intervenção. Do ponto de vista da Psicologia, observa-se que mecanismos emocionais estão envolvidos no reganho ou não de peso e como se acredita que esses seriam motivos suficientes para um envolvimento das pessoas que vivem esse processo estudar essa relação é fundamental para melhorar a QV dos pacientes.

Outra consideração importante ainda a ser feita diz respeito ao foco da educação em saúde. A concepção de Turato (2005) sobre isso aponta que nos cenários da saúde é fundamental conhecer as significações do processo saúde/doença para melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição, promover melhor adesão de pacientes e da população aos tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente⁴⁹.

O psicólogo pode atuar no âmbito da problemática da obesidade na forma da educação em saúde. Portanto, entender mais profundamente os sentimentos, ideias e comportamentos dos pacientes que recuperam ou não parte do peso perdido após a bariátrica trará subsídios ao processo de educação em saúde.

Os benefícios conquistados em tratamentos e na cirurgia bariátrica, tais como os metabólicos, cardiovasculares, musculoesqueléticos e da qualidade de vida, passam a ficar comprometidos quando há considerável reganho de peso, uma vez que uma parte do processo fisiopatológico volta a se instalar³⁷.

Por esse motivo o esclarecimento de questões de quem são os pacientes que sofrem o reganho, como se comportam e se apresentam, quais são suas características psicológicas, qual o impacto do reganho em sua qualidade de vida precisa ser realizado para a apropriação deste conhecimento, vislumbra-se que novas medidas possam ser idealizadas para que os efeitos positivos pós-operatórios persistam.

No presente projeto o foco foi desenvolver o tema da avaliação de parâmetros psicológicos que estão associados ao reganho ou não e manutenção de peso após dois ou mais anos de realização de cirurgia bariátrica.

Espera-se que esteja clara a necessidade de pensar as questões emocionais que envolvem o ganho e a perda de peso.

III. OBJETIVOS

III a. Geral

O objetivo do trabalho foi de desenvolver o tema da avaliação de parâmetros psicológicos que estão associados ao reganho ou não e manutenção de peso após dois ou mais anos de realização de cirurgia bariátrica

III b. Especifico

— Descrever parâmetros psicológicos presentes em pacientes com ou sem reganho de peso após dois ou mais anos da realização da cirurgia bariátrica em pacientes operados nos dez anos de atividade cirúrgica no ambulatório de obesidade do CHS e mantidos em acompanhamento;

— Criar material que favoreça a educação dos usuários do serviço através do desenvolvimento de um programa de grupo psicoeducativo.

IV. MATERIAL E MÉTODOS

IV a) Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FCMS da PUC-SP (Nº CAAE 29073014.50000.5373), de acordo com os dispositivos da resolução 466/12 do Comitê Nacional de Ética em pesquisas envolvendo seres humanos e com a autorização prévia dos gestores do CHS.

Os pacientes foram entrevistados somente após a leitura, esclarecimento de dúvidas e concordância expressa pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) – **(apêndice A)**.

IV b) Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo do tipo transversal, observacional e qualitativo.

O modelo de corte transversal (seccional, *cross sectional*) é caracterizado pela busca de informações em um corte instantâneo. Ele funciona como uma fotografia, ele se dá numa população por meio de amostragem e nesta se examina a amostra, na presença ou ausência da exposição a um ou mais desencadeador e do efeito gerado.

O estudo foi denominado observacional por utilizar somente as informações disponíveis sobre os participantes ou por eles disponibilizadas, sem imposição de um tratamento aos dados obtidos. O objetivo do pesquisador foi observar sem intervir ou modificar qualquer aspecto a ser estudado.

Considerou-se um estudo quali/quantitativo por apresentar características das duas abordagens na análise dos dados.

A pesquisa qualitativa tem a finalidade da reflexão sobre a condição humana nas suas interações sociais e na compreensão dos significados e intencionalidades do homem nessa situação⁴⁹⁻⁵².

Nesse sentido, a pesquisa qualitativa se diferencia pela capacidade de incorporar a questão 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 construções humanas significativas. É a pesquisa caracterizada por respostas não traduzíveis em

números, pois usa como material a linguagem em suas várias formas de expressão. A pesquisa qualitativa tende a se preocupar com o significado, está interessada em como as pessoas dão sentido ao mundo e como elas vivenciam suas experiências⁴⁹⁻⁵².

Na metodologia qualitativa, o pesquisador deve estar consciente que sua própria pessoa é importante para a compreensão e interpretação de um meio social, que assim como seus objetos de observação, também está inserido nele⁵².

A participação da subjetividade do pesquisador como fundamento de sentido da percepção da subjetividade do homem observado é uma característica que se tem de forma diferenciada na metodologia⁴⁹⁻⁵².

A possibilidade de relatar a impressão da pesquisadora a respeito do comportamento das participantes no momento do encontro para a coleta de dados foi escolhida de forma a enriquecer a gama de informações sobre o objeto de estudo desse trabalho.

Os dados numéricos obtidos, por outro lado, deram ao estudo sua característica quantitativa, conforme abaixo descrito.

IV c) Cenário do Estudo

O estudo foi realizado no ambulatório de Obesidade do Conjunto Hospitalar de Sorocaba no qual são atendidos cerca de 450 casos de pacientes obesos em seguimento e no serviço já foram realizadas aproximadamente 200 cirurgias.

À época da coleta de dados, a coordenação do ambulatório era realizada por médica endocrinologista, Profa. Ms. Maria Teresa Verrone Quilici, que acompanhou e auxiliou no desenvolvimento do presente estudo.

IV d) Critérios de Inclusão

Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos, operados há no mínimo dois anos e que mantiveram a frequência de seguimento sistemático no ambulatório de obesidade (considerado como: comparecimento às consultas agendadas na Endocrinologia com periodicidade média de quatro meses) e

aceitaram participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

IV e) Critérios de Exclusão

Foram excluídos os pacientes que desistiram de participar a qualquer tempo e/ou que apresentaram impedimentos clínicos que inviabilizassem a coleta dos dados.

IV f) Período do Estudo

A coleta de dados aconteceu no período de julho a novembro de 2014.

IV g) Triagem dos Casos

O processo de coleta de dados foi iniciado com análise de prontuários. Essa triagem foi possível com o esforço conjunto de quatro pesquisadores (uma fisioterapeuta, dois alunos de Medicina em Iniciação Científica e a autora) deste projeto multiprofissional em visitas ao ambulatório do CHS, após autorização de acesso ao material.

Os prontuários médicos foram triados manualmente e separados, a princípio, entre casos que haviam sido submetidos ou não à cirurgia bariátrica. Em seguida foram selecionados os casos operados há no mínimo dois anos e que mantinham a frequência de acompanhamento no ambulatório de obesidade até o último ano.

A seleção prévia destes prontuários permitiu a construção de uma tabela em Excel que possibilitou discriminar casos de reganho de peso e não reganho de peso, além de organizar dados de identificação. Cumprida esta etapa, os pacientes foram subdivididos em dois grupos: aqueles **com** reganho, considerado como a recuperação de 15% ou mais do peso mínimo alcançado após a cirurgia e aqueles **sem** reganho de peso. O uso deste critério foi baseado em estudo de Odom et al que consideraram reganho considerável de peso aquele maior ou igual a 15% do peso após a cirurgia, pois a recuperação do peso, inferior a este percentual, é comumente descrita na população submetida à cirurgia bariátrica²⁷.

IV h) Convite para a Participação na Pesquisa

O convite para participação na pesquisa foi realizado de forma diferenciada em cada caso, conforme a primeira oportunidade de abordagem e na dependência dos pacientes apresentarem ou não ganho de peso, com o objetivo de incluir pacientes dos dois grupos.

O convite foi efetivado de duas maneiras:

— Casos obtidos pelo acesso à agenda médica da equipe de endocrinologia, com abordagem presencial no ambulatório do CHS, antes ou após as consultas médicas, nos meses de julho, agosto e setembro de 2014. Foi apresentado o objetivo do estudo e feito o convite para participação na pesquisa. A entrevista ocorreu no mesmo dia do contato ou foi agendada para encontro posterior;

— Ligação telefônica, uma vez que houve disponibilidade dos números constantes nos prontuários. Da mesma forma, houve a apresentação do objetivo do contato telefônico, convite de participação na pesquisa e agendamento no ambulatório do CHS.

IV i) Fontes e Instrumentos de Coleta de Dados

1. Dados de Prontuários

Os seguintes parâmetros obtidos nos prontuários médicos dos participantes foram analisados:

- Dados de identificação (nome do paciente, número do prontuário, data de nascimento, profissão, estado civil, telefone e endereço);
- Data de início de tratamento no ambulatório de obesidade do CHS;
- Registro inicial da história da obesidade;
- Motivo de indicação cirúrgica;
- Data e tipo de cirurgia;
- Tempo de perda de 10% de peso no pré-operatório;
- Ocorrência de gravidez após a cirurgia;
- Realização de cirurgia plástica reparadora após a cirurgia bariátrica;
- Seguimento pré e pós-cirúrgico com nutricionista e psicólogo;

- IMC (máximo, antes da cirurgia bariátrica, mínimo atingido, um ano após e atual);
- Outras informações consideradas relevantes.

2. A observação da pesquisadora como fonte de dados

A apresentação comportamental das participantes no momento do encontro para a coleta de dados.

Ao posicionar-se estrategicamente na perspectiva do observado, pode-se intuitivamente, segundo a lógica peculiar do contexto cultural em que se insere a pessoa observada, chegar a conhecimentos originais, desconhecidos na perspectiva do observador ou de teorias prévias deste^{51,52}.

A fenomenologia oferece os esteios filosóficos das metodologias qualitativas, uma vez que o significado fornecido pelos sujeitos é o que permite a compreensão da natureza do objeto de estudo, a partir da interpretação dos fatos que podem ser captados pelos sentidos⁵³⁻⁵⁶.

Assim, as impressões pessoais da pesquisadora se contextualizam no campo da entrevista enquanto forma de interação social que valoriza o uso da palavra, símbolo e signo privilegiados das relações humanas⁵³⁻⁵⁶.

3. Entrevistas

As entrevistas são técnicas qualitativas, caracterizadas por um processo dinâmico no qual o entrevistado ativa diferentes aspectos de seu estoque de conhecimentos com a ajuda do entrevistador⁵³.

O objetivo da entrevista é reunir informações a respeito dos objetivos da pesquisa e explicar como o conhecimento referente àquele tópico está narrativamente construído. A entrevista é utilizada quando o pesquisador deseja obter o maior número possível de informações sobre determinado tema, segundo a visão do entrevistado, e também para obter um maior detalhamento do assunto em questão. O pesquisador deve saber o que quer descobrir, fazer as perguntas certas para obter as informações que precisa, além de oferecer devoluções verbais e não verbais adequadas. A entrevista pode ser menos estruturada e pode abranger um ou dois aspectos, mas com muito maior detalhamento e caracteriza-se por perguntas baseadas nos objetivos^{43,49,53-56}.

As questões norteadoras das entrevistas com os pacientes foram:

- Sua vida mudou após a cirurgia bariátrica?
- De que forma (como) isso aconteceu ou deixou de acontecer?

As entrevistas foram feitas individualmente em sala que oferecia condições para acolhimento, sigilo e privacidade.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas pela pesquisadora. O texto gerado está apresentado nos **apêndices de B a M**.

4. Instrumento de Avaliação Breve da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (Who Quality of Life- Bref; WHOQol- Breve)

O grupo de qualidade de vida da OMS desenvolveu este questionário por ser um instrumento com características psicométricas satisfatórias e que demanda de pouco tempo para seu preenchimento. O instrumento foi validado para aplicação na população brasileira em 1999 por Fleck et al, ou seja, possui validade de construto com amostras brasileiras. É constituído por questões referentes à percepção individual a respeito da qualidade de vida (**anexo A**).

Consta de 26 questões que contemplam os seguintes domínios:

- Físico;
- Psicológico;
- Relações sociais;
- Meio ambiente.

As duas primeiras questões se referem à qualidade de vida em geral e as demais representam cada uma das 24 facetas do instrumento WHOQol-100 que originou esta versão breve da WHOQol-bref. No caso do WHOQol-bref, cada faceta é avaliada por uma só questão. Abaixo estão indicadas as facetas e seus domínios respectivos ³⁹⁻⁴¹.

1. Dor e desconforto (domínio 1);
2. Energia e fadiga (domínio 1);
3. Sono e repouso (domínio 1);
4. Sentimentos positivos (domínio 2);
5. Pensar, aprender, memória e concentração (domínio 2);
6. Autoestima (domínio 2);
7. Imagem e aparência (domínio 2);
8. Sentimentos negativos (domínio 2);
9. Mobilidade (domínio 1);

10. Atividades da vida cotidiana (domínio 1);
11. Dependência de medicação ou de tratamentos (domínio 1);
12. Capacidade de trabalho (domínio 1);
13. Relações pessoais (domínio 3);
14. Suporte (apoio) social (domínio 3);
15. Atividade sexual (domínio 3);
16. Segurança física e proteção (domínio 4);
17. Ambiente no lar (domínio 4);
18. Recursos financeiros (domínio 4);
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade (domínio 4);
20. Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades (domínio 4);
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer (domínio 4);
22. Ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) (domínio 4);
23. Transporte (domínio 4);
24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais (domínio 2).

As respostas seguem uma escala de Likert, numérica de 1 a 5, correspondendo à gradação correspondente de pior para melhor, com exceção das questões 3, 4 e 26, em que este sentido é invertido³⁹⁻⁴¹.

IV j) Análise dos Dados

A ordem de aplicação dos instrumentos, entrevista e questionário WHOQol-bref, foi aleatória.

Todos os nomes apresentados dos participantes são fictícios.

Foram analisados todos os dados obtidos de cada paciente, e depois foram comparados entre as pacientes **com** ganho e **sem** ganho, respeitando as estratégias e avaliações oferecidas por cada um dos instrumentos, abaixo apresentados.

j.1) Análise dos Dados de Prontuário

Os dados obtidos nos prontuários médicos foram descritos e compuseram quadros e tabelas.

j.2) A observação da pesquisadora como fonte de dados

As informações não ditas, muitas vezes, são reveladas no contato presencial com as participantes e puderam acrescentar informações enriquecedoras da experiência de coleta de dados.

As observações da pesquisadora foram descritas em cada apresentação dos dados das entrevistas.

j.3) Análise dos dados das entrevistas

Os dados foram colhidos seguindo o critério de saturação ou exaustão em tantos participantes quantos foram necessários, ou seja, ao completar o estudo das entrevistas das 12 pacientes inicialmente selecionadas, as informações obtidas deixaram de ser novas e configuraram uma estrutura comum sobre o fenômeno estudado, quando, então pararam de ser coletados⁵⁷.

Os dados psicológicos e sociais foram analisados com abordagem qualitativa, estratégia que localiza o observador no mundo. O estudo qualitativo consiste em um conjunto interpretativo que visa tornar o mundo visível. Essas práticas transformam o mundo em uma série de representações, incluindo notas de campo, entrevistas, conversas, fotografias, gravações e memórias pessoais⁴⁹⁻⁵³.

A partir da gravação em áudio das entrevistas e sua transcrição foi utilizado o método de análise de conteúdo que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e qualitativa do conteúdo manifesto na comunicação. O método de análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e é dividido em três fases: pré-análise, exploração do material e interpretação⁵⁷.

O texto transcrito foi recortado em unidades de registro, sendo que os parágrafos foram tomados como referência de análise e submetidos à categorização temática.

As categorias temáticas foram encontradas a partir das respostas oferecidas pelas participantes e foram salientadas e sobrescritas em diferentes cores para facilitar o trabalho de análise.

j.4) Análise dos dados do WHOQol-bref

Os dados obtidos com o WHOQol-bref foram analisados com abordagem quantitativa, separadamente, caso a caso, e depois confrontados, comparados e analisados juntamente com os dados de entrevista.

A análise do WHOQol-bref foi realizada, inicialmente, verificando se todas as 26 questões foram preenchidas com valores entre um e cinco. Em seguida inverteu-se o valor das respostas às questões 3, 4 e 26, pois nessas a escala é apresentada ao respondente de forma invertida (1=5; 2=4; 3=3; 4=2; 5=1).

Os escores dos domínios foram calculados através da soma dos escores e cálculo da média do número de questões que compõem cada domínio.

Em seguida o resultado médio obtido em cada domínio foi multiplicado por quatro, sendo representado em uma escala de 4 a 20. Após, foram transformados em escala de 0 a 100.

Considerou-se que quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida. A interpretação obedeceu à classificação proposta na literatura que foram: necessita melhorar (1 ponto); regular (2 ou 3 pontos); boa (4 pontos) e muito boa (5 pontos) ⁴⁰.

Os resultados individuais das participantes do grupo sem e com reganho de peso nos domínios e facetas do WHOQol-bref estão detalhadamente representados no **apêndice C**.

V. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desse projeto foram apresentados de duas formas.

Na primeira apresentação cada participante foi feita individualmente com a apresentação de seus dados e a segunda apresentação foi a comparação entre elas. O mesmo modelo foi utilizado na discussão dos resultados.

O número total de prontuários inicialmente selecionados sequencialmente pelos critérios apontados na seção anterior foi de 14 e todas foram convidadas a participar.

Do total duas convidadas se negaram a participar alegando uma delas não aceitar discutir as questões emocionais em seu processo de reganho de peso e a outra informou que não gostaria de falar sobre sua história. Assim, 12 pessoas, todas do sexo feminino, compuseram a amostra analisada e, coincidentemente, metade apresentou reganho de peso. As entrevistas estão apresentadas no apêndice A, com uma sistematização em cores com intuito de facilitar a análise dos dados.

As observações da pesquisadora estão apresentadas na introdução da apresentação de casos de cada participante seguida dos resultados das entrevistas.

As análises das 12 entrevistas permitiram categorizar as respostas em quatro grandes grupos subdivididos para uma melhor compreensão das respostas obtidas.

O quadro 1 abaixo é uma apresentação das categorias e subcategorias temáticas obtidas através do método de análise de conteúdo.

Quadro 1 - Apresentação das categorias temáticas do estudo

CATEGORIAS TEMÁTICAS	SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS
História de obesidade	Fases do desenvolvimento
	Preconceito
	Autoimagem
	Autoestima
	Estilos de personalidade
	Formação de identidade
Feminilidade	Infância
	Puberdade/adolescência
	Casamento
	Gestação
	Menopausa
Relacionamentos	Apoio familiar
	Apoio social
	Relação com a obesidade
	Relação com a cirurgia
Pós-cirurgia	Expectativas em relação à cirurgia
	Confronto com a realidade
	O ganho de peso

Como a obesidade pode ser definida como uma doença psicossomática, de caráter crônico, com determinantes genéticos, neuroendócrinos, metabólicos, dietéticos, ambientais, sociais, familiares e psicológicos que foram confirmados nas falas das participantes a criação das categorias seguiu os mesmos critérios.

A história da obesidade é uma grande categoria que contemplou fatores que confirmam que a história de vida das pessoas que sofrem com a obesidade, se cruza e se relaciona intrinsecamente com a história de sua doença^{37,62}.

Psiquicamente o ser humano tende a buscar explicações e justificativas que o façam entender suas condições. Uma história de vida pode compreender relatos de experiências reais ou fictícias vivenciadas por uma pessoa e que retratam acontecimentos de uma existência ou parte dela^{58,59}.

A subcategoria fases do desenvolvimento retrata os momentos do desenvolvimento do ser humano compreendida em quatro fases, sendo elas: infância, adolescência, idade adulta e velhice.

O ciclo vital se dá através da relação entre fatores biológicos de consistência, fontes ambientais, modelos internos de experiência dentro de uma perspectiva ecológica, devendo respeitar as condições biopsicossociais e espirituais como define a OMS em seus determinantes sociais de saúde, ou seja, as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde^{44,60}.

Uma das representações fortemente presente nos discursos dos obesos é a nítida divisão afetiva entre prazer e desprazer com aspectos contraditórios no significado do ato de comer como o paradoxo prazer e sofrimento, compulsão e descontrole, além da relação do obeso com sua doença permeada por fatores sociais como discriminação, preconceito e culto ao corpo.

A experiência de lidar com o preconceito, a discriminação e rejeição social abordados nas entrevistas deste estudo foram considerados enquanto memórias de dor e sofrimento subjetivo e respondidos muitas vezes com o funcionamento aditivo dos obesos com um comportamento carregado de culpa e responsabilidade⁵⁸.

A questão da imagem corporal ou autoimagem foi outro aspecto amplamente abordado no discurso das participantes do estudo e aqui considerado que pessoas obesas apresentam uma imagem corporal muitas vezes “desfocada” e com contornos corporais não integrados e dimensionados de forma compatível com o esquema corporal. Após a cirurgia bariátrica os pacientes podem apresentar dificuldades de se reconhecerem e se identificarem e tendem com isso a manter a imagem corporal anterior sobreposta em seu corpo atual⁵⁹.

O processo de construção da imagem corporal de indivíduos obesos perpassa o corpo não apenas sob a ótica biológica da patologia obesidade e tratamento, mas também enfatizando seus aspectos culturais e psicossociais^{65,66}

A expectativa em relação aos resultados sobre a autoestima e motivação ainda prevalece na maioria dos pacientes, enquanto o foco central da equipe multidisciplinar permanece na resolução das doenças associadas à doença obesidade³⁷.

A subcategoria autoestima engajou-se nesse sentido na história da obesidade definida como a representação pessoal dos sentimentos gerais e comuns de autovalor, assim como o autoconceito que consiste num conjunto de pensamentos e sentimentos referentes a si mesmo e um construto correlacionado positivamente à satisfação de vida⁶¹.

Optou-se por nomear estilos de personalidade nesse estudo como a dinâmica de comportamento presente nas relações sociais e no enfrentamento do tema obesidade no cotidiano.

Estilos de personalidade foi aqui definido como aquilo que distingue as pessoas entre si em seus comportamentos, sentimentos, atos e escolhas, contemplando aspectos comuns em relação aos demais membros de sua cultura e contempla suas diversas preferências e ações e o que lhes é singular⁶⁷.

Formação de identidade foi definida como subcategoria a partir de falas das participantes que expressaram a associação entre alimento, emoções e sentimentos construídos no desenvolvimento de suas personalidades e traduzidos na precoce e continuada relação entre desconfortos emocionais como fome que podem ter contribuído para a ocorrência de dificuldades no comportamento alimentar⁶⁹.

O desenvolvimento da personalidade e a formação de identidade ocorrem de forma gradual no processo de desenvolvimento até a vida adulta, influenciado pelas interações na formação de códigos de valores. Envelhecer, por sua vez, implica no declínio de habilidades em especial cognitivas e físicas. A personalidade se atualizará sob dadas condições de existência como um centro organizador que desde o nascimento dirige as estruturas psicológicas.

O mundo externo influencia na construção da identidade e na imagem corporal da pessoa, a tal ponto que o olhar e os comentários do outro são internalizados passando a ser parte dela⁶⁸:

Em especial neste estudo, com as participantes sendo mulheres, ressalta-se como segunda grande categoria a feminilidade em suas fases diferenciadas da vida da mulher: infância, puberdade com suas alterações hormonais, a adolescência, o casamento, a gravidez e a menopausa. Percebe-se que o desenvolvimento biopsicossocial feminino é atravessado por experiências na vida das mulheres que são impactantes. “Na vida das mulheres existem marcos concretos e definitivos que sinalizam diferentes fases ou passagens de suas

vidas^{50,67,69}". Nas participantes encontramos alguns dos temas relacionados abaixo.

A função social do casamento é capaz de criar para o indivíduo uma determinada ordem em que ele possa experimentar a vida com certo sentido ocupando um lugar privilegiado entre as relações significativas validadas pelos adultos na nossa sociedade ⁶¹.

A gestação é um momento de preparação psicológica para a maternidade influenciada por aspectos transgeracionais e culturais, associados ao que se espera de uma menina e de uma mulher, tanto dentro da família como numa determinada sociedade^{60,61}.

A menopausa é definida como "quando uma mulher para de ovular e não pode mais procriar" com suas implicações não somente orgânicas, mas de mudança de função social e cultural da mulher na aproximação do envelhecimento, além de alterações como a diminuição da libido^{61,65,66-70}.

A terceira grande categoria retrata a importância dos relacionamentos e foi bastante referida tanto na presença quanto na ausência de redes de apoio.

O apoio familiar retrata a identificação com a cultura vigente e relação com a doença, onde o gosto pelo comer e o prazer coexistem, dificultando a prática limitante para a alimentação, porque na relação intrafamiliar iria apoiar-se uma forma de repressão e de negativa sobre objetos de desejo comuns⁷¹.

O relacionamento com a obesidade e com a cirurgia no decorrer da experiência de vida das participantes permitiram ainda a identificação dessas duas subcategorias temáticas nos discursos, conforme a significância da experiência com tais temáticas.

Pós cirurgia, o quarto grande grupo temático concentrou o reflexo da expectativa em relação à cirurgia e suas implicações psíquicas na vida dessas pessoas, além do experimentar do confronto com a realidade propriamente dito e a eventual experiência com o reganho de peso considerado igual ou maior a 15% em relação ao peso mínimo atingido após a cirurgia²⁶.

V.1 Apresentação dos casos

Os primeiros seis casos apresentados são das pacientes que não tiveram reganho pós cirurgia bariátrica. A ordem de apresentação dos casos foi aleatória.

1. Larimar

Resumo dos dados do prontuário

Larimar é solteira, tem 26 anos, trabalha na área comercial. A mãe era obesa e faleceu em decorrência de um AVC. Alega que sempre foi gordinha, quadro que se agravou durante a adolescência. Fez tratamentos para perder peso e para depressão, com histórico de tentativa de suicídio com veneno de rato e outros medicamentos. Começou tratamento no CHS em agosto de 2009 com sintomas de cansaço, sonolência, falta de ar e dores articulares. Foi operada em julho de 2010 e está com o anel até hoje. Começou o tratamento com IMC de 59,0 e hoje tem IMC 33,1 estando classificada como obesidade leve.

Observação da pesquisadora

Larimar não ganhou peso e no dia da coleta de dados foi ao hospital para consulta com a equipe de cirurgia plástica. Aceitou o convite de participação após ser chamada por outra paciente que já havia sido entrevistada para esta pesquisa. Entrou na sala conversando com a amiga que conheceu na época de pré-operatório para cirurgia bariátrica e a conduzia para nos apresentarmos.

A impressão causada foi de uma mulher extremamente vaidosa, sensual, sorridente e altiva. Com fala firme e voz rouca, a participante parecia à vontade e feliz por ser convidada para a entrevista. Ao entrar disse que estava decepcionada e triste porque havia engordado dois quilos. Contou que durante o inverno havia deixado de praticar exercício físico e passou a se alimentar com lasanhas congeladas, macarrão instantâneo, doces e lanches.

Em seguida a participante sorriu e complementou com a informação de que retomaria os cuidados com a alimentação por saber que esta foi a causa do ganho de peso e que poderia engordar com frequência caso não retomasse hábitos saudáveis, além de não receber o aval dos cirurgiões plásticos para a cirurgia reparadora para qual se candidata no momento.

Dessa forma Larimar imprimiu sua personalidade ao nosso encontro. Fez relatos que expuseram sem receio suas grandes dores do passado e revelou a disposição em reagir atualmente a cada desafio que encontrar no seu percurso.

Entrevista

Diante dos dados da entrevista (**apêndice B**) observamos que as categorias que aparecem são:

História da obesidade

Autoestima: *“Mudou totalmente. É a qualidade de vida, autoestima, bem-estar, emprego. Nossa! Não tem como explicar assim a forma que mudou. Eu nasci de novo”.*

Fases do desenvolvimento: nas fases de vida de Larimar a temática obesidade perpassou cada etapa do desenvolvimento, referidas assim desde a juventude: *“Antigamente quando eu saía com as minhas amigas (...) você era feia. Você era vista como uma feia. Vamos as meninas iam sair e levar a feia”.*

Preconceito: vivenciado em diversas situações inclusive por parte dos familiares como relatou: *“Só que assim, minha irmã fazia vários comentários que acho que para ela não era ofensivo. Mas assim, ela fez assim: “Ai merda! Nossa, pai! Você tem que comprar um monte de bolo porque só a Larimar não vai da conta desse bolo. Tipo assim aquele riso de todo mundo me deixou tão triste que por você já sofre preconceito fora... E da sua família que deveria dar o apoio, fala uma palavra e você já fica daquele jeito (...) Porque é assim, você sofre preconceito dentro da sua casa”.* Ou ainda no sentido de superação: *“Porque eu acho que se não tivesse sofrido o preconceito que eu sofria, não teria forças também para correr atrás”.*

Autoimagem: esta participante percebeu a transformação especialmente física, *“Eu mudei fisicamente, mas o meu jeito, a minha humildade, a minha simplicidade, a minha (...) é (...). O meu jeito de se harmonizar com todo mundo vai ser sempre assim”.*

Autoestima: foi um dos aspectos mais marcantes na autopercepção de mudança, *“Assim, praticamente antigamente eu não vivia. Não. A minha vida era comer, beber, tomar banho e ir para o meu quarto, durante dois anos foi isso. Não saía na rua, fiquei dois anos sem ver a luz do sol porque eu tinha vergonha (...). Hoje é assim: hoje eu me sinto feliz! (...) A felicidade que eu estou. Não ter a vergonha de dizer para ela: Mãe, eu não tenho mais vergonha de mim! Não precisa mais chorar comigo, sofrer comigo. Não tenho mais vergonha. Não tenho!”*

Estilos de personalidade: Percebe-se que Larimar tem orgulho por ser quem é e a cirurgia não mudou sua personalidade: *“Minha mãe sabe assim de onde tiver sabe que eu mudei fisicamente, mas meu coração ainda continua o mesmo. Sabia? É bondosa, do jeito que ela deixou. Apesar das dificuldades que eu passei, não guardei raiva de ninguém. Tanto é que eu agradeço”*.

Formação de identidade: foi possível observar na entrevista a influência psicopatológica da depressão: *“Eu falei que não sou louca. Fui ao psiquiatra fiquei uns (...) saía à tarde. Então fiquei uma semana, mandei ver. Falei não. Isso aí não, porque eu que tenho que me ajudar também. Se tem pessoas ali que tão precisando. Eu não estou precisando. Eu coloquei na minha cabeça, mas na verdade eu estava sim”*.

Feminilidade

Esta jovem solteira e sem filhos falou de seus estigmas expressando que *“É beijinho no ombro! Quer saber de uma coisa? Vou seguir meu foco porque é assim...”*, fazendo referência a uma música funk cantada por uma mulher que usa essa expressão como desprezo pelos homens ou pelos comentários maldosos das pessoas.

Quanto à crença na falta de possibilidades de que algum homem se interessasse por ela quando obesa esclareceu: *“Eu ia e ninguém queria ficar comigo. Eu tinha mais amizade com os meninos. Porque a gente (...). Mas ninguém me via como mulher. Como menina para ficar né. Então eu era sempre a filhona, brincalhona”* e após emagrecer algo mudou: *“Porque para mim é tudo diferente sabe? A gente vê tudo diferente. Nunca ninguém teve ciúmes de mim. Nunca ninguém teve”*.

Relacionamentos

Apoio familiar: *“Imagina você tentar fazer algo e assim. O que mais me tocou, mais induziu no caso de tentar suicídio foi quando minha mãe faleceu. Porque é assim, você sofre preconceito dentro da sua casa. Porque a única pessoa que fazia, que falava assim: Para! Daí ela falava: Não fala assim dela. Me defendia”*.

Apoio social: *“Pessoas que (...). Não sei. Pessoas que (...) você (...). Tinham dó de você, na verdade ela falou foi bem... bem claro. Tinham pena de você, depois que você muda, elas também mudam sabe? Não sei se é inveja? Não posso julgar se inveja, se é indiferença sabe? ”*.

Relacionamento com a obesidade: *“Eu mudei fisicamente, mas o meu jeito, a minha humildade, a minha simplicidade, a minha (...) é (...). O meu jeito de se harmonizar com todo mundo vai ser sempre assim. Então já que num (...). Já que achou que eu mudei, tem inveja de mim, é assim. É até meio ignorante de eu falar. Não é digno da minha amizade então. Não é digno. Então eu me afastei! Então eu falei assim: Vou seguir minha vida. Vou seguir meu objetivo. Emagrecer mais, fazer plástica, ficar bonitona e beijinho no ombro para todo mundo!”*.

Relacionamento com a cirurgia: *“Olha, não vou falar que é mil maravilhas porque todo mundo tem problemas né? Mas graças a Deus minha vida mudou noventa e nove por cento. Assim... Hoje eu digo assim. É lógico, tem problema. Assim, mas mudou totalmente. Hoje em dia para mim até para me locomover sabe? Até para eu poder andar. É ir e vir. Você já não tem mais aqueles ‘Ah não, não vai’. Tudo dá risada. Eu nem ligo. Aí, como falo: Tudo beijinho no ombro”*.

Pós cirurgia

Expectativas em relação à cirurgia: *“Então a minha vida é outra sabe? E eu queria tanto. É que tem pessoas que me veem. As pessoas assim que me conheceram sabem? Falam para mim que é. Eu sou exemplo. Isso é muito bacana sabe? Tanto é que às vezes elas vêm perguntar para mim: Ah Larimar, como é que você emagreceu? Nossa, eu conheço fulano, a beltrana, cicrana que quer emagrecer. Eu fiz a redução. Eu fui formada na faculdade PUC. Só que é o seguinte: é SUS, então, você tem que ter paciência né?”*

Confronto com a realidade: *“Eu no começo achei tudo tipo, muito louco né? Mas aí depois você vai vendo as que pessoas vão se afastando. Então, eu fiquei muito triste, fiquei muito triste, mas é. Uma coisa eu coloquei na minha cabeça: eu optei por mudar entendeu? Então eu também vou mudar as pessoas. Se quiserem gostar de mim, vai gostar do jeito que eu sou sabe? Me conhecem”*.

O ganho de peso: *“Triste né? Mas é o seguinte, eu estou meio triste, mas isso para mim não vai me abater. O que eu tenho de fazer? Correr atrás. É regime, é dieta. O que eu errei. O que da minha alimentação estou fazendo de errado? Porque se engordar um quilo, dois quilos podem engordar vinte. Voltar a ser obesa de novo. Então isso eu não quero! Então isso eu vou ter que de novo mais legumes, tirar fritura. Porque esses tempos eu vi mesmo que extrapolei.*

Então cortar isso aí. Porque engordar dois quilos, pode engordar dez, então eu não quero”.

WHOQol-bref

Na análise da WHOQol apresentou uma percepção de qualidade de vida classificada como boa com um índice de 84,62. Na maioria dos quesitos diz que está com boa ou ótima qualidade de vida, mas no aspecto psicológico ela avalia como regular sua relação com a aparência e imagem corporal e no aspecto meio ambiente ela avalia sua qualidade de vida como regular no quesito recursos financeiros.

Análise comparativa dos dados anteriores

Na época de sua participação na pesquisa, Larimar estava no processo de avaliação para cirurgia plástica reparadora e objetivava em especial reduzir o excesso de pele no abdômen e realizar mamoplastia.

Larimar engordou dois quilos nos três meses anteriores a coleta de dados, sentindo-se decepcionada consigo mesma e ciente da necessidade de emagrecimento para que fosse liberada para o procedimento estético. Seu resultado quanto a qualidade de vida relacionada a autoimagem confirmou o processo de autoquestionamento e necessidade de satisfação, o que a paciente correlacionou com a questão estética e o risco de reganho de peso.

A autoavaliação regular quanto a recursos financeiros refletiu o momento de desemprego e falta de dinheiro relatados pela participante durante a entrevista.

Ao juntar os dados obtidos com Larimar observa-se que a história da obesidade pesou e pesa muito até hoje em sua vida. Mesmo avaliando sua qualidade de vida como boa e conseguindo manter-se em peso quase adequado observa-se que existe um comportamento adicto com um comportamento autocentrado.

Larimar quer ser autônoma e ter uma nova vida construindo a si mesma com seus recursos e definições. Apesar de desempregada, gosta de sua vida e não utiliza da comida como uma fonte de prazer conforme observa-se na WHOQol.

Observa-se em Larimar uma vontade de ser diferente, mas seus princípios e valores tornam essa condição bem difícil. A relação com a obesidade parece um tanto superficial e nem a cirurgia desejada foi suficiente para uma mudança de olhar para si mesma e para a obesidade.

2. Ágata

Resumo dos dados do prontuário

Ágata é casada e mãe de quatro filhos, tem 49 anos, está aposentada por invalidez. Seus pais são obesos e diabéticos. Natural do estado de Paraná, cidade de Alvorada do Sul, reside em Sorocaba desde o casamento e relatou que seu ganho progressivo de peso começou em decorrência de sofrimento após esta época. Realizou a cirurgia bariátrica do tipo by-pass gástrico com utilização de anel há sete anos. Atualmente apresenta psicopatologia depressiva em tratamento com utilização de medicamentos (topiramato e velanflaxina) e acompanhamento psicológico.

Ágata não apresentou reganho de peso pós-cirúrgico significativo para a literatura, porém relatou ter engordado, fato que em prontuário está registrado meio quilo apenas diante do mínimo peso atingido após a cirurgia aos 12 meses pós-operatório. Começou o tratamento com IMC de 49,0 e hoje tem IMC 36,3 estando classificada como obesidade moderada.

O início do acompanhamento no Conjunto Hospitalar de Sorocaba para tratar a obesidade ocorreu em 31/01/2007 com relato de IMC 40,9 no ato cirúrgico depois da perda de 10% de peso em seis meses para a liberação do procedimento.

Observação da pesquisadora

Ágata recebeu o convite e participou da pesquisa enquanto aguardava a consulta com a equipe de endocrinologia.

A impressão inicial causada foi de serenidade. Porém, no transcorrer da entrevista, ao expor suas angústias, a participante transpareceu agitação e irritabilidade.

Entrevista

Diante dos dados da entrevista (**apêndice B**) observamos que as categorias que aparecem foram:

História da obesidade

Fases do desenvolvimento: A história da obesidade dela começa na infância e piorou após a gestação. Observa-se que a necessidade de lidar com os cuidados com o outro fez com que Ágata deixasse de cuidar de si mesma.

Preconceito: Ela sofreu preconceito em atividades do dia a dia como na frase: *“Porque fiquei enroscada na catraca do ônibus e todo mundo riu de mim”*.

Autoimagem: Mudou muito com a cirurgia e observa-se que o ganho emocional foi muito grande. *“Eu não passei na catraca. Era bem apertada. Eu não passei. Eu fiquei ali enroscada ali e não passava. Não ia pra frente nem pra trás. Ah, daí comecei a chorar. Mexeu muito comigo com a minha cabeça ali. Eu fiquei traumatizada”*. Agora afirma que o que sente fala e põe para fora não permitindo que os outros decidam sobre sua vida.

Autoestima: No começo da entrevista conta que: *“Ah, eu era muito...sentia rejeitada pelas pessoas e me sentia assim rejeitada porque eu não conseguia andar de ônibus”*. Já depois da cirurgia: *“E eu bem pomposa (risos) E eu perdendo peso porque precisava perder peso”*. Observa-se que a superação foi um elemento importante para Ágata.

Estilos de personalidade: Ela se apresenta como determinada e decidida a viver a mudança em relação a sua vida. Sua personalidade é forte e quando ela se compromete parece realizar.

Formação de identidade: *“Ah, mudou porque antes eu não me aceitava ser gordinha”*. Fazer a cirurgia mudou o olhar que ela tinha sobre ela e, portanto, as condições de vida, autoimagem e autoestima.

Feminilidade

Infância: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Puberdade/adolescência: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Casamento: Esse aspecto parece ter mudado muito depois da cirurgia. Ela agora estabeleceu no casamento uma relação mais adulta e madura com o marido e pode-se inferir que as dificuldades no casamento se apresentam como um dos fatores importantes para o ganho de peso. Com a cirurgia ganhou mais confiança para dizer quem é e conseguiu lidar melhor com ele.

Gestação: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Menopausa: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Relacionamentos

Apoio familiar: Esse é o tópico mais importante apontado por Ágata em sua entrevista. Existiu uma dificuldade de aceitação grande de si mesmo, da família e do marido segundo suas palavras: *“Minha família não aceitava. Não aceita. Não aceitava eu fazer a cirurgia porque falava que eu ia morrer. E sobre o marido: “Ele nem me trouxe. Eu vim de ônibus e meu filho veio me buscar. Ele nunca aceitou”.*

Pode-se observar que essas relações mudaram com a cirurgia. Ágata ganhou maior independência e espaço nas relações o que a fez trabalhar e superar as dificuldades.

Apoio social: *“Ninguém da minha rua aceitava minha cirurgia. Não tinha ninguém. Amigo eu não tive”.* O mesmo padrão familiar observa-se na sua percepção sobre o apoio que os amigos ofereciam. Essa condição pode evidenciar as suas dificuldades pessoais consigo mesma que eram projetadas em todos com os quais ela convivia e que ajudaram na produção de gordura.

Relacionamento com a obesidade: Essa relação era bem difícil. Enquanto Ágata identificava a obesidade como seu grande mal ela, também, tornava os enfrentamentos da vida como impossíveis. Com a perda de peso a autoestima melhorou e a sua relação com a obesidade ficou no passado.

Relacionamento com a cirurgia: Foi vista como a sua salvação e alívio para todos os seus problemas. Ela parece assumir essa posição e faz da cirurgia sua fonte e alimento para mudar de vida.

Pós cirurgia

Expectativas em relação à cirurgia: *“Que eu sou mais magra. Sou mais bonita”.*

Confronto com a realidade: Como a relação com o marido expressa a sua necessidade de aceitação, quando questionada sobre a realidade, Ágata fala do marido: *“Eu aceito você sim agora. Eu aceito você porque eu vejo que você é uma mulher de atitude. Que teve atitude na sua vida. Você foi, fez e venceu”.* Nessa fala percebe-se que ela entende a sua realidade atual e, principalmente, se satisfaz com o reconhecimento do marido.

O ganho de peso: correlaciona a não aceitação do marido a uma depressão que justifica o fato de engordar da seguinte forma em sua fala: *“Que eu vivo uma depressão me oprimindo a cada dia porque eu vejo que você não*

me aceita (...) Talvez agora eu posso emagrecer mais, falei pra ele. Porque nisso eu estou até engordando”.

WHOQol-bref

Na análise da WHOQol apresentou uma percepção de qualidade de vida geral classificada como regular com um índice de 54,81. A autopercepção da qualidade de vida foi muito boa, porém sua classificação sobre a qualidade de vida em saúde foi regular.

Ágata auto avaliou, na maioria dos quesitos da WHOQol, sua qualidade de vida como boa ou regular. Evidenciou ser muito boa apenas a sua participação e oportunidade de recreação e lazer. Porém, necessita melhorar suas oportunidades de adquirir novas informações e habilidades.

Entre as classificações como regular estão: energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade da vida cotidiana (domínio físico), sentimentos positivos, imagem corporal e aparência, espiritualidade, religião e crenças pessoais (domínio psicológico), relações pessoais e atividade sexual (relações sociais), segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, ambiente físico (meio ambiente).

Análise comparativa dos dados anteriores

Em especial a qualidade de vida nas relações sociais e meio ambiente foram consideradas com pior avaliação, sendo respectivamente 41,67% e 46,88%, sendo possível refletir as informações relatadas na entrevista em que esta participante não se percebe aceita socialmente, apesar de nos resultados da WHOQol referir boa autoestima e apoio social.

A queixa de Ágata sobre a conflitiva com a percepção de não aceitação do marido quanto a cirurgia e emagrecimento, pareceram ilustrar o grande desconforto em diversos quesitos da qualidade de vida dela.

O sentimento de rejeição se manteve na percepção desta participante mesmo após a cirurgia. Ágata considerou sua decisão solitária e autocentrada de mudança, segundo ela mesma relatou em sua entrevista. Engordou apenas 5,2% em relação ao peso mínimo atingido e teme engordar mais diante da pressão emocional que sente diante da não aceitação do marido.

3. Cristal

Resumo dos dados do prontuário

Cristal, 48 anos de idade, é casada e mãe de uma filha. Auxiliar de limpeza no CHS e faxineira na residência de alguns médicos do CHS. É natural e residente de Sorocaba, submeteu-se à cirurgia bariátrica do tipo by-pass gástrico com anel há dez anos. Ela foi a primeira participante da coleta de dados para este estudo, realizada em 04/07/2014.

Começou o tratamento no CHS em 09/10/2003 com IMC de 44,8, foi operada cinco meses após seu ingresso no programa e hoje tem IMC 22,2 estando classificada como normal.

Observação da pesquisadora

A participação de Cristal ocorreu após as pesquisadoras, psicóloga e fisioterapeuta, acompanharmos a convite da equipe médica uma consulta da paciente com dois médicos endocrinologistas.

Nesta consulta a paciente apresentou um exame de raios-X aos médicos e explicou que já havia se consultado com o cirurgião gástrico porque há um mês não estava conseguindo se alimentar devido a dores abdominais e quando tentava comer vomitava. Prescritos exames pelo médico e realizados, quando houve o retorno com o cirurgião este constatou a necessidade de novo procedimento cirúrgico para a retirada do anel utilizado na cirurgia bariátrica de Cristal realizada há doze anos.

Cristal relatou que trouxe aos endocrinologistas os exames de sangue para que os mesmos pudessem autorizar a sua liberação para a retirada do anel e que estava na expectativa da consulta que faria no dia seguinte com o médico endoscopista para agendamento de sua cirurgia.

Cristal sabia que havíamos ouvido que estava diante da endocrinologista com pedido de liberação feito pelo endoscopista.

Após a consulta, Cristal que prontamente aceitou participar do estudo dizendo do seu interesse em poder colaborar com informações que ajudassem outras pessoas.

Enfatizou ainda que ela pertence ao primeiro grupo de pacientes operado no CHS e conhece muitas pessoas que poderiam nos ajudar caso precisássemos de mais contatos, porém informou que sabia que alguns casos

operados na época e que dificilmente comparecem ao ambulatório ou aceitam falar são casos de pessoas que voltaram a engordar.

Entrevista

Diante dos dados da entrevista (**apêndice B**) observamos que as categorias que aparecem são:

História da obesidade

Cristal forneceu poucos dados da sua história da obesidade e ficou focada no processo da cirurgia e suas mudanças físicas e emocionais como ela define.

Fases do desenvolvimento: Ela fez a cirurgia na idade adulta, depois da gravidez, e um momento que a vaidade é, via de regra, um fator importante para a mulher. No seu caso ela valorizou as condições para o trabalho outro ponto importante da idade adulta.

Preconceito: “*Tinha preguiça*”, esse era o maior preconceito que ela demonstrou na entrevista. Não trabalhar parece que acabava com sua autoestima e com a pessoa que ela era.

Autoimagem: Esse ponto também era afetado pela *preguiça*.

Autoestima: Esse ponto também era afetado pela *preguiça*.

A preguiça é o segundo Léxico: dicionário de português online (www.lexico.pt/preguiça/ n.f 1. Inclinação para evitar ou rejeitar trabalho ou qualquer coisa que exija esforço; 2. Ócio, malandragem ou vagabundagem; 3. Frouxidão, moleza ou torpor; entre outros. Em todas as definições, não há um ponto positivo que se possa apegar e pensando em Bee, e o desenvolvimento adulto o trabalho é um dos dois elementos que dá a vida adulta um sentido. Ser preguiçosa é não ser uma pessoa inteira ou integra⁴⁴.

Estilos de personalidade: Crystal é uma pessoa divertida que gosta de entreter os outros. Sobre isso ela fala que: “*Era palhaça, agora sou mais palhaça ainda! Brincalhona*”. Com a realização da cirurgia esse aspecto se intensificou e a pessoa extrovertida e expansiva que ela era se colocou ainda mais.

“*Eu sou a palhaça, a Cristal é palhaça, tira sarro, brinca, põe apelido, não chama a pessoa por nome só por apelido, é desse jeito*”.

Apesar da imagem de palhaço ter, em alguns casos uma conotação negativa, para ela ser palhaça é um aspecto positivo que a aproxima das pessoas que ela gosta ou com as quais se relaciona.

Formação de identidade: Como ela sempre foi gordinha observa-se que a obesidade fez parte da sua formação. Ela se entendi como gordinha e mesmo os tratamentos que foram realizados, antes da cirurgia, não parecem fazer diferença no seu olhar.

Feminilidade

Esse aspecto foi pouco valorizado no seu discurso. O trabalho ocupa o lugar da feminilidade.

Infância: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Puberdade/adolescência: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Casamento: observa-se que o casamento é um ponto importante para Cristal. A relação com o marido norteou toda a entrevista e é o ponto que mais foi citado. *“Fui gordinha quando eu fui morar com ele. Antes eu não era gordinha, não”*. Ela se mostrou preocupada com o marido e teve dificuldades na cirurgia por falta de aceitação por parte dele.

Gestação: Ela não fez nenhuma citação na entrevista

Menopausa: Ela não fez nenhuma citação na entrevista

Relacionamentos

Esse é o ponto fraco de Cristal a obesidade tem muita relação com os outros teve um grande peso na obesidade e no pós-cirúrgico.

Apoio familiar: Ela relata que pouco apoio recebeu da família para fazer a cirurgia. O medo deles da sua morte fez com que marido e filha não apoiassem nem ajudassem na hora da cirurgia nem no pós-cirúrgico.

Apoio social: Ela não fez nenhuma citação na entrevista que não fosse a família direta.

Relacionamento com a obesidade: A obesidade era o centro de sua vida e ela relata *que tinha preguiça. Tinha preguiça mesmo dentro de casa*. Após a cirurgia ela relata que melhorou tudo agora ela pode fazer tudo que quer.

Relacionamento com a cirurgia: Ela escolhe fazer a cirurgia como sua última chance de enfrentamento da obesidade. Enfrenta familiares e medos para conseguir realiza-la e mudar de vida.

Pós cirurgia

Cristal conta do enfrentamento que fez junto a família e si mesma. No momento da entrevista enfrentava problemas com seu anel e precisaria retomar

com o médico quais seriam os próximos passos para seu tratamento, inclusive se precisaria tirar o anel.

Expectativas em relação à cirurgia: Ela não fez nenhuma citação direta na entrevista, mas observa-se que ela ficou muito satisfeita com a sua conquista em relação ao peso e a sua capacidade produtiva. Mesmo agora diante da possibilidade de tirar o anel ela afirma que: *“Engordar eu não vou engordar mesmo, mas é porque eu já acostumei na dieta normal”*. Nota-se o receio que esse novo tratamento trouxe a Cristal, o medo de engordar, ainda que inconsciente está se tornando consciente.

Confronto com a realidade: *“Não, naquela época o negócio era comida que eu não conseguia comer. Fui entrando em depressão logo no começo”*. Não fica claro se essa realidade é muito realidade para Cristal, ou se ela continua fantasiando as dificuldades que manter-se magra apresenta.

O ganho de peso: Diante da realidade atual ela demonstra medo de ganhar peso com a retirada do anel, mas fora isso não.

WHOQoI

Na análise da WHOQoI apresentou uma percepção de qualidade de vida classificada como boa com 75% de avaliação, autopercepção influenciada pelo momento de expectativa, sofrimento e necessidade de intervenção endoscópica para a retirada do anel que impôs influência negativa em relação à qualidade de vida em saúde considerada regular na época da coleta de dados para este estudo.

Na maioria dos quesitos diz que está com boa ou ótima qualidade de vida, mas no aspecto psicológico ela avalia como regular a presença de sentimentos negativos e no aspecto meio ambiente ela avalia que sua qualidade de vida necessita melhorar quanto ao ambiente no lar, possivelmente reflexo do momento de sofrimento emocional do esposo após um assalto. Avalia ainda como regular o quesito recursos financeiros e transporte.

Análise comparativa dos dados

Ao unir os dados sobre Cristal, esta participante que se mantém sem reganho de peso há doze anos, enfatizou-se a determinação e a mudança de foco, no caso direcionada ao trabalho.

A dificuldade no relacionamento familiar foi minimizada por atribuir ao trabalho seu foco principal e a intensificação do uso de seu estilo de personalidade, defensivo ou não, na forma de vivência das relações interpessoais como “brincalhona”.

Na época da entrevista Cristal estava em processo de agendamento de intervenção endoscópica para a retirada do anel e relatou na própria entrevista que se a coleta de dados fosse realizada em outro momento, sem esta preocupação com a saúde, seus dados seriam diferentes. Os resultados da WHOQol confirmaram a fala da participante, refletindo autoavaliações regulares quanto à satisfação com sua saúde.

No entanto, a WHOQol refletiu um novo momento de dificuldades no relacionamento, em especial na má qualidade de vida no ambiente no lar o que confirmou os dados de entrevista com relatos do marido de Cristal deprimido.

4. Safira

Resumo dos dados do prontuário

Safira é divorciada, tem 38 anos e trabalha na área comercial. Seus pais e avó materna são obesos, hipertensos e diabéticos. Obesa desde a infância, teve o histórico de sua doença agravado na adolescência e em seguida após sofrer um grave acidente automobilístico que a impossibilitou de andar temporariamente.

Iniciou seu tratamento no CHS em 05/05/2010 com IMC 36,6 e realizou a cirurgia em 18/08/2011. Hoje seu IMC é 24,5 considerado normal.

Observação da pesquisadora

Esta participante no contato inicial já se mostrou bastante interessada em participar da coleta de dados, disse também conhecer muitas pessoas que já foram operadas no CHS e considerar a carência de um trabalho a ser realizado com estas pacientes já operadas. Falou que gostaria que pudéssemos montar um grupo para reunir estas pessoas e auxiliar cada uma delas, assim como ajudar as pessoas que ainda não foram operadas.

Na entrevista safira pareceu preocupada em ser mais assertiva possível em suas falas como se procurasse atender a uma suposta expectativa do entrevistador. Pareceu ainda que a paciente gostaria de falar mais sobre sua

história e foi interrompida ao ser chamada na sala pela enfermagem para a consulta que teria a seguir com a equipe de endocrinologia.

Entrevista

Diante dos dados da entrevista (**apêndice B**) observamos que as categorias que aparecem são:

História da obesidade

Começou na infância e piorou durante a adolescência. Durante a gravidez ela perdeu peso, mas depois engordou novamente.

Fases do desenvolvimento: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Preconceito: Esse aspecto ficou bem claro na entrevista. Safira sofreu com os preconceitos e identificava-os muito claramente: *“Ao comer as pessoas parece que olhavam para você comendo e achando que ia acabar com o Buffet. Se ia sentar no ônibus, puxa vida, ela vai tomar dois lugares”*. Nota-se o quanto isso era dolorido para ela.

Autoimagem: *“Eu acho que tinha algum bloqueio, alguma coisa, ou então é porque eu não queria que a pessoa me visse daquele jeito”*.

Autoestima: *“Eu afastava as pessoas pelo fato de ser gorda”* e após a cirurgia essa condição mudou. Citando a sua relação com a filha fala que *“ela faz questão que eu deixo ela na porta, que as pessoas vejam, essa é minha mãe”*.

Estilos de personalidade: Safira é expansiva e ficar magra a ajudou a expor seus sentimentos.

Formação de identidade: Durante a entrevista observa-se que houve uma mudança dessa identidade após a cirurgia.

Feminilidade

Chama a atenção o quanto a maternidade é um fator importante para ela até mais valorizado na entrevista do que a feminilidade. Pouco do ser mulher ela fala. A sua história é de muita vergonha e pouca aceitação de si mesma, por isso ser mãe parece um complemento e um sentido mais fáceis de lidar.

Infância: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Puberdade/adolescência: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Casamento: Ela não fez nenhuma citação na entrevista, mas sabe-se que ela é divorciada pelos dados do prontuário.

Gestação: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Menopausa: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Relacionamentos

O enfoque que Safira dá é para a sua relação com a filha. E esse relacionamento melhor muito após a cirurgia.

Apoio familiar: “*Então eu já sinto uma melhor aceitação dela e a melhor aceitação minha*”. Ela precisa da aceitação da filha, novamente citada nessa frase. Se a filha está aceitando tudo está bom.

Apoio social: Safira relata que tinha pouco relacionamento social antes da cirurgia e que depois mudou. Entretanto, ter amigos não significa ter apoio social e, especialmente a esse item ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Relacionamento com a obesidade: A obesidade é um modo de ser na vida de Safira. Ela definia as relações, auto estima e autoimagem dela e nas suas poucas relações.

Relacionamento com a cirurgia: Safira considera que sua vida “*mudou completamente. Foi uma volta completa. Antes era uma vida e uma pessoa. Agora outra vida. Outra pessoa*”. Depois de todas as dificuldades para realiza-la e enfrentar os sentimentos de medo e insegurança Safira faz dela a sua libertação como pessoa.

Pós cirurgia

Ela identifica e valoriza as mudanças. Todos os relatos feitos mostram a mudança na vida familiar, consigo mesma e nas expectativas de futuro.

Expectativas em relação à cirurgia: parece que todas foram cumpridas.

Confronto com a realidade: Nota-se que ela está adequada para lidar com a realidade e parece que a cirurgia colaborou muito nessa postura.

O ganho de peso: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

WHOQoI

Na análise da WHOQoI apresentou uma percepção de qualidade de vida classificada como boa com 85,58%.

Na maioria dos quesitos considera sua qualidade de vida muito boa ou boa, com exceção da qualidade e disponibilidade com cuidados com a saúde e sociais, além de transporte que percebe como regulares.

Análise comparativa dos dados anteriores

Safira mudou sua postura após a cirurgia e se apresentou autocentrada e satisfeita com sua vida. Estes dados foram revelados em sua entrevista e na análise dos dados da WHOQol.

Ressalta-se a possível correlação entre a qualidade e disponibilidade para cuidados de saúde e sociais que Safira auto avaliou como regular na WHOQol e em sua entrevista denotou grande valorização pessoal dos contatos sociais adquiridos desde a época de sua preparação cirúrgica e o apoio obtido a partir dos mesmos.

O ambiente hospitalar ganhou significado diferenciado na vivência desta participante como um núcleo de apoio e superação. Cabe ressaltar que Safira atravessou sua infância e adolescência no CHS acompanhando por vezes sua mãe que era enfermeira do centro cirúrgico do hospital. O programa de cirurgia bariátrica e a possibilidade de realiza-la e controlar sua obesidade foram complementares a percepção de acolhimento do grupo social. Porém, no momento da coleta de dados da WHOQol, Safira revelou que sua autopercepção neste sentido esteve diminuída em relação aos demais quesitos, o que em sua entrevista corroborou dizendo do pouco contato social que mantinha antes do emagrecimento e o aumento deste hoje em dia, mas de forma bastante seletiva.

5. Selenita

Resumo dos dados do prontuário

Selenita é casada, tem 53 anos, dona de casa. A avó e irmão são obesos. Alega que engordou depois do casamento e de vir do Paraná para Sorocaba residir. O fato relatado foi de que sua obesidade se relaciona com o sofrimento na convivência com os sogros. Começou tratamento no CHS em dezembro de 2003 com sonolência, ronco noturno e obstipação. Foi operada em 2007 e está com o anel até hoje. Começou o tratamento com IMC de 64,8 e hoje tem IMC 42,5 estando classificada como obesidade moderada.

Observação da pesquisadora

No dia que ocorreu o contato, Selenita havia passado por procedimento de pesagem habitual com a equipe de enfermagem antes de consultas médicas

e apresentava ganho de peso de 10,9% em relação ao mínimo peso atingido desde a cirurgia.

No primeiro contato observo uma mulher introvertida, muito simples econômica e culturalmente, demonstrando sinais de sofrimento, mas quando nos apresentamos descubro uma mulher simples e graciosa, muito disponível para o contato que sugeria gradativa entrega diante do acolhimento do contato oferecido para contar sua história.

Selenita estava nas cadeiras do corredor do ambulatório para aguardar o atendimento com a equipe de endocrinologia no momento em que a abordei para o convite de participação na pesquisa. A participante ouviu atentamente minha apresentação e a leitura do TCLE.

Em seguida aceitou participar e fez o pedido de que fosse auxiliada na leitura dos instrumentos e alegou dificuldade visual.

Entrevista

Diante dos dados da entrevista (**apêndice B**) observamos que as categorias que aparecem são:

História da obesidade

Todo o relato de Selenita apresenta sentimentos negativos sobre si mesma. Ela se definia por Não Posso, perdas e frustrações faziam parte do seu cotidiano.

Fases do desenvolvimento: Ela relata que sempre engordou em situações de mudança, de estado, depois no casamento e na gestação. Via de regra, as mudanças geram ansiedade e inseguranças e parece que havia uma fragilidade interna para lidar com os aspectos afetivos.

Preconceito: *Tinha porque a pessoa olhava na gente, sabe? Sabe, com aquela cara de deboche, na gente, sabe. Nossa como ela é gorda!Né?* O preconceito foi muito forte na história dessa mulher. O olhar do outro é recriminador e acusativo.

Autoimagem: *Eu tinha vergonha de sair por causa da minha obesidade. Por causa de não poder se vestir direito.* Com tanto preconceito fica impossível lidar com uma autoimagem tão desprestigiada.

Autoestima: A condição da autoimagem gerou uma baixa autoestima e pós a cirurgia ela entende que: *“Agora, graças a Deus, eu sou feliz. A única coisa que consigo falar é que sou feliz agora”*.

Estilos de personalidade: Selenita é muito expansiva, de trato fácil logo estabeleceu um relacionamento a entrevista.

Formação de identidade: A obesidade não fez parte da infância dessa mulher, mas a partir da adolescência, segundo BEE⁴⁴, a fase mais importante na formação da feminilidade e da identidade⁴⁴. Nessa época ficou difícil para Selenita conviver com a vida. A obesidade foi tão intensa nessa vida que ela ficou cega por ela e hoje essa condição faz parte dela.

Feminilidade

Esse é um fator muito importante para ela. A obesidade tirou dela o ser mulher e pós a cirurgia o tornar-se mulher pode se fazer possível.

Infância: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Puberdade/adolescência: Ela muda para São Paulo nessa fase da vida e daí *“...eu entrei para o estado de São Paulo. Aí não tinha parente. Não tinha ninguém perto de mim. Foi na onda que fui só engordando, engordando”*. A importância do grupo é gigante na adolescência e ela não conseguiu lidar com a nova solidão.

Casamento: O único relato que ela faz é que *meu sogro e minha sogra me judiavam muito*. Essa frase deixa a entender que não deve ter sido uma fase fácil e nem o casamento vivido em par, mas com a família.

Gestação: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Menopausa: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Relacionamentos

Ela relata poucos relacionamentos e com pouca qualidade.

Apoio familiar: *“Eu tinha vergonha porque eu comecei a engordar depois que saí do estado de Minas, que eu entrei para o estado de São Paulo. Aí não tinha parente”*. Ela parece não entender que houve algum tipo de apoio e depois de casada somente entende que houve *“judiação”*.

Apoio social: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Relacionamento com a obesidade: Ela teve a obesidade como centro da sua vida a partir do casamento e esse foi um grande peso que imprimiu a si mesma muita dificuldade em sua autoestima e a levou até a perder uma vista. O

relacionamento negativo fez com que ela abrisse mão de si mesma e somente com a sua ausência ela pode mudar seu olhar sobre a vida.

Relacionamento com a cirurgia: *“Emociono porque hoje minha vida mudou muito”*. Ela teve com a cirurgia uma mudança de vida vivendo a possibilidade de fazer suas escolhas, viver sua vaidade e principalmente, ser mulher.

Pós cirurgia

Ela se tornou mulher e isso a deixou muito feliz consigo mesma.

Expectativas em relação à cirurgia: Todas foram supridas.

Confronto com a realidade: Parece adequado.

O ganho de peso: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

WHOQol

Na análise da WHOQol apresentou uma percepção de qualidade de vida classificada como boa com 74,04%.

No domínio físico Selenita considera que necessita melhorar sua qualidade de vida em relação à dor e desconforto e que é regular sua condição quanto ao sono e repouso.

Outro quesito a melhorar são as oportunidades de adquirir novas informações e habilidades. Ainda no domínio meio ambiente é regular a segurança física e proteção, recursos financeiros e a disponibilidade/oportunidade de cuidados com a saúde e sociais.

Análise comparativa dos dados anteriores

Selenita não obteve reganho de peso significativo desde sua cirurgia conforme o critério adotado neste estudo que foi de 15%²⁶. No entanto, esta participante apresentava na época da coleta de dados o índice de 9,3% de recuperação de peso. Em sua entrevista não mencionou tal preocupação, pelo contrário, revelou a mudança de perspectiva de vida após o emagrecimento.

Apenas nos resultados da WHOQol revelou perceber dificuldades no cuidado com sua saúde, assim como com o transporte no quesito meio ambiente.

Ao juntar os dados desta participante, percebemos que ainda que haja alguma dificuldade no momento, Selenita está melhor consigo mesma e com sua

condição de vida atual. Este fato parece fortalecer a manutenção da perda de peso após a cirurgia bariátrica.

6. Pérola

Resumo dos dados do prontuário

Pérola é casada, tem 42 anos, cabeleireira. Seu histórico familiar possui irmãos grandes obesos e a existência de tireopatia. Obesa desde a infância e agravado após suas três gestações, iniciou tratamento no CHS em janeiro de 2009 com cansaço e falta de ar. Foi operada em 2010 e está com o anel até hoje. Começou o tratamento com IMC de 44,5 e hoje tem IMC 29,2 estando classificada com sobrepeso.

Observação da pesquisadora

Pérola recebeu e aceitou o convite de participação no estudo enquanto aguardava a consulta de acompanhamento médico com os endocrinologistas. Discreta, com postura ativa e semblante sério, ouviu a proposta de participação até o fim e respondeu com um breve “tudo bem”.

A entrevista transcorreu do início ao fim em um tom linear semelhante à dinâmica de personalidade de Pérola.

Entrevista

Diante dos dados da entrevista (**apêndice B**) observamos que as categorias que aparecem são:

História da obesidade

Sua história com a obesidade começou desde a infância, piorou na adolescência com os muito tratamentos e nas gestações. Nos momentos críticos da vida da mulher ela os enfrentou ganhando peso. Um período crítico do desenvolvimento, a adolescência, pode, entre outros, ser experimentado através de sintomas que denotam angustias e sofrimentos típicos da fase de formação da identidade⁴⁴. Chama muito atenção o olhar que ela tinha sobre ela. “*Na verdade, a gente era muito parada né? Serviço de casa eu não tinha vontade. Não tinha vontade de sair, passear*”. O relato dá a impressão de uma jovem muito deprimida e sem vontade de mudar seu destino.

Fases do desenvolvimento: Pérola é uma mulher na idade adulta e nas fases anteriores não conseguiu elaborar suas tarefas o que a levou a um quadro grave de obesidade mórbida.

Preconceito: Ela não fez nenhuma citação na entrevista, mas percebe-se que o quadro depressivo foi vivido como uma situação de preconceito.

Autoimagem: Antes da cirurgia a sua autoimagem era muito negativa e ela somente se tornou ativa em relação a si mesma depois da cirurgia. *“Para mim foi muito importante, eu passei a ter uma vida mais ativa, que antes era muito complicada, parada devido ao peso e qualidade de vida. Passei a ter mais atividades com meus filhos, autoestima. Passei a me cuidar e é muito bom estar magra e as pessoas falarem para a gente que a gente está bem, a gente está bonita, que mudou bastante. Acho que isso não tem preço”.*

Autoestima: Ficou contaminada pela situação da depressão que a envolveu durante todo o tempo em que estava gorda e mesmo agora que emagreceu ela tem uma relação de fixação com esse quadro psiquiátrico. Ela fala que faz o tratamento todo certo e mesmo assim parece preocupada.

Estilos de personalidade: Com uma personalidade mais retraída e depressiva Selenita parece ter buscado uma nova vida após a cirurgia. Uma mudança.

Formação de identidade: A obesidade fez parte integral da vida dela e, por isso, parece que somente a cirurgia poderia mudar essa identidade e ela optou por essa mudança.

Feminilidade

Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Infância: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Puberdade/adolescência: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Casamento: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Gestação: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Menopausa: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Relacionamentos

Estão dificuldades na fala da participante por conta da relação que ela tem com a depressão.

Apoio familiar: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Apoio social: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Relacionamento com a obesidade: Esse foi o grande foco dado a entrevista por Selenita. Todo o tempo ela trouxe as dificuldades, e em especial, o estado depressivo em que ela ficou quase que o tempo todo do tratamento. Tornar-se magra parecia trazer a possibilidade de acabar com a depressão também.

Relacionamento com a cirurgia: Com a cirurgia a principal mudança que se observa é a valorização da qualidade de vida. Viver tornou-se olhar para si e poder valorizar o que é importante e fortalecer a si mesma.

Pós cirurgia

A vida mudou muito e para melhor na concepção dela.

Expectativas em relação à cirurgia: Ela indica que a realidade se tornou mais agradável do que ela poderia esperar.

Confronto com a realidade: Adequada para a condição da entrevistada. As demais situações ligadas ao tratamento, principalmente, a leucopenia, estão sendo cuidados e bem trabalhados.

O ganho de peso: Ela não fez nenhuma citação na entrevista

WHOQoI

Na análise da WHOQoI apresentou uma percepção de qualidade de vida classificada como boa com 94,23%.

Em quase todos os quesitos Pérola auto avaliou sua qualidade de vida como muito boa ou boa atualmente.

Disponibilidade e qualidade com os cuidados com a saúde e sociais obteve avaliação regular, assim como transporte, ambos no domínio meio ambiente.

Análise comparativa dos dados anteriores

Unindo os dados coletados sobre Pérola, percebe-se que o emagrecimento representa a transformação em uma pessoa depressiva em uma mulher focada em sua satisfação pessoal. Isto representa para esta participante qualidade de vida.

A relação com a depressão permeia o discurso de Pérola e determinou toda sua história de vida até a cirurgia.

Hoje se apresenta adequada em relação a si mesma, porém chama atenção diante de uma autoavaliação bastante positiva, a dificuldade de autocuidado e disponibilidade com saúde e relações sociais. Este fato pode ser relacionado ao perfil depressivo.

Os próximos seis casos apresentados são das pacientes que obtiveram reganho de peso pós cirurgia bariátrica.

7. Rubi

Resumo dos dados do prontuário

Rubi é casada, tem 54 anos, aposentada. Mãe com tireopatia e arritmia cardíaca e pai hipertenso e diabético.

Obesa desde a adolescência, iniciou tratamento no CHS em março de 2006 com relato incluindo mioma uterino. Foi operada em fevereiro de 2007 e está com o anel até hoje. Começou o tratamento com IMC de 51,5 e hoje tem IMC 36,7 estando classificada com obesidade moderada.

Observação da pesquisadora

A participante, entrevistada após agendamento telefônico, aceitou prontamente o convite de participação no estudo com interesse em poder colaborar com informações que ajudassem outras pessoas, mostrando-se ao telefone e pessoalmente, muito gentil e solícita.

Rubi a todo momento manteve um discurso com busca de transmitir otimismo e força diante da realidade atual de sua vida. No decorrer da entrevista Rubi revelou os motivos de seu sofrimento pois enfrentava como cuidadora a gravidade do câncer do esposo nos últimos dois anos.

Entrevista

Diante dos dados da entrevista (**apêndice B**) observamos que as categorias que aparecem são:

História da obesidade

Rubi enfatiza a cirurgia bariátrica em sua vida de forma extremamente positiva: “ *Foi a melhor coisa que eu fiz na minha vida, se eu tivesse que fazer eu fazia de novo*”.

Fases do desenvolvimento: todas as fases de desenvolvimento foram marcadas pela obesidade, *“Não conseguia abaixar, mesmo. Por causa da gordura, por causa da gordura. Uma que eu tenho o seio grande, desde pequena tenho seio grande. Até agora operei e tenho seio grande, entendeu? E a barrigona. Eu tive gestação, uma atrás da outra. Com um ano e nove meses já era gorda. Só foi acumulando. E a gordura, foi desde oito anos que eu comecei a engordar. Fazia regime, mas não resolvia nada. Então...”*

Preconceito: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Autoimagem: *“A partir do momento que você entra numa loja e põe uma blusa é outra coisa”.*

Autoestima: *“Mudou em tudo. A autoestima muda tudo (...). Eu não tinha prazer em viver, de ir numa loja comprar roupa, só aquele saco. Mandava fazer aquele saco”.*

Estilos de personalidade: *“Antes eu era triste, não tinha vontade de sair, ficava trancada, ficava irritada (...) Não tinha vontade de sair. Sair por quê? Que jeito? E tudo que ia fazer tinha que pedir para os outros”.*

Formação de identidade: *“Então, era muito difícil, nossa! (...). Por ser gorda, 120 quilos”.*

Feminilidade

A maternidade tem um foco central na vida de Rubi ao expressar a qualidade de vida em relação à obesidade, antes e depois da cirurgia, *“Tinha filha, elas iam no parque, eu tinha que descer um buraco para atravessar. Eu ficava no morro aqui esperando ela atravessar. Fui, conversei com a diretora e fazia tchau para ela saber e liberar as meninas porque eu não conseguia descer e subir. Descer e subir para você ter uma ideia! ” E “ E ainda tenho duas filhas, quer dizer, a autoestima subiu lá em cima”.*

Infância: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Puberdade/adolescência: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Casamento: Colocou-se como a única cuidadora possível do marido que é vítima de câncer e a intensa vivência em comum do adoecimento e seu tratamento.

Gestação: citou ter engordado ainda mais após as duas gestações.

Menopausa: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Relacionamentos

Apoio familiar: *Minha mãe ficou feliz da vida! No começo ela estava com medo. Depois, foi a melhor coisa que você fez. Que ela tem a cabecinha assim, sabe? (...) Ela tinha medo, e eu ficava naquela, ao meu Deus, ela precisa de mim, a gente imagina depois, mas deu tudo certo*".

Apoio social: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Relacionamento com a obesidade: *"Porque você ficava ali, parada, só esperando a morte"*.

Relacionamento com a cirurgia: *"Tudo melhorou, menina. Tudo foi para a frente. Nada ia para a frente, tudo era só ...sabe, se não tinha aquela (...). Para a frente? Consegui minha casa, consegui comprar carro, consegui comprar uma moto, pagar faculdade para minhas filhas. Quer coisa melhor que isso? "*

Pós cirurgia

Expectativas em relação à cirurgia: *"Mas eu sempre queria fazer. Sempre corri atrás para fazer, escrevi para o Ratinho, para o Gugu, para tudo que eu queria. Que iria fazer. A minha pressão é alta e silenciosa então cada vez. Eu que eu ia fazer controle, eu ia direto para o P.A. (pronto atendimento) tomar remédio. Por causa do peso. Agora não. Tudo controlado. Eu tomo remédio para a pressão mais porque ela é silenciosa. Então, melhor tomar um do que tomar três"*.

Confronto com a realidade: *"Cem por cento que eu não nem acredito. Isso tudo graças à doutora, graças a Deus! Minha vida mudou cem por cento. Mesmo os problemas que estou tendo. Há dois anos e meio um probleminha aí que não está sendo fácil, mas eu estou encarando numa boa. Estou cuidando"*.

O ganho de peso: *"Às vezes eu fico junto com ele assim. Vamos comer um pouquinho. O que faço para ele eu como também. Porque ele só come pastoso, então é assim que eu estou fazendo (...). Não, não é bem uma dieta. Porque eu como carne, eu tenho que comer carne todo dia, tenho que beber leite, então, essas coisas (...). Para incentivar ele"*.

WHOQoI

Na análise da WHOQoI apresentou uma percepção de qualidade de vida classificada como boa com 85,58%.

Na grande maioria dos quesitos atribuiu qualidade de vida boa ou muito boa.

A exceção apareceu como regular apenas no quesito disponibilidade e qualidade nos cuidados com a saúde e sociais.

Análise comparativa dos dados anteriores

Ao unir os dados coletados dessa participante foi possível verificar a dificuldade quanto ao autocuidado que se mantém deficiente desde a infância ou teve piora com o foco de sua atenção voltada ao marido e seu adoecimento.

Rubi ganhou 18,9% de seu peso mínimo após a cirurgia, mas não referiu diretamente este fato na entrevista ou retratou algum quesito relacionado na WHOQoL. Este fato deveu-se em especial à sua personalidade e o momento de dedicação ao quadro de câncer do esposo.

Esposo e filhas parecem ser seu grande foco de interesse. O centro de suas atenções não está sobre si mesma e isto pode relacionar-se ao ganho progressivo de peso em sua vida passada e atual.

8. Jade

Resumo dos dados do prontuário

Jade é casada há 30 anos, tem 50 anos de idade, mãe de três filhos, é auxiliar de contabilidade há mais de quinze anos em uma associação. Seu histórico pessoal assinala que engordou especialmente após o casamento e as gestações. Porém, antes de iniciar o tratamento no CHS, conseguiu através de dieta eliminar 40 kg e voltou a engordar.

Obesa desde a infância e agravado após suas três gestações, iniciou tratamento no CHS em outubro de 2004 e se queixava apenas de dores nos joelhos. Foi operada em maio de 2005 e está com o anel até hoje. Começou o tratamento com IMC 63,9 e hoje tem IMC 43 estando classificada com obesidade grave.

Observação da pesquisadora

Jade foi convidada a participar desse estudo através de contato telefônico e aceitou prontamente. Marcamos o encontro para a data em que veio ao hospital para retorno com os médicos endocrinologistas.

A simpatia e a gentileza da participante foram características marcantes nos contatos tanto telefônicos quanto presenciais. Sem nenhuma menção de

pressa, a impressão que tive foi de que a participante buscou que as nossas expectativas enquanto pesquisadores fossem alcançadas e para isso respondia a cada questão se estendendo e relembrando fatos o máximo possível em suas respostas.

Entrevista

Diante dos dados da entrevista (**apêndice B**) observamos que as categorias que aparecem são:

História da obesidade

Basicamente, toda a entrevista ficou centrada na obesidade atual e nas relações que essa condição tem imposto para ela na atualidade.

Fases do desenvolvimento: Ela não fez nenhuma citação na entrevista, mas pode-se inferir que desde a infância a obesidade fez parte do seu processo de desenvolvimento dando a todos eles o ser obesa o tom da vida.

Preconceito: Ela não fez nenhuma citação direta na entrevista sobre preconceito, mas quando ela fala da dificuldade de comprar roupa parece que ela fala da falta de lugar e espaço para pessoas que tem sobrepeso.

Autoimagem: Antes da cirurgia ela alega que melhorou *“Seu visual fica melhor. Você se sente se olhando espelho. Você vê se aquela roupa caiu bem”*, houve uma mudança na sua autoimagem.

Autoestima: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Estilos de personalidade: Durante a entrevista apresenta uma personalidade infantilizada e dependente. Com dificuldade de lidar com a realidade ela não consegue se desenvolver adequadamente.

Formação de identidade: A obesidade aparece como foco central até os dias de hoje.

Feminilidade

Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Infância: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Puberdade/adolescência: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Casamento: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Gestação: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Menopausa: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Relacionamentos

Jade nota que os relacionamentos mudaram e que se as pessoas a excluía ou faziam de forma escondida.

Apoio familiar: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Apoio social: Ela alega que hoje tem apoio as pessoas falam que ela mudou, fazem elogio, mas antes da cirurgia. Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Relacionamento com a obesidade: Jade pareceu lidar de forma adequada com a obesidade, entendendo a dificuldade dos outros e seus limites. Entretanto conta que quando ficou magra demais, por causa da fistula, e sentiu que as pessoas a tratavam de forma estranha. *“Fiquei internada mais quarenta e nove dias. Fiquei muito magra. Muito, como diz assim, chupada”*.

Relacionamento com a cirurgia: Ela alega que a cirurgia mudou tudo na vida dela e a tornou mais ativa.

Pós cirurgia

A imagem refletida não era a dela acrescido do problema da fistula e nova internação depois de uma semana parecem ter desestabilizado Jade.

Expectativas em relação à cirurgia: Parece que elas não foram atendidas. Ela fala do processo da internação.

Confronto com a realidade: Observa-se que Jade tem dificuldade de lidar com a realidade. Em alguns momentos seu discurso se apresenta de forma confusa e inadequada. Houve uma dificuldade por parte dela em responder sobre as mudanças depois da cirurgia e sobre o ganho de peso.

O ganho de peso: Jade diz *“faria tudo de novo”*, mas não parece que a cirurgia não foi o suficiente, nem tudo o sofreu depois dela, para um amadurecimento emocional sobre si mesma e sobre sua qualidade de vida.

WHOQoI

Na análise da WHOQoI apresentou uma percepção de qualidade de vida classificada como boa com 69,23%.

Aspectos psicológicos receberam avaliação regular, tais como: autoestima, autoimagem e sentimentos negativos. O mesmo se deu em relação ao apoio social, ou seja, a percepção de falta do mesmo.

Análise comparativa dos dados anteriores

Jade engordou 26,1% em relação ao seu peso mínimo após cirurgia e a insatisfação com a autoimagem e autoestima está, entre outros confirmada na WHOQol, mas em sua entrevista não retrata com maturidade sua relação com o emagrecimento.

Nem mesmo a experiência da longa internação após a cirurgia, a experiência de quase morte em decorrência de fístula, foram retratadas na forma de valorização do procedimento e manutenção de seus benefícios.

Apesar de haver uma alteração positiva em relação a autoimagem, para esta participante, a obesidade permanece como foco central.

9. Esmeralda

Resumo dos dados do prontuário

Esmeralda é casada, tem 53 anos, aposentada. Sua mãe faleceu em decorrência da obesidade. Obesa desde a adolescência, iniciou tratamento no CHS em maio de 2008 com cansaço e falta de ar. Foi operada em 2009 sem a colocação de anel. Começou o tratamento com IMC de 39,1 e hoje tem IMC 31,2 estando classificada com obesidade leve.

Observação da pesquisadora

Esmeralda estava no ambulatório do CHS após passar em consulta com o endocrinologista quando fiz o convite de participação no estudo. A participante questionou quem eu era e ouviu atentamente as explicações sobre o propósito da pesquisa, assim como fez a leitura do TCLE.

No primeiro momento tive a impressão de que se negaria a participar devido à impressão que causou de incômodo ao ser abordada. Após ter escutado a leitura do termo de consentimento, respondeu que poderia colaborar, mas não tinha muito tempo à disposição porque iria trabalhar após o almoço. Contou que era auxiliar contábil em uma associação militar, onde trabalhava a mais de quinze anos e era muito requisitada.

Entrevista

Diante dos dados da entrevista (**apêndice B**) observamos que as categorias que aparecem são:

História da obesidade

A obesidade de Esmeralda começa na adolescência e aumenta depois do casamento.

Na Esmeralda o que chamou muito a atenção da pesquisadora é que nada é falado que não a obesidade, a cirurgia e o ganho de peso, ou seja, a retomada da obesidade. Essa forma de encarar a doença pode ser prejudicial uma vez que nenhum outro assunto foi focado.

Fases do desenvolvimento: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Preconceito: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Autoimagem: Pode-se inferir que é muito baixa porque nada apareceu somente que quando emagreceu parecia velha e doente.

Autoestima: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Estilos de personalidade: A participante mostrou-se evasiva e dissimulada durante o processo deixando pouco transparecer de sua personalidade, mas pode-se inferir que ela foi construída tendo o processo de engorda e emagrece no centro de sua formação.

Formação de identidade: A identidade que ela apresenta é da mulher que é obesa e a obesidade é seu foco principal

Feminilidade

Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Infância: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Puberdade/adolescência: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Casamento: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Gestação: Ela não fez nenhuma citação na entrevista

Menopausa: Ela não fez nenhuma citação na entrevista

Relacionamentos

Ela não fez nenhuma citação na entrevista

Apoio familiar: Ela não fez nenhuma citação na entrevista

Apoio social: Ela não fez nenhuma citação na entrevista

Relacionamento com a obesidade: Esmeralda fez a cirurgia, mas já ganhou 20 quilos, ou seja, a cirurgia não mudou seu padrão de relacionamento com a obesidade.

Relacionamento com a cirurgia: Ela não se sentiu adequada com a perda de peso. Relata que *envelheceu* e ficou com “*cara de doente*”. É interessante ressaltar que a ideia que se tem da cirurgia é fundamental para que a autoestima melhore e no caso dela isso não ocorreu.

Pós cirurgia

No relato de forma geral, observa-se que a cirurgia não foi avaliada de forma positiva ela não se reconheceu e nem concordava com as orientações da médica.

Expectativas em relação à cirurgia: Parece que havia uma expectativa de não descer dos 100 quilos: *brincava com a psicóloga: “eu não quero passar de cem”*. E agora que ela está acima diz que “*Abaixo dos cem. Essa é a minha meta*”.

Confronto com a realidade: Em alguns momentos não fica claro se ela lida de forma adequada com a realidade, uma vez que a obesidade lhe trouxe problemas no joelho e quanto menor o peso melhor para resolver esse problema e ela insiste em um peso maior.

O ganho de peso: Durante a entrevista ele foi avaliado como ruim, mas a luta para manter o peso precisa ser constante e ela não parecia consciente disso. Havia uma posição fantasiosa que agora parece estar em transformação. “*De manter. De você de fato não é um milagre né? Não é.*”

WHOQoI

Na análise da WHOQoI apresentou uma percepção de qualidade de vida classificada como boa com 83,65%.

Em todos os quesitos considerou muito boa ou boa sua qualidade de vida.

Análise comparativa dos dados anteriores

A juntar dados, a forma fantasiosa de lidar com a realidade parece ser a principal característica desta participante.

Mostra-se satisfeita em sua autoavaliação de qualidade de vida e ciente de seu reganho de peso e riscos. Porém, não se implica com a problemática.

Mantem-se contraditória em seu discurso quanto a suas expectativas, que são de manter um controle sobre o emagrecimento e não o emagrecer em si de acordo com a proposta do tratamento médico.

10. Lázuli

Resumo dos dados do prontuário

Lázuli é casada, tem 53 anos, secretaria aposentada. Histórico familiar de sobrepeso, hipertensão arterial e tireopatia. Obesa desde a adolescência e agravado o quadro após casamento e gravidez, iniciou tratamento no CHS junho de 2008 com cansaço e falta de ar. Foi operada em maio de 2009 sem uso de anel. Começou o tratamento com IMC de 38,5 e hoje tem IMC 32,1 estando classificada com obesidade leve.

Observação da pesquisadora

Lázuli foi convidada a participar desse estudo através de contato telefônico e aceitou prontamente. Marcamos o encontro para a data em que veio ao hospital para retorno com os médicos endocrinologistas.

Depois da consulta com os médicos, Lázuli nos encontrou conforme havíamos agendado previamente para a coleta de dados psicológicos e também fisioterápicos para as pesquisas.

A simpatia e a gentileza da participante foram características marcantes nos contatos tanto telefônicos quanto presenciais. Sem nenhuma menção de pressa, a impressão que tive foi de que a participante buscou que as nossas expectativas enquanto pesquisadores fossem alcançadas e para isso respondia a cada questão se estendendo e relembrando fatos o máximo possível em suas respostas.

Entrevista

Diante dos dados da entrevista (**apêndice B**) observamos que as categorias que aparecem são:

História da obesidade

Lázuli tem uma relação difícil com seu peso. Ela demonstra que sempre brigou com o peso, mas seu empenho sempre foi relativo as oportunidades e a companhia das outras pessoas. Pode-se inferir que essa obesidade não parece ser dela, não é assumida como um processo que ela precisa resolver.

Fases do desenvolvimento: Observa-se que ao entrar no final da idade adulta e com isso a vinda da menopausa esse foi um baque emocional para a

vida de Lázuli. Durante a entrevista ela deixa clara a sua frustração com o processo de envelhecimento.

Preconceito: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Autoimagem: Está sem sintonia com aquilo que ela queria dela mesma.

Ela não diz de forma clara, mas deixa bem claro que esse processo a afetou emocionalmente.

Autoestima: Da mesma forma que com a autoimagem ela apresenta baixa autoestima e não consegue ter um olhar positivo para si mesma.

Estilos de personalidade: Ela tem uma personalidade dependente dos outros. Não busca suas próprias soluções fica esperando que os outros façam e ela vai junto mesmo ganhando peso: *Eu faço, não que eu procure, entendeu? Tendo oportunidade eu faço*. Outro fator importante é que ela é ansiosa e não demonstra formas de lidar com essa condição.

Formação de identidade: Apesar de não falar de forma direta, claro que a obesidade e a ansiedade estão presentes nessa identidade. Com essas características pode-se entender porque a dificuldade de lidar com a própria vida interfere de forma direta no ganho de peso.

Feminilidade

Ela fala desse tema quando fala da menopausa *como eu parei radicalmente com os remédios do ginecologista, daí que ela começou a falhar, mas daí agora eu acho que é a natureza*.

Infância: Ela não fez nenhuma citação na entrevista

Puberdade/adolescência: Ela não fez nenhuma citação na entrevista

Casamento: Ela não fez nenhuma citação na entrevista, mas cita que *chutei o balde*. Ela alega que quer as coisas adequadas, mas tem que fazer sozinha.

Gestação: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Menopausa: Esse é um fator que ela aponta como a menopausa mudou as coisas, em especial o sexo. Depois que ela fez a cirurgia ela entrou no processo da menopausa e parece que isso fez com ela se decepcionasse com seus resultados. Essa condição a deixa muito ansiosa e parece que a fez pensar no processo de envelhecimento.

Relacionamentos

Apoio familiar: Ela não fala nada do período prévio a cirurgia, mas agora que ganhou peso diz que “*Eu sou chata. Na minha casa reclamam que eu sou muito chata! Eu quero tudo certinho...*”. E observa-se que não existe uma boa qualidade de relação na família.

Apoio social: Ela não relata nada na entrevista.

Relacionamento com a obesidade: A obesidade foi o centro das suas falas na entrevista, de forma direta ou indireta ela tem na obesidade e depois na condição da menopausa as justificativas para lidar com a culpa que sente pela própria vida.

Relacionamento com a cirurgia: Lázuli fala que a cirurgia mudou sua vida nos aspectos físicos e na saúde. Ela tinha graves problemas de saúde, hipertensão, falta de ar e logo ao perder os primeiros 10 quilos isso melhorou. Entretanto ela somente faz ginástica se tiver alguém com ela.

Pós cirurgia

A grande expectativa dela era melhorar sua vida sexual e isso não aconteceu gerando grande frustração em Lázuli.

Expectativas em relação à cirurgia: As expectativas não foram atendidas. Lázuli não descreve que criou expectativas para a cirurgia que não dependiam somente dela. Quando ela se percebeu na menopausa essa condição se agravou.

Confronto com a realidade: Lázuli tem muita dificuldade de lidar com dificuldades e frustrações. Como ela não lida com a realidade observa-se no seu relato que: “depois que eu aposentei as coisas pioraram, nada vem na mão, não tem hora nem responsabilidade e *dorme demais. Dá mais fome, muitas vezes é isso que dá. Não sei se eu sei falar*”.

O ganho de peso: Lázuli se mostra otimista com o novo ganho de peso “*é, mas eu sei que eu perco, né. É tomar vergonha na cara*”.

WHOQoI

Na análise da WHOQoI apresentou uma percepção de qualidade de vida classificada como boa com 73,08%.

Lázuli considerou regular sua satisfação com sua imagem corporal, relações sociais, recursos financeiros e oportunidades de adquirir informações.

Análise comparativa dos dados anteriores

Lázuli mostrou-se incomodada com sua imagem corporal e referiu também sua dificuldade em administrar o autocuidado tanto na entrevista quanto na WHOQol.

Após aumentar 18,4% de seu peso, atribui à menopausa e à aposentadoria os principais responsáveis pelo fato de engordar.

Ainda admite que retomou velhos hábitos como o excesso alimentar e seu temperamento colaboram com a dificuldade de manter seu peso.

11. Angelita

Resumo dos dados do prontuário

Angelita é casada, tem 50 anos, merendeira. Sua mãe enfartou. Obesa desde o casamento, iniciou tratamento no CHS junho de 2006 com queixa de vasculopatia periférica. Foi operada em setembro de 2007 com uso de anel. Começou o tratamento com IMC de 39,7 e hoje tem IMC 29,6 estando classificada com sobrepeso.

Observação da pesquisadora

No contato inicial ocorrido nas cadeiras do corredor do ambulatório para aguardar o atendimento com a equipe de endocrinologia, a participante estava acompanhada de uma amiga e se mostrou bastante receptiva. Disse que tinha disponibilidade de tempo porque ficaria a tarde toda no hospital uma vez que teria que aguardar o horário de retorno do ônibus da prefeitura de seu município que trouxe diversos pacientes para atendimento em Sorocaba.

Angelita pareceu masculinizada, muito simples economicamente, demonstrando cansaço justificado em sua fala por ter acordado ainda no início da madrugada para vir à consulta médica. Quando nos apresentamos descobrimos uma mulher simples e graciosa.

Angelita havia passado em consulta com a equipe de endocrinologia e em seguida recebeu o convite de participação na pesquisa. A participante ouviu a leitura do TCLE, assinou o mesmo e passamos à entrevista e preenchimento a próprio punho da WHOQol-bref.

Às onze horas da manhã Angelita havia passado no mínimo quatro horas no hospital e parecia desgastada. Entretanto, mostrou-se desanimada e as informações que relatou depois em entrevista corroboraram com minha impressão inicial.

Entrevista

Diante dos dados da entrevista (**apêndice B**) observamos que as categorias que aparecem são:

História da obesidade

Fases do desenvolvimento: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Preconceito: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Autoimagem: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Autoestima: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Estilos de personalidade: *“quando você é gordinha, é mais sossegada. Vai deixando tudo por fazer depois. Depois você se sente útil a tudo”.*

Formação de identidade: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Feminilidade

Infância: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Puberdade/adolescência: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Casamento: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Gestação: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Menopausa: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Relacionamentos

Apoio familiar: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Apoio social: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Relacionamento com a obesidade: *“Foi difícil. Difícil o regime. Difícil. Foi caso de olhar comida. Tinha dia que chorava. Tinha vontade de comer e tinha que fazer o regime”.*

Relacionamento com a cirurgia: ‘Você tem o limite de você comer ali. Aquilo que cabe mesmo para você não passar mal. Porque senão é gula. Você tem um limite ali. Você come e está satisfeita’.

Pós cirurgia

Expectativas em relação à cirurgia: *“antes quando era gorda, tinha que fazer o regime para operar, e tinha que...você trabalhando com comida. Então*

“você tinha que fazer o regime. Depois a cabeça, que você operou. A sua cabeça é aquela, você já tinha feito o regime, você continua no regime, e sabendo que você estava operada”.

Confronto com a realidade: *“É depois da cirurgia, daí você tem que... você sabe que você tem que... você já fazia isso, aí você continua fazendo aquilo”.*

O ganho de peso: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

WHOQoI

Na análise da WHOQoI apresentou uma percepção de qualidade de vida classificada como boa com 75% de satisfação.

A necessidade de melhoria foi apresentada especialmente quanto ao ambiente físico.

Considerou regular seu sono e fadiga (domínio físico), sentimentos positivos e espiritualidade (domínio psicológico), relações pessoais e atividade sexual (domínio das relações sociais) e, recursos financeiros, além de oportunidades de participação de recreação/lazer.

Análise comparativa dos dados anteriores

Angelita trabalha como merendeira e mantém em seu discurso o foco na comida e na obesidade. O sofrimento em relação a administrar o autocuidado é confirmado em todos os instrumentos que foram aplicados na coleta de dados.

Esta participante sugeriu uma baixa motivação em relação ao tratamento e sua própria capacidade de enfrentamento da doença.

Lidar com limites é o ponto fraco de Angelita e sua dificuldade é mantida justificando seu reganho de peso e insucesso no tratamento clínico.

12. Galena

Resumo dos dados do prontuário

Galena é casada, faxineira em um restaurante e mãe de um bebe de dez meses. Tem 32 anos e está sob tratamento medicamentoso e psicoterápico para depressão. Reganhou peso após a gravidez. Obesa desde a infância, iniciou tratamento no CHS junho de 2009 com cansaço, ronco, sonolência, obstipação e irregularidade menstrual. Foi operada em outubro de 2010 com uso de anel.

Começou o tratamento com IMC de 49,5 e hoje tem IMC 33 estando classificada com obesidade leve.

Observação da pesquisadora

Galena se encontrava nas cadeiras do corredor de espera do ambulatório do CHS no final de uma tarde e estava acompanhada do marido e de sua filha de apenas dez meses. A participante me informou que havia vindo para a consulta com a psicóloga no início daquela tarde e que passaria em consulta com os endocrinologistas.

Esta participante aceitou nosso convite e pediu que o esposo cuidasse da filha e a chamasse caso os médicos anunciassem seu nome.

Galena apesar da disponibilidade transmitiu extremo cansaço e até certo semblante de tristeza. O desgaste físico e emocional da participante foi marcante.

Entrevista

Diante dos dados da entrevista (**apêndice B**) observamos que as categorias que aparecem são:

História da obesidade

Fases do desenvolvimento: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Preconceito: *“O preconceito é com a gordura. Pode passar uma mulher gorda que está todo mundo com o olho enorme em cima. Pode passar um negão bonito que todo mundo olha. Olha que negão bonito. Eu acho isso”.*

Autoimagem: *“Emocionalmente acho que não mudou muita coisa. Só a parte física. O que me incomodava muito”.*

Autoestima: *“Mudou bastante coisa. Uma das coisas foi emocionalmente. Às vezes eu colocava uma roupa e final de ano eu vivia chorando. Não achava uma roupa que poderia ficar bem”.*

Estilos de personalidade: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Formação de identidade: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Feminilidade

Infância: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Puberdade/adolescência: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Casamento: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Gestação: “...apesar de eu ter engordado sete quilos depois que eu tive minha filha. Agora nos últimos dez meses eu engordei sete quilos”.

Menopausa: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Relacionamentos

Apoio familiar: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Apoio social: Ela não fez nenhuma citação na entrevista.

Relacionamento com a obesidade: *“Eu me alimento uma vez por dia só. Porque eu acordo e vou trabalhar. Às vezes eu vou sem almoçar mesmo, entendeu? Aí lá eu como às cinco e meia da tarde e vou embora. Depois eu não como mais. Com esse horário bagunçado, está ajudando eu a engordar”.*

Relacionamento com a cirurgia: *“Eu fui embora para casa e daí eu comecei a cheirar e feder. Estava fedendo já. Aí quando foi dia dois de outubro eu liguei para a doutora que eu estava passando mal. Minha irmã falou que eu estava cheirando mal. Falei que eu estava fedendo e estava com muita dor de cabeça. Aí eu voltei. Fiquei dois dias no pronto socorro até me encaminharem para o Leonor. Meu corpo tinha rejeitado. Aí tinha aberto. Fiquei um mês na alimentação via sonda e antibiótico. Até fechar sozinho. Fedia o liquido que vazava. Quando eu voltei já estava com infecção generalizada. Por pouco eu não... nem sabia que eu tinha quase morrido. Mas eu faria de novo”.*

Pós cirurgia

Expectativas em relação à cirurgia: *“É outra coisa ser magra. Porque ser gorda é difícil”.*

Confronto com a realidade: “... por enquanto minha vida está meio difícil por causa do meu horário de emprego. Eu entro das três às onze e meia da noite. Eu chego em casa quase uma hora. O nenê acorda e vai dormir às três. Eu durmo até tarde. Acordo e já vou trabalhar(...) me alimento uma vez por dia só. Porque eu acordo e vou trabalhar. Às vezes eu vou sem almoçar mesmo, entendeu? Aí lá eu como às cinco e meia da tarde e vou embora. Depois eu não como mais”.

O ganho de peso: “Hoje em dia, apesar de eu ter engordado sete quilos depois que eu tive minha filha. Agora nos últimos dez meses eu engordei sete quilos. Eu vou precisar perder estes sete quilos logo”.

WHOQoI

Na análise da WHOQoI apresentou uma percepção de qualidade de vida classificada como regular com 45,19% de satisfação.

Galena percebe que precisa melhorar sua qualidade de vida. Da mesma forma, quer melhoria quanto às suas atividades da vida cotidiana, dependência de tratamentos/medicações, sentimentos positivos, imagem corporal, ambiente no lar, oportunidade de adquirir informações e participação na forma de lazer.

Análise comparativa dos dados anteriores

As informações sobre Galena confirmam o quadro de depressão pós-parto.

Esta participante destoa na amostra com reganho de peso por ser a única com idade inferior a quarenta anos, gestante e agora exercendo a maternidade após a cirurgia.

Galena está em sofrimento em quase todos os quesitos de sua vida. Sente-se exausta tanto nos cuidados com a filha e com o trabalho. Mostra-se sem energia para o enfrentamento da situação do reganho de peso.

V.2 Dados comparativos

V.3 Dados de prontuário

Os quadros construídos a partir dos dados obtidos nos prontuários médicos das participantes compuseram os seguintes dados sócio demográficos e clínicos comparados:

Respeitando as condições éticas os nomes das participantes foram trocados por nomes de pedras preciosas, uma vez que cada uma delas foi vista e estudada como singulares e valiosas.

Os dados demográficos dos participantes que compuseram a amostra estão apresentados respectivamente nos quadros 2 e 3 a seguir.

Quadro 2 - Dados demográficos das participantes sem ganho de peso, obtidos nos prontuários

Participante	LARIMAR	AGATA	CRISTAL	SAFIRA	SELENITA	PÉROLA
Data de nascimento	04/04/1989	25/01/1965	27/07/1966	01/04/1978	02/06/1962	17/07/1973
Idade atual	26	50	49	38	53	42
Profissão	Gerente de vendas	Aposentada (invalidez)	Auxiliar de enfermagem	Gerente de vendas	Dona de casa	Cabeleireira
Estado civil	Solteira	Casada	Casada	Divorciada	Casada	Casada

A mediana de idade dessas mulheres é de 40 anos, a maioria casada (66,7%) e exercendo profissões sem qualificação universitária.

Quadro 3 - Dados demográficos das participantes com reganho de peso.

Participante	RUBI	ESMERALDA	JADE	LÁZULI	ANGELITA	GALENA
Data de nascimento	25/11/1959	21/02/1958	03/08/1965	11/09/1958	27/06/1965	22/09/1983
Idade	54	53	50	53	50	32
Profissão	Aposentada	Aposentada (invalidez)	Auxiliar de contabilidade	Secretária de escola	Merendeira	Faxineira
Estado civil	Casada	Casada	Casada	Casada	Casada	Casada

A mediana de idade dessas mulheres é de 50 anos, todas são casadas e também exercem profissões sem qualificação universitária.

Os dados de história clínica e as datas de chegada ao CHS e da cirurgia, bem como seu tipo, obtidos dos prontuários das participantes que compuseram a amostra do estudo, estão apresentados respectivamente nos quadros 3 e 4 a seguir:

Quadro 4 - Dados de história clínica, datas de chegada ao CHS e da cirurgia e se houve colocação de anel, obtidos dos prontuários das participantes sem reganho de peso:

Participante	LARIMAR	AGATA	CRISTAL	SAFIRA	SELENITA	PÉROLA
Queixas iniciais	Cansaço; Sonolência; Falta de ar; Dores articulares.	Cansaço; Sonolência; Falta de ar; Dores articulares; Ronco noturno;	Cansaço; Falta de ar; Ronco noturno; Polifagia; Polidipsia; Poliúria.	Cansaço falta de ar; Dores articulares; Obstipação; Dor nos joelhos.	Sonolência, Ronco noturno; Obstipação.	Cansaço; Falta de ar; Ronco noturno; Sonolência; Polifagia; Polidipsia; Poliúria.
Histórico (registro do prontuário médico na consulta inicial)	Sempre foi “gordinha”; Obesidade agravada na adolescência; Tratamentos clínicos com endócrino e “fórmulas”; Eliminou apenas 5 kg; Ganho posterior de peso.	Obesidade desde a infância agravada após gestação; Tratamentos clínicos com endócrino e fórmulas; Não emagreceu muito.	Sempre foi “cheinha”; Engordou mais após gestação (há oito anos); Tratamentos clínicos com endócrino e fórmulas (última há mais de 10 anos); Já chegou a 54 kg antes da gestação (após usar dietilpropiona*).	Encaminhada da cirurgia plástica (mamoplastia redutora em 19/02/2010); Obesa desde a infância; agravada na adolescência; (16-22 anos- 120 kg); Perda de peso após a gestação; DM e HAS; Uso metformina** por glicemia de jejum alterada, referindo normalização; Medicamentos já usados: fluoxetina***, dietilpropiona*, sibutramina****.	Após mudança de estado (MG/SP), casamento e gestações, começou a engordar; Tratamentos clínicos com endócrino e “fórmulas” (uma vez); de 180 kg para 70 kg; mas após parar a fórmula, engordou; Refere que faz dieta, come poucos doces, pouco arroz, muita verdura.	Refere obesidade desde a infância; Dietas desde a adolescência com uso de fórmulas sem sucesso e com agravamento após as gestações; Uso de vários medicamentos controlados sem sucesso.
Comorbidades	HAS; Asma; Dispnéia de esforço; Depressão; Bulimia.	HAS desde 1997; Dispnéia de esforço; Varizes MMII.	HAS; Dispnéia de esforço; Dores articulares.	Dispnéia de esforço; Dispepsia; Nega bulimia, refere períodos jejum de sete dias	HAS; Varizes; Urgência miccional; Acantose nigricante.	Asma; Artropatia em joelhos (2008).

Continuação:

Participante	LARIMAR	AGATA	CRISTAL	SAFIRA	SELENITA	PÉROLA
Gestações	0	4	1	1	3	4
Partos	0	4	1	1	3	3
Abortos	0	0	0	0	0	1
Antecedentes pessoais	Asma e bronquite desde a infância; Nega relação sexual; Tratou depressão por alguns meses.	Peso máximo de 120 kg em 2002.	Exérese cisto de ovário direito (1989).	Artrose por acidente Peso ao nascimento 3,760 kg.	Miomatose uterina.	Sonolência quando entra em contato com produtos químicos.
Antecedentes familiares	HAS, AVC e obesidade mãe.	Mãe e irmãos obesos; Pai e mãe com DM Irmão com insuficiência coronariana.	“Todos acima do peso” (sic); Pais com DM e dislipidemia (falecidos); Irmã com dislipidemia e HAS; Primo já chegou a 300kg (colocou balão no estômago).	Obesidade dos pais e avó materna; HAS e DM (pais).	Irmão e avó obesos.	Irmã com tiropatia; Irmãos grandes obesos; Pai com HAS.
Início CHS	03/08/2009	31/01/2007	09/10/2003	05/05/2010	11/12/2003	20/01/2009
Data da cirurgia	26/07/2010	24/07/2007	29/03/2004	18/08/2011	02/10/2007	07/05/2010
Colocação de anel	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM

* Dietilpropiona/anfepramona (derivado fenetilamínico utilizado como anorexígeno);

**Metformina (antidiabético utilizado controle glicêmico no DM2);

***Fluoxetina (antidepressivo);

****Sibutramina (fármaco inibidor seletivo da recaptação da serotonina e norepinefrina utilizado no tratamento da obesidade).

Todas as participantes referiram que sempre foram gordinhas, exceção à SELENITA que engordou depois da gravidez. Todas têm uma queixa inicial de cansaço, sonolência, falta de ar, típicas do processo de obesidade. Todas as participantes relatam comorbidades, antecedentes familiares especialmente por parte da mãe, bem como antecedentes pessoais de obesidade. Somente uma delas não engravidou e uma relata aborto. Relativo ao tempo de tratamento no CHS e tempo médio de cirurgia de sete anos.

Quadro 5 - Dados de história clínica, datas de chegada ao CHS e da cirurgia e se houve colocação de anel, obtidos dos prontuários das participantes com reganho de peso

Participante	RUBI	JADE	ESMERALDA	LÁZULI	ANGELITITA	GALENA
Queixas iniciais	Cansaço; Falta de ar; Ronco noturno; Sonolência; Irregularidade menstrual com presença de mioma; Impotência.	Dores articulares nos joelhos.	Não registrado.	Ronco noturno.	Cansaço; Falta de ar; Obstipação; Polis.	Cansaço; Ronco noturno; Sonolência; Obstipação; Irregularidade menstrual.
Histórico (registro prontuário médico consulta inicial)	Obesidade desde a adolescência; Inúmeras dietas sem resultados; Não está fazendo controle alimentar Não está fazendo atividade física.	Obesa desde a infância; Casou com 20 anos (e 90 kg); Engordou 22 kg após gestações; Tratamentos clínicos com endócrino e “fórmulas”; chegou a eliminar 40 kg, mas depois engordou mais de 60 kg.	Obesa desde a adolescência; Aumento progressivo de peso, maior após o casamento; Tratamentos clínicos com endócrino e “fórmulas”; Perdia e ganhava peso.	Obesidade desde a adolescência; Obesidade agravada após o casamento (10 kg) e gestação (mais 16 kg); Tratamentos clínicos com dietas, endócrino e “fórmulas”; Chegou a pesar 53 kg, (recuperou posteriormente).	Iniciou ganho de peso há vinte anos, após o casamento; Tratamentos clínicos com e “fórmulas”; Não faz atividade física; Não passou pela palestra.	Obesidade desde a infância com ganho de peso durante e após a gestação;

Participante	RUBI	JADE	ESMERALDA	LÁZULI	ANGELITA	GALENA
Comorbidades	HAS há 5 anos;		Comorbidades	HAS há 5 anos;		Comorbidades
Partos	2	2	0	1	2	1
Abortos	0	0	0	0	0	0
Antecedentes pessoais	DM há 2 anos; HAS há 5 anos.	Artrose nos joelhos.		Hipotireoidismo; HAS; Dislipdemia.	Vasculopatia periférica; Peso ao nascimento 3,35 kg.	Não há registro.
Antecedentes familiares	Mãe com arritmia e tireopatia; Pai com HAS e DM	Família com sobrepeso; Pai, mãe e irmãos com HAS; Avô, pai e tio morreram por cardiopatia; Avó materna com DM; Irmã com leucemia	Mãe falecida obesa; Dois irmãos com diabetes; Um irmão iniciará hemodiálise.	Sobrepeso; HAS; Tireopatia.	Mãe sofreu infarto agudo do miocárdio; HAS e DM (pai).	Avó com DM.
Início CHS	02/03/2006	21/10/2004	16/05/2008	25/06/2008	27/06/2006	04/06/2009
Data da cirurgia	13/02/2007	23/08/2005	01/06/2009	05/05/2009	18/09/2007	15/10/2010
Colocação de anel	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM

Resumo dos quadros de 2 a 5:

A amostra do estudo foi exclusivamente de mulheres, obedecendo ao critério sequencial. Todas as participantes têm profissão que não exige qualificação universitária. A maioria das participantes informou que ganhou peso na adolescência, situação agravada com as gestações. Todas têm queixas iniciais de cansaço, sonolência, falta de ar, típicas acompanhantes do processo de obesidade, com exceção de Esmeralda (registro falho). Todas as participantes relatam comorbidades, antecedentes familiares em especial de pais e irmãos obesos e diabéticos, bem como antecedentes pessoais de DM. Somente duas delas não engravidaram (uma de cada grupo).

Duas mulheres sem reganho não eram casadas. Houve uma deste grupo sem reganho que relatou ter tido um aborto. As medianas do tempo de tratamento e do tempo decorrido desde a realização da cirurgia no CHS foram de sete e sete e meio anos, respectivamente.

Uma das mulheres com reganho engravidou após quatro anos da cirurgia bariátrica. Este grupo mostrou mediana da idade maior, comparando com o sem reganho e todas as mulheres eram casadas, embora nenhum teste estatístico tenha sido realizado até o momento. A mediana do tempo de tratamento no CHS e de realização da cirurgia foi respectivamente, de oito e meio e sete anos.

Quanto aos aspectos de história da obesidade observa-se que existem poucas diferenças entre as participantes sem e com reganho de peso.

Os dados antropométricos e cirúrgicos das participantes que compuseram a amostra do estudo estão apresentados respectivamente nos quadros 5 e 6, a seguir.

Quadro 6 -Dados antropométricos e cirúrgicos das participantes sem reganho de peso

Participante		LARIM AR	AGAT A	CRIST AL	SAFI RA	SELENI TA	PÉRO LA
Altura (metros)		1,74	1,55	1,54	1,78	1,53	1,68
Perda de peso (%) pré- cirúrgico		12,3	3,7	9,0	5,2	13,3	8,5
Tempo (meses) para a perda de peso pré-cirúrgico		7,0	24,0	5,0	24,0	24,0	24,0
Início no CHS	Kg	179,0	121,2	105,5	116,0	149,9	125,7
	IMC	59,0	40,9	44,8	36,6	64,8	44,5
Antes da cirurgia	Kg	157	100	96,0	110	129,9	115,0
	IMC	51,9	42,5	41,1	38,4	64,8	40,7
Um ano após a cirurgia	Kg	107,7	87,0	53,0	72,4	102,3	87,0
	IMC	35,6	36,6	22,5	24,2	42,6	29,4
Mínimo atingido após a realizaçã o da cirurgia	Kg	101,5	87,0	52,0	68,7	99,7	82,5
	IMC	29,4	33,7	22,2	23,4	32,2	29,2
Atual	Kg	101,9	87,3	56,1	74,4	109,0	84,5
	IMC	33,1	36,3	22,2	24,5	42,5	29,2
Reganho de peso em relação ao mínimo atingido (%)		3,9	5,2	7,9	8,3	9,3	2,4

Outros dados sobre esse grupo mostram que todas as participantes fizeram seguimento pré e pós-cirurgia com nutricionista e psicólogo, mas atualmente ninguém segue com o tratamento psicológico. Duas delas alegam fazer uso de medicação psicotrópica, duas delas fizeram cirurgia plástica e nenhuma engravidou.

Quadro 7 - Dados antropométricos e cirúrgicos das participantes com reganho de peso

Participante		RUBI	JADE	ESMERALDA	LÁZULI	ANGELITA	GALENA
Altura (metros)		1,5	1,57	1,63	1,49	1,61	1,62
Perda de peso (%) pré-cirúrgico		24,0	9,0	24,0	24,0	27,0	24,0
Tempo (meses) para a perda de peso pré-cirúrgico		10,2	1,84	1,9	8,8	13,9	10,0
Início CHS	Kg	115,8	157,4	104,0	85,0	103,5	130,0
	IMC	51,5	63,9	39,1	38,5	39,7	49,5
Antes da cirurgia	Kg	92,5	137,0	102,0	85,0	92,5	117,0
	IMC	46,2	55,6	38,4	37,8	35,5	44,6
Um ano após a cirurgia	Kg	79,6	79,3	71,4	63,0	70,5	91,0
	IMC	35,4	37,4	26,9	28,4	27,0	34,7
Mínimo atingido após a realização da cirurgia	Kg	69,4	84,0	70,1	62,4	66,0	83,0
	IMC	30,8	34,1	26,3	28,1	25,4	31,6
Atual	Kg	82,5	105,9	83,0	71,3	76,8	86,6
	IMC	36,7	43,0	31,2	32,1	29,6	33,0
Reganho de peso em relação ao mínimo atingido (%)		18,9	26,1	16,9	15,3	16,4	18,4

Outros dados sobre esse grupo mostram que todas as participantes fizeram e fazem seguimento pré e pós-cirurgia com nutricionista e psicólogo. Somente uma alega não usar medicação psicotrópica, duas delas fizeram cirurgia plástica e uma delas engravidou.

V.4 WHOQol-bref

Os quadros 8 e 9 apresentam os dados finais de autoavaliação de qualidade de vida geral e por domínios da WHOQol das participantes dos grupos sem e com reganho de peso, respectivamente.

Quadro 8 - Resultado da autoavaliação de qualidade de vida por domínios da WHOQol-bref das participantes sem reganho de peso

Participante	LARIMAR	AGATA	CRISTAL	SAFIRA	SELENITA	PÉROLA
QV geral	84,6	54,8	75,0	85,5	74,0	94,2
QV em Saúde	87,5	62,5	62,5	100	75	100
Físico	92,8	60,7	71,4	85,7	57,1	94,2
Psicológico	83,3	62,5	83,3	83,3	91,6	100,0
Relações sociais	83,3	41,6	100,0	83,3	100,0	100
Meio ambiente	78,1	46,8	65,6	84,3	65,6	91,6

A autoavaliação das participantes desse grupo referiu uma boa qualidade de vida com exceção de Agata que apresentou índices menores em todos os domínios. Selenita por sua vez auto avaliou sua qualidade de vida no domínio físico abaixo das demais participantes.

Quadro 9 - Resultado da autoavaliação de qualidade de vida por domínios da WHOQol-bref das participantes com reganho de peso

Participante	RUBI	JADE	ESMERALDA	LAZULI	ANGELITA	GALENA
QV geral	85,5	69,2	83,6	73,0	75,0	45,1
QV em Saúde	100	75	100	75	100	75
Físico	92,8	75,0	82,1	82,1	85,7	53,5
Psicológico	72,1	62,5	91,6	75,0	79,1	45,8
Relações sociais	100,0	58,3	75,0	58,3	58,3	41,6
Meio ambiente	75,0	71,8	78,1	68,7	62,5	40,6

O grupo **com** reganho de peso apresentou escores menores que autoavaliação das relações sociais com exceção de RUBI que as considera muito boas. Galena apresentou em sua autoavaliação há uma regularidade em todos os domínios.

RESUMO DOS QUADROS 8 E 9

O grupo **sem** reganho de peso apresentou melhores índices de autoavaliação de qualidade de vida.

O grupo **com** reganho de peso apesar de avaliar como boa a qualidade de vida apresentou em seus domínios menores índices em especial quanto às relações sociais e meio ambiente.

Quadro 10 - Resultado da autoavaliação de qualidade de vida por facetas da WHOQol-bref das participantes sem reganho de peso

Facetas	LARIMAR	AGATA	CRISTAL	SAFIRA	SELENITA	PÉROLA
Percepção QV	87,5	62,50	62,5	100	75	100
Satisfação com a saúde	87,5	62,50	62,5	100	75	100
Dor e desconforto	0,0	25	0	0	100	0
Energia e fadiga	75	50	75	75	100	100
Sono e repouso	100	25	100	75	100	100
Mobilidade	50	50	100	75	75	100
Atividades da vida cotidiana	75	75	100	75	100	75
Dependência de medicação ou de tratamentos	25	50	100	25	75	0
Capacidade de trabalho	75	25	100	100	100	100
Sentimentos positivos	100	50	100	100	75	100
Pensar, aprender, memória e concentração	75	50	50	75	75	100
Autoestima	100	50	100	100	75	100
Imagem corporal e aparência	100	75	100	100	100	100
Sentimentos negativos	25	25	50	50	0	50
Espiritualidade/religião/crenças pessoais	75	50	100	100	50	100
Relações pessoais	100	50	0	100	75	100
Suporte (Apoio) social	75	50	75	50	50	50
Atividade sexual	100	25	25	100	50	100
Segurança física e proteção	100	75	100	75	75	100
Ambiente no lar	50	0	75	100	0	100
Recursos financeiros	75	75	75	75	100	100
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	75	100	100	100	100	75
Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	100	50	100	75	75	50
Participação em, e oportunidades de recreação - lazer	75	75	50	100	100	100
Ambiente físico	100	75	50	75	75	100
Transporte	75	25	100	75	100	100

As participantes deste grupo apresentaram satisfação com a imagem corporal e poucos sentimentos negativos.

Quadro 11 - Resultado da autoavaliação de qualidade de vida por facetas da WHOQol-bref das participantes com reganho de peso

Facetas	RUBI	JADE	ESMERALDA	LÁZULI	ANGELITA	GALENA
Percepção QV	100	75	75	75	100	25
Satisfação com a saúde	100	75	75	75	100	75
Dor e desconforto	0	25	25	75	0	100
Energia e fadiga	75	75	75	50	100	0
Sono e repouso	100	75	75	75	100	50
Mobilidade	75	75	75	50	100	75
Atividades da vida cotidiana	100	25	25	25	75	25
Dependência de medicação ou de tratamentos	25	25	25	75	50	75
Capacidade de trabalho	100	75	75	75	75	50
Sentimentos positivos	75	75	75	75	50	50
Pensar, aprender, memória e concentração	100	75	75	75	100	0
Autoestima	100	75	75	100	100	100
Imagem corporal e aparência	100	75	75	100	100	75
Sentimentos negativos	0	25	25	0	75	0
Espiritualidade/religião/crenças pessoais	75	75	75	75	100	75
Relações pessoais	50	75	75	75	50	0
Suporte (Apoio) social	50	75	75	75	50	50
Atividade sexual	75	75	75	50	75	50
Segurança física e proteção	100	75	75	75	75	0
Ambiente no lar	50	75	75	50	25	0
Recursos financeiros	50	50	50	75	50	75
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	100	75	75	75	0	0
Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	75	50	50	50	100	0
Participação em, e oportunidades de recreação - lazer	100	50	50	75	100	50
Ambiente físico	100	75	75	75	75	50
Transporte	100	75	75	75	75	50

A autoavaliação por facetas do WHOQol-bref nas pacientes **com** reganho de peso retratou a presença aumentada de sentimentos negativos e diminuição dos cuidados com a saúde.

Resumo dos quadros 10 e 11

Participantes com reganho de peso sinalizam maior presença de sentimentos negativos.

Já aquelas que não apresentaram reganho de peso estão satisfeitas com a imagem corporal e promovem maiores cuidados com a saúde.

Recursos financeiros, meio ambiente e transporte aparecem nos dois grupos com avaliações menores.

V.5 Comparação dos resultados segundo os escores das facetas da WHOQol-bref

Abaixo estão representados os resultados comparativos por facetas de cada domínio do WHOQol-bref dos participantes sem e com reganho de peso, assim como e a comparação entre os grupos sem e com reganho de peso segundo a análise de variância Friedmann e o teste de Mann-Whitney aplicados especificamente para comparar facetas de cada domínio e grupos para cada faceta.

Tabelas 1– Dados segundo os escores das facetas do domínio físico do G1 (**sem** reganho de peso).

	Dor e desconforto	Energia e fadiga	Sono e repouso	Mobilidade	Atividades da vida cotidiana	Dependência de medicações/tratamentos	Capacidade de trabalho
1		75	100	50	75	25	75
2	25	50	25	50	75	50	25
3	0	75	100	100	100	100	100
4	0	75	75	75	75	25	100
5	100	100	100	75	100	75	100
6	0	100	100	100	75	0	100
Mi	0	75	100	75	75	37,5	100
Me	20,83	79,16	83,3	75	83,3	45,8	83,3
Análise de variância de Friedman							
χ^2_r (10,7193)							
P=0,0976							

A comparação dos resultados obtidos na WHOQol-bref de cada participante do grupo **sem** reganho de peso quanto ao domínio físico não apresentou diferença estatística significativa de acordo com a análise de variância de Friedmann.

Tabelas 2 – Dados segundo os escores das facetas do domínio físico do G2.

	Dor e desconforto	Energia e fadiga	Sono e repouso	Mobilidade	Atividades da vida cotidiana	Dependência de medicações/tratamentos	Capacidade de trabalho
7	0	75	100	75	100	25	100
8	25	75	75	75	25	25	75
9	0	100	75	75	75	50	75
10	75	50	75	50	25	75	75
11	0	100	100	100	75	50	75
12	100	0	50	75	25	75	50
Mi	12,5	75	75	75	50	50	75
Me	33,3	66,6	79,16	75	54,16	50	75
Análise de variância de Friedman							
x ² r (6,2857)							
P=0,3920							
Teste de Mann-Whitney							
Zcalc	0,48	0,4	0,72	0	1,44	0,32	1,1209
P	0,3155	0,3445	0,2356	0,5	0,0748	0,3744	0,1312

A comparação dos resultados obtidos na WHOQol-bref de cada participante do grupo **com** reganho de peso quanto ao domínio físico apresentou diferença estatística significativa de acordo com a análise de variância de Friedmann.

Tabelas 3 – Dados segundo os escores das facetas do domínio psicológico do G1.

	Sentimentos positivos	Pensar, aprender, memória e concentração	Autoestima	Imagem corporal e aparência	Sentimentos negativos	Espiritualidade/religião/ crenças pessoais
1	100	100	100	0	75	50
2	75	75	75	25	75	75
3	75	100	100	25	100	75
4	75	100	100	0	75	75
5	100	100	100	75	100	50
6	50	0	100	75	0	75
Mi	100	75	100	100	37,5	87,5
Me	87,5	70,8	87,5	95,8	33,3	79,2

Análise de Variância de Friedmann
 $\chi^2_r(16,38)$
 $p=0,00058$

SIGNIFICATIVO
 $5<1$
 $5<3$
 $5<4$

Já comparação dos resultados obtidos na WHOQol-bref de cada participante quanto ao domínio psicológico do grupo **sem** reganho de peso apresentou diferença estatística significativa de acordo com a análise de variância de Friedmann, onde a presença de sentimentos negativos é maior do que a autoestima e sentimentos positivos.

Tabelas 4 – Dados segundo os escores das facetas do domínio psicológico do G2.

	Sentimentos positivos	Pensar, aprender, memória e concentração	Autoestima	Imagem corporal e aparência	Sentimentos negativos	Espiritualidade/religião/ crenças pessoais
7	100	100	100	0	75	50
8	75	75	75	25	75	75
9	75	100	100	25	100	75
10	75	100	100	0	75	75
11	100	100	100	75	100	50
12	50	0	100	75	0	75
Mi	75	100	100	25	75	95
Me	79,16	79,16	95,83	33,33	70,83	66,66
Análise de Variância de Friedmann						
$\chi^2(10,88)$						
$p=0,0538$						

A comparação dos resultados obtidos na WHOQol-bref de cada participante quanto ao domínio psicológico do grupo **com** reganho de peso não apresentou diferença estatística significativa de acordo com a análise de variância de Friedmann.

Tabelas 5 – Dados segundo os escores das facetas do domínio relações sociais do G1.

	Relações Pessoais	Suporte (Apoio) social	Atividade sexual
1	100	75	100
2	50	50	25
3	0	75	25
4	100	50	100
5	75	50	50
6	100	50	100
7	87,5	50	75
Me	70,8	58,3	66,6
Análise de Variância de Friedmann			
$\chi^2_r(1,7500)$			
$p=0,4169$			

A comparação dos resultados obtidos na WHOQol-bref de cada participante do grupo **sem** reganho de peso quanto ao domínio relações sociais não apresentou diferença estatística significativa de acordo com a análise de variância de Friedmann.

Tabelas 6 – Dados segundo os escores das facetas do domínio relações sociais do G2.

	Relações Pessoais	Suporte (Apoio) social	Atividade sexual
8	75	100	75
9	75	75	50
10	75	75	50
11	50	75	50
12	75	75	25
13	0	50	50
14	75	75	50
Me	58,33	75	50
Análise de Variância de Friedmann			
$\chi^2(4,7500)$			
$p=0,0930$			

A comparação dos resultados obtidos na WHOQol-bref de cada participante do grupo **com** reganho de peso quanto ao domínio relações sociais não apresentou diferença estatística significativa de acordo com a análise de variância de Friedmann.

Tabelas 7 – Dados segundo os escores das facetas do domínio meio ambiente do G1.

	Segurança física e proteção	Ambiente no lar	Recursos financeiros	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	Participação em, e oportunidades de recreação - lazer	Ambiente físico
1	100	50	75	75	100	75	100
2	75	0	75	100	50	75	75
3	100	75	75	100	100	50	50
4	75	100	75	100	75	100	75
5	75	0	100	100	75	100	75
6	100	100	100	75	50	100	100
7	87,5	62,5	75	100	75	87,5	75
Me	87,5	54,16	83,3	91,6	75	83,3	79,16
Mi	87,5	54,16	83,3	91,6	75	83,3	79,16
Análise de Variância de Friedmann							
$\chi^2_r(3,8750)$							
p=0,7941							

A comparação dos resultados obtidos na WHOQol-bref de cada participante do grupo **sem** reganho de peso quanto ao domínio meio ambiente não apresentou diferença estatística significativa de acordo com a análise de variância de Friedmann.

Tabelas 8 – Dados segundo os escores das facetas do domínio meio ambiente do G2.

	Segurança física e proteção	Ambiente no lar	Recursos financeiros	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	Participação em, e oportunidades de recreação - lazer	Ambiente físico	Transporte
7	75	50	50	75	75	75	75	50
8	75	75	75	75	75	100	75	75
9	75	50	75	75	75	75	75	75
10	0	100	100	75	75	50	50	50
11	0	0	75	0	0	50	50	50
12	0	0	75	0	0	50	50	50
Mi	37,5	50	75	75	75	62,5	62,5	50
Me	37,5	45,83	75	50	50	66,66	62,5	58,33
Análise de Variância de Friedmann								
$\chi^2_r(4,7500)$								
p=0,0930								

A comparação dos resultados obtidos na WHOQol-bref de cada participante do grupo **com** reganho de peso quanto ao domínio meio ambiente não apresentou diferença estatística significativa de acordo com a análise de variância de Friedmann.

GI x GII - Físico

	Dor e desconforto	Energia e fadiga	Sono e repouso	Mobilidade	Atividades da vida cotidiana	Dependência de medicação ou de tratamentos	Capacidade de trabalho
Zcalc	0,48	0,4	0,72	0	1,44	0,32	1,1209
P	0,3155	0,3445	0,2356	0,5	0,0748	0,3744	0,1312
Significativo	N/S	N/S	N/S	N/S	N/S	N/S	N/S

GI x GII - Psicológico

	Sentimentos positivos	Pensar, aprender, memória e concentração	Autoestima	Imagem corporal e aparência	Sentimentos negativos	Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Zcalc	0,8006	1,201	0,5604	1,6013	2,0016	0,9608
P	0,2117	0,1149	0,2876	0,0547	0,0227	0,1683
Significativo	N/S	N/S	N/S	N/S	N/S	N/S

A comparação das facetas do domínio físico e psicológico entre os grupos **sem** e **com** reganho não sugeriu diferença estatística significativa de acordo com o teste de Mann-Witney.

GI x GII - Relações sociais

	Relações Pessoais	Suporte (Apoio) social	Atividade sexual
Zcalc	0,9608	1,6013	0,6405
P	0,1683	0,0547	0,2609
Significativo	N/S	N/S	N/S

GI x GII - Meio ambiente

	Segurança física e proteção	Ambiente no lar	Recursos financeiros	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	Participação e oportunidades de recreação - lazer	Ambiente físico	Transporte
Zcalc	2,1617	0,4003	0,8006	2,2418	0,9608	1,281	1,4412	1,6013
P	0,0153	0,3445	0,2117	0,0125	0,1683	0,1001	0,0748	0,0547
Significativo	N/S	N/S	N/S	N/S	N/S	N/S	N/S	N/S

GI x GII - Satisfação com a
saúde

Zcalc	0,7206
P	0,2356
Significativo	N/S

A comparação das facetas do domínio físico e psicológico entre os grupos **sem** e **com** ganho não sugeriu diferença estatística significativa de acordo com o teste de Mann-Witney.

VI. DISCUSSÃO FINAL

A priori encontramos sutis diferenças entre os dados dos grupos sem e com reganho de peso.

A história da obesidade precisa mudar na perspectiva das pacientes com reganho de peso, pois se essas pessoas continuarem a se relacionar com a gordura como uma forma de estar no mundo simplesmente, a tendência é que diante da menopausa e do envelhecimento que normalmente já acarretam o aumento de peso, elas engordem mais ainda.

Segundo a literatura e confirmado nesse estudo observou-se que a cada fase do desenvolvimento e seus entraves emocionais específicos aumenta a chance do ganho de peso e nas participantes desse estudo essa condição ficou evidente.

As pessoas que conviveram com a obesidade durante anos, em geral, são mais introvertidas e ao emagrecerem podem experimentar uma dinâmica de personalidade com maior extroversão e voltarem a ganhar peso devido à nova condição em que se apresentam no mundo com maior liberdade. Essa nova forma de extroversão pode deixar as pessoas mais vulneráveis a situações estressantes e esse pode ser um gatilho para o reganho de peso.

O início da obesidade na vida dessas pacientes ocorreu na sua maioria na infância e na adolescência, coincidindo com a fase de formação de identidade. Em geral essas mulheres têm uma formação de autoimagem como obesas e a possibilidade de mudança dessa percepção pode levar anos interferindo em sua formação de personalidade bem como em todas as vivências posteriores.

Nas relações interpessoais a questão da imagem que as pessoas que cercam o paciente submetido à cirurgia bariátrica possuem, também necessita do tempo de luto como em qualquer situação de perda e assim se assume um novo papel social.

Em relação à feminilidade percebemos que todas as pacientes que estão com reganho de peso engordaram em momentos críticos do desenvolvimento da mulher.

A menopausa tem características especiais do ponto de vista psicológico como o luto da possibilidade de gerar filhos, luto do corpo com mudanças como a da pele, não mais gerar filhos, luto da perda da sexualidade e diminuição da atração sexual.

Percebemos em nosso estudo que muitas das pacientes não receberam apoio familiar ou social no primeiro momento após a cirurgia bariátrica. A importância da possibilidade do emagrecimento com a cirurgia fez com que essas pessoas se

mantivessem ainda que sem apoio numa relação extremamente positiva que propiciou força.

Após um ano da cirurgia quando o dia a dia de dietas e exercícios se fazem mais necessários, a realidade do dia a dia também ocorre de forma corriqueira sem que ter emagrecido seja ainda algo novo. A necessidade de autocuidado se impõe, claramente, e surge a dificuldade de manter a força e determinação. Observa-se que as participantes têm uma ideia de que fazendo a cirurgia o milagre acontece e não precisarão mais se cuidar. Talvez esse pensamento esteja sendo o grande vilão na vida dessas mulheres.

Para as mulheres que não tiveram ganho de peso parece que os parâmetros que elas apresentam são:

- 1) A tomada de decisão pela cirurgia,
- 2) Entendem que ela é a responsável pela sua mudança de vida e continuam a brigar por manter-se magras.
- 3) Os ganhos que elas apresentam e mostram tornaram-se um motivo de vida, um motivo para continuar e cuidar de si mesmas.
- 4) Talvez nesse grupo o que não as fez engordar tenha sido a determinação que cada uma delas passou a demonstrar sobre si mesma e sobre sua vida.

Já as participantes com ganho de peso nos mostram que alguns parâmetros nelas talvez sejam indicadores importantes para pensarmos o reganho:

- 1) Relatam que não se identificavam com a imagem e o perfil da mulher que estava muito magra. Parece que ao olhar-se no espelho não reconheciam quem eram e depois disso voltaram a ganhar peso. Posição defensiva ou não a questão da autoimagem é fundamental no processo de aceitação de si mesmo;
- 2) Outro fator importante é que nesse grupo o foco de todas as participantes é falar da obesidade, nem outro assunto foi aprofundado na entrevista, indicando que não houve uma resolução emocional de fato;
- 3) Existe uma dificuldade de lidar com a realidade maior nesse grupo. Quer seja por mecanismo de defesa ou por característica emocional crescer não é o forte dessas pessoas;
- 4) Não se observa um compromisso e um empenho para a solução dos problemas relativos a obesidade, parece um querer mas um querer mágico sem sacrifícios ou frustrações.

5) Há uma postura mais fantasiosa sobre a realidade. Uma colocação distante da realidade possível para lidar com a obesidade e o pós-cirúrgico.

6) Não houve mudança de vida significativa o que seria necessário para manter-se magra, por exemplo com uma rotina de exercícios, alimentação adequada e possível, expectativas quanto a aparência física, entre outros.

Além disso, as mulheres com reganho colocam a manutenção dos seus relacionamentos como fator principal na própria referência de vida, enquanto as que não tiveram reganho são mais autocentradas podendo até apresentar comportamentos egoístas. A ideia é que o corpo mudou, mas o pensamento não.

Na categoria pós-cirurgia percebemos que as expectativas em relação ao procedimento em geral são frustradas, a visão mágica de que a cirurgia faria mudanças em todos os sentidos é fundamental o empenho do trabalho psicológico tanto no pré como no pós-operatório em auxiliar na desconstrução dessas fantasias.

Talvez avaliar no período pré-operatório quais as fantasias essas pessoas têm em relação à cirurgia e suas vidas após a realização da mesma precisam ser discutidas para que o terapeuta tenha uma noção melhor sobre como estão sendo construídas ou desconstruídas as novas relações com o corpo, a obesidade e com si mesmas.

Continuar o processo de autocuidado num plano fantasioso significa falta de força egóica para enfrentar o pós-cirúrgico, muito menos ter a capacidade de resiliência.

A acomodação emocional da percepção da cirurgia bariátrica e o emagrecimento, como nos processos de luto de um corpo obeso, tende a se acomodar após um ano de cirurgia, mas àqueles que mudaram seu paradigma em relação à obesidade aceitam a doença, buscam e perdem peso.

Percebemos ainda o medo que pontua o discurso de mulheres que não voltaram a engordar e temem essa recidiva. O trauma dos anos de obesidade talvez tenha se mantido significado de uma maneira que podemos até considerá-lo positivo e mantendo essas pessoas mais preocupadas com seus projetos pessoais ou consigo mesmas.

Cabe ressaltar que a amostra foi considerada pequena para uma boa análise da WHOQol-bref precisaria ser maior para um resultado definitivo, mas a tendência do material colhido indica que há uma diferença entre os grupos com ganho e sem ganho.

A análise da WHOQol-bref possibilitou a observação da autopercepção das participantes em relação à qualidade de vida confirmou as diferenças entre os grupos, em especial no que se refere ao confronto de realidade pós-operatório e o ganho de peso.

As avaliações da WHOQol-bref se apresentaram em geral com índices mais baixos no grupo que reganho peso.

Essa condição confirma os aspectos de auto realização e aceitação de si mesmo que são preponderantes na condição do peso.

As participantes com reganho de peso em geral são mais velhas, enquanto grupo apresenta caracterização psiquiátrica e realizam acompanhamento psicoterápico. Talvez por este tratamento priorizar no momento o modelo clínico individual não foi possível evitar o reganho de peso.

Mulheres que se mantem sem reganho de pesos tiveram gatilhos como a cirurgia plástica e a condição profissional. Fizeram mudanças significativas em suas vidas que possibilitaram mudanças psicológicas capazes de não reganharem peso. Estas mulheres saíram do foco do peso e entraram no foco sobre elas mesmas.

Outro ponto a ser ressaltado é a realização de acompanhamento psicológico pós cirurgia e o fato de que apenas as participantes com reganho de peso estão em acompanhamento psicoterápico e as pacientes sem reganho não estão.

Manter-se magra também exige manutenção de hábitos alimentares adequados e pratica de exercícios físicos. O grupo com reganho pareceu não cuidar desses dois aspectos. Talvez este também seja um ponto a se trabalhar com pacientes operados em especial após um ano em grupos psicoeducativos.

O grupo psicoeducativo possibilitaria a abordagem de fases como a menopausa e demais fases próximas.

Nesse sentido, a importância mais uma vez de continuar após um ano o processo psicoeducativo para que possa ser trabalhado o luto desse antigo referencial ou paradigma da obesidade.

Pode-se observar que pacientes **sem** reganho de peso não realizam tratamento psicoterápico e isso pode estar ao fato de estarem realmente emagrecendo e uma vez que este era o objetivo, uma vez atingido tal objetivo, há uma tendência de abandono do tratamento psicológico.

Ainda sobre a psicoterapia questiona-se a eficácia do processo de atendimento nos casos de pessoas em que na sua história de vida não tenham tais gatilhos que as façam se conservarem magras. Acredita-se que caso não haja uma mudança na

perspectiva de vida dessas mulheres, novas etapas em suas experiências de vida podem representar de extrema dificuldade na manutenção do peso, como por exemplo a casamento, gestações e menopausa.

Talvez o tratamento psicológico ao priorizar no momento o modelo clínico individual não torne possível evitar o reganho de peso.

Nesse estudo nos propusemos a avaliar parâmetros psicológicos associados ao reganho e à manutenção de peso após a realização da cirurgia bariátrica.

Acreditamos que este objetivo foi aberto à medida que confirmamos no grupo estudado a existência das associações psicológicas e psicossociais com o fato de algumas pessoas voltarem a ganhar peso após algum tempo da realização da cirurgia bariátrica e ainda, pudemos ressaltar particularidades desse grupo em relação ao grupo que não apresentou reganho de peso.

Outro objetivo almejado no sentido de auxiliar em processos de educação em saúde foi criar material que favoreça a educação dos usuários do serviço através do desenvolvimento de um programa de grupo psicoeducativo.

Nesse sentido, consideramos que este material se tornou ainda inicial em seu projeto a partir do levantamento de categorias através do método de análise de conteúdo que podem subsidiar assuntos de fundamental exploração dos profissionais psicólogos envolvidos no trabalho com pacientes antes e após a realização da cirurgia bariátrica.

Nesse estudo nos propusemos a avaliar parâmetros psicológicos associados ao reganho e à manutenção de peso após a realização da cirurgia bariátrica.

Acreditamos que este objetivo foi iniciado à medida que confirmamos no grupo estudado a existência das associações psicológicas e psicossociais com o fato de algumas pessoas voltarem a ganhar peso após algum tempo da realização da cirurgia bariátrica e ainda, pudemos ressaltar particularidades desse grupo em relação ao grupo que não apresentou reganho de peso.

Outro objetivo almejado no sentido de auxiliar em processos de educação em saúde foi criar material que favoreça a educação dos usuários do serviço através do desenvolvimento de um programa de grupo psicoeducativo.

O grupo psicoeducativo pode ser feito em 8 encontros de cerca de uma hora e meia com até 10 participantes. Esse grupo deveria ser feito semanalmente, com um tema e uma atividade facilitadora para o encontro das participantes.

Para a realidade encontrada os temas: o que é a obesidade? Quem sou eu? Qual a relação da minha obesidade com a minha família?; qual a relação da minha

obesidade com a minha vida?; que eu devo fazer para mudar a minha relação com a obesidade? Que compromissos vou estabelecer para mudar a minha relação com a obesidade? Discutindo técnicas para mudança de comportamento (individuais, grupais e sociais).

Essas atividades seriam feitas através de técnicas de desenho; técnica do saquinho; atividades de auto percepção (técnica do espelho); músicas; dramatizações; discussão das temáticas envolvidas; entre outros.

A cada encontro deverá ser feita uma preparação considerando o objetivo da atividade em si baseado no processo como um todo. É necessária que seja escolhida uma atividade de aquecimento para introduzir o assunto; depois a atividade propriamente dita sobre o tema escolhido, uma finalização com uma discussão e uma avaliação geral com os participantes.

O líder da atividade deverá fazer depois nova avaliação para saber se os objetivos foram atingidos e como esses resultados podem ser utilizados na montagem do próximo encontro⁶⁹.

Segundo Afonso baseada em Pichon-Riviere no grupo operativo a avaliação de uma atividade precisa observar se⁷⁰:

- 1) Pertencimento
- 2) Comunicação
- 3) Cooperação
- 4) Aprendizagem
- 5) Pertinência

O aplicador da atividade ou coordenador também precisam fazer a sua avaliação da atividade sobre os mesmos processos.

Outra sugestão é o Grupo Psicoeducativo Multifamiliar:

O grupo psicoeducativo multifamiliar é uma das modalidades de intervenção que tem por objetivos esclarecer, orientar e informar sobre as características clínicas da doença, bem como suas consequências físicas, psicológicas e nutricionais, com vista a oferecer maiores subsídios às famílias no enfrentamento da doença, possibilitar maior adesão ao tratamento e prevenir a recaída⁶⁸. Some-se, ainda, a possibilidade de oferecer tais recursos às várias famílias de pacientes participantes de programas de tratamento institucionais.

O fator que as participantes apontem é a falta de apoio, principalmente o familiar e por isso entendeu-se que é importante trabalhar a família para o bom

resultado da cirurgia. Quer seja a família nuclear ou estendida todos precisam se envolver para que o processo dê certo.

De modo geral, a experiência com o grupo psicoeducativo multifamiliar tem apontado importantes benefícios no tocante à inclusão da família no tratamento dos transtornos alimentares. Os resultados têm sido positivos no que diz respeito tanto às famílias quanto à própria equipe multidisciplinar. Em relação às famílias, observa-se que as discussões em grupo auxiliam na identificação do transtorno alimentar, seus fatores de risco, sintomas e tratamento, o que leva a uma maior compreensão do quadro e à participação dos pais e familiares no processo de recuperação dos filhos. Ao cumprir seus objetivos de informação, suporte e responsabilização esse grupo mostra-se de grande ajuda, possibilitando às famílias enfrentar sentimentos ambivalentes em relação ao tratamento ambulatorial e tomar consciência da doença e suas implicações, abrindo assim novos caminhos para a continuidade do tratamento com uma participação familiar mais efetiva^{71,72}.

Nesse sentido, consideramos que este material começou a ser construído a partir do levantamento de categorias através do método de análise de conteúdo que podem subsidiar assuntos de fundamental exploração dos profissionais psicólogos envolvidos no trabalho com pacientes antes e após a realização da cirurgia bariátrica.

VIII. REFERÊNCIAS

1. World Health Organization Media Centre. Obesity and Overweight. [Internet]. Ago 2014. [atualizado em Jan 2015; citado em 21 abr. 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
2. De Laet DE, Schauer DP. Obesity in adults. Clinical Evidence. 2010; (2): 604-26.
3. Jebb SA. A etiology of obesity. British Medical Bulletin, London. 1997; 53 (2):264-85.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2012. [citado em jul 2013]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_norteador.pdf. ISBN 978-85-334-2018-2
5. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). [Internet]. Obesidade. [data desconhecida; citado em 2014 Jul 16]. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/wordpress/obesidade/prevencao/>
6. Pan American Health Organization. Intersectoral.. Plan for obesity prevention and control: Promoting healthy lifestyles and healthy eating for Brazilian people. Sept. 2014
7. Melo MD; Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. [Internet] Doenças Desencadeadas ou Agravadas pela Obesidade. [data desconhecida; citado em 2014 jul 17]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/3/5521afaf13cb9.pdf>
8. Diniz MTC, Diniz MFHS, Sanches SRA, Rocha ALS. Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multidisciplinar. 1ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2012.
9. Rezende FAC, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Rosado GP, Ribeiro RCL. Aplicabilidade do índice de massa corporal na avaliação da gordura corporal. Rev bras med esporte. mar-abr. 2010; 16(2): 90-4.
10. Harvard T. H. Chan School of Public Health. Why use BMI? [Internet]. [data desconhecida; citado em 17 set. 2014]. Disponível em: <http://www.hsph.harvard.edu/obesity-prevention-source/obesity-definition/obesity-definition-full-story/>

11. Rosales R. Anthropometry in the diagnosis of obese patients [review]. *Nutr hosp* Madrid. 2012 Dec; 27(6).
12. Mota JF, Rinaldi AEM, Pereira AF, Orsatti FL, Burini RC. Indicadores antropométricos como marcadores de risco para anormalidades metabólicas. *Ciênc saúde coletiva*. Rio de Janeiro. Set. 2011; 16(9).
13. Lima CG, Basile LG, Silveira JQ, Vieira PM, Oliveira MRM. Circunferência da cintura ou abdominal? Uma revisão crítica. *Simbio-logias*. Dez. 2011; 4(6):112.
14. Soccol, F.B. et al. Prevalência de artralgia em indivíduos obesos no pré e pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. *Scientia médica*. Porto Alegre. abr/jun 2009; 19(2): 69-74.
15. Grans et al. Qualidade de vida e prevalência de dor osteoarticular em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Einstein*. São Paulo. out./dez. 2012; 10(4).
16. Gortmaker SL *et al*. Changing the Future of Obesity: Science, Policy and Action National Center for Biotechnology Information (US). National Library of Medicine. 2011 Aug 27; 378(9793): 838–47.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL BRASIL, 2014.
18. Bahia L, Coutinho ESF, Barifaldi LA, Abreu GA, Malhão TA, Souza CP et al. The costs of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health system: cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2012 jun 18; 12: 440
19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
20. Oliveira ML. Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil [tese]. Brasília: Universidade de Brasília, 2013.
21. BRASIL. Portaria n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Ministério da Saúde. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html

22. BRASIL. Portaria n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Ministério da Saúde do Brasil. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html
23. Prefeitura de Sorocaba. Portal Cidadania Sorocaba, 2014.
24. Koyama RE. A mobilidade de pacientes obesos no pós-cirúrgico bariátrico. [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade de São Paulo, Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar; 2007.
25. Branco-Filho AJ, Menacho AM, Nassif LS, Hirata LM, Gobbi RIS, Perfete C et al. . Gastroplastia como tratamento do diabete melito tipo 2. ABCD, arq bras cir dig. [Internet]. 2011. [citado em 17 nov 2015]; 24(4): 285-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202011000400008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202011000400008>.
26. Odom J et al. Behavioral Predictors of Weight Regain after Bariatric Surgery. Obes surg. 2010 mar; 20(3): 349-56. PubMed; PMID: 19554382.
27. Amado EA, Garrido-Junior AB, Berti LV, Oliveira MR, Bertin NTS, Malheiros CA et al. Derivações gástricas em y- de-roux com anel de silicone para o tratamento da obesidade: estudo das complicações relacionadas com o anel. ABCD, arq bras cir dig [Internet]. 2011 Dec. [citado em 9 out. 2015]; 24(4): 290-95. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202011000400009&lng=en.
28. Geloneze B, Pareja JC. Cirurgia bariátrica cura síndrome metabólica?. Arq bras endocrinol metab. Abr. 2006; 50(2):79-85.
29. Valezi AC, Machado VHS. Emagrecimento e desempenho cardíaco. ABCD. Jun. 2011; 24(2):131-35.
30. Ayoub JAS, Alonso PA, Guimarães LMV. Efeitos da cirurgia bariátrica sobre a síndrome metabólica. ABCD, arq bras cir dig [Internet]. 2011 Jun. [citado em 7 out 2015]; 24(2): 140-43. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202011000200010&lng=en.
31. Sloth B, Holst JJ, Flint A, Gregersen NT, Astrup A. Effects of PYY1-36 and PYY3-

36 on appetite, energy intake, energy expenditure, glucose and fat metabolism in obese and lean subjects. *Am J physiol endocrinol metab.* 2007 Apr; 292(4):1062-8.

32. Mestre S., Ribeiro JP. Percepção de saúde e percepção de competência: a psicologia positiva no tratamento da obesidade. In: *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Portugal: Universidade do Minho; 2010.

33. Lang A, Froelicher ES. Management of overweight and obesity in adults: behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2006 Jun; 5(2): 102-14.

34. Nonino-Borges CB, Borges RM, dos Santos JE. Tratamento clínico da obesidade. *Medicina (Ribeirão Preto)* [internet] 2006 [citado em 25 out 2015]; 39(2): 246-52.

35. Orsi JVA, Nahas FX, Gomes HC, Andrade CHV, Veiga DF, Novo NF, et al. Impacto da obesidade na capacidade funcional de mulheres. *Rev assoc med bras.* 2008; 54(2):106-9.

36. Vaz AR, Conceição EM, Machado PPP. A abordagem cognitivo-comportamental no tratamento das perturbações do comportamento alimentar. *Análise psicológica*. Lisboa. Jun. 2009; 27(2).

37. Carvalho A Jr. Vivências emocionais de pacientes submetidos à cirurgia metabólica e bariátrica com reganho de peso: um estudo clínico-qualitativo. Universidade de Campinas (UNICAMP). Campinas; 2013.

38. Marcus M, Stunkard A, Wadden T. Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *International journal of eating disorders*. April 1992;11(3):191–203.

39. Fleck MPA. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQol). Divisão de saúde mental - grupo WHOQol. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (BR); 1998.

40. Fleck MPA et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100) *Rev bras psiq* 1999; 21(1).

41. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. saúde pública* [Internet]. 2000 Apr [citado em 26 set 2015]; 34(2): 178-83. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=en.

42. Dixon JB, O'Brien PE. The extent of the problem of obesity. *The American Journal of Surgery*. 2002 Dec; 184 (6 Suppl 2): S4–8.

43. Conselho Federal de Psicologia. Atribuições profissionais do psicólogo no Brasil [internet]. Out. 1992. [citado em 10 dez. 2014]. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr_prof_psicologo.pdf

44. Bee H, Boyd D. O ciclo vital. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

45. Campos ALR. Aspectos psicológicos da obesidade. *Pediatria Moderna*. São Paulo, 1993; 29: 129-33.

46. Kolotkin RL, Meter K, Williams GR. Quality of life and obesity. *Rev obes*. 2001 Nov; 2(4):219-29.

47. Segal A, Fandino J. Indicações e contraindicações para realização das operações bariátricas. *Rev bras psiquiatr*. 2002; 24(Supl. III): 68-72.

48. Denzin NK, Lincoln YS. *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. SAGE Publications Inc. California (USA); 2011.

49. Turato, ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev saúde pública*. 2005; 39(3): 507-14

.

50. Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

51. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Data collection in clinical qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. *Rev lat am enfermagem* [Internet]. 2006 Oct [citado em 2015 25 out; 14(5): 812-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000500025&lng=en.

52. Minayo, MCS. *O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde*. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

53. Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Rev. eletrônica dos pós-Graduandos em Sociologia* [internet]. jan-jul, 2005; 6(1): 68-80. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>

54. Bosi MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(3): 575-86.
55. Willig C. *Introducing qualitative research in psychology*. 30ª ed. New York (USA); 2013.
56. Muchielli A. *Les Méthodes Qualitatives*. Paris: Presses Universitaires de France; 1990.
57. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edição 70; 1977.
58. Felipe FM. *O Peso social da obesidade [tese]*. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2001.
59. Appart, A.; Tordeurs, D.; Reinaert, D. La prise en charge du patient obèse: aspects psychologiques. *Louvain medical*, 2007; 126(5): 153-59.
60. . Castro MR, Ferreira VN, Carvalho RS, Ferreira, MEC. Função e imagem corporal: uma análise a partir do discurso de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Rev. bras. de ciências do esporte*. 2010; 32(2-4): 167-83.
60. Berger P, Kellner H. *Marriage and the construction of reality*. In PH. Dreiazal. *Recent sociology*, New York: The Mac Millow Company; 1970.
61. Castro MR, Ferreira VN, Carvalho, RS, Ferreira, MEC. Função e imagem corporal: uma análise a partir do discurso de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Rev. brasileira de ciências do esporte*. 2010; 32(2-4):167-83.
62. Hutz CS, Zanon C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg: Revision of the adaptation, validation, and normatization of the Roserberg self-esteem scale. *Aval psicol [Internet]*. 2011 Abr. [citado em 1 Dez 2015]; 10(1):41-9. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000100005&lng=pt.
63. Marchesini SD. Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *ABCD Arq Bras Cir*. 2010;23(2):108-13.
64. Moliner J, Rabuske MM. Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. *Psicologia: teoria e prática [internet]*. 2008 [citado em 26 out 2015]; 10(2):44-60. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/468/281>

65. Trench B, Santos CG. Menopausa ou menopausas? Saúde e Sociedade. Jan-Abr 2005; 14(1): 91-100.
66. Peres JFP, Simão MJP, Nasello AG. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. Rec. de psiquiatria clínica. 2007;34(1):136-45.
67. KOVÁCS MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.
68. Bibring G, Dwyer T, Huntington D, Valenstein A. A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. The Psychoanalytic study of the child. 1961; 16: 9-44.
- .
69. Aragão R. De mãe para filha: a transmissão da maternidade. In R. Melgaço (Org.), A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
70. Schilder P. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
71. Santos AM. O excesso de peso da família com obesidade infantil. Revista virtual textos & contextos [internet] dez. 2003; (2): 1-10.
72. Nicoletti M, Gonzaga APM, Modesto SEF, Cobelo, AW. Grupo psicoeducativo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares na adolescência. Psicol. estud. [internet] jan/mar 2010. [citado em 15 jan 2016]; 15(1): 217-223. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000100023&lng=pt&tlng=pt

APÊNDICES

Apêndice A -TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“AVALIAÇÃO DE PARÂMETROS METABÓLICOS, FISIOTERÁPICOS E PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS AO REGANHO E MANUTENÇÃO DE PESO APÓS DOIS OU MAIS ANOS DE REALIZAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA NO AMBULATÓRIO DE OBESIDADE DO CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA.”

Pesquisadores Responsáveis: Leandro Azevedo da Silva, Maiza Conceição da Silva, Lis Marina Lopes Lazzarini, Marina Cid Gomes Castanho

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Sorocaba- SP.

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa: “AVALIAÇÃO DE PARÂMETROS METABÓLICOS, FISIOTERÁPICOS E PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS AO REGANHO E MANUTENÇÃO DE PESO APÓS DOIS OU MAIS ANOS DE REALIZAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA NO AMBULATÓRIO DE OBESIDADE DO CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA”, de responsabilidade dos pesquisadores: Leandro Azevedo da Silva, Maiza Conceição da Silva, Lis Marina Lopes Lazzarini, Marina Cid Gomes Castanho

Eu, _____

Idade: ____anos, R.G.: _____.

Concordo em participar deste estudo, sabendo que responderei a quatro questionários autoaplicáveis e que darei informações sobre: idade, sexo, nível de atividade física, dor (localizando-a no mapa corporal), depressão e qualidade de vida. Concordo em ser entrevistado sobre as modificações que ocorrem em minha vida após a realização da cirurgia bariátrica.

Fui informado e concordo em realizar teste em equipamento de Bioimpedância (com eletrodos posicionados na superfície do dorso da mão e do pé do meu corpo, estando eu em decúbito dorsal: barriga para cima), sabendo que o exame é indolor e não causará nenhum dano à minha saúde. Fui previamente orientado a evitar consumo de álcool e não praticar atividade física extenuante no dia anterior e restringir a ingestão de alimentos ou líquidos quatro horas antes da realização do exame.

Também concordo em realizar teste de caminhada de 6 minutos, que consiste em caminhar por uma superfície plana por um período de 6 minutos, de acordo com minha própria velocidade. Será executado no Ambulatório do Conjunto Hospitalar de Sorocaba em local que satisfaça as condições de execução e confidencialidade do teste.

Sei que em caso de dúvida ou intercorrência poderei recorrer aos pesquisadores responsáveis: Leandro Azevedo da Silva- (18)98132-6117, Maiza Conceição da Silva-(15)98161-0332, Lis Marina Lopes Lazzarini-(15)99111-7911, Marina Cid Gomes Castanho- (17)98128-3377.

Entendo que estou livre para decidir se desejo participar ou não da pesquisa e que posso desistir do estudo em qualquer fase, podendo fazê-lo sem qualquer prejuízo. Recebi garantias de que será mantido sigilo sobre a minha identidade e que as informações por mim prestadas farão parte de um conjunto de dados cujos resultados analisados serão alvo de divulgação científica em congressos e artigos de revista especializada.

Estou ciente de que não terei nenhum ônus, nem tampouco serei remunerado pela minha participação.

Este é um documento em duas vias, uma pertence a mim e a outra deve permanecer arquivada com a pesquisadora.

Nome e assinatura do paciente ou seu responsável legal -Testemunha

Nome e assinatura do responsável por obter o Testemunho termo de consentimento

Sorocaba, ____ de _____ de _____.

Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Endereço: Rua Joubert Wey, 290. Sorocaba-SP. Telefone: 3212-9896

1º via entrevistado (a)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“AVALIAÇÃO DE PARÂMETROS METABÓLICOS, FISIOTERÁPICOS E PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS AO REGANHO E MANUTENÇÃO DE PESO APÓS DOIS OU MAIS ANOS DE REALIZAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA NO AMBULATÓRIO DE OBESIDADE DO CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA. ”

Pesquisadores Responsáveis: Leandro Azevedo da Silva Maiza Conceição da Silva, Lis Marina Lopes Lazzarini, Marina Cid Gomes Castanho

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Sorocaba- SP.

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa: “AVALIAÇÃO DE PARÂMETROS METABÓLICOS, FISIOTERÁPICOS S E PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS AO REGANHO E MANUTENÇÃO DE PESO APÓS DOIS OU MAIS ANOS DE REALIZAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA NO AMBULATÓRIO DE OBESIDADE DO CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA”, de responsabilidade dos pesquisadores : Leandro Azevedo da Silva, Maiza Conceição da Silva, Lis Marina Lopes Lazzarini, Marina Cid Gomes Castanho

Eu, _____ Idade: _____ anos,
R.G.: _____.

Concordo em participar deste estudo, sabendo que responderei a quatro questionários autoaplicáveis e que darei informações sobre: idade, sexo, nível de atividade física, dor (localizando-a no mapa corporal), depressão e qualidade de vida. Concordo em ser entrevistado sobre as modificações que ocorrem em minha vida após a realização da cirurgia bariátrica.

Fui informado e concordo em realizar teste em equipamento de Bioimpedância (com eletrodos posicionados na superfície do dorso da mão e do pé do meu corpo, estando eu em decúbito dorsal: barriga para cima), sabendo que o exame é indolor e não causará nenhum dano à minha saúde. Fui previamente orientado a evitar consumo de álcool e não praticar atividade física extenuante no dia anterior e restringir a ingestão de alimentos ou líquidos quatro horas antes da realização do exame.

Também concordo em realizar teste de caminhada de 6 minutos, que consiste em caminhar por uma superfície plana por um período de 6 minutos, de acordo com minha própria velocidade. Será executado no Ambulatório do Conjunto Hospitalar de Sorocaba em local que satisfaça as condições de execução e confidencialidade do teste.

Sei que em caso de dúvida ou intercorrência poderei recorrer aos pesquisadores responsáveis: Leandro Azevedo da Silva- (18)98132-6117, Maiza Conceição da Silva-(15)98161-0332, Lis Marina Lopes Lazzarini-(15)99111-7911, Marina Cid Gomes Castanho- (17)98128-3377.

Entendo que estou livre para decidir se desejo participar ou não da pesquisa e que posso desistir do estudo em qualquer fase, podendo fazê-lo sem qualquer prejuízo. Recebi garantias de que será mantido sigilo sobre a minha identidade e que as informações por mim prestadas farão parte de um conjunto de dados cujos resultados analisados serão alvo de divulgação científica em congressos e artigos de revista especializada.

Estou ciente de que não terei nenhum ônus, nem tampouco serei remunerado pela minha participação.

Este é um documento em duas vias, uma pertence a mim e a outra deve permanecer arquivada com a pesquisadora.

Nome e assinatura do paciente ou seu responsável legal - Testemunha

Nome e assinatura do responsável por obter o Testemunho termo de consentimento

Sorocaba, ____ de _____ de _____.

Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Endereço: Rua Joubert Wey, 290. Sorocaba-SP. Telefone: 3212-9896

2º via entrevistadora

Apêndice B - Entrevistas

Entrevista participante Larimar – 26 anos de idade – cinco anos após a cirurgia - **sem** ganho de peso.

Sua vida mudou após a cirurgia bariátrica? De que forma (como) isso aconteceu ou deixou de acontecer?

Mudou totalmente. É a qualidade de vida, autoestima, bem-estar, emprego. Nossa! Não tem como explicar assim a forma que mudou. Eu nasci de novo.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: AUTOESTIMA, QUALIDADE DE VIDA, BEM ESTAR; RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM O TRABALHO).

Você falou que nasceu de novo, me explica um pouco melhor isso?

Assim, praticamente antigamente eu não vivia. Não. A minha vida era comer, beber, tomar banho e ir para o meu quarto, durante dois anos foi isso. Não saía na rua, fiquei dois anos sem ver a luz do sol porque eu tinha vergonha.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: AUTOESTIMA, QUALIDADE DE VIDA; RELACIONAMENTOS: BEM ESTAR, RELAÇÃO COM O TRABALHO)

Dois anos? Por você localiza dois anos?

Porque assim, durante esse período até lembro a última vez foi no aniversário do meu pai que eu entrei no quarto e ouvi um comentário. Aquilo acabou mais comigo ainda. Aí nisso eu já fiquei. Aí só depois de três dias. No outro, depois de dois anos. Três dias que foi no outro aniversário. O terceiro. Daí disso eu contei que aí veio. Havia várias coisas erradas comigo. No caso de se matar. Suicídio. Tomei veneno de rato.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE, APOIO FAMILIAR; HISTÓRIA DA OBESIDADE: FASES DO DESENVOLVIMENTO: FORMAÇÃO DA IDENTIDADE).

Você tentou suicídio até?

Tentei.

Você falou que ouviu um comentário no aniversário do seu pai?

Isso foi assim: Minha irmã estava na cozinha. Estava todo mundo lá. Na época minha mãe tinha feito um bolo e eu não estava mal. Também até aí tudo bem. Só que assim, minha irmã fazia vários comentários que acho que para ela não tinha. Não era ofensivo né? Mas assim, ela fez assim. Ai merda! Nossa pai! Você tem que comprar um monte de bolo porque só a LARIMAR não vai da conta né? Desse bolo. Tipo assim. Aquele riso de todo mundo me deixou tão triste que por você já sofre preconceito fora né? E da sua família que deveria dar o apoio. Fala uma palavra e você já fica daquele jeito. Então aquele dia eu comemorei tudo tal. Fiquei ali, mas aquilo acabou comigo.

(RELACIONAMENTOS: FALTA DE APOIO FAMILIAR PRECONCEITO)

E é por isso que você marca dois anos? A partir desse ano que você ficou muito mal e nessa época que você tentou suicídio tudo?

Não. Então, já tentei varias vezes né? Mas como aquilo lá, quando Deus não quer. Imagina você tentar fazer algo e assim. O que mais me tocou, mais induziu no caso de tentar suicídio foi quando

minha mãe faleceu. Porque é assim, você sofre preconceito dentro da sua casa. Porque a única pessoa que fazia, que falava assim: Para! Daí ela falava: Não fala assim dela. Me defendia.

(RELACIONAMENTOS: APOIO FAMILIAR)

Era a sua mãe?

Era a minha mãe.

Então você perdeu sua mãe antes de emagrecer?

Antes de emagrecer. É tanto é uma coisa. Eu até falo: Minha mãe deixou um presente para mim. Que minha mãe sofria junto comigo. E quando, no caso, quando eu tentei me matar uma vez, umas das muitas vezes eu tomei trinta e dois gardenais e fui fazer lavagem no PA, minha mãe estava comigo. Minha mãe falou assim né? Passou a mão no meu rosto. Que todo mundo podia me julgar, mas ela me amava do jeito que eu era. E assim, aí tudo bem! Só que nisso aí eu fui descobrir a redução do estômago através disso. Aí o médico me encaminhou. Encaminhou primeiro para me internar numa clínica, tipo assim: como assim?

(RELACIONAMENTOS: APOIO FAMILIAR)

Que tipo de clínica?

É aquela de você ficar quando tem depressão. Eu não sei bem o nome. Só que daí só fiquei dois dias. Aí falei: Ah mãe, eu não vou mais! Vou lá, todo mundo tá louco, vou sair louca! Minha mãe falou assim... Mãe, eu já percebi, tá faltando vergonha na minha cara porque eu estou só com medo.

(ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE/RELACIONAMENTOS:APOIO FAMILIAR)

E minha mãe falou: Ah, fia. Mas daí nisso eu peguei, fui conversar com uma moça amiga minha. Aí, conversa lá. Vai ao PA novamente e veja que lá você descobre. Eu vi num caso que teve a moça se matou né? Mas, teve um caso que uma paciente fez redução e tal. E eu queria saber. Aí eu fui lá ao PA para me informar. Conversando com as atendentes lá e me encaminharam para cá. Pra, para aí assim no primeiro ano antes da minha mãe falecer, minha mãe foi comigo. E assim. Aí depois passou um tempo, minha mãe foi comigo. Deixei meu nome lá. Aí depois de dois anos minha mãe chegou a falecer. Minha mãe estava entrando comigo. Minha mãe era muito apegada a mim! Minha mãe estava tendo derrame cerebral. E depois daquilo, assim, minha vida acabou depois que minha mãe faleceu. Porque a gente sabe que mãe é estrutura na casa de uma família. A mãe que é mãe mesmo né?

(HISTÓRIA DA OBESIDADE:FASES DO DESENVOLVIMENTO: FORMAÇÃO DA IDENTIDADE)

Ela era a sua estrutura?

Nossa! Hoje é assim, hoje eu me sinto feliz, mas eu só me sinto meio assim porque ela não está para ver o que ela fez por mim. Eu só queria que visse que consegui. Que conquistei, mas eu espero que de onde ela esteja, ela esteja me abençoando e vendo que eu estou seguindo

(RELACIONAMENTOS: FALTA DE APOIO FAMILIAR PRECONCEITO)

Quando você pensa as conquistas que você falou, que você queria que ela visse o que é que você gostaria que ela visse, por exemplo?

Assim, ela? A felicidade que eu estou. Não ter a vergonha de dizer pra ela: Mãe, eu não tenho mais vergonha de mim! Não precisa mais chorar comigo, sofrer comigo. Não tenho mais vergonha, não tenho! Eu assim posso ter mudado. Minha mãe sabe assim de onde tiver sabe que eu mudei fisicamente, mas meu coração ainda continua o mesmo. Sabia? É bondosa, do jeito que ela deixou. Apesar das dificuldades que eu passei, não guardei raiva de ninguém. Tanto é que eu agradeço. Porque

eu acho que se não tivesse sofrido o preconceito que eu sofria, não teria forças também para correr atrás, né?

(PÓS CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE)

Porque depois que minha mãe faleceu, eu deixei tudo né? Aí tentei me matar novamente, me matar. Aí que eu tomei veneno de rato, mais aí não deu certo né? Graças a Deus! Aí, daí ah, beleza! Aí passou um tempo eu vim aqui. Eu passei com a psicóloga. Estava desesperada. Falei para psicóloga: Pelo amor de Deus, eu não estou vivendo mais. Não estou aguentando mais. Vai me dar tal de (...) nem sei porquê. Eu não estou vivendo mais. Não conseguindo mais. É (...). Para mim é uma humilhação né? A gente pegar um ônibus. Na porta de um ônibus. Já não basta essa humilhação. Além de você ser reprimida pelos olhares das pessoas né? Então eu falei para psicóloga: Vê aí pelo amor de Deus. Aí ela viu lá né? E falou, vê se eu não estou perdida porque dizem que tem bastante gente perdido né?

Como assim perdido?

É assim. Em dois mil e quatro que eu comecei. Dizem que aí nessa época falaram que perderam bastante. Perderam a listagem. Muitas pessoas. Nome que ficava tudo no computador. Nome, telefone. Então as pessoas que foram.

Entendi, não conseguiam contato.

Não conseguiam. Daí eu falei para ela: Vê se eu não to perdida aí também porque até agora não me chamaram né? Tanto é que ela daí ela procurou. Falou assim, quer dizer: Vou chamar você só daqui a oito meses. Ah, para quê? Comecei a chorar. Ah, doutora. Nossa! Oito meses é tão longe, uma vida né? Tanto tempo para quem ta esperando essa oportunidade há quantos anos. Está tudo bem. Vou começar a fazer os exames. Aí começou. Aí eu tinha uma meta para emagrecer. É dez por cento. Eram doze ou treze quilos para emagrecer. Daí acho que em oito meses eu consegui emagrecer vinte e seis quilos.

(PÓS-CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE)

Emagrecer? Quanto era o seu peso inicial?

Era duzentos e três quilos. Daí eu consegui emagrecer vinte e seis quilos. Aí depois ela falou: Nossa parabéns! Mas também foi um sacrifício sabe? Porque eu falei assim: Não. Tem uma luz no fim do túnel para mim. Só basta eu. Só tenho uma esperança. Então daí eu consegui. Daí depois eu ficava meio nervosa sabe? Daí eu falei: Ai meu Deus! Que venha logo. Só falta dá os exames tudo certo de sangue.

(COMPORTAMENTO AUTOCENTRADO)

Explica como assim você ficava nervosa?

Eu ficava nervosa porque você vinha aqui na psicóloga. Às vezes com a endócrino. Então você via bastante pessoas que fizeram a redução e estava feliz sabe? Eu ficava. Meu olho enchia de lágrima. Eu brincava assim comigo: Quando é que vai ser a minha vez? Será que eu vou chegar? Será que Deus vai me permitir ou as médicas? Porque é difícil você conseguir uma carta da psicóloga. A endócrino não é muito difícil. Não é tão difícil. A nutricionista também não. Mas a psicóloga é muito difícil. Se ela vê um vestígio de depressão, ela vai mandar você se tratar primeiro. Hoje eu sei o porquê, mas antigamente a gente quer. A gente não entende. Aí não ta mandando porque não é ela, mas não é. Porque depois você fica pior, depois da redução você fica.

(IMPORTANCIA DE UMA AVALIAÇÃO PROFISSIONAL E DO ENTENDIMENTO E MUDANÇA DE PARADIGMA DO PACIENTE)

O que você entendeu depois da redução? O que você falou que você entende?

Entendi que assim: Você tem que estudar muito alimentação sabe? É primordial. É tudo. Os hábitos que muda. Não é simplesmente te cortar. Você vai emagrecer e depende de você. Porque se você acha: Ah me cortou, to comendo pouquinho agora. Depois posso comer tudo de novo. Não!

(IMPORTANCIA DE UMA AVALIAÇÃO PROFISSIONAL E DO ENTENDIMENTO E MUDANÇA DE PARADIGMA DO PACIENTE)

É para a vida toda, vida inteira. Então a psicóloga te ajuda nisso. Ah vê... Ó vamos ver. Pera aí. Oh, hoje você está.... Depois que você fizer redução você vai ficar bem. Sua autoestima vai mudar, mas não é o fim dos seus problemas. Não é o fim dos meus problemas porque hoje tem problema. Hoje tudo bem. Para mim não se compara a nada o que eu tinha antes, mas falta de dinheiro é um problema. Uma doença de um parente é um problema. Então! No começo para mim era tudo maravilha. Eu queria aproveitar de tudo.

(PÓS-CIRURGIA: EXPECTATIVAS DA CIRURGIA E CONFRONTO COM A REALIDADE; RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A CIRURGIA).

Você antes dessa fase era tratada de depressão?

Ah não, não. Fui tratada sim, mas não aqui. No psiquiatra já, mas eu não aguentei. Eu falei que não sou louca. Fui ao psiquiatra fiquei uns... Além do CAPS, fui ao CAPS fiquei lá acho que uma semana por que não precisa meio período. É meio período não. Entrava de manhã, saia à tarde. Então fiquei uma semana, mandei ver. Falei não. Isso aí não, porque eu que tenho que me ajudar também. Se tem pessoas ali que tão precisando. Eu não to precisando. Eu coloquei na minha cabeça, mas na verdade eu estava sim. Porque quem queria se matar, não? Não está bem? Daí eu peguei e (...). Aí eu comecei a ir. Nisso já tinha emagrecido né? Emagrecido. Perdi vinte e seis quilos. Nossa, pra mim foi uma alegria. Eu (...). Quando eu recebi minha carta da doutora. Tanto é que eu tenho muita consideração por ela porque ela conversava. Eu chegava, eu falava umas piadinhas como sempre, eu falava assim: Não vou mostrar depressão pra ela.

(IMPORTANCIA DE UMA AVALIAÇÃO PROFISSIONAL E DO ENTENDIMENTO E MUDANÇA DE PARADIGMA DO PACIENTE)

Qual doutora? A psicóloga?

A psicóloga. Eu não vou mostrar depressão pra ela porque senão oh (*risos*). E tudo fazia piada. Ela fazia pergunta, eu dava uma zoadinha tentando, tipo assim: Eu sou profissional, não posso dar risada. Eu fazia umas piadinhas, ela hum. Riu da piada. E assim, ela me ajudou muito e assim, ela ficou (...) a doutora tá tendo uma briga de um cara tal. Tanto é que depois da redução uma questão importante é: Você.

(RELACIONAMENTOS: AUTOESTIMA; COMPORTAMENTO AUTOCENTRADO).

Pessoas que (...). Não sei. Pessoas que (...) você (...). Tinham dó de você, na verdade ela falou foi bem... bem claro. Tinham pena de você, depois que você muda, elas também mudam sabe? Não sei se é inveja? Não posso julgar se inveja, se é indiferença sabe?

(RELACIONAMENTOS: AUTOESTIMA; COMPORTAMENTO AUTOCENTRADO)

Você percebeu mudança?

Percebi. Minha irmã sabe? A gente é (...). Conversa, mas não tem o vínculo que a gente tinha antes né? A gente não tem mais aquela amizade. Era qualquer coisa, pegava as minhas roupas sabe? Mas eu até entendo porque, só que assim, eu mudei entendeu? Eu mudei e até conversei com uma amiga minha. Ela falou: Não. É que você mudou. Então, a pessoa acha que mudei né?

(PÓS-CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE; RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE).

Como assim você mudou?

Assim fisicamente né? Então a pessoa já (...). Se eu vou numa festa. Antigamente quando eu saía com as minhas amigas, digamos assim né? Como ela me disse: Não sei se é verdade. Você era feia. Você era vista como uma feia. Vamos as meninas ia saí: Leva a feia. Eu ia e ninguém queria ficar comigo. Eu tinha mais amizade com os meninos. Porque a gente (...). Mas ninguém me via como mulher. Como menina para ficar. Então eu era sempre a filhona, brincalhona. Numa boa, vamos levar a LARIMAR. Então (...). E depois disso mudou. Porque muita gente se afastou.

(HISTORIA DA OBESIDADE: FASES DO DESENVOLVIMENTO; RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

Afastaram-se de você?

Afastaram. Eu um dia fui numa festa e uma amiga ficou com ciúmes de mim com o namorado dela sabe? Sendo que eu nem conversei com ele. Ela chegou: É, fica olhando. Aí já fiquei. Porque para mim é tudo diferente sabe? A gente vê tudo diferente. Nunca ninguém teve ciúmes de mim. Nunca ninguém teve. É inveja que eu saiba. Assim, não sei se tem hoje, mas nunca ninguém teve. Então para mim (risos).

(PÓS CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE)

E como você lidou com isso?

Ah, eu? Eu no começo achei tudo tipo, muito louco né? Mas aí depois você vai vendo as que pessoas vão se afastando. Então, eu fiquei muito triste, fiquei muito triste, mas é. Uma coisa eu coloquei na minha cabeça: eu optei por mudar entendeu? Então eu também vou mudar as pessoas. Se quiserem gostar de mim, vai gostar do jeito que eu sou sabe? Me conhecem.

(RELACIONAMENTOS: AUTOESTIMA; COMPORTAMENTO AUTOCENTRADO)

Eu mudei fisicamente, mas o meu jeito, a minha humildade, a minha simplicidade, a minha (...) é (...). O meu jeito de se harmonizar com todo mundo vai ser sempre assim. Então já que num (...). Já que achou que eu mudei, tem inveja de mim, é assim. É até meio ignorante de eu falar. Não é digno da minha amizade então. Não é digno. Então eu me afastei! Então eu falei assim: Vou seguir minha vida. Vou seguir meu objetivo. Emagrecer mais, fazer plástica, ficar bonitona e beijinho no ombro pra todo mundo!

(RELACIONAMENTOS: AUTOESTIMA; COMPORTAMENTO AUTOCENTRADO)

Beijinho no ombro é isso?

É, beijinho no ombro! Quer saber de uma coisa? Vou seguir meu foco porque é assim. Porque no início eu sempre quis ser psicóloga por causa disso. Poder ajudar né? O meu dom era assim, sentar e alguém vim assim conversar. Fazia amizade muito rápido. De repente a pessoa contar a vida dela e eu sempre quis saber mais. Porque daquilo ali de um simples fato de ela falar já tinha uma história para mim também.

(RELACIONAMENTOS: AUTOESTIMA; COMPORTAMENTO AUTOCENTRADO)

Aprender, isso?

Então né? Não tem né? Daí eu mudei.

Quatro anos pós-cirurgia?

Quatro anos.

Como é sua vida? Dia vinte e seis de?

Dia vinte e seis de (...). Agora dia 28.

Quatro anos certinho? Como é sua vida hoje?

Olha, não vou falar que é mil maravilhas porque tudo mundo tem problemas né? Mas graças a Deus minha vida mudou noventa e nove por cento. Assim... Hoje eu digo assim. É lógico tem problema. Assim, mas mudou totalmente. Hoje em dia pra mim até pra me locomover sabe? Até pra eu poder andar. É ir e vir. Você já não tem mais aqueles "Ah não, não vai". Tudo dá risada. Eu nem ligo. Aí, como falo: Tudo "beijinho" no ombro.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A CIRURGIA)

Beijinho no ombro é fácil de entender?

Então a minha vida é outra sabe? E eu queria tanto. É que tem pessoas que me vê. As pessoas assim que me conheceram sabe? Falam para mim que é. Eu sou exemplo. Isso é muito bacana sabe? Tanto é que às vezes elas vêm perguntar para mim: Ah LARIMAR, como é que você emagreceu? Nossa, eu conheço fulano, a beltrana, cicrana que quer emagrecer. Eu fiz a redução. Eu fui formada na faculdade PUC. Só que é o seguinte: é SUS, então, você tem que ter paciência né? Tem que ir lá, colocar seu nome, ir às reuniões certinho e o importante de tudo é você fazer a dieta certa. Não adianta você ir lá, colocar seu nome e achar que eles vão te chamar, amanhã você vai operar. Não. Tem a

dieta, tem exame de sangue, tudo. Se você estiver apta, psicológico também. Se você tiver apta eles mandam. Se você não tiver apta eles não mandam. Não adianta.

(IMPORTANCIA DE UMA AVALIAÇÃO PROFISSIONAL E DO ENTENDIMENTO E MUDANÇA DE PARADIGMA DO PACIENTE)

Quando você fala no após operar? O que você fala?

Falo. Eu falo o seguinte, que se eu pudesse, eu fazia tudo de novo.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A CIRURGIA)

Não foi fácil né? Não foi fácil. Eu, assim (...). Deu uma parada cardiorrespiratória em mim né? Eu fiz três operações. Na verdade, o doutor falou que eu fiz a primeira, tirei a vesícula, reparação de hérnia e eu fiz a bariátrica. E assim, falo para elas: Não é fácil. Não fala assim faz mesmo porque não é fácil entendeu?

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A CIRURGIA; PÓS-CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE)

Mas, assim, a minha recuperação demorou. Demorou porque eu tive pneumonia no hospital. De sete dias. Eu fiquei vinte e poucos dias né? Sofri porque assim, minha mãe não estava lá para cuidar de mim né? Meu pai não podia ficar no hospital. Então resumindo, eu não tinha ninguém. Não tinha ninguém porque quem cuidou de mim mesmo foram as enfermeiras né? Até uma senhora foi lá me vê, mas fora isso não tinha ninguém. Mais não é fácil. Se eu pudesse eu faria tudo de novo porque hoje eu falo hoje eu vivo graças a Deus.

(RELACIONAMENTOS: FALTA DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL)

Hoje você na hora que a gente se apresentou, você falou que ficou um pouco assustada que você ganhou dois quilos, de quanto tempo para cá?

É. Acho que foi da ultima vez que eu vim faz dois meses.

Dois meses? Qual foi o peso mínimo que você já teve? Depois de operado?

Oitenta e nove.

E aí agora deu?

Noventa e um.

Noventa e um. Desolada? E...

Triste né? Mas é o seguinte, eu estou meio triste, mas isso para mim não vai me abater. O que eu tenho fazer? Correr atrás. É regime, é dieta. O que eu errei. O que da minha alimentação estou fazendo de errado? Porque se engordar um quilo, dois quilos pode engordar vinte. Voltar ser obesa de novo.

Então isso eu não quero né? Então isso eu vou ter que de novo mais legumes, tirar fritura. Porque esses tempos eu vi mesmo que extrapolei. Então cortar isso aí. Porque engordar dois quilos, pode engordar dez, então eu não quero.

(PÓS-CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE)

Obrigada.

Entrevista participante Agata – 50 anos de idade - 7 anos após a cirurgia– sem reganho de peso.

Sua vida mudou após a cirurgia bariátrica? De que forma (como) isso aconteceu ou deixou de acontecer?

Ah, mudou porque antes eu não me aceitava ser gordinha.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

Não se aceitava, como assim?

Ah, eu era muito... Sentia rejeitada pelas pessoas e me sentia assim rejeitada também porque eu não conseguia andar de ônibus, Várias vezes eu fiquei na catraca.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

Como assim ficou na catraca?

Porque fiquei enroscada na catraca do ônibus e todo mundo riu de mim. Eu ia indo no médico na santa casa e bem no ônibus da Vila Haro eu fui. Eu não passei na catraca. Era bem apertada. Eu não passei. Eu fiquei enroscada. Aquilo pra mim foi traumatizante! Comecei a chorar e fiquei ali enroscada ali e não passava. Não ia pra frente nem pra trás. Ah, daí comecei a chorar. Mexeu muito com a minha cabeça ali. Eu fiquei muito traumatizada. Aí, daí quando foi um dia eu escutei que ia fazer a cirurgia bariátrica em Sorocaba. Procurei e nisso, procurei e não voltei mais. Daí um dia minha colega ia fazer a cirurgia que ela estava na fila. Daí eu procurei pra saber melhor. Coloquei meu nome e esperei. Vinha nas reuniões e consegui. Esperei dois anos pra fazer a cirurgia.

(RELACIONAMENTOS:RELAÇÃO COM A OBESIDADE E CIRURGIA; APOIO SOCIAL)

E mudou sua vida?

Ah, mudou muito minha vida!

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A CIRURGIA)

Conta um pouquinho.

Ah, mudou porque daí eu sou mais feliz né? Só não mudou só um, porém, minha família não aceitava. Não aceita. Não aceitava eu fazer a cirurgia porque falava que eu ia morrer. Porque você vai morrer. Você não vai aguentar fazer a cirurgia. Eu falava assim: Eu vou aguentar sim.

(RELACIONAMENTOS: FALTA DE APOIO FAMILIAR)

Justo quando eu consegui fazer. Começar a fazer o tratamento médico meu vizinho namorava uma vizinha minha. Ele fez a cirurgia e faleceu, mas ele bebeu Coca-Cola.

Ele bebeu Coca-Cola depois da cirurgia?

É.

E faleceu?

Faleceu.

E aí?

Ele estava com uns quatro dias de cirurgia e bebeu Coca-Cola. Ele era muito ansioso. Ele era muito obeso. Aí, daí todo mundo, a rua inteira falava. Ela estava fazendo tratamento pra fazer a cirurgia. Aí eu falei: Mas eu estou tendo um acompanhamento. Ele não teve. Ele teve dinheiro pra pagar a cirurgia e eu não tenho dinheiro e estou sendo acompanhada por todos os médicos. Eles vão me avaliar

se eu vou passar por um cirurgião. Daí eles ficava: Você vai morrer! Você vai morrer igual ele! Eu falava: eu não vou. Não vou porque, porque eu estou indo na reunião. Eu estou sendo avaliada ainda. Se eu vou passar ou não. Aí eles: Você vai morrer! Aí, tinha uma amiga minha que falava na rua inteira: Ela vai morrer! Era aquele cochicho na rua e eu nem ligava. Meu marido punha na cabeça que eu ia morrer também. Quando ouvia os vizinhos falar e punha na cabeça dele.

(RELACIONAMENTOS: FALTA DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL).

E eu bem pomposa (*risos*). Eu ia só perdendo peso porque precisava perder peso né? Dez por cento do peso para fazer a cirurgia. E eu perdendo peso e ele ficando com ciúme de mim. E ele ficando com ciúme. Ele chegou a vir duas vezes comigo na reunião lá em baixo. Nunca mais ele veio. E ele tendo ciúme assim. Falava assim que toda vez ele tinha que trazer eu, brigava comigo.

(RELACIONAMENTOS: FALTA DE APOIO FAMILIAR)

Pois é, você tem que levar eu de manhã cedo né? Porque eu tinha muita dor. Eu tenho fibromialgia. Eu tinha dor. Era de manhã. Estava muito frio. Ele vinha trazer eu, mas ele vinha me xingando. Daí eu falei assim: Calma. Um dia eu vou ter sucesso. Eu vou operar e daí eu vou de ônibus! E daí eu operei. Passei uns quatro dias, uns cinco dias aqui e daí fui embora pra casa. Daí eles faziam comidinha pra mim. Ia me tratando: comprava “ades” pra mim. Comprava água de coco. Ia fazendo tudo certinho e daí eles iam. Aquela minha vizinha fofoqueira ia lá. Olhava tudo isso na sua barriga. Pegava o saquinho né? Saindo aquela sujeira. Nossa! Falou pra todo mundo da rua que eu estava com o estômago pra fora. Que eu não ia comer mais. Que eu estava com um copinho de café. Coisinha de café. Morrer eu não quero. Ficava cochichando. Estou nem aí! Daí quando ela viu que eu ia emagrecendo.

(RELACIONAMENTOS: FALTA DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL).

Hoje quando eu passo na rua, nossa! Fica tudo abismada. Daí foi que passado os dois anos depois da minha cirurgia plástica eu fiz plástica né? Tirei a barriga né? Barriga era aqui. Antes, antes disso eu tive, eu trabalhava antes de eu fazer a cirurgia bariátrica. Eu trabalhava e eu caia no meu serviço. Minha barriga era muito grande, estourou uma hérnia. Daí foi colocado tela. Aí meu marido fez um empréstimo, pagou um médico que fez a cirurgia pra por a tela. Uma hérnia de grande proporção. A hérnia era de grande proporção. A tela foi do tamanho de uma sulfite. Foi colocada na minha barriga. Daí, quando eu fui fazer a plástica meu marido: Ah, você vai morrer! Outra calamidade que eu ia morrer. Que eu ia morrer. Que eu não ia aguentar a cirurgia, a plástica. Eu falei: Eu vou aguentar! Eu vou aguentar! Se eu fiz a do estômago eu vou aguentar a plástica. Vim fazer à plástica. Ele nem me trouxe. Eu vim de ônibus e meu filho veio me buscar. Ele nunca aceitou minha cirurgia bariátrica. Nunca aceitou minhas plásticas. Nunca, nunca, nunca! Ninguém da minha rua aceitava minha cirurgia. Não tinha ninguém. Amigo eu não tive.

(RELACIONAMENTOS: FALTA DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL).

E hoje se conversar, também fala isso?

E hoje se eu falasse que a minha barriga não tem nem sinal de plástica. Aqui embaixo eu não tenho. Eu não tenho sinal da tela, mas eu sinto que eu tenho uma tela. Que eu tenho aqui ainda porque ela foi de grande proporção. Também é. Eu sinto porque eu tenho essa perna dói ao caminhar. Eu fui aposentada por invalidez por causa dessa perna e indisposição, mas sou super feliz.

Quando você operou, você já estava?

Como assim?

Aposentada?

Sim, quando operei do estomago sim. Eu já estava aposentada. Aposentada por invalidez.

Então você falou que você é muito feliz?

Ah, muito.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A CIRURGIA)

Hoje? Marido e vizinhos? Você percebe que eles não aceitaram. Hoje eles aceitam?

Não. Até, um dia desses, eu entrei em depressão porque achava que meu marido nem gostava de mim. Nem me aceitava. Então há uns dois meses atrás eu cheguei nele e falei assim: O médico deu um remédio pra mim pra por pra fora o que eu sentia. Eu comecei a por pra fora o que eu sinto. A depressão minha fui guardando pra mim e agora eu comecei a soltar pra fora e... Eu, o médico deu o remédio pra mim parece que estou colocando pra fora.

(RELACIONAMENTOS: FALTA DE APOIO FAMILIAR).

Que remédio você toma?

Eu tomo topiramato e o Velija, então esse Velija. Parece que me deu força um pouco mais pra mim por pra fora. O que eu aguentei nesses sete anos.

(RELACIONAMENTOS: FALTA DE APOIO FAMILIAR).

Então eu estou ponhando. Eu falei assim pra ele. Ele estava meio assim, meio nervoso. Daí eu peguei e pus pra fora: Porque você nunca aceitou eu nem minha cirurgia do estômago? Você queria que eu tivesse aqui dentro de casa com mais de cento e vinte quilos? Que eu tinha cento e vinte quilos e você vive só reclamando de mim. Mesmo assim eu era uma pessoa limpinha. Limpava a casa. Eu limpava casa, lavava a louça, lavava roupa. Eu nunca tive preguiça. Minha casa sempre foi um brinco.

(PÓS-CIRURGIA: EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO À CIRURGIA; RELACIONAMENTOS: FALTA DE APOIO FAMILIAR).

E hoje você sempre joga na minha cara que eu fiquei metida. Sou isso. Sou aquilo. Você não aceita minha cirurgia. Eu tenho isso na minha cabeça. Que você não aceitou. Daí ele: Não. Eu prefiro você agora a antes. Eu ia querer uma mulher de cento e trinta quilos? Cento e vinte quilos? Eu prefiro você. Eu falei pra ele que ele preferia eu antes ou agora? Não. Que ele preferia eu agora. Porque acho que ele ia ter uma mulher feia com cento e vinte quilos? E hoje eu sou mais bonita porque as pessoas que me elogia. Tem pessoas na minha igreja que me elogia que eu tenho só.

(PÓS-CIRURGIA: EXPECTATIVA EM RELAÇÃO À CIRURGIA).

Que eu sou mais magra. Sou mais bonita. Não. Que ele é feliz hoje comigo. Por exemplo, você tem que falar porque eu tenho que por pra fora isso de mim. Eu tenho uma depressão que oprime minha cabeça, meu cérebro. Que eu não estou aguentando mais viver. Parece que eu não estou vivendo. Tem hora que eu penso até de me matar porque você não está me aceitando. Tem hora que eu vejo que você não me aceita.

(RELACIONAMENTOS: FALTA DE APOIO FAMILIAR; PÓS-CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE).

Ele falou assim: Não. Eu aceito você sim agora. Eu aceito você porque eu vejo que você é uma mulher de atitude. Que teve atitude na sua vida. Você foi, fez e venceu. E você é mais bonita hoje. Que ele me aceita. Ah. Então, é bom ouvi isso! Isso eu vou contar pro meu médico porque eu estou ponhando pra fora o que há sete anos eu vivi.

(RELACIONAMENTOS: APOIO FAMILIAR, RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

Que eu vivo uma depressão me oprimindo a cada dia. Porque eu vejo que você não me aceita. Porque eu vivo. Talvez agora eu posso emagrecer mais falei pra ele. Porque nisso eu estou até engordando. Falei pra ele: Posso até engordar, estourar meu anel. Que eu posso até engordar mais porque eu vivo assim oprimida. Porque você, eu penso que você não gosta de mim. Não me aceita do jeito que eu estou agora. Não. Eu aceito você do jeito que você tá, magra. Ah, então obrigada por isso.

(RELACIONAMENTOS: FALTA DE APOIO FAMILIAR, RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

Porque que você fala sete anos?

Sete anos porque eu tenho sete anos de cirurgia bariátrica.

Entendi.

E eu achava que eram sete anos de depressão, pois achava que ele falou que nunca aceitava eu.

Humhum... ele falava...

Eu ouvia isso. Eu ouvi da minha filha. Ele falava pra minha filha: Eu não aceito ela desse jeito.

(RELACIONAMENTOS: FALTA DE APOIO FAMILIAR).

Você tem alguma opinião sobre...

Ele falava isso porque eu como carne?

Hum hum...

Então ele falou que não tinha prazer. Então como você falou pra amiga minha perto de mim que não tinha prazer mais de beijar eu porque eu comia carne e vomitava.

Até hoje isso acontece? Quando você come carne?

Sim, porque eu mastigo e eu vomito. Você nunca percebeu que eu vomitava. Eu percebi sim. Porque... porque eu falei assim: Eu achei que você nunca percebia que eu saio tão de fininho da mesa que eu não dou aparência pra ninguém. Eu não mostro pra ninguém. Eu saio assim, eu disfarço. Disfarço, saio bem de fininho, vou ao banheiro, ponho pra fora. Eu vejo sim que você, que falou pra amiga minha na minha frente que não tinha prazer de beijar eu mais eu porque tinha nojo. Ai, eu peguei e falei pra ele: botei tudo pra fora.

E como fica isso agora?

Ai ele ficou com vergonha. Quando foi esses dias falei pra ele, falei assim: Ah, eu aguento você, você usa dentadura e eu beijo você e você é tudo pra mim. Porque eu tenho que engolir você trinta e cinco anos com a dentadura e eu beijo você? Daí ele pegou e falou assim: Ah, mais você eu peguei nojo quando você vomita. Dai eu falei: Saio tão de fininho. Achei que você não percebia. Percebo sim. Mas sabe que eu tirei esse dia pra por tudo pra fora.

Você ficou melhor?

Fiquei melhor comigo mesmo e falei assim: Talvez agora eu possa até emagrecer. Minha depressão foi até embora porque fiquei mais feliz.

E esse negócio de vomitar que é uma coisa que pelo que você falou incomoda a ele. Você pensa em fazer alguma coisa em relação a isso?

Mastigar melhor.

Pode ser que pare? Você conversou com os médicos? Os médicos sabem que você vomita?

Sabe, a endocrinologista sabe.

E o que ela diz?

Mastigação.

O que essa carinha? Não consegue?

Hum. Não suporto carne e eu preciso comer carne.

Ah tá! Se for por você, não comeria mais? Você come forçada? Você tem nojo de carne?

Ele só que tem nojo de carne? Você tem nojo de carne?

Eu tenho nojo de carne.

Ele tem nojo de você vomitar?

É. Eu tenho nojo de comer e depois eu quero beijar!

Entendi. Daí uma coisa puxa outra. Joia quer contar mais alguma coisa?

Não.

Sua vida mudou após a cirurgia bariátrica? De que forma (como) isso aconteceu ou deixou de acontecer?

Mudou? Não andava, tinha preguiça de andar. Eu tinha faxineira, agora sou eu que faço faxina. Mudou tudo, tudo, tudo.

Quando você fala “tudo”, o que mais assim que acha que te marca? Que você gostaria de contar? Nesses últimos quantos anos depois da cirurgia?

Dez.

Dez, mas você falou que fazia faxina, no natal?

Hum hum. Faço faxina, eu tinha faxineira. Agora quem faz é eu né? Tenho oito meninos que eu trabalho aqui no hospital, que eu faço faxinas pra eles.

Ah, você trabalha para médicos daqui mesmo?

É. Pros médicos daqui mesmo.

Quer dizer a parte física é uma coisa que é bem marcante? O que mudou assim?

Eu não ia fazer compra agora eu faço. Não tinha coragem de fazer compra nenhuma, agora eu faço supermercado. Agora eu que faço.

Como assim coragem?

Hã ?

Como assim, você falou que não tinha coragem?

Tinha preguiça. Tinha preguiça mesmo dentro de casa. Agora não, agora não paro. Só volto pra casa pra dormir.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE E CIRURGIA)

Você ficava muito em casa?

Ficava direto. Eu saía do serviço. Porque quando não estava trabalhando, tava dentro de casa, deitada.

Não trabalhava fora?

Não. Trabalhava aqui. Quando não estava aqui, estava no dia da minha folga eu tava em casa deitada.

Não fazia nada? Não conseguia fazer?

Nem limpar a casa, fazia.

Nem limpar a casa? E aí você fez a cirurgia ...

E agora eu faço de tudo, cozinheiro, faço compra. Era palhaça, agora sou mais palhaça ainda! Brincalhona.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE E CIRURGIA)

Então a parte do humor, não mudou?

Não. Sou mais. Nunca senti assim. Eu sempre fui palhaça. Gordinha palhaça tira sarro de todo mundo. Agora tem mais um ajudante que é minha filha que não pode vê nada que vive tirando sarro dos outros também.

Ela é brincalhona também?

Demais.

Mas daí você falou assim: Dá uma impressão que você sentiu que isso mudou? Ainda mais? Conta um pouco dessa mudança de humor?

Mudou, mudou mais ainda, entendeu? Como assim?

Você fez uma cirurgia, emagreceu bastante, aí você falou assim, eu sempre fui palhaça, mas as vezes...

Eu sempre tiro sarro dos outros. Eu adoro tirar sarro, né?! Passa um a gente que começa que tira sarro, passa outro, né?!

Você falou que você tinha bom humor, mas, já era brincalhona e você falou assim... Depois ficou mais ?

Fiquei mais ainda, mais brincalhona ainda do que já era.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A CIRURGIA)

Que tipo de brincadeira, assim vai, conta um pouco. Você não conhece você lá fora, quem é a Cristal?

Eu sou a palhaça, a Cristal é palhaça, tira sarro, brinca, põe apelido, não chama a pessoa por nome só por apelido, é desse jeito.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: ESTILOS DE PERSONALIDADE)

Quando você conhece alguém, já, logo já...

Coloco apelido.

Você se sente rápido à vontade?

À vontade com a pessoa.

Você falou duas coisas importantes, uma parte corpo, você ter ficado melhor, da parte física e da parte de humor.

Não tive preconceito das pelancas, levava brincadeira, porque despela tudo. Então, A minha filha vinha colocava, amarrava assim, desse jeito. *(Cristal imita o gesto da filha como se tentasse amarrar os seios de Cristal)*. Ela pegava bolinha. Amarrava. *Ô mãe, não da pra amarrar!*

(PÓS-CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE)

Ela brincava com seus seios? Então você teve bastante pele?

Tive, tive. Tirei 3 quilos e 800 de barriga e 01 quilo e 800 em cada mama.

Isso quanto tempo depois da cirurgia?

Depois de três anos que eu fiz a cirurgia bariátrica.

E como foi? Conta um pouco essa história, você operou? Demorou pra operar?

Operei, emagreci, entrei em depressão, entrei em depressão no começo, né?! Aí depois a médica passou remédio que eu via que não ia tomar. Joguei fora. Falei assim: eu quis fazer, porque que eu vou tomar remédio pra depressão? Aí eu saía fazer caminhada, ia passear e não tomei nenhum dia remédio para depressão. Consegui sair da depressão sem medicamento, porque eu que fiz essa escolha.

(PÓS-CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE)

Então, você falou que teve uma depressão, quando você tava respondendo o questionário, você ainda falou que o doutor falou que você não percebe.

Mas eu tive no comecinho.

Hoje que talvez você esconda a depressão? Naquela época você percebeu?

Não, naquela época o negócio era comida que eu não conseguia comer. Fui entrando em depressão logo no começo. Fazia um mês, dois meses da cirurgia. Porque eu tinha nojo de tudo que era pra comer. Gelatina.

(PÓS-CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE)

Com nojo? Você tinha nojo?

Era gelatina, Gatorade, agora eu não posso nem ver gelatina e nem Gatorade. Era coisa que ia comer e eu não comia. Papinha também, agora pensei: vou ter que comer a papinha? Só que agora é uma papinha diferente, né?!

(PÓS-CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE)

Como que é agora, agora essa fase?

Agora eu to aceitando bem a papinha, no começo eu não aceitava a papinha.

É porque você teve nojo, naquela época de estar fazendo...

Agora estou comendo normal.

Porque você está comendo papa de novo?

Porque vou ter que tirar o anel. Deu problema no anel.

E aí de não conseguir comer você falou que você entrou em depressão? Como que você percebia essa depressão?

Foi minha filha que percebeu. Que eu estava um pouco chata, ela falou: mãe você não é assim. Aí começou a dar umas coisas esquisitas assim, falei assim... Não é do meu jeito. Aí eu vim na médica. Na psicóloga que falou que tinha tomar os medicamentos, certo.

(PÓS-CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE)

E você tomou o remédio?

Joguei no lixo. Dei descarga no banheiro. Comprei e dei descarga no banheiro. Fiz questão de comprar o remédio, dar descarga e não tomar.

E essa coisa esquisita que você falou? Coisa chata que a sua filha percebeu? Essa coisa esquisita? Você consegue lembra um pouquinho?

Ela falava que eu tava um pouquinho agressiva, respondia mal as coisas, entendeu? E eu não conseguia ficar perto dos outros não. Falando perto de mim eu ficava irritada.

(PÓS-CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE)

Até hoje, quando você conta, sua expressão facial muda um pouco. É como se voltasse naquele tempo?

Meus gatinhos que comiam, eu pegava a comida e jogava tudo "pros" gatinhos comer.

E demorou pra passar?

Não, foram uns 15 dias mais ou menos. Porque foi uma crise, nós estávamos em greve aqui no hospital. Aí o diretor do sindicato passava, pegava eu. Eu vinha na greve pra ajudar ele mesmo com os pontos. Com tudo na barriga. Eu vinha. Aí eu ficava no sindicato pra não ficar em depressão. Viajava com diretor do sindicato. Foi o que me ajudou bastante.

Você se ocupava?

É. A cabeça.

Quando você voltou a comer, você achou que melhorou também?

É. Aí voltei a comer a comida normal e melhorou.

Foi aí que você emagreceu demais?

É. Foi nessas partes que eu emagreci.

Você falou 51 quilos?

51 quilos.

Mas não tinha papinha ainda?

Não. Emagreci 77 quilos em onze meses.

77 quilos em onze meses? Quer dizer onze meses pós-operatórios, você eliminou 77?

Então desses 02 meses que você teve essa crise depressiva até 11 meses. Você continuou emagrecendo?

Continuei emagrecendo.

Mais você voltou a comer?

Voltei. Comia normal depois. Comia comida normal. Por mais problema, eu peço as benditas papinhas, os caldinho, papinha.

Bem no comecinho você já comia?

Daí eu pus na cabeça que era eu que quis fazer a cirurgia.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A CIRURGIA)

Você que quis? Como foi essa escolha? Como que era na época essa escolha?

Na época eu comia um "x-tudo", bem antes da cirurgia, daí a doutora (...) *eu nunca vou operar você!* Eu falei: *por quê?* Porque você come um lanche. Você não vai comer depois. Você não vai conseguir comer. Eu falei: *não, eu vou fazer!* Daí consegui emagrecer suficiente. Inclusive eu não estava liberada da psicóloga pra fazer a cirurgia aquele dia. Daí a teimosa foi e fiz. Uma semana antes eu não tava liberada. Daí quando ligaram pra ela que eu tava no centro cirúrgico internada pra fazer cirurgia, ela ficou brava porque ela não tinha me liberado ainda.

Ela era sua psicóloga?

Era minha psicóloga. Ela foi em casa tudo. Ela não tinha liberado por causa do meu marido que não queria que eu fizesse cirurgia.

Seu marido era contra?

Super contra minha cirurgia. Aí ela não aceitou. Ela foi lá, não está liberada. Só que eu já tava internada. Por isso que eu acho também que entrei em depressão. Porque eu não tava liberada da psicóloga..

Quem ligou pra ela? Pra avisar?

Não sei.

Alguém ligou e avisou pra ela que você estava sendo operada?

Não. Que estava internada e que tinha que fazer aquele trabalho. Ela tinha que fazer um trabalho conosco lá, uns desenhinhos. Antes, como você era gorda. Como você se vê depois. Tinha que fazer esses desenhinhos. Porque meu marido, no dia que eu voltei da cirurgia, ele fez um churrasco em casa. Isso eu guardo muito bem. Porque ele era contra. Ele entrou em depressão porque ele que cozinha em casa. Ele entrou em depressão porque eu fiz a redução do estomago. De ficar internado e tudo.

Ele chegou a ficar internado...

Ficou por causa da depressão.

Por que ele começou a ficar triste? Porque será?

Porque ele tinha medo que eu morresse. Que é ele e minha filha. Ele morria de medo disso daí.

Ele chegou a falar isso pra você? E aí você foi internada?

Eu fiquei internada e ele não veio me ver no hospital.

O que aconteceu? Você sabia de todo esse contexto, você acha que foi o quê? Na oportunidade mesmo de terem liberado, falou assim: ah, vou fazer?

Eu quis fazer!

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A CIRURGIA)

Você pegou e falou assim: vou pela minha cabeça?

Eu vou fazer! Vou fazer, entendeu? Ele não veio me ver no hospital. Minha filha vinha, mas ele não.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A CIRURGIA)

Você ficou internada, ficou internada bastante tempo?

Quatro dias.

Foi um pós-operatório difícil também neste sentido? Você voltou pra casa quatro dias e sua filha que te levou?

Não. Ele veio me buscar. No dia tinha que sair com alguém e ele veio. Veio no jeitão dele.

E mesmo já acontecendo a cirurgia, ele continuou bravo?

Continuou. Ele não aceitava a cirurgia porque ele cozinhava. Então ele via comer pouquinho e era completamente diferente a comida.

(RELACIONAMENTOS: FALTA DE APOIO FAMILIAR; RELAÇÃO COM A CIRURGIA).

Era uma conversa muito difícil?

Era.

Ele ainda pensasse que você poderia morrer?

Ele pensava. Ainda mais se chegar pra ele e falar que vou tirar o anel. Do jeito que ele tá, quem morre é ele.

Ele descompensa?

Ele não sabe que eu vou tirar.

E como você está pensando em fazer a retirada do anel?

Eu tenho endoscopia. Eu venho e pago uma endoscopia normal. Vou tirar e depois que eu tirar que eu falo pra ele. Inclusive o médico dele mesmo falou que não tem como contar pra ele o que eu vou fazer. Só se for cirurgia aberta, endoscopia não tem como chegar pra ele e falar. Eu vou tirar o anel. Entre aspas eu acho que pelas conversas ele tá percebendo.

Que está alguma coisa errada?

Que eu estou de dieta. Ele não é bobo.

E você veio pra dieta de papa agora? Ele percebe em casa?

Ele percebe. Ele perguntou. A nutricionista que pediu pra mim comer um pouquinho porque tá enroscando no anel essas coisas, entendeu? E eu tenho que comer para emagrecer, então eu e ela dá aquelas.

Respostas pra ele? Mas ele está de olho? Você falou até na hora de responder o questionário de atividade física que atualmente ele está inspirando cuidados? Ser carregado, tomar banho. Conta um pouquinho pra gente .Ele tem problema de saúde? O que acontece?

Ele foi assaltado.

Então, mas lá trás você falou que ele teve depressão.

Tem diabetes, pressão alta, diabético, cardíaco, vascular, tudo.

Então pelo emocional agora do assalto, descompensou tudo? Ele também altera na alimentação quando fica nervoso?

Come, come bastante. Ele é gordo também. Tem 120 quilos e não tem cabeça pra fazer cirurgia.

Ele tem medo? O que acontece com ele?

Ele não tem medo, ele come é muito assim.

Ele tem diabetes? Mas ele tem consciência que ele não aguentaria uma cirurgia?

Ele fala que a única louca da casa sou eu. Qualquer cirurgia.

Ele considera você uma louca? Vocês eram gordinhos juntos então? E agora você deixa ele sozinho?

Fui gordinha quando eu fui morar com ele. Antes eu não era gordinha, não

(RELACIONAMENTOS: FALTA DE APOIO FAMILIAR; RELAÇÃO COM A CIRURGIA; PÓS-CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE).

Ah, você foi engordando então?

Fui engordando depois que fui morar com ele.

(FEMINILIDADE: CASAMENTO)

Ele sempre foi?

Ele sempre foi. Ele está com labirintite e pressão alta. Aí roda tudo... fica tudo...

Isso agora que aconteceu? Nesses anos todos o que acontece? De ele passar mal?

Nesse tempo do assalto. Porque ele tava muito bem antes do assalto.

Você não passou sempre crises assim com ele?

Não.

A gente está conhecendo você nesta história num momento bem específico. Onde você volta e tem um problema com o anel, está com problema na família.

Tudo com ele foi assim, ele foi assaltado dia 17 e dia 16 eu... Quando eu ia falar com ele, foi assaltado, então nem contei nada.

Hoje, é um momento especial? Com o assalto e o problema do seu anel. Comecei a entrevista perguntado o que mudou. E você conta de um período. Teve um período inicial de problema e depois estabilizou. Hoje você está com problema de novo?

Que é no bendito anel.

Hoje, com essa mudança, o que vocêalaria nesse momento atual numa mudança? Numa fase difícil da vida que você está passando agora? É diferente para quem faz cirurgia e pra quem está passando um momento desse que você está passando em casa?

Eu estava super feliz antes.

Você acha que se falasse com você ha mais de um mês, você iria estar como?

Não tinha nada. Estava ótima.

Você ia contar toda parte dos benefícios, do que você ganhou? Você está passando um momento difícil?

Bem difícil mesmo.

E como você está fazendo neste momento? Você está cuidando da saúde e do problema em casa. Você contou que uma época saiu pra caminhar. Encontrou suas fugas.

É. Minhas fugas.

E você falou que você ligava pra sua psicóloga. E atualmente como que você está?

Não estou ligando pra ela.

Por quê?

Porque não.

Decisão sua?

É.

Vai enfrentar uma cirurgia?

Vou.

As coisas estão aos poucos se resolvendo?

Segunda-feira eu venho conversar com o médico, pra ver certinho.

Que é o gastro?

Não. Com o endoscopista, que vai tirar o anel.

Isso está te preocupando?

Não, não tenho medo.

O que muda de tirar o anel?

Engordar eu não vou engordar mesmo, mas é porque eu já acostumei na dieta normal.

(FEMINILIDADE: CASAMENTO)

Tem que tirar o anel pra não causar esse mal estar?

Porque já está sangrando, né?

Você falou que começou a sentir-se mal. Oque acontecia?

Me dava ânsia. Ânsia e saia aquelas coisinha de sangue, porque já está meio vermelho. Machucadinho.

E rapidamente você imaginou que era isso?

Foi depois que eu comecei a comer a papinha não deu mais ânsia, nada.

Quando você viu isso? Teve algum pensamento inicial?

Não. Eu achei estranho, mas como eu estava com uma gripe forte, até pensava que era tuberculose. Tosse, aquela tosse, aquela febre, eu falei: estou com tuberculose. Não é possível. Tinha gente no hospital com tuberculose. Aí o médico falou que não, que era só uma inflamação, uma sinusite forte, só.

Quer dizer a noticia foi melhor?

Ah, eu preferia que fosse tuberculose que pelo menos com remédio sarava.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

Tirou anel acabou problema?

Até eu falei, meu Deus! Aí depois falei: não é da gripe isso daí?

Rapidinho os médicos descobriram o problema?

Conversando com medico no pronto socorro ele falou que vamos fazer endoscopia pra ver o que é. Aí foi ver que era o anel e é uma coisa que não aparece.

E é comum acontecer isso?

Não. De 100 pessoas, cinco tiram. O que ele falou. O que eu senti, não era pra perceber. Não senti.

No exame que descobre?

É difícil descobrir. Só pelo exame.

Quer dizer: teve um aviso?

Tive, eu tive um aviso.

E já tem a programação da cirurgia?

Não, ainda não.

Segunda você vem no endoscopista?

Eu venho pra ver com ele com que vai fazer.

O que ele acha?

Não. Tirar vai ter que tirar.

Se é possível fazer pela endoscopia?

Não. Vai ser por endoscopia. Vai ver aonde que vai fazer. Se na Unimed ou se é aqui.

Vai ter que fazer pelo particular?

É. Porque uma coisa errada que o estado deveria dar. Ele dá toda essa estrutura, mas na hora eles não pensavam. Na hora de tirar o anel devia o estado tirar. Aí vou ter que pagar, que o estado não faz.

Não entra pelo SUS?

Não entra pelo SUS.

Então mesmo seu caso sendo acompanhado aqui no serviço, não vão te encaminhar?

Não tem como te encaminhar pro SUS. Devia ter assistência pra tudo, mas não tem. Eu acho que eles não pensaram, e quando for tirar o anel?

Porque "dois paus e quinhentos" nem todo mundo tem. Na hora assim, ninguém tem. É uma emergência. Ninguém está imaginando isso daí. Eu ainda tenho pra onde correr e tem gente que não tem. Tem gente que nem trabalha. eles vão ter que ver isso daí.

É o primeiro caso pra levantar essa bandeira?

Parece que tem mais uma que vai tirar por que ela está emagrecendo muito. É mulher de um funcionário. Eu fiquei sabendo hoje. Não sei se é verdade. Que foi a primeira turma que fez.

Que é essa turma do começo?

Sim.

Obrigada, acho que é isso. Quer fala mais alguma coisa pra gente?

Se precisar de mais pode chamar.

Obrigada.

Sua vida mudou após a cirurgia bariátrica? De que forma (como) isso aconteceu ou deixou de acontecer?

Mudou completamente. Foi uma volta completa. Antes era uma vida e uma pessoa. Agora outra vida. Outra pessoa.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A CIRURGIA)

Como assim?

Bom, antes da cirurgia bariátrica, como eu estava falando pra doutora eu não conseguia caminhar, não consiga fazer o que eu queria. O serviço de casa eu tive que contratar uma pessoa pra me ajudar a fazer, porque não tinha fôlego pra fazer. Eu sofri um acidente há sete anos. Eu tenho artrose no joelho. Então era sempre sangramento na perna porque a circulação não voltou a ser igual. É... Dormir é uma coisa muito rara de acontecer, medicamento pra dor era todo dia, dor constante na perna, dor de cabeça de duas a uma vez a cada semana. Uma vez a cada dez dias uma enxaqueca daquelas tipo clássica. Ao comer as pessoas parece que olhavam pra você comendo e achando que ia acabar com o Buffet. Se ia sentar no ônibus, puxa vida, ela vai tomar dois lugares.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A CIRURGIA)

Você percebia claramente...

A gente percebia que... Você vai ouvir muito essa do ônibus com muita gente que fez à bariátrica. Era chato, constrangedor. Minha filha pedia pra deixar ela na esquina da escola, eu nunca deixava na porta da escola, entendeu? Então eram umas coisas assim que eu era impedida de fazer. Eu gostaria de fazer, mas num dava.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE E CIRURGIA)

Você tem que entende que as pessoas também não querem você daquele jeito. É a decisão de cada um, cada um é cada um. Agora, hoje que eu tenho outra vida, outra forma de entender as coisas e eu acho que também do tratamento psicológico ajudou muito a forma de entender esse tipo de coisa e leva como as pessoas acham que eu devo leva. É... A minha filha já fala: "Mãe, posso chamar um pessoal pra vir em casa? Mãe vamos buscar fulano? "Tá longe da escola, você vai me deixar aqui na esquina. Por mais que o trânsito esteja ruim de chegar lá, ela faz questão que eu deixo ela na porta, que as pessoas vejam, essa é minha mãe, venha aqui, dá um beijo na minha mãe. Então eu já sinto uma melhor aceitação dela e a melhor aceitação minha com essa melhor situação que às vezes não era só dela não querer a mãe gorda, mas era de não querer que as amigas dela me vissem gorda. Do mesmo jeito quando sofri o acidente, eu não queria que ninguém me visse de cadeira de roda. Eu achava aquilo ali uma situação extremamente humilhante pra mim. Não aceitava aquilo, mas eu tinha que viver em cima de cadeira de roda. E as pessoas nem vinham me visitar por causa disso. Você acaba entendendo que não é a situação, é você que não permite tal coisa, né? Aí depois..

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: AUTOESTIMA; RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE).

Você afastava as pessoas?

Eu afastava as pessoas pelo fato de ser gorda. Pelo fato, no caso do acidente, de ficar em cima da cadeira de roda. É... De não querer a proximidade. Agora aqui, passou quantos minutos e eu

estou aqui. Eu cheguei aqui era umas oito e meia, agora... Você já viu quantas pessoas vieram me cumprimentar, me abraçar, eu estou orando por você, fiquei preocupada. Eu sou de Buri e fiquei pensando em você lá, entendeu? Aquela senhora você viu ela falando?

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: AUTOESTIMA; RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE).

Não, no começo eu não peguei!

Então, eu sou de Buri, eu nem conhecia, eu vi aquela mulher uma vez na minha vida.

Mas o que ela sabe de você?

Ela fez a cirurgia da barriga também e no que ela saiu da sala, ela falou, ela fez um comentário comigo. Eu também estou fazendo as mesmas aplicações, eu acho que nem doeu. Eu estava com a ampola na mão, eu vou lá pro abate, né? E entrei na sala. Aí, no que eu sai, ela estava na porta esperando eu sair. E aí? Doeu? Falei assim... Não! Doeu um pouquinho só mais está tudo bem, Eu moro em Buri, ela falou pra mim, eu "tava" lá, pensando em você, orei por você, pra da tudo certo. É assim você vê... As pessoas passam e começam a conversar: Oi, bom dia! Com que você está? Como que estão as coisas? E fulano? E cicrano? "Você entendeu? E antigamente meu núcleo de amizade era super pequeno. Eu tinha amizade com a loirinha, porque a loirinha tem amizade com tudo mundo, né? E era muito restrito. Eram difíceis as relações assim pessoais com as outras pessoas, mas assim, agora, após cirurgia bariátrica, eu tenho muito mais envolvimento. Eu consigo me abrir mais, abrir pra novas amizades, abrir pra pessoas chegarem e conversarem comigo. É... Eu lembro muito melhor das pessoas, antigamente parece que eu esquecia, eu não me recordava. Eu acho que tinha algum bloqueio, alguma coisa, ou então é porque eu não queria que a pessoa me visse daquele jeito, entendeu? Eu tinha vergonha de mim mesmo. Agora, até hoje, eu mancava, eu caía no supermercado, caía na padaria, era repetitivo. Agora já tenho outra vida, se vê o questionário da atividade física. É o maior ralo o dia inteiro.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: AUTOESTIMA; RELACIONAMENTOS: APOIO SOCIAL, RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

(A paciente foi chamada em consulta médica).

Eu vou lá ou continuo aqui?

Eu acho que está bom. Pode ir. Depois se a gente precisar conversar mais alguma coisa, a gente marca. Mas você deu um sentido nisso.

Era isso que você queria saber?

Era.

Ou qualquer coisa também eu estou à disposição.

Entrevista participante Selenita – 37 anos de idade – 8 anos após a cirurgia – sem reganho de peso.

Sua vida mudou após a cirurgia bariátrica? De que forma (como) isso aconteceu ou deixou de acontecer?

Olha a minha vida mudou muito. Porque eu sofria muito com a gordura. Não é só gordura né? E eu tinha problema de desmaio. Desmaiava e pressão muito alta. E não tinha assim... No banheiro não conseguia me limpar, entendeu? Então minha vida mudou muito. Nossa! Como mudou minha vida!

O que você passou a perceber depois de ter operado?

De operado? Da minha vida?

Sim.

Ela mudou bastante. Eu era uma pessoa assim que eu via uma coisa e não podia. Eu via roupa não podia comprar porque tinha mandar fazer aquelas roupona grandona. Hoje não. Hoje eu posso comprar uma roupa, um calçado pra mim "ponhar". Porque não podia. Então minha vida mudou muito neste ponto também. Eu não tinha vontade de sair. Eu tinha vergonha de sair por causa da minha obesidade. Por causa de não poder se vestir direito.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: AUTOESTIMA; RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE).

(Selenita se emociona ao falar).

Até hoje você se emociona, quando você se lembra?

Emociono porque hoje minha vida mudou muito.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A CIRURGIA)

Era vergonha uma das coisas centrais?

É vergonha. Tinha porque a pessoa olhava na gente, sabe? Sabe, com aquela cara de deboche, na gente, sabe. Nossa como ela é gorda! Né? Desse jeito assim, sabe. Eu tinha vergonha porque eu comecei a engordar depois que saí do estado de Minas, que eu entrei pro estado de São Paulo. Aí não tinha parente. Não tinha ninguém perto de mim. Foi na onde que fui só engordando, engordando... Não questão de comer que nunca foi de comer muito, sabe? Aí comecei engordar. Aí comecei engordar, menina.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE; FALTA DE APOIO FAMILIAR)

Na mudança de Minas Gerais pra cá?

Na mudança de Minas Gerais.

Fala um pouquinho da sua história?

Então, eu saí de Minas, né? E vim embora pro estado de São Paulo. Sofri muito, passei muita necessidade, sabe? Meu sogro e minha sogra me judiavam muito. Agora, graças a Deus, eu sou feliz. A única coisa que consigo falar é que sou feliz agora.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: AUTOESTIMA; RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

Emagrecer ajudou?

Emagreci, emagreci, tenho que emagrecer mais. Graças a Deus que eu estou conseguindo, sabe? Devagarzinho, mas estou conseguindo, sabe? E eu quero fazer essa plástica. Se Deus quiser, o que tá me "estorvando bastante é essa banha, né? Então...

(FEMINILIDADE: CASAMENTO)

O objetivo agora é fazer cirurgia plástica?

É cirurgia plástica. O objetivo agora é esse daí que agora eu estou lutando.

O que você precisa fazer pra chegar na cirurgia plástica?

Eu tenho que eliminar mais uns 30 quilos.

Faz tempo que você operou?

Faz.

Quanto tempo?

Eu acho... parece que faz uns oito anos.

Esse peso que você está é o mínimo que você chegou?

É. Eu estava quase com 200 quilos.

Você está eliminando?

Estou eliminando.

Alguma outra coisa que você lembra que marcou, que mudou na sua vida?

Então menina... Perdi a visão também, né? Perdi minha vista, não enxergo nada, nada desta vista.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

Da vista esquerda? Direita quer dizer!

Direita.

Decorrencia do que houve?

Da obesidade.

Antes da cirurgia já estava assim?

Que eu perdi?

Foi...

Foi.

Diabetes?

Não... Pressão alta da vista.

Então a cirurgia veio também para controlar a pressão?

É.

Controlou?

Nossa, agora minha pressão é boa, baixa, tem hora que é baixa até demais, mas graças a Deus.

(Selenita esboça um sorriso).

Agora a gente vê o sorriso de sentir o benefício?

Ah sim... Se você pega... Poder chegar numa loja e poder comprar uma calça, né? Foi a primeira coisa que falei quando emagrecer eu quero uma saia jeans. Era o meu sonho uma saia jeans. Daí minha filha: - *Que saia jeans, mãe? Você tem que usar é uma calça!* E foi mesmo, né? Foi quando eu vi que tava emagrecendo. A primeira que comprei foi uma calça. Nossa, senti outra, né?

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: AUTOESTIMA E AUTOIMAGEM)

Que não cabia?

Não.

A vaidade melhorou então?

Nossa, demais, demais mudou

Sua vida mudou após a cirurgia bariátrica? De que forma (como) isso aconteceu ou deixou de acontecer?

Pra mim foi muito importante, eu passei a ter uma vida mais ativa, que antes era muito complicada, parada devido ao peso e qualidade de vida. Passei a ter mais atividades com meus filhos, autoestima. Passei a me cuidar e é muito bom estar magra e as pessoas falarem pra gente que a gente está bem, a gente está bonita, que mudou bastante. Acho que isso não tem preço

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: AUTOESTIMA, QUALIDADE DE VIDA; RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE).

Algumas coisas você me chamou atenção, quando você falou assim, sua vida era muito parada.

Era.

Explica um pouco essa parada que mudou.

Na verdade a gente era muito parada né? Serviço de casa eu não tinha vontade. Não tinha vontade de sair, passear. Não tinha como acompanhar meu esposo e nem sair com meus filhos. Eu não tinha vontade por não ter uma roupa adequada. Por não conseguir andar com sapatos que eu gosto. Então isso era complicado. Deixa muito com a autoestima baixa.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: AUTOESTIMA, QUALIDADE DE VIDA; RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

Sim.

Eu era bem depressiva por causa disso

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: AUTOESTIMA, QUALIDADE DE VIDA; RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE).

Você tinha uma baixa autoestima? E hoje?

Não. Hoje é totalmente diferente. Eu já gosto de me vestir, comprar roupa, sapato. Sempre me vesti do melhor que eu posso, melhor sapato.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: AUTOESTIMA, QUALIDADE DE VIDA; RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A CIRURGIA)

Teve outra coisa que você falou, comer melhor, né? Você passou comer melhor, no seu caso qual foi essa mudança?

A melhor é que hoje você tem que escolher o que você come pra não ter complicação de anemia, essas coisas. Verdura era uma coisa que eu comia bem pouco. Hoje eu como bem mais. Carne eu como, mas como menos. Antes eu era muito carnívora. O café da manhã pra mim antes era pão e muita margarina. Muito leite com café. Hoje não! É uma xícara de café com leite, um pãozinho, às vezes 03 bolachinhas. Como queijo, fruta. Coisa que eu não fazia isso antes.

Outra coisa que também me chamava um pouco a atenção foi você ter falado de sentir-se melhor, bem melhor.

Bem melhor! Hoje tem qualidade de vida. Durmo bem. Durmo praticamente a noite inteira. Faço meus afazeres. Tenho animo pra sair. Tenho animo. Se a pessoa vem: *vamos fazer uma caminhada?* Eu tenho esse animo. Coisa que eu não tinha antes. Mudou tudo. Tudo pra melhor. Desde que a gente também tem que se ajudar. Porque se você não procurar se ajudar, você também acaba caindo em depressão. Porque vontade de comer existe. Falar que não existe é mentira. Não existe a fome. Doer o estomago por fome isso não existe. Você que tem que ficar se manipulando. Ou você se manipula pelas coisas boas, ou as ruins. Eu conheço muita gente que se não prefere as boas, sempre as ruins. Tenho isso na minha família, inclusive que tem a bariátrica e voltou a engordar tudo

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: AUTOESTIMA, QUALIDADE DE VIDA; RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A CIRURGIA).

Entendi.

Então você tem que ter como se diz, não é um milagre, é um aprendizado.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE E CIRURGIA)

Manipulado pelas coisas boas? O que você quis dizer com isso?

Saber escolher mais a sua alimentação. Porque se você não souber escolher... Se é pra você hoje sair do açúcar, procurar tomar só adoçante. Tirar o açúcar se você ver que está exagerando. Tentar voltar o que era normal porque o estomago laceia de novo. Laceia de novo. Se você bobear, você perde tudo o que você fez. Eu procuro não fazer isso porque o meu medo é voltar a engordar de novo. Meu medo. Essa semana aqui eu acho que vou levar puxão de orelha porque eu engordei, mas não é por comida. É um antidepressivo que o médico me receitou.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE E CIRURGIA)

Você toma antidepressivo?

Eu percebi que este antidepressivo que eu passei a tomar, eu engordei. Até esses dias, faz acho que uns quinze dias, vai fazer quase um mês que eu não tomo e eu percebi que eu emagreci um quilo depois que parei de tomar.

Foi diagnosticada com depressão depois da cirurgia?

Na verdade não foi depois. Eu já tinha antes. E eu não tratava. A doutora tratava mais com sertralina. Dai como ela aumentava muito a dose, ela disse, pediu pra passar com o psiquiatra. Como o decorrer e me avaliando essa depressão já vem desde... Já vem há mais de três anos do qual a gente leva. Vou levando. Daí ele achou melhor tratar. Não por causa da cirurgia. Da cirurgia não. Eu falo pra todo mundo que eu tive uma complicação muito grande na minha cirurgia, mas mesmo assim se tiver que operar eu operaria de novo.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE E CIRURGIA)

Conta isso.

Eu tenho problema de leucopenia e por causa da leucopenia minha cirurgia foi muito profunda, e a doutora teve que dar dois grampos a mão. E esses dois grampos ficaram frouxos dai na primeira alimentação já percebeu que estava com o grampo praticamente estourado e devido a isso eu precisei ficar internada. Devido a isso eu precisei ficar mais tempo. E como eu tenho leucopenia e por ter ficado um pouco mais no hospital, eu peguei infecção hospitalar. E essa infecção foi bem complicada porque não conseguia matar essa bactéria. Fiquei quase dois meses internada praticamente. Liberaram meus filhos pra me ver. Na verdade tava esperando o óbito mesmo. Porque a situação que eu fiquei era muito séria. Mas por misericórdia de Deus eu consegui contornar e vencer e sair. Fiquei quase dois meses

internada sem por uma gota de água na boca. Era tudo pela sonda gástrica. Mas depois de tudo isso, graças a Deus, consegui sair. Minha vida continua normal. Falo para as pessoas que mesmo passando por isso, se precisasse fazer, faria de novo! E estou levando a vida.

(PÓS-CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE)

Quer contar mais alguma coisa?

Não, acho que não seria mais isso mesmo. Problema de saúde não tive até agora. Anemia que tem gente que precisa tomar injeção, essas coisas eu não precisei até o dia de hoje porque eu procuro fazer tudo certo.

Só me fala uma coisa com relação à depressão que foi diagnosticada, como você sente hoje?

Eu estou bem. Na verdade, o medicamento não pode tirar assim de uma hora pra outra. Eu tirei por conta própria. Até o doutor vai aí ficar bravo, mas eu tirei porque aumentou meu peso. Assim de dois meses que ele trocou o medicamento, eu engordei quase cinco quilos. Isso me deixou preocupada porque tanto sacrifício para agora você não come, você tenta fazer tudo certo e engordar por causa de um remédio? Então acho que não vale a pena não!

E hoje que você vai passar nas consultas?

Vou passar na consulta, vou conversar com ele sobre isso. Porque eu também estou querendo fazer abdominoplastia e esse peso pode me complicar. E se eu falar que estou contente de ter engordado, não estou. E estou correndo atrás.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

Está que nem o meu professor da academia falou: *é o remédio, não é falta de atividade, não é alimentação*. O remédio antidepressivo para uns emagrece pra outros engorda. É uma bomba. Para tirar essa dúvida eu parei mesmo de tomar e realmente emagrecer um quilo em menos de um mês, só pode ser o remédio, fora isso...

Ok, obrigada.

Sua vida mudou após a cirurgia bariátrica? De que forma (como) isso aconteceu ou deixou de acontecer?

Cem por cento.

Como assim cem por cento? Explica isso.

Só o fato de você poder subir na cadeira para pôr cortina já que tudo que eu podia tinha que... ia fazer tinha que pedir para os outros. Caía as coisas no chão, não podia pegar... como que você vai abaixar, não tem jeito. Foi a melhor coisa que eu fiz na minha vida, se eu tivesse que fazer eu fazia de novo.

HISTÓRIA DA OBESIDADE

Está contando as coisas que primeiro que vieram na sua cabeça? Foi essa coisa de poder se movimentar?

Mas eu sempre queria fazer. Sempre corri atrás para fazer, escrevi para o Ratinho, para o Gugu, para tudo que eu queria. Que iria fazer. A minha pressão é alta e silenciosa então cada vez. Eu que eu ia fazer controle, eu ia direto para o P.A. (pronto atendimento) tomar remédio. Por causa do peso. Agora não. Tudo controlado. Eu tomo remédio para a pressão mais porque ela é silenciosa. Então, melhor tomar um do que tomar três.

PÓS CIRURGIA: EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO À CIRURGIA

Como assim silenciosa?

Eu não sinto nada, eu não sinto dor de cabeça, eu não sinto nada, quando você vê acabou lá em cima. Agora depois que eu fiz a bariátrica é doze por oito, o muito que chegou foi 14.

E dessa parte da pressão, parte de conseguir baixar, de que forma mais mudou sua vida?

Mudou em tudo. A autoestima muda tudo. E ainda tenho duas filhas, quer dizer, a autoestima subiu lá em cima.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: AUTOESTIMA)

Esse negócio da autoestima, explica um pouco. No seu caso como que foi?

Ah, eu não tinha prazer em viver, de ir numa loja comprar roupa, só aquele saco. Mandava fazer aquele saco. A partir do momento que você entra numa loja e põe uma blusa é outra coisa.

HISTÓRIA DA OBESIDADE: AUTOIMAGEM

Você passou a viver isso depois de operar?

Depois de operar. Antes eu era triste, não tinha vontade de sair, ficava trancada, ficava irritada.

HISTÓRIA DA OBESIDADE: ESTILOS DE PERSONALIDADE

Era mais irritada? E não saía quase?

Não tinha vontade de sair. Sair por quê? Que jeito? E tudo que ia fazer tinha que pedir para os outros.

RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE

Dá um exemplo disso que tinha que pedir para os outros?

Ah, se você tem que, por exemplo, só para você ter uma idéia: tinha filha, elas iam no parque, eu tinha que descer um buraco para atravessar. Eu ficava no morro aqui esperando ela atravessar. Fui, conversei com a diretora e fazia "tchau" para ela saber e liberar as meninas porque eu não conseguia descer e subir. Descer e subir para você ter uma ideia!

FEMINILIDADE

Para ir buscar as crianças na escola?

Então, era muito difícil, nossa!

HISTÓRIA DA OBESIDADE: FASES DE IDENTIDADE

Mas porque você não conseguia abaixar? O que que era?

Por ser gorda, 120 quilos.

HISTÓRIA DA OBESIDADE: FORMAÇÃO DE IDENTIDADE

Mas no seu caso, com 120 kg o que acontecia com o corpo?

Você não conseguia abaixar, mesmo. Por causa da gordura, por causa da gordura. Uma que eu tenho o seio grande, desde pequena tenho seio grande. Até agora operei e tenho seio grande, entendeu? E a barrigona. Eu tive gestação, uma atrás da outra. Com um ano e nove meses já era gorda. Só foi acumulando. E a gordura, foi desde oito anos que eu comecei a engordar. Fazia regime, mas não resolvia nada. Então...

HISTÓRIA DA OBESIDADE: FASES DO DESENVOLVIMENTO

Há quanto tempo você operou?

Eu? Faz sete anos.

São sete anos de uma nova experiência de vida?

Não tem nem comparação, nem comparação não tem!

Tem alguma outra coisa que você lembra que mudou depois de ter feito a cirurgia, como foi sua vida?

Tudo melhorou, menina. Tudo foi para a frente. Nada ia para a frente, tudo era só ...sabe, se não tinha aquela.

RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE

Fala uma coisa que foi para a frente, depois destes últimos sete anos?

Para a frente? Consegui minha casa, consegui comprar carro, consegui comprar uma moto, pagar faculdade para minhas filhas. Quer coisa melhor que isso?

RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE

Quer dizer, os outros retornos também foram bem melhores?

Foi bem melhor, porque você não tem disposição, correr atrás de nada.

Você vê que muitas coisas que você conseguiu. Foi porque você teve disposição? Então você foi, conseguiu a casa, pagar faculdade das filhas?

Para ir atrás, por que você ficava ali, parada, só esperando a morte.

RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE.

Financeiramente melhorou também?

Tanto. Cem por cento que eu não nem acredito. Isso tudo graças à doutora, graças a Deus! Minha vida mudou cem por cento. Mesmo os problemas que estou tendo. Há dois anos e meio um probleminha aí que não está sendo fácil, mas eu estou encarando numa boa. Estou cuidando.

PÓS CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE

Você está com problema?

O problema é que meu marido está com câncer. Estava na língua, depois da língua passou para o esôfago e depois para o pulmão. Então, quer dizer, mesmo assim ele está bom porque a gente está fazendo tratamento e tal. Deu tudo certo...

PÓS CIRURGIA: EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO À CIRURGIA

Ele está reagindo?

Está reagindo.

Então dois anos para cá, uma fase mais ...

Dois anos e meio para cá, uma fase meia assim, mas eu tenho fé que vai dar tudo certo.

PÓS CIRURGIA: EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO À CIRURGIA

O otimismo seu se mantém?

Ah, certeza!

Você que cuida dele?

Eu que cuido dele. Vinte e quatro horas eu que cuido dele, entendeu? Então, por isso que eu falo: como que eu ia cuidar dele? Não tinha...

Não tinha condição física nem de cabeça?

Nem de cabeça. E agora nossa... A mãe não dá nem um copo d'água, tudo eu. Ele está com sonda, né? A cada três horas tem que dar vitamina para ele. Ele vai fazer quimio.

Ele está em casa?

Está em casa.

Então, cuidado constante?

Cuidado constante.

Você passa o dia em torno dele?

Em torno dele.

E foi tirado? Por isso que ele está com sonda?

É, porque foi na garganta, na língua, então ele não conseguia engolir. Depois foi no esôfago, piorou, e agora começou a dar no pulmão. A gente está correndo. Vai fazer a terceira quimio. Então, quer dizer que se Deus quiser já não vai ter mais nada.

Entendi!

Só está com a sonda que nem..., não tem porque, a quimio, né?! Não dá fome, tem ânsia, aquelas "coisarada".

Que ele não consegue se alimentar?

Não consegue se alimentar. Ontem que ele começou a se alimentar um pouquinho, depois de dez dias que ele faz (a quimioterapia).

Aí começa por causa da quimioterapia?

Por causa da quimio.

E você? Para você se alimentar, como é que é?

Ah, eu.... Às vezes eu fico junto com ele assim pra... né? Vamos comer um pouquinho. O que faço para ele eu como também. Porque ele só come pastoso, então é assim que eu estou fazendo.

PÓS CIRURGIA: O GANHO DE PESO

Você está numa dieta pastosa?

Não, não é bem uma dieta. Porque eu como carne, eu tenho que comer carne todo dia, tenho que beber leite, então, essas coisas.

Aí você o acompanha para incentivar?

Para incentivar ele.

PÓS CIRURGIA: O GANHO DE PESO

Você consegue comer bem?

Consigo, eu não tenho problema nenhum. Não tenho problema nenhum, graças a Deus!

Tem mais alguma coisa que você lembra que mudou, depois de fazer uma cirurgia bariátrica?

Que você gostaria de contar?

Minha mãe ficou feliz da vida! No começo ela estava com medo. Depois, foi a melhor coisa que você fez. Que ela tem a cabecinha assim, sabe?

RELACIONAMENTOS: APOIO FAMILIAR

Ela foi uma pessoa que marcou antes de você operar porque ela tinha medo?

Ela tinha medo, e eu ficava naquela, ao meu Deus, ela precisa de mim, agente imagina depois, mas deu tudo certo.

RELACIONAMENTOS: APOIO FAMILIAR

E ela mesma percebe isso hoje? Que valeu a pena?

É. E ela, meu irmão está feliz da vida. Ele fica olhando para mim: não acredito que é você que fez isso, que você.... Porque eu não paro né? Eu vou no Cerro Azul, chego na minha mãe, reviro as coisas, faço, não tenho mais aquele negócio de ficar sentada.

RELACIONAMENTOS: APOIO FAMILIAR

Você era assim?

Era.

Ficava sentada lá, morrendo?

Chego lá, vamos fazer isso, vamos fazer aquilo. Não tem aquele negócio que...

Obrigada.

Entrevista participante Esmeralda – 57 anos de idade – seis anos após a cirurgia - **com** reganho de peso.

Sua vida mudou após a cirurgia bariátrica? De que forma (como) isso aconteceu ou deixou de acontecer?

Então, eu fui para a cirurgia bariátrica essencialmente pela qualidade de vida.

(PÓS-CIRURGIA: EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO À CIRURGIA)

Porque assim, eu estava me sentindo assim... Eu estava com 157 quilos. Então eu já estava sentindo assim que eu já não estava conseguindo andar. Estava podando um pouco a minha liberdade.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

Então há muito tempo antes disso uma pessoa já tinha me falado. Antes do programa aqui da cirurgia, eu achei um absurdo. Imagina! Eu falei pra médica: eu não gosto de nada assim que não é normal, de natureza. Ela falou assim, tudo bem: esse seu peso é natural? Ela foi grossa, mas tudo bem (risos).

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

Mas daí quando eu vi a inscrição pro programa eu falei, eu vou lá, coisa e tal, pra ver como é, coisa e tal. Daí comecei a participar das reuniões e achei que tinha que fazer mesmo pra continuar. Daí pra mim assim mudou tudo né? Em termos de... Mesmo agora eu ganhei peso coisa e tal, mas eu posso fazer tudo que eu não fazia. Melhor qualidade de vida. Melhor para andar. Fazer minhas coisas

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE; PÓS-CIRURGIA: GANHO DE PESO).

Você falou que ganhou peso.

Ganhei.

Como assim? Me explica um pouco isso.

Eu, do mínimo que eu cheguei até hoje, eu consegui ganhar vinte quilos.

(PÓS-CIRURGIA: GANHO DE PESO)

Qual foi seu mínimo?

84 e meio.

E você está com...

105 e pouco.

E esse é o seu momento atual aqui?

É.

Você contou aqui que você melhorou muita coisa, mas você ganhou vinte quilos...

Só que é assim, quando eu cheguei a 84, eu também não gostei. Eu odiei. Eu achei que eu estava muito... Depois envelheceu por causa da idade. Então eu não queria aquele peso de 84. Aquilo eu não fiquei feliz. Mesmo a endocrinologista querendo que eu tivesse menos ainda eu não ia ter menos nunca.

(PÓS-CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE, GANHO DE PESO)

Então a proposta médica era menos ainda?

Era menos ainda.

E você não gostou?

Não gostei.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: AUTOIMAGEM; PÓS-CIRURGIA: EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO À CIRURGIA, CONFRONTO COM A REALIDADE, GANHO DE PESO)

O que você assim...

Achei assim que envelheceu. Que ficou com cara de doente. Então pra mim não era. Então, tipo assim, eu sempre ainda, assim, brincava com a psicóloga: eu não quero passar de cem. Pra mim uns noventa está ótimo. Pra mim é tudo de bom. Lógico que eu passei (*risos*). Agora eu estou lutando para voltar.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: AUTOIMAGEM; PÓS-CIRURGIA: EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO À CIRURGIA, CONFRONTO COM A REALIDADE, GANHO DE PESO)

Abaixo dos cem?

Abaixo dos cem. Essa é minha meta. Por mais que a endocrinologista fale: Ah, você tem que emagrecer mais. Pra mim eu acho que está ótimo.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: AUTOIMAGEM; PÓS-CIRURGIA: EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO À CIRURGIA)

Eu tinha problema... O único problema de saúde que eu tinha era a osteoporose no joelho mesmo. Artrite... Sei lá eu. Porque eu nunca tive problema de hipertensão, diabete. Nada disso. Nem com todo peso que eu tinha.

Com 154 você...

Sete!

157... O joelho?

O joelho doía bastante. Tipo assim, se eu andava depois sentar, não conseguia levantar de dor no joelho. Era a única mesmo patologia que era acentuada. Não tinha nada de... De outro tipo de...

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

Agora, lá no início você falou que sua primeira opinião antes de chegar ao programa era que não...

Absurdo! Que era louco. Imagina.

O que você viu depois de participar do programa? Operar?

Que eu acho assim. Hoje em dia eu vejo muitas mocinhas: Ai, noventa quilos, eu vou fazer a cirurgia. Porque tem aquela ideia do milagre. Ai, eu fiz. Ai que beleza. Eu não engordo mais. Vou emagrecer. E a gente sabe que não é isso. Que é uma luta constante mesmo. Que é todo dia. Inclusive ele falou. Ele falava isso nas reuniões. O doutor que fazia as reuniões. Que você troca uma doença por outra né?

Como assim?

Ele falava assim, que você trocava a obesidade mórbida que é uma doença que poderia ser fatal por uma doença tipo, é... como é que fala? Tipo assim diabete. Uma doença que você aprende a conviver com ela e que dificilmente vai levar você à morte por aquilo né? E outra coisa. Que o risco de ter ficado com o peso que eu estava era maior do que o risco de eu fazer a cirurgia.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A CIRURGIA)

Que riscos?

Por exemplo, de morrer. Eu tinha maior risco de ter um problema sério estando com o peso do que durante a cirurgia. E de fato eu não tinha medo. Em termos assim de preparação, eu fui muito bem preparada para a cirurgia. Eu sabia bem o que eu queria. O porquê. O que ia acontecer depois. Como ia ser a minha vida. Então em momento algum hoje eu falo: ih, eu me arrependi. Não devia ter feito. Jamais! Eu acho que eu fiz o que eu tinha que ter feito naquela hora mesmo. E eu nunca tive medo da cirurgia em si. Eu sempre brinquei que eu tinha medo da anestesia. Esse é o meu problema, mas de cirurgia, de ter que tomar líquido, nunca tive problema em relação a isso não.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE E CIRURGIA)

Você falou de uma luta né?

É.

Qual é essa luta?

De manter. De você de fato não é um milagre né? Não é... Ah, operou, vou emagrecer, nunca mais vou engordar. Você tem que se reeducar mesmo. Isso como a psicóloga mesmo me falou hoje: você não fez a lição de casa antes da cirurgia (*risos*). Então é uma reeducação alimentar que você tem. Não adianta também, ah, tá, você come menos, mas se você não comer o que for certo, não vai adiantar mesmo. Isso é fato.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE E CIRURGIA)

Ela falou que você não fez sua lição de casa?

Não, a lição de casa... Não. Não foi ela que atendia antes. Você não fez porque você já tinha que ser reeducada antes.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE E CIRURGIA)

Como você vê isso?

Não, eu vejo...

Você não fez? O que você acha?

Não, não fiz mesmo. Isso é fato. Não mudei. Há muito custo eu comecei a fazer atividade física agora. Foi tudo né?

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

Você percebe que você não mudou o suficiente?

Não. Em termos assim: eu devia ter... Tipo, eu não como legumes, eu não como frutas. Então... Então é complicado.

E já não comia antes?

Já não comia antes. A única vantagem assim é que antes eu comia muito pão e depois da cirurgia eu não consigo mesmo comer pão. Então pão ficou...

Então isso mudou?

Mudou, isso mudou. Mudou tudo em relação. Eu não como bastante. Eu nunca fui assim compulsiva. Porque eu via isso na reunião: aí, eu passo na barraca da feira e como seis pastéis. Nunca. Eu sempre fui desregrada. Tipo assim que a turma fala: Eu não como, mas eu engordo. Mentira. Eu engordava mesmo porque eu comia. Eu olhava a comida eu não queria arroz e feijão, mas eu comia dois três filãozinhos com carne e um pouco de coca cola. Entendeu? Nesse ponto, mas nunca fui aquela pessoa assim que acordo de madrugada, vou comer, não sei o que, e como. Não, eu sempre fui de comer tranqueira mesmo. Chocolate. Até hoje o meu grande problema é o chocolate porque eu não tenho o famoso dumping lá. Como diz a endocrinologista: infelizmente né Ruth? Que você deveria ter. Porque a única coisa que hoje em dia eu acho que me faz engordar de fato é doce.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE E CIRURGIA)

Você come doce?

Ai... Agora eu melhorei porque eu tive que ir até na psiquiatra tomar uns remédios para ansiedade. Porque era assim, eu brinquei com ela, eu nunca usei droga, mas eu acho que eu tenho abstinência quando eu não como. Eu tenho aquela necessidade de... Agora eu parei novo. Brinquei esses dias com o meu filho: Crise de abstinência, cinco dias sem doce. (risos).

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

E conseguiu?

Consigo. Agora estou tomando fluoxetina, coisa e tal, mas consigo. Mas antes não. Dava aquela necessidade e era física aquilo do... Que nem eu brinco: Não era docinho assim gelatina. Era doce de leite. Aquela coisa doce mesmo assim, sabe?

Pelo paladar?

É. Parece aquilo. Se eu comesse uma gelatina não me satisfazia. Tinha que ser aquela coisa melada mesmo. Legal pra quem fez a cirurgia né?

Mais alguma coisa que você lembra que mudou?

Não. Mudou isso: a qualidade de vida. Muitas vezes eu falo: Se eu tivesse naquele peso, eu não estava fazendo isso que eu faço.

Qualidade de vida você vê o que?

Eu vejo assim; você não ter uma dependência de ninguém. De você poder ir e vir onde você quer. Fazer o que você quer. O que você gosta. Eu vejo assim: Qualidade de vida. Me sentir bem. Eu não tinha mesmo outro tipo de problema, mas assim... Mesmo o joelho ele dói porque isso não volta: o joelho. Mas agora eu estou fazendo hidroginástica. Eu faço tai chi chuan. Fui fazer faculdade.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE E CIRURGIA)

Fez faculdade?

Eu estou fazendo agora pedagogia por fazer assim, porque eu já sou aposentada. Era uma coisa que me incomodava assim não ter feito faculdade. Porque eu tenho dois filhos. Os dois fizeram se formaram. Eu falava: Gente é um absurdo. Como que eles fizeram e eu parei para casar, coisa e tal. Eu falei: Não, agora eu vou. Eu voltei. Agora ano que vem eu já termino.

Após essa fase, toda essa motivação?

De fato foi depois disso.

Obrigada.

Sua vida mudou após a cirurgia bariátrica? De que forma (como) isso aconteceu ou deixou de acontecer?

Na verdade muda tudo a vida da gente. A gente fica mais dinâmica. Sente mais ativa então. Nunca fui assim traumatizada. A coisa pior é achar roupa. Essas coisas. Pois agora, lógico, com outro visual, eu sinto mais feliz.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: AUTOIMAGEM E AUTOESTIMA)

Você... A primeira coisa que você lembrou, foi isso? De achar roupa?

É.

Depois da cirurgia, o que você foi percebendo? Conta um pouco da história de achar roupa.

Você fica mais compulsiva pra compra, né? Você quer comprar, né? Você acha que tudo cai melhor. Seu visual fica melhor. Você se sente se olhando espelho. Você vê se aquela roupa caiu bem, se está melhor, mas assim, antes punha uma... Você ficava assim: por mais que tivesse bom, mas não tinha aquele caimento. Porque ficava um visual melhor em você. Ficava mais bonito.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: AUTOIMAGEM E AUTOESTIMA)

Dai você percebeu que passou a comprar mais?

Agora sim, você tem a compulsão pela compra. Você acaba comprando. Você sabe que se você vê ficou melhor. Então, o que mais que eu posso responder.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE; AUTOIMAGEM E AUTOESTIMA; RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

O que mais que você acha que mudou depois da cirurgia bariátrica? De que forma?

Assim, o relacionamento com as pessoas ficou a mesma coisa. Sempre a amizade foi a mesma. Amizade assim com as pessoas sempre foi. Assim de rejeição pra mim pessoal é difícil falar que alguém. Se m rejeitava era bem escondido. Tem pessoas que tem dificuldade. Acha que é rejeitada, mas eu particularmente, assim, eu, falando eu, não senti assim e nem hoje. É normal. Normal porque as amizades que eu tinha eu tenho. E as novas, quer dizer, tem gente que nem sabia que eu era obesa. Fui obesa.

Você falou de novas amizades? Surgiram novos amigos em sua vida? Aumentou amigos depois de emagrecer?

Não. A quantidade permanece. As que eu tinha agora são muito poucas que a gente vai conhecendo através do serviço. São muito poucas mais, as minhas amigas sempre foram as mesmas.

E no serviço, mudou alguma coisa o fato de ter feito uma cirurgia bariátrica?

Sim, lógico. As pessoas percebem e faz elogio. No começo teve gente até que não me reconheceu. As pessoas fazem que quem me viu antes em e vê agora. Na época fizeram elogio. Lógico, depois do que eu tive dos problemas que eu tive, lógico que eu fiquei assim. Fiquei assim, muito assim magra demais.

(RELACIONAMENTOS: APOIO SOCIAL; PÓS-CIRÚRGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE)

Que problemas que te deixaram magra demais?

Eu tive a fístula. No oitavo dia tive aquelas complicações. Fiquei internada 49 dias. Fiquei quatro dias de UTI. Lógico que a gente fica bem debilitada.

(PÓS-CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE)

Foi nesse processo que você emagreceu demais?

Sim, foi aí que emagreci.

Logo no pós-operatório?

Isso. Isso no pós-operatório porque na verdade eu fiz a cirurgia, tive alta, voltei pra casa e no oitavo dia me apareceu a fístula. Aí eu vim desde o oitavo dia. Fiquei internada mais quarenta e nove dias.

(PÓS-CIRURGIA: GANHO DE PESO)

E aí você falou de aparência.

É. Eu fiquei muito magra. Muito, como diz assim, chupada. Não sei se seria a palavra certa, mas aí era até feio de me olhar no espelho. Eu vi assim meio... Aí, mas agora não.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: AUTOIMAGEM).

Depois você recuperou peso e conforme recuperou já melhorou isso? Esta questão da imagem foi relacionada a esse episódio de físico?

Isso, isso é.

E o que muda no seu caso específico? Porque você passou por essa experiência de ter uma fístula? De ficar na UTI? O que você poderia dizer?

Ah, eu falo mesmo passando por tudo que eu passei não me arrependo. Faria tudo de novo porque isso aí é um caso que acontece. É pra acontecer assim. Não é pra acontecer com todo mundo, mas sempre tem um que acontece. Mas faria tudo de novo!

(RELACIONAMENTOS-RELAÇÃO COM A CIRURGIA; PÓS-CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE)

Foi assim que você entendeu na época? Já sabia desse risco?

Sabia que corria o risco, entendeu? Primeiro ao décimo quinto dia qualquer um que faz essa cirurgia corre esse risco de ter fístula. Mas fui, sei lá, premiada! Graças a Deus estou aqui.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A CIRURGIA)

Quanto tempo faz que você operou?

Cinco anos.

Quer falar mais alguma coisa dessas mudanças depois de uma cirurgia?

A gente fica, é o que eu falei. Lógico que a gente sente a qualidade de vida melhor. A gente consegue ver assim, sei lá! Consegue. A gente consegue se ver assim melhor do que era antes. Porque eu volto a repetir que eu não tivesse assim, um tanto assim ideia, se eu fosse reprimida por ser, não porque eu falo que eu continuo fazendo as mesmas coisas, lógico que agora a gente tem mais facilidade. Devido à perda de peso.

(RELACIONAMENTOS – RELAÇÃO COM A OBESIDADE E CIRURGIA)

Então é isso que é melhor? Você tem mais facilidade? Você já tinha características e ficaram melhores?

Isso, isso!

Obrigada.

Entrevista participante Lázuli – 55 anos de idade – seis anos após a cirurgia - **com** reganho de peso.

Sua vida mudou após a cirurgia bariátrica? De que forma (como) isso aconteceu ou deixou de acontecer?

Mudou. Primeiro foi a parte física e a saúde. Eu era diabética, hipertensa e tinha apneia. Então os 10 primeiros quilos que perdi já melhoraram a apneia e os demais, eu já não tomo mais remédio pra isso. Também eu não fazia atividade física por causa do peso. Muita cansaça e falta de ar. Então deixei de fazer. Depois que emagreci veio a partir esse tipo de atividade. Eu faço, mas desde que tenha alguém junto, pra ir conversando. Senão nem academia eu gosto.

(RELACIONAMENTOS – APOIO SOCIAL; RELACAO COM A OBESIDADE)

Você lamenta um pouco isso? De não fazer atividade física até hoje?

Porque toda minha vida eu fiz caminhada, praticar esportes. Depois aconteceu assim, não tenho mais prazer nesta parte, entendeu? Eu faço, não que eu procure, entendeu? Tendo oportunidade eu faço.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE – ESTILOS DE PERSONALIDADE)

Não consegue manter frequência?

Não. E eu preciso, porque estou ganhando peso.

(PÓS-CIRURGIA-GANHOS DE PESO)

Você ganhou peso nos últimos tempos? Fala um pouco disso, o que, que está acontecendo?

Mexe, não vou falar que não mexe com o emocional no seu questionário. O extremo, o questionário assim, é tudo correto, mas existe de vez em quando vem aquela apatia. Eu tenho uma depressãozinha. É... Você mesma sente, se policia e se levanta. Que não é pra isso acontecer. Que tudo está melhor, mas existe uma apatia.

(PÓS-CIRURGIA – CONFRONTO COM A REALIDADE)

Você tem episódios que você se sente mais apática?

Não, a gente conversando aqui, mas a maioria fala sobre isso, momentos que você fica mais apática nas coisas. Sabe? Não sente a vida colorida.

A vida perdeu a cor?

É.

Tem hora que você está mais um pouco apática?

Depois já passa. Estou no período pré-menopausa. Então muitos médicos falam que pode ser por esse motivo. Que tem esses do hormônio que interfere no choro. Às vezes eu estou chorosa.

(FEMINILIDADE-MENOPAUSA)

Algum dia você está mais sensível?

É isso mesmo. Exato, mas do contrário não. Foi ótimo. Faria de novo. Indico pra todo mundo fazer

(RELACIONAMENTOS – RELAÇÃO COM A OBESIDADE E CIRURGIA)

Agora você falou você que ganhou uns quilos? Isso?

Ganhei...

O que, que está acontecendo?

Faz cinco anos que operei, foi dia 05 do 05 de 2009. Perdi acho que foi 25 quilos e engordei sete.

(PÓS-CIRURGIA-CONFRONTO COM A REALIDADE E GANHO DE PESO)

E eu não posso engordar porque por causa da minha altura pode voltar tudo que eu tinha antes. Então às vezes eu fico ansiosa quando tenho que vir ao médico.

(RELACIONAMENTOS – RELAÇÃO COM A OBESIDADE E CIRURGIA)

Como uma cobrança?

É. Mas essa cobrança eu fico. Parece que daí que eu ganho peso, entendeu? Fico ansiosa. Mas o contrário o que da mais é: alimentação e é a falta de exercício. Eu sei que tudo é. Eu sei o que é. Mas eu não tenho assim aquele... O esforço de vontade entendeu? Ao mesmo tempo, eu falo não! Hoje vou deixar, não vou comer mais isso, tal... Ai faço dois dias depois já sei.

(PÓS-CIRURGIA:CONFRONTO COM A REALIDADE E GANHO DE PESO).

Daí acaba?

Daí que eu me culpo, entendeu? Eu me sinto culpada.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: ESTILOS DE PERSONALIDADE)

Você atribui a você bastante a culpa dessa dificuldade?

Brincando, porque a cirurgia é tão de risco que é e em vez de eu aproveitar, eu muitas vezes não. Daí eu me culpo por isso e me critico e...

(PÓS-CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE E GANHO DE PESO).

E?

Mas não faço mais.

Não faz? E você tem vindo pra acompanhamento para tratar essa questão de ter engordado?

Isso. E é isso que eu acho que poderia. Eu tenho medo. Talvez se não tivesse vindo engordaria muito mais, entendeu? Essa de vir, me faz policiar mais, mas não tanto quanto eu acho que deveria.

(PÓS-CIRURGIA-CONFRONTO COM A REALIDADE E GANHO DE PESO).

Ainda está uma expectativa maior, vamos dizer...?

Queria né.

Que você conseguisse mais ainda?

Queria, mas isso que eu falo pra você. Nessa de eu levar minha menina na escola, devia voltar fazer uma atividade física, mas quando eu chego... "entreto" com outras coisas e quando você já passou o tempo.

(PÓS-CIRURGIA: EXPECTATIVA COM A CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE E GANHO DE PESO)

Se envolve com as...

Com as coisas de casa e tal.

Seu dia a dia é envolvido com filhos, você falou?

É. Eu tenho uma filha só. Eu me aposentei. Depois que me aposentei piorou, entendeu?

O que piorou?

Quando eu estava trabalhando, você tem horário mais certo, pra você comer. Você não tem tudo na sua mão. A geladeira não está ali e tal. Depois que eu me aposentei você não tem preocupação

de horário. Dorme mais. Dá uma fome, muitas vezes é isso que dá. Não sei se eu sei falar. Estou trocando a água pela comida. Muitas vezes não é fome, é sede, mas eu vou no alimento.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

Como?

Não. Eu não tomo água. Então ele falou que eu preciso tomar mais água porque às vezes quando eu acho que é sede, mas eu como.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

Acha que é fome?

Eu como. Então é pra eu me policiar mais.

Então a nutricionista tem tentado te ajudar também? Você está com endócrino e nutricionista?

E a psicóloga.

A psicóloga também. E agora ultimamente que você falou da menopausa. Que a doutora falou que tem dado mais oscilação de humor?

Não... Porque é assim, estou com 55 anos, vem essa fase. Fase de... eu acho que depois da cirurgia você fica mais sensível, sabe? Você fica mais sensível. Eu não sei dizer o porquê, mas você fica meio, já falaram pra mim que é... Você é mutilada no subconsciente. Afeta, porque muitas vezes você para. Você fica meio triste sem saber porque. Faltando alguma coisa. Sem saber o porquê, entendeu?

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE E CIRURGIA; PÓS CIRURGIA: GANHOS DE PESO)

Isso que eu digo pra você depois disso daqui some da mente. Entendeu? Mais chorona eu fiquei. Não sei se é pelo fato do hormônio.

(RELACIONAMENTOS – RELAÇÃO COM A CIRURGIA; FEMINILIDADE-MENOPAUSA).

Há uma dúvida? Você percebe que existe uma mudança?

Existe!

Que estou buscando entender essa mudança. Até no emocional você percebe uma mudança?

Percebe, percebe! Você não sabe dizer o porquê das coisas acontecer. Nem aqui, nem futuro. Muitas vezes eu fico assim. Eu sei. Tem tudo pra ter um futuro bom, mas eu fico incerta não sei porque. Não sei porque eu fico meio incerta com o futuro. Que você fez a pergunta né?

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: ESTILOS DE PERSONALIDADE)

Sim. Do futuro que tem no questionário? É isso?

No questionário, no questionário.

Você fica mais incerta como será seu futuro?

É. Você faz vários planos. Vou fazer isso. Não sei. Dai vem vários, várias alternativas pela minha idade entendeu? Se é pela bariátrica não sei. Mas eu fico às vezes assim.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE E CIRURGIA; PÓS-CIRURGIA: EXPECTATIVA DA CIRURGIA E CONFRONTO COM A REALIDADE)

Você não é tanto de fazer planos?

Não, não faço planos!

Mas pensa muito no que vai ser?

Penso. É, eu penso, preocupo. Entendeu? Sou muito preocupada.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: ESTILOS DE PERSONALIDADE)

De como vai ser seu dia de amanhã?

Infelizmente eu sou ansiosa.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: ESTILOS DE PERSONALIDADE)

E é isso que você é?

É.

E agora?

Não queria ser, mas eu sou.

Sempre foi?

Sempre, sempre.

Isso talvez seja uma coisa que você fala que aumenta mais a sensibilidade depois de operar?

É. Eu tento manejar isso daí. Se eu vou viajar, eu já quero ter voltado! Sabe?

Sim.

Se eu vou eu não aproveito. Eu não curto a situação. Não depois que tá lá na viagem. Tudo bem tranquilo, mas antes de sair eu fico ansiosa. No casamento eu não aproveitei por causa da ansiedade. Se preocupar com tudo, querendo eu tomar conta de tudo, então...

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: ESTILOS DE PERSONALIDADE)

E hoje isso se mantém? Você é casada?

Menos. Casada. Menos porque parece assim: chutei o balde.

(FEMINILIDADE: CASAMENTO)

Cansou? Isso?

Hum, hum. Mas sempre preocupada em fazer as coisas darem certo? É, isso eu "circo"! Eu sou chata. Na minha casa reclamam que eu sou muito chata!

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: ESTILOS DE PERSONALIDADE)

Você é chata?

É porque eu gosto tudo certinho. Não porque sou só eu fazendo as coisas.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: ESTILOS DE PERSONALIDADE)

Você sofre?

Isso.

Mais alguma mudança que você lembra depois de operar?

Não sei que... Tudo vem com relação à menopausa, até o sexo. É. Eu senti também isso daí, mas como tá nessa fase, todo mundo fala que a menopausa deixa você mais fria sexualmente. Então não sei se isso daí!

(FEMINILIDADE-MENOPAUSA)

Você sentiu o que depois de emagrecer?

A minha intenção era assim, que eu emagrecer ia ter uma vida sexual mais ativa, mais gostosa... Não, não aconteceu nada entendeu? Você fantasia as coisas né? Então...

(PÓS-CIRURGIA: EXPECTATIVA DA CIRURGIA E CONFRONTO COM A REALIDADE)

Foi tudo mais fantasia?

Foi tudo. Continuou sendo normal, mas eu me sinto mais apática nessa parte também. Daí vem: será que é por causa da menopausa ou...?

(PÓS-CIRURGIA: EXPECTATIVA DA CIRURGIA E CONFRONTO COM A REALIDADE)

Do que era pra ser? Assim?

Da bariátrica. Se mexeu com essa parte, não sei se... Não sei dizer pra você!

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A CIRURGIA)

Tem dois pontos aí. Hoje é possível esclarecer?

É porque acho assim. Porque se eu tivesse menos idade, né? Então eu não estaria nessa fase de hormonal. Então era mais claro as respostas né? Eu fico meio... (FEMINILIDADE-MENOPAUSA)

Que coincidiu nos últimos cinco anos? Que já houve bastante mudança, você está com 55? Dos 50 aos 55?

A minha menstruação ainda tá. Veio agosto, dezembro, janeiro. Depois agora maio e junho, daí eu fico: Julho será?

(FEMINILIDADE-MENOPAUSA)

E antes de operar? Como que estava essa parte da menstruação?

Sempre foi regular.

Desregulada?

Regulada, regular.

Continua também regular?

Continua. Agora não mais, desde agosto. Depois de um ano ficar assim, ficar pulando, pulando mês, mas eu sempre fui regular. E a endócrino que pediu pra que fosse interrompido por causa de anemia. Por perder muito sangue. Daí quando eu comecei a entrar com remédio, que hormônio também que eu fiquei um ano também pra parar a menstruação daí que mexeu com meu peso, daí que mexeu com... acho com o emocional. Só que agora não. Como eu parei radicalmente com os remédios do ginecologista, daí que ela começou a falhar, mas daí agora eu acho que é a natureza.

(FEMINILIDADE-MENOPAUSA)

Precisa ver o quanto isso tem a ver com esses quilos?

Então é isso que a nutricionista mesmo falou. Falou assim: "Não sei até onde que eu posso exigir de você, por esse fato de..."

É porque você atribui bastante atividade física, mas também tem a questão hormonal?

É, mas eu sei que eu peço, né?

(PÓS-CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE)

É como uma culpa? Toda hora você fala. Você traz uma culpa disso? De nunca ter conseguido se engajar na atividade física?

Sim, sim. É tomar vergonha na cara...

(PÓS-CIRURGIA: EXPECTATIVA DA CIRURGIA E CONFRONTO COM A REALIDADE)

Obrigada.

Sua vida mudou após a cirurgia bariátrica? De que forma (como) isso aconteceu ou deixou de acontecer?

Assim, a gente é "gordo" depois a gente opera, a gente não sente, sente uma pessoa magra, mais disposta, acho que a cabeça mais aberta.

E essa cabeça aberta?

Assim, a cabeça aberta tipo está. Eu acho que assim: entende as coisas. Mas acho que quando você é gordinha, é mais sossegada. Vai deixando tudo por fazer depois. Depois você se sente útil a tudo.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: ESTILOS DE PERSONALIDADE)

Você se sentiu mais útil depois de emagrecer?

É. É mais disposta, mais util. Mais atividade.

(RELACIONAMENTOS; RELAÇÃO COM A CIRURGIA)

(Angelita faz uma pausa reflexiva).

O que você pensou?

Muda. O corpo muda, muda muito.

(HISTÓRIA DA OBESIDADE: AUTOIMAGEM)

Em que você se viu mais útil, por exemplo? Depois de ter ficado magra?

A fazer tudo, serviço de casa, é... Serviço mesmo, trabalho fora. Você está mais disposto.

Você trabalha fora?

Trabalho.

O que você faz?

Eu sou merendeira.

Você trabalha com alimentação?

Foi difícil. Difícil o regime. Difícil. Foi caso de olhar comida. Tinha dia que chorava. Tinha vontade de comer e tinha que fazer o regime.

(RELACIONAMENTOS; RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

Depois da cirurgia você sentiu isso também?

É depois da cirurgia, daí você tem que... Você sabe que você tem que... Você já fazia isso, aí você continua fazendo aquilo.

(RELACIONAMENTOS; RELAÇÃO COM A CIRURGIA)

(RELACIONAMENTOS; RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

Você falou que tinha vontade de chorar?

E antes... Antes quando era gorda, tinha que fazer o regime pra operar, e tinha que... Você trabalhando com comida. Então você tinha que fazer o regime.

E depois?

Depois a cabeça, que você operou. A sua cabeça é aquela, você já tinha feito o regime, você continua no regime, e sabendo que você estava operada. (RELACIONAMENTOS; RELAÇÃO COM A OBESIDADE E CIRURGIA)

Mudou bastante?

Muda, muda bem. Muda de uma coisa pra outra.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A CIRURGIA)

O que muda nesta parte de alimentação, depois de operada?

Ah... Você tem o limite de você comer ali. Aquilo que cabe mesmo pra você não passar mal.

Porque senão é gula. Você tem um limite ali. Você come e está satisfeita.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A CIRURGIA)

Isso aconteceu com você?

Sim.

De ficar satisfeita, de conseguir ter esse limite?

É. Fora que você está ali com o corpo leve. Você tem que pensar que tudo mudou.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A CIRURGIA)

A leveza do corpo?

Dá mais agilidade. De quando eu era gorda, de quando...

Agora?

É porque eu tinha problema, de varizes, perna inchada. Então eu não caminhava. Caminhava igual pato. De repente o corpo fica mais leve. Muda tudo, muda. Muita coisa, bom...

(RELACIONAMENTOS-RELAÇÃO COM A OBESIDADE E CIRURGIA)

Mais alguma coisa que você lembra que mudou?

Não.

Obrigada.

Entrevista participante Galena – 32 anos de idade – cirurgia há seis anos - com reganho de peso.

Sua vida mudou após a cirurgia bariátrica? De que forma (como) isso aconteceu ou deixou de acontecer?

Antes eu não conseguia andar. Andava um pouquinho e já dava falta de ar. Agora eu consigo caminhar mais. Esteticamente a gente nunca consegue comprar uma roupa “gg” ou 50. Uma calça jeans é quase impossível de achar. Hoje em dia eu estou usando 44. Acho que mudou. Mudou bastante coisa. Uma das coisas foi emocionalmente. Às vezes eu colocava uma roupa e final de ano eu vivia chorando. Não achava uma roupa que poderia ficar bem. Tinha que comprar “legging”. Eu chorava todo final de ano. Agora não.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

Agora é mais fácil. O que mais me marcou foi isso, a parte da roupa. Esteticamente foi isso. Emocionalmente acho que não mudou muita coisa. Só a parte física. O que me incomodava muito. Hoje em dia, apesar de eu ter engordado sete quilos depois que eu tive minha filha. Agora nos últimos dez meses eu engordei sete quilos. Eu vou precisar perder estes sete quilos logo.

(FEMINILIDADE: GESTAÇÃO)

O que você está fazendo para perder esses sete quilos?

Então, por enquanto minha vida está meio difícil por causa do meu horário de emprego. Eu entro das três às onze e meia da noite. Eu chego em casa quase uma hora. O nenê acorda e vai dormir às três. Eu durmo até tarde. Acordo e já vou trabalhar. É para eu começar acordar as dez, a psicóloga falou. Para ver se eu consigo mudar um pouco a alimentação. Porque eu estou me alimentando pouco e é por isso que ela acha que eu estou engordando. Eu me alimento uma vez por dia só. Porque eu acordo e vou trabalhar. Às vezes eu vou sem almoçar mesmo, entendeu? Aí lá eu como às cinco e meia da tarde e vou embora. Depois eu não como mais. Ela acha que por eu estar com esse horário bagunçado, está ajudando eu a engordar.

Foi depois de o bebê nascer?

Foi. Meu horário desorganizou.

Conta um pouco dessa experiência.

Eu fui embora pra casa e daí eu comecei a cheirar e feder. Estava fedendo já. Aí quando foi dia dois de outubro eu liguei para a doutora que eu estava passando mal. Minha irmã falou que eu estava cheirando mal. Falei que eu estava fedendo e estava com muita dor de cabeça. Aí eu voltei. Fiquei dois dias no pronto socorro até me encaminharem pro Leonor. Meu corpo tinha rejeitado. Aí tinha aberto. Fiquei um mês na alimentação via sonda e antibiótico. Até fechar sozinho. Fedia o liquido que vazava. Quando eu voltei já estava com infecção generalizada. Por pouco eu não... Nem sabia que eu tinha quase morrido. Mas eu faria de novo.

(PÓS-CIRURGIA: CONFRONTO COM A REALIDADE)

Por quê?

Porque é outra coisa.

Como assim outra coisa?

É outra coisa ser magra. Porque ser gorda é difícil. O preconceito hoje é mais contra os gordos. Hoje em dia não tem mais preconceito. O preconceito agora é contra a gordura. Não tem mais preconceito contra o negro ou o japonês. O preconceito agora é contra a gordura.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

Você percebe isso?

O preconceito é com a gordura. Pode passar uma mulher gorda que está todo mundo com o olho enorme em cima. Pode passar um negão bonitão que todo mundo olha. Olha que negão bonito. Eu acho isso.

(RELACIONAMENTOS: RELAÇÃO COM A OBESIDADE)

Quer falar mais alguma coisa?

Espero que você aproveite alguma coisa que eu falei.

Vou aproveitar sim. Muito obrigada.

ENTREVISTA PARTICIPANTE RUBI – 56 anos de idade – com reganho de peso.

Sua vida mudou após a cirurgia bariátrica? De que forma (como) isso aconteceu ou deixou de acontecer?

Cem por cento.

Como assim cem por cento? Explica isso.

Só o fato de você poder subir na cadeira pra por cortina já que tudo que eu podia tinha que... ia fazer tinha que pedir para os outros. Caía as coisa no chão, não podia pegar... Como que você vai abaixar, não tem jeito. Foi a melhor coisa q eu fiz na minha vida, se eu tivesse que fazer eu fazia de novo.

Está contando as coisas que primeiro que vieram na sua cabeça? Foi essa coisa de poder se movimentar?

Mas eu sempre queria fazer. Sempre corri atrás para fazer, escrevi pro Ratinho, pro Gugu, pra tudo que eu queria. Que iria fazer. A minha pressão é alta e silenciosa então cada vez .Eu que eu ia fazer controle, eu ia direto para o P.A. (pronto atendimento)tomar remédio. Entendeu? Por causa do peso. Agora não. Tudo controlado. Eu tomo remédio pra pressão mais porque... Porque ela é silenciosa. Então, melhor tomar um do que tomar três.

Como assim silenciosa?

Eu não sinto nada, eu não sinto dor de cabeça, eu não sinto nada nada, quando você vê acabou lá em cima. Entendeu? Agora depois que eu fiz a bariátrica é doze por oito, o muito que chegou foi 14.

E dessa parte da pressão, parte de conseguir baixar, de que formar mais mudou sua vida?

Mudou em tudo né? A autoestima muda tudo né? E ainda tenho duas filhas, quer dizer a autoestima subiu lá em cima.

Esse negócio da autoestima, explica um pouco. No seu caso como que foi?

Ah, você não tinha prazer em viver, de ir numa loja comprar roupa, só aquele saco, né?Mandava fazer aquele saco. A partir do momento que você entra numa loja e põe uma blusa é outra coisa.

Você passou a viver isso depois de operar?

Depois de operar, antes eu era triste, né? Não tinha vontade de sair, ficava trancada, ficava irritada.

Era mais irritada? E não saia quase?

Não tinha vontade de sair. Sair por quê? Que jeito? E tudo que ia fazer tinha que pedir "para os outros.

Dá um exemplo disso que tinha que pedir pros outros?

Ah, se você tem que, por exemplo, só pra você ter uma idéia: tinha filha, elas ia no parque, eu tinha que descer um buraco pra atravessar. Eu ficava no morro aqui esperando ela atravessar. Fui, conversei com a diretora e fazia "tchau" pra ela saber e liberar as meninas porque eu não conseguia descer e subir. Descer e subir pra você ter uma idéia!

Pra ir buscar as crianças na escola?

Então ,era muito difícil, nossa!

Mas porque você não conseguia abaixar? O que que era?

Por ser gorda, 120kilos.

Mas no seu caso, com 120 kg o que acontecia com o corpo?

Você não conseguia abaixar, mesmo. Por causa da gordura, por causa da gordura. Uma que eu tenho o seio grande, desde pequena tenho seio grande. Até agora operei e tenho seio grande, entendeu? E a barrigona. Eu tive gestação, uma atrás da outra. Com um ano e nove meses já era gorda. Imagina né? Só foi acumulando. E a gordura, foi desde oito anos que eu comecei a engordar. Fazia regime, mas não resolvia nada. Então...

Há quanto tempo você operou?

Eu? Faz sete anos.

São sete anos de uma nova experiência de vida?

Vixi!, Não tem nem comparação, nem comparação não tem!

Tem alguma outra coisa que você lembra que mudou depois de ter feito a cirurgia, como foi sua vida?

Ah tudo melhorou menina. Tudo foi pra frente. Nada ia pra frente, tudo era só ..sabe, se num tinha aquela.

Fala uma coisa que foi pra frente, depois destes últimos sete anos?

Pra frente? Consegui minha casa, consegui comprar carro, consegui comprar uma moto, pagar faculdade pra minhas filhas. Quer coisa melhor que isso?

Quer dizer, os outros retornos também foram bem melhores?

Foi bem melhor, porque você não tem disposição, correr atrás de nada.

Você vê que muitas coisas que você conseguiu. Foi porque você teve disposição? Então você foi, conseguiu a casa, pagar faculdade das filhas?

Pra ir atrás, por que você ficava ali, parada, só esperando a morte né?

Financeiramente melhorou também?

Tanto. Cem por cento que eu não nem acredito, entendeu? Isso tudo graças à doutora, graças a Deus! Minha vida mudou cem por cento. Mesmo os problemas que estou tendo. Há dois anos e meio um probleminha aí que não está sendo fácil, mas eu estou encarando numa boa. Estou cuidando, entendeu?

Você está com problema?

O problema é que meu marido está com câncer. Estava na língua, depois da língua passou pro esôfago e depois pro pulmão, entendeu? Então, quer dizer, mesmo assim ele está bom porque a gente está fazendo tratamento e tal. Deu tudo certo...

Ele está reagindo?

Tá reagindo.

Então dois anos pra cá, uma fase mais ...

Dois anos e meio pra cá, uma fase meia assim, mas eu tenho fé que vai dar tudo certo.

O otimismo seu se mantém?

Ah, certeza!

Você que cuida dele?

Eu que cuido dele. Vinte e quatro horas eu que cuido dele, entendeu? Então, por isso que eu falo: como que eu ia cuidar dele? Não tinha...

Não tinha condição física nem de cabeça?

Nem de cabeça. E agora nossa... A mãe não dá nem um copo d'água, tudo eu. Ele tá com sonda, né? A cada três horas tem que dar vitamina pra ele. Ele vai fazer quimio.

Ele está em casa?

Tá em casa.

Então, cuidado constante?

Cuidado constante.

Você passa o dia em torno dele?

Em torno dele.

E foi tirado? Por isso que ele tá com sonda?

É, porque foi na garganta, na língua, então ele não conseguia engolir. Depois foi no esôfago, piorou, e agora começou dar no pulmão. A gente está correndo. Vai fazer a terceira quimio. Então, quer dizer que se Deus quiser já não vai ter mais nada.

Entendi!

Só está com a sonda que nem..., não tem porque, a quimio, né?! Não dá fome, tem ânsia, aquelas "coisarada".

Que ele não consegue se alimentar?

Não consegue se alimentar. Ontem que ele começou a se alimentar um pouquinho, depois de dez dias que ele faz (a quimioterapia).

Aí começa por causa da quimioterapia?

Por causa da quimio.

E você? Pra você se alimentar, como é que é?

Ah, eu... Às vezes eu fico junto com ele assim pra... né? Vamos comer um pouquinho. O que faço pra ele eu como também, né? Porque ele só come pastoso, então é assim que eu estou fazendo.

Você está numa dieta pastosa?

Não, não é bem uma dieta, né? Porque eu como carne, eu tenho que comer carne todo dia, tenho que beber leite, então, essa coisas.

Aí você o acompanha pra incentivar?

Pra incentivar ele.

Você consegue comer bem?

Consigo, eu não tenho problema nenhum. Não tenho problema nenhum, graças a Deus!

Tem mais alguma coisa que você lembra que mudou, depois de fazer uma cirurgia bariátrica? Que você gostaria de contar?

A minha mãe ficou feliz da vida né? Minha mãe ficou feliz da vida! No começo ela estava com medo. Depois, foi a melhor coisa que você fez. Que ela tem a cabecinha assim, sabe?

Ela foi uma pessoa que marcou antes de você operar porque ela tinha medo?

Ela tinha medo, e eu ficava naquela, ao meu Deus, ela precisa de mim, a gente imagina depois, mas deu tudo certo

E ela mesma percebe isso hoje? Que valeu a pena?

É. E ela, meu irmão está feliz da vida. Ele fica olhando pra mim: não acredito que é você que fez isso, que você... Porque eu não paro né? Eu vou no Cerro Azul, chego na minha mãe, reviro as coisas, faço, não tenho mas aquele negócio de ficar sentada.

Você era assim?

Era.

Ficava sentada lá, morrendo.

Chego lá, vamos fazer isso, vamos fazer aquilo? Sabe, não tem aquele negocio que...

obrigada.

Apêndice C – WHOQol-bref

Quadros de resultados individuais do WHOQol-bref

Resultados médios dos domínios da WHOQol-bref de **Larimar**

Domínios	Facetas			T (D*4)*(100/16)	T P	T D * 4	TD *(D-4)*(100/16)
QV geral	Percepção QV			87,5	4,5	18	84,62
	Satisfação com a saúde			87,5			
Físico	Dor e desconforto			0,00	4,71	18,86	92,86
	Energia e fadiga			75			
	Sono e repouso			100			
	Mobilidade			50			
	Atividades da vida cotidiana			75			
	Dependência de medicação ou de tratamentos			25			
	Capacidade de trabalho			75			
Psicológico	Sentimentos positivos			100	4,33	17,33	83,33
	Pensar, aprender, memória e concentração			75			
	Auto-estima			100			
	Imagem corporal e aparência			100			
	Sentimentos negativos			25			
	Espiritualidade /religião/ crenças pessoais			75			
Relações sociais	Relações pessoais			100	5	17,33	83,33
	Suporte (Apoio) social			75			
	Atividade sexual			100			
Meio ambiente	Segurança física e proteção			100	4	16,50	78,13
	Ambiente no lar			50			

	Recursos financeiros			75			
	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade			75			
	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades			100			
	Participação em, e oportunidades de recreação/lazer			75			
	Ambiente físico			100			
	Transporte			75			

Resultados médios dos domínios da WHOQol-bref de **Agata** .

Domínios	Facetas			T (D-4)*(100/16)		T D * 4	TD *(D-4)*(100/16)
QV geral	Percepção QV			62,50		14	54,81
	Satisfação com a saúde			62,50		,00	
Físico	Dor e desconforto			25		13	60,71
	Energia e fadiga			50		,7	
	Sono e repouso			25		1	
	Mobilidade			50			
	Atividades da vida cotidiana			75			
	Dependência de medicação ou de tratamentos			50			
	Capacidade de trabalho			25			
Psicológico	Sentimentos positivos			50		14	62,50
	Pensar, aprender, memória e concentração			50		,00	
	Auto-estima			50		0	

	Imagem corporal e aparência			75			
	Sentimentos negativos			25			
	Espiritualidade/religião/crenças pessoais			50			
Relações sociais	Relações pessoais			50		10	41,67
	Suporte (Apoio) social			50		6	
	Atividade sexual			25		7	
Meio ambiente	Segurança física e proteção			75		11	46,88
	Ambiente no lar			0		50	
	Recursos financeiros			75			
	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade			100			
	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades			50			
	Participação em, e oportunidades de recreação/lazer			75			
	Ambiente físico			75			
	Transporte			25			

Resultados médios dos domínios da WHOQol-bref de **Cristal**.

Domínios	Facetas			T (D-4)*(100/16)	T D	T D * 4	TD *(D-4)*(100/16)
QV geral	Percepção QV			62,5	3,5	14	75
	Satisfação com a saúde			62,5			
Físico	Dor e desconforto			0	3,85	15,43	71,43
	Energia e fadiga			75			
	Sono e repouso			100			
	Mobilidade			100			
	Atividades da vida cotidiana			100			
	Dependência de medicação ou de tratamentos			100			
	Capacidade de trabalho			100			
Psicológico	Sentimentos positivos			100	4,33	17,33	83,33
	Pensar, aprender, memória e concentração			50			
	Auto-estima			100			
	Imagem corporal e aparência			100			
	Sentimentos negativos			50			
	Espiritualidade/religião/crenças pessoais			100			
Relações sociais	Relações pessoais			0	5	20	100
	Suporte (Apoio) social			75			
	Atividade sexual			25			
Meio ambiente	Segurança física e proteção			100	3,62	14,5	65,63
	Ambiente no lar			75			
	Recursos financeiros			75			
	Cuidados de saúde e sociais: disponibilida			100			

	de e qualidade						
	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades			100			
	Participação em, e oportunidades de recreação/lazer			50			
	Ambiente físico			50			
	Transporte			100			

Resultados médios dos domínios da WHOQol-bref de **Safira**.

Domínios	Facetas			T (D-4) * (100/16)		T D * 4	TD * (D-4)*(100/16)
QV geral	Percepção QV			100		20	85,58
	Satisfação com a saúde			100			
Físico	Dor e desconforto			0		17	85,71
	Energia e fadiga			75		,7	
	Sono e repouso			75		1	
	Mobilidade			75			
	Atividades da vida cotidiana			75			
	Dependência de medicação ou de tratamentos			25			
	Capacidade de trabalho			100			
Psicológico	Sentimentos positivos			100		17	83,33
	Pensar, aprender, memória e concentração			75		,33	
	Autoestima			100			
	Imagem corporal e aparência			100			
	Sentimentos negativos			50			

	Espiritualidade/religião/crenças pessoais			100			
Relações sociais	Relações pessoais			100		1733	83,33
	Suporte (Apoio) social			50			
	Atividade sexual			100			
Meio ambiente	Segurança física e proteção			75		1750	84,38
	Ambiente no lar			100			
	Recursos financeiros			75			
	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade			100			
	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades			75			
	Participação em, e oportunidades de recreação/lazer			100			
	Ambiente físico			75			
	Transporte			75			

Resultados médios dos domínios da WHOQol-bref de **Selenita**.

Domínios	Facetas			T (D-4)*(100/16)		T D *	TD *(D-4)*(100/16)
QV geral	Percepção QV			75		16	74,04
	Satisfação com a saúde			75			
Físico	Dor e desconforto			100		134	57,14
	Energia e fadiga			100			
	Sono e repouso			100			
	Mobilidade			75			

	Atividades da vida cotidiana			100			
	Dependência de medicação ou de tratamentos			75			
	Capacidade de trabalho			100			
Psicológico	Sentimentos positivos			75		18,87	91,67
	Pensar, aprender, memória e concentração			75			
	Autoestima			75			
	Imagem corporal e aparência			100			
	Sentimentos negativos			0			
	Espiritualidade e/religião/crenças pessoais			50			
Relações sociais	Relações pessoais			75		20	100
	Suporte (Apoio) social			50			
	Atividade sexual			50			
Meio ambiente	Segurança física e proteção			75		14,50	65,63
	Ambiente no lar			0			
	Recursos financeiros			100			
	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade			100			
	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades			75			
	Participação em, e oportunidades de recreação/lazer			100			
	Ambiente físico			75			
	Transporte			100			

Resultados médios dos domínios da WHOQol-bref de **Pérola**.

Domínios	Facetas			T (D-4)*(100/16)		T D * 4	TD *(D-4)*(100/16)
QV geral	Percepção QV			100		20	94,23
	Satisfação com a saúde			100			
Físico	Dor e desconforto			0		20	100
	Energia e fadiga			100			
	Sono e repouso			100			
	Mobilidade			100			
	Atividades da vida cotidiana			75			
	Dependência de medicação ou de tratamentos			0			
	Capacidade de trabalho			100			
Psicológico	Sentimentos positivos			100		20	100
	Pensar, aprender, memória e concentração			100			
	Auto-estima			100			
	Imagem corporal e aparência			100			
	Sentimentos negativos			50			
	Espiritualidade/religião/crenças pessoais			100			
Relações sociais	Relações pessoais			100		18	91,67
	Suporte (Apoio) social			50		6	
	Atividade sexual			100		7	
Meio ambiente	Segurança física e proteção			100		17	84,38
	Ambiente no lar			100		50	

	Recursos financeiros			100			
	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade			75			
	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades			50			
	Participação em, e oportunidades de recreação/lazer			100			
	Ambiente físico			100			
	Transporte			100			

Resultados médios dos domínios da WHOQol-bref de **Rubi**.

Domínios	Facetas			T (D-4)*(100/16)	T D	T D * 4	TD *(D-4)*(100/16)
QV geral	Percepção QV			100	5	20	85,58
	Satisfação com a saúde			100			
Físico	Dor e desconforto			0	4,72	18,86	92,86
	Energia e fadiga			75			
	Sono e repouso			100			
	Mobilidade			75			
	Atividades da vida cotidiana			100			
	Dependência de medicação ou de tratamentos			25			
	Capacidade de trabalho			100			
20	Sentimentos positivos			75	4,17	16,	72,17
	Pensar, aprender,			100			

	memória e concentração					67	
	Auto-estima			100			
	Imagem corporal e aparência			100			
	Sentimentos negativos			0			
	Espiritualidade/religião/crenças pessoais			75			
Relações sociais	Relações pessoais			50	5	20	100
	Suporte (Apoio) social			50			
	Atividade sexual			75			
Meio ambiente	Segurança física e proteção			100	4	16	75
	Ambiente no lar			50			
	Recursos financeiros			50			
	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade			100			
	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades			75			
	Participação em, e oportunidades de recreação/lazer			100			
	Ambiente físico			100			
	Transporte			100			

Resultados médios dos domínios da WHOQol-bref de **Jade**.

Domínios	Facetas			T (D-4)*(100/16)			TD *(D-4)*(100/16)
QV geral	Percepção QV			75			69,23

	Satisfação com a saúde			75			
Físico	Dor e desconforto			25			75
	Energia e fadiga			75			
	Sono e repouso			75			
	Mobilidade			75			
	Atividades da vida cotidiana			25			
	Dependência de medicação ou de tratamentos			25			
	Capacidade de trabalho			75			
Psicológico	Sentimentos positivos			75			62,50
	Pensar, aprender, memória e concentração			75			
	Auto-estima			75			
	Imagem corporal e aparência			75			
	Sentimentos negativos			25			
	Espiritualidade/religião/crenças pessoais			75			
Relações sociais	Relações pessoais			75			58,33
	Suporte (Apoio) social			75			
	Atividade sexual			75			
Meio ambiente	Segurança física e proteção			75			71,88
	Ambiente no lar			75			
	Recursos financeiros			50			
	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade			75			
	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades			50			

	Participação em, e oportunidades de recreação/lazer			50			
	Ambiente físico			75			
	Transporte			75			

Resultados médios dos domínios da WHOQol-bref de **Esmeralda**.

Domínios	Facetas			T (D-4)*(100/16)	T D	T D *	TD *(D-4)*(100/16)
QV geral	Percepção QV			100	5	20	83,65
	Satisfação com a saúde			100			
Físico	Dor e desconforto			0	4,28	17,14	82,14
	Energia e fadiga			100			
	Sono e repouso			75			
	Mobilidade			75			
	Atividades da vida cotidiana			75			
	Dependência de medicação ou de tratamentos			50			
	Capacidade de trabalho			75			
Psicológico	Sentimentos positivos			100	4,67	18,67	91,67
	Pensar, aprender, memória e concentração			75			
	Auto-estima			100			
	Imagem corporal e aparência			100			
	Sentimentos negativos			25			
	Espiritualidade/religião/crenças pessoais			100			

Relações sociais	Relações pessoais			75	4	16	75
	Suporte (Apoio) social			75			
	Atividade sexual			75			
Meio ambiente	Segurança física e proteção			75	4,12	16,50	78,13
	Ambiente no lar						
	Recursos financeiros			75			
	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade			75			
	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades			75			
	Participação em, e oportunidades de recreação/lazer			75			
	Ambiente físico			75			
	Transporte			75			

Resultados médios dos domínios da WHOQol-bref de Lázuli.

Domínios	Facetas			T (D-4)*(100/16)		T D * 4	TD *(D-4)*(100/16)
QV geral	Percepção QV			75		16	73,08
	Satisfação com a saúde			75			
Físico	Dor e desconforto			75	4,28	17,14	82,14
	Energia e fadiga			50			
	Sono e repouso			75			
	Mobilidade			50			
	Atividades da vida cotidiana			25			
	Dependência de medicação			75			

	ou de tratamentos						
	Capacidade de trabalho			75			
Psicológico	Sentimentos positivos			75		1 6	75
	Pensar, aprender, memória e concentração			75			
	Auto-estima			100			
	Imagem corporal e aparência			100			
	Sentimentos negativos			0			
	Espiritualidad e/religião/ crenças pessoais			75			
Relações sociais	Relações pessoais			75		1 3 , 3 3	58,33
	Suporte (Apoio) social			75			
	Atividade sexual			50			
Meio ambiente	Segurança física e proteção			75		1 5	68,75
	Ambiente no lar			50			
	Recursos financeiros			75			
	Cuidados de saúde e sociais: disponibilida de e qualidade			75			
	Oportunidad es de adquirir novas informações e habilidades			50			
	Participação em, e oportunidade s de recreação/laz er			75			
	Ambiente físico			75			
	Transporte			75			

Resultados médios dos domínios da WHOQol-bref de Angelita.

Domínios	Facetas			T (D-4)*(100/16)		T D * 4	TD *(D-4)*(100/16)
QV geral	Percepção QV			100		20	75
	Satisfação com a saúde			100			
Físico	Dor e desconforto			0		17	85,71
	Energia e fadiga			100		7	
	Sono e repouso			100		1	
	Mobilidade			100			
	Atividades da vida cotidiana			75			
	Dependência de medicação ou de tratamentos			50			
	Capacidade de trabalho			75			
Psicológico	Sentimentos positivos			50		16	79,17
	Pensar, aprender, memória e concentração			100		6	
	Auto-estima			100		7	
	Imagem corporal e aparência			100			
	Sentimentos negativos			75			
	Espiritualidade/religião/crenças pessoais			100			
Relações sociais	Relações pessoais			50		13	58,33
	Suporte (Apoio) social			50		3	
	Atividade sexual			75		3	
Meio ambiente	Segurança física e proteção			75		14	62,50
	Ambiente no lar			25			
	Recursos financeiros			50			

	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade			0			
	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades			100			
	Participação em, e oportunidades de recreação/lazer			100			
	Ambiente físico			75			
	Transporte			75			

Resultados médios dos domínios da WHOQol-bref de **Galena**.

Domínios	Facetas			T (D-4)*(100/16)		T D * 4	TD *(D-4)*(100/16)
QV geral	Percepção QV			75		10	45,19
	Satisfação com a saúde			75			
Físico	Dor e desconforto			100		12	53,57
	Energia e fadiga			0		5	
	Sono e repouso			50		7	
	Mobilidade			75			
	Atividades da vida cotidiana			25			
	Dependência de medicação ou de tratamentos			75			
	Capacidade de trabalho			50			
Psicológico	Sentimentos positivos			50		11	45,83
	Pensar, aprender, memória e concentração			0		33	
	Auto-estima			100			

	Imagem corporal e aparência			75			
	Sentimentos negativos			0			
	Espiritualidade/religião/crenças pessoais			75			
Relações sociais	Relações pessoais			0		13,67	41,67
	Suporte (Apoio) social			50			
	Atividade sexual			50			
Meio ambiente	Segurança física e proteção			0		10,50	40,63
	Ambiente no lar			0			
	Recursos financeiros			75			
	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade			0			
	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades			0			
	Participação em, e oportunidades de recreação/lazer			50			
	Ambiente físico			50			
	Transporte			50			

LEGENDAS QUADROS:

TP – total de pontos facetas;

$T(D-4) \cdot (100/16)$ – total de pontos facetas em escala de cem;

TD – total de pontos domínios;

$TD \cdot 4$ – total de pontos domínios em escala de vinte;

$TD \cdot (D-4) \cdot (100/16)$ - total de pontos domínios em escala de cem;

Instrumento de avaliação breve da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHO Quality of Life- Bref; WHOQol- breve)

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Professor Adjunto

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	um pouco	moderadamente	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito o(a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor	1	2	3	4	5

	(física) impede você de fazer o que você precisa?					
4	O quanto você precisa de algum tratament o médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentra r?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfe ito	insatisfe ito	nem satisfeit o nem insatisfe ito	satisfei to	muito satisfei to
1 6	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
1 7	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempen har as atividades do seu dia- a-dia?	1	2	3	4	5
1 8	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
1 9	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

2 0	Quão satisfeito(a)) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecido s, colegas)?	1	2	3	4	5
2 1	Quão satisfeito(a)) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
2 2	Quão satisfeito(a)) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
2 3	Quão satisfeito(a)) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
2 4	Quão satisfeito(a)) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
2 5	Quão satisfeito(a)) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nenh uma	algu mas veze s	frequente mente	muito frequente mente	sem pre
2 6	Com que frequên cia você tem sentime ntos negativ os tais como mau humor, desespe ro, ansieda de, depress ão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

