



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JAQUELINE AMORIM GOMES DE MIRANDA

**CIRURGIA BARIÁTRICA: DEMANDAS BIO-
PSICO-SOCIAIS**

Salvador
2007

JAQUELINE AMORIM GOMES DE MIRANDA

CIRURGIA BARIÁTRICA: DEMANDAS BIO-PSICO-SOCIAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, na área de concentração O Cuidar em Enfermagem.

ORIENTADOR: Prof. Dr. José Lucimar Tavares

Salvador
2007

M672

Miranda, Jaqueline Amorim Gomes de
Cirurgia bariátrica:demandas bio-psico-sociais. Salvador:Escola de
Enfermagem da UFBA,2007.
169f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) EEUFBA,2007.
Orientador: Prof. Dr. José Lucimar Tavares

1. Enfermagem médico-cirúrgica 2.Cirurgia bariátrica. 3. Obesidade-
tratamento. I. Título

CDU: 616-083-089

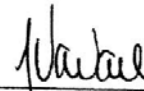
Jaqueline Amorim Gomes de Miranda

CIRURGIA BARIÁTRICA: DEMANDAS BIO PSICO - SOCIAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre, área de concentração "O Cuidar em Enfermagem".

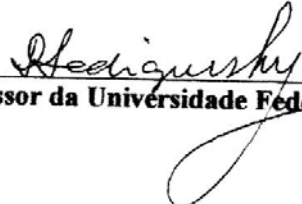
Aprovada em 27 de abril de 2007

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. JOSÉ LUCIMAR TAVARES 
Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Federal da Bahia

Prof.ª Dr.ª MARIA JÉSIA VIEIRA 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª TEREZINHA VIEIRA 
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia

Prof.ª Dr.ª DORA SADIGURSKY 
Doutora em Enfermagem e Professor da Universidade Federal da Bahia

Ao meu marido Cristóvão, meu grande amor, e minhas filhas queridas Hannah e Lisa. Vocês são meu porto seguro, amo demais cada um de vocês, que reascendem todos os dias a esperança, o amor e a coragem em minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todos os presentes que tem me ofertado no decorrer da vida. Anjos disfarçados de gente, que transformam fardos pesados em leves plumas. Sem Ele a vida não teria sentido.

Ao meu grande amor, marido querido, grande incentivador, companheiro de todas as horas, por seu amor, generosidade, abnegação e pelo apoio ofertado todos os dias de nossas vidas.

Às minhas filhas, todo meu amor, razão de minha vida. Maiores estimuladoras na busca do auto-conhecimento para me tornar um Ser Humano melhor. Obrigada pelo apoio silencioso e respeito aos meus sonhos.

Aos meus avós, com quem aprendi o significado do amor, pelas horas de carinho, dedicação, cuidado, e principalmente pelos valores éticos ensinados, tão importantes em minha vida, e que abrem hoje, as portas para a conquistas dos desafios.

Aos meus pais, pela VIDA.

À minha querida mãe pelo excesso de confiança, amor e amizade.

À minha irmã Mônica, meu colo, seja qual for a viagem, sei que com você sempre terei para onde ir e aonde chegar. Você é uma pessoa linda! Um presente bem colorido, recheado por dentro e por fora.

Aos irmãos que pouco vejo, gostaria de lembrar que, na China ou no Japão, estaremos sempre unidos pelo coração. Os poucos momentos juntos, semeiam a terra para as próximas colheitas.

A cada membro de minha família, especialmente minha tia querida, Tânia, pelas palavras de incentivo e apoio emocional, pelas reuniões familiares que reforçam em minhas filhas a importância da família em nossas vidas.

À minha sogra Lúcia e cunhada Miroca pela ajuda e apoio, principalmente nos momentos do grito por ajuda. Nunca deixam de responder. Substituem muitas vezes, minha mãe e minha irmã distantes geograficamente.

À família do marido pelas reuniões familiares aos domingos, amenizando a saudade da minha própria família espalhada pelo mundo.

À pequena Letícia e Carol por trazerem mais alegria a nossa casa.

À amiga Lenora que me ensinou com sua amizade e exemplo de vida, o melhor caminho para chegar à Deus. Meu anjinho.

Aos meus amigos, os de perto e os de longe, pelo apoio nos momentos difíceis e pelas horas de lazer juntos, que me ajudaram a enfrentar os desafios, com leveza e ternura.

À Profa. Dr^a Dora Sadigursky pessoa querida que abriu as portas do meu sonho de Mestrado com sua generosidade e competência ao corrigir meu anteprojeto de pesquisa no período da seleção. Pelo apoio, incentivo e genuína amizade..

À meu (dês) orientador querido José Lucimar Tavares, como me ensinou a chamá-lo carinhosamente, pela sapiência, competência, pelo excesso de confiança, apoio e amizade. Desculpe se abusei de sua generosidade invadindo sua intimidade e domicílio.

Às Profas. Dr^{as} Terezinha T. Vieira, Dr^a Maria Jésia Vieira, Dr^a Dora Sadigursky pelo carinho e compromisso ao aceitarem participar deste trabalho com suas valiosas contribuições.

À todos meus queridos mestres do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, pelo auxílio e sabedoria na concretização deste trabalho. À Profa. Darcy de Oliveira Santa Rosa que não foi esquecida mesmo estando fora do País na época da conclusão do trabalho.

Aos professores Álvaro Pereira e Profa. Dra. Regina Furegato pela contribuição generosa e competente durante a qualificação.

Ao Hospital São Rafael na figura da Gerente de Enfermagem D. Lúcia Ferreira pela oportunidade de realizar esse velho sonho.

Às colegas do HSR, companheiras de todos os dias, que me ajudam a transpor as pedras dos caminhos diários. Especialmente àquelas que vêm desde o início acompanhando esse projeto, me acolhendo com amor e carinho.

Ao Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital São Rafael representado por Dr. Paulo Amaral, Dr. João Ettinger e Dr. Euler Azaro. As colaboradoras do serviço: Soraia, Salete e Lílian pela ajuda na coleta dos dados.

Aos sujeitos da pesquisa meu carinhoso obrigado, aprendi muito com vocês.

Às minhas queridas e inesquecíveis colegas do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da UFBA, especialmente àquelas que estiveram comigo todas as horas, Jaci Lopes Torres, Cláudia Geovana e Paula Escorse.

À Profa. Tânia Oliva grande incentivadora e companheira, quem tornou meu projeto viável inicialmente.

Aos funcionários da Pós - Graduação da EEUFBA, as funcionárias da biblioteca, Cléo e Edvaldina de Sales, Claudinha com sua alegria e paciência diante das várias dúvidas e de nossa ansiedade e Ivã.

Àqueles que direta ou indiretamente acreditaram em mim, me acolheram com amor e carinho, colaborando de algum modo para a realização desse trabalho.
Meus sinceros agradecimentos.

PESSOAS SÃO PRESENTES

Vou falar de gente, pessoas. Existe, acaso, algo mais espetacular do que gente?

Pessoas são um presente. Algumas vêm em embrulho bonito, como os presentes de Natal, Páscoa, aniversário. Outras vêm em embalagem comum. E há as que ficaram machucadas no correio. De vez em quando uma registrada, são presentes valiosos.

Algumas pessoas trazem embrulhos fáceis.

De outras, é difícilimo, quase impossível, tirar a embalagem.

É fita durex que não acaba mais. Mas a embalagem não é o presente.

E tantas pessoas se enganam confundindo a embalagem com o presente.

Por que será que aqueles presentes são tão complicados para abrir?

Talvez porque dentro da bonita embalagem haja pouco valor.

É bastante vazio bastante solidão. A decepção é enorme.

Também você, também eu, somos um presente para os outros.

Você pra mim, eu pra você. Triste se fôssemos apenas um presente-embalagem: muito bem empacotado e sem nada lá dentro, porém conosco ocorre o inverso, temos conteúdo, e muito.

Quando existe o verdadeiro ENCONTRO COM ALGUÉM, no diálogo, na abertura, na fraternidade,

Deixamos de ser mera embalagem e passamos à categoria de reais presentes.

Nos verdadeiros encontros de fraternidade, acontece alguma coisa muito comovente, essencial: mutuamente, nos vamos desembulhando, desempacotando, revelando. No bom sentido, é claro. Você já experimentou essa imensa alegria de vida?

A alegria profunda nasce no recôndito de uma alma, quando duas pessoas se encontram, se comunicam, virando presente uma para a outra?

A verdadeira alegria, que a gente sente e não consegue descrever, só nasce no verdadeiro ENCONTRO COM ALGUÉM especial como você (s).

Carlos Drummond de Andrade

MIRANDA, Jaqueline Amorim Gomes. **Cirurgia Bariátrica**: demandas bio-psico-sociais. 2007. 170 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa que teve como objeto de estudo as demandas bio-psico-sociais de pessoas obesas frente a cirurgia bariátrica. O seu objetivo foi conhecer e identificar essas demandas, no período pré-operatório. Sua natureza qualitativa, descritiva, estando embasado em pressupostos sobre Imagem Corporal, Necessidades Humanas Básicas e obesidade. O grupo foi composto por doze sujeitos, nove mulheres e três homens, que estavam na faixa etária compreendida entre 18 e 71 anos. Foram atendidas em um consultório de cirurgia de um hospital geral, de grande porte, na cidade de Salvador-Bahia. Tomamos como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, compreendendo seis questões norteadoras, referentes aos motivos que levaram essas pessoas a decidirem pela cirurgia da obesidade e como a obesidade interferiria em sua imagem corporal e, em sua qualidade de vida e as expectativas em relação a cirurgia. Da análise apreendemos três categorias e nove subcategorias referentes as demandas bio – psico –sociais. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Fizemos ainda pesquisas em prontuário para identificação dos sujeitos. Tínhamos o preconceito de que o maior fator motivador para o tratamento era a busca pela estética, porém constatamos uma grande preocupação com a saúde, sendo este o principal motivo para realização da cirurgia. Ressaltamos que a obesidade traz alterações importantes, apresentando grande impacto na imagem corporal, na saúde mental, nas atividades físicas e laborais cotidianas, no vestuário, na sexualidade, enfim, na qualidade de vida dessas pessoas. Acreditamos que este estudo traz subsídios para melhor se compreender as dificuldades dessas pessoas, despertando um olhar mais sensível e menos preconceituoso da enfermagem, para que se possa prestar um cuidar mais humanizado, integralizado e verdadeiro.

PALAVRAS – CHAVE: Demandas bio-psico-sociais; Cirurgia Bariátrica; Cuidados de Enfermagem.

Miranda, Jaqueline Amorim Gomes. **Bariatric Surgery: Bio- Psycho-social demands.** 2007. 170 f. Dissertation (Masters Degree in Nursing) – Nursing School, Federal University of Bahia. Salvador, 2007.

ABSTRACT

This research had as an objective the bio-psycho-social demands of obese people faced with bariatric surgery. The purpose is to acknowledge and identify these demands, during the pre-operating period. The qualitative and descriptive nature of the research was based on presuppositions on Corporal Images, Basic Human Necessities and obesity. The group was composed of twelve individuals, nine women and three men, of ages between 18 and 71 years. These patients were attended at a surgery of a large sized general hospital in the city of Salvador, Bahia. The technique used for collecting information was the semi-structured interview, encompassing six guiding questions, relating to the reasons which took these people to decide for the obesity surgery and how obesity interfered in their corporal image and in the quality of their lives, as well as their expectations in relation to the surgery. From the analysis we comprised six categories and nine sub-categories relating to the bio-psycho-social demands. The interviews were recorded and transcribed. We also performed researches in records to identify our individuals. We had the prejudiced opinion that the greatest motivating factor for the treatment was the aim for esthetics; nevertheless we verified that a great health concern was the main motive for performing the surgery. We emphasize that obesity causes significant alterations, presenting great impact to the corporal image, to mental health, to physical and work activities, in clothing, in sexuality, in other words, to the quality of life of these people. We believe that this study offers subsidies to better understand the difficulties these people face, arousing a more sensitive and less prejudiced attention from nurse care, in order that the nurses may render a more humanized, integrated and sincere care

PALAVRAS – CHAVE: Bio-psycho-social demands; Bariatric Surgery; Nursing Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA	13
2.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA OBESIDADE	20
2.2 OBESIDADE E CIDADANIA	25
2.3 CIRURGIA BARIÁTRICA	27
2.4 O CORPO E A IMAGEM CORPORAL	32
2.4.1 Corpo	32
2.4.2 Imagem corporal	43
2.5 O CUIDAR DE ENFERMAGEM AS PESSOAS OBESAS	50
2.5.1 O sentido do cuidar e a enfermagem	50
2.6 MOTIVAÇÃO E NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	61
3 METODOLOGIA	65
3.1 TIPO DE ESTUDO	65
3.2 LOCAL DO ESTUDO	66
3.3 OS SUJEITOS DO ESTUDO	69
3.4 A TÉCNICA E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	70
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	73
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	75
4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	78
4.1 CATEGORIAS DE ANÁLISE	79
4.1.1 Categoria – 1 Demandas físicas/biológicas motivos para a cirurgia	80
4.1.1.1 Subcategoria comorbidades	87
4.1.1.2 Subcategoria estética, mídia e padrão ideal	91
4.1.1.3 Subcategoria qualidade de vida	98
4.1.2 Categoria – 2 Demandas psicológicas – sentimentos frente à cirurgia	107
4.1.2.1 Subcategoria medo/ansiedade	108
4.1.2.2 Subcategoria depressão	112
4.1.2.3 Subcategoria baixa auto-estima	117
4.1.2.4 Subcategoria imagem corporal	122
4.1.3 Categoria – 3 Relações sociais frente à cirurgia	128
4.1.3.1 Subcategoria relacionamentos familiar e afetivo	128
4.1.3.2 Subcategoria trabalho	135
4.1.3.3 Subcategoria valores culturais e expectativas	140
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
REFERÊNCIAS	149
APÊNDICES	164
ANEXOS	167

1 INTRODUÇÃO

Em nosso País, mais de 3,5 mil pessoas submetem-se à cirurgia bariátrica, por ano, para tratar da obesidade, a qual é considerada, um dos maiores problemas de Saúde Pública, atingindo cerca de 1/3 de toda população do mundo.

A obesidade é definida pela OMS (1997) como uma doença crônica, incurável, que vem aumentando progressivamente, inclusive nos países em desenvolvimento a exemplo do Brasil, sendo, por isso, chamada de epidemia do 3º milênio (OMS, 1997).

Etmologicamente, o termo obesidade, deriva do latim, *obesitas*, significando excessiva corpulência. Patino apud KRAL (2001, p.81) define obesidade como: “enfermidade causada por excesso de massa corporal”. Savassi; Rocha et al (2003) consideram obesidade na sua forma mais grave, quando o índice de massa corporal encontra-se acima de 40 Kg/m² sendo denominada de obesidade mórbida. Esse índice costuma ser calculado dividindo-se o peso corporal pela altura da pessoa ao quadrado (Kg/m²).

A cirurgia bariátrica (CB) tornou-se então, um fenômeno, que aumenta na proporção da obesidade mórbida, uma vez que essa cirurgia pode reduzir entre 30 a 50% do peso de uma pessoa, sendo hoje considerada o melhor recurso para o tratamento desse agravo.

Sobre isso, De Paula (2003) comenta que embora a CB não seja indicada apenas com objetivo estético, é capaz de oferecer nova perspectiva de vida ao portador de obesidade mórbida, promovendo, em média, uma redução do excesso de peso em mais de 50%.

Registramos que, o tratamento conservador desse problema, à base de dietas, regimes, medicações e exercícios, poucas pessoas conseguem sucesso, sendo comum a ocorrência do denominado “efeito ioiô”, decorrente dos regimes, que conduzem à perda de peso, havendo, entretanto, sua posterior recuperação. Desse modo, existe um alto índice de fracasso no tratamento clínico de grandes obesos, associado à redução da expectativa e da qualidade de vida, levando-os ao reconhecimento da importância do tratamento cirúrgico (DE PAULA, 2003). Nesse sentido, a cirurgia bariátrica, atualmente, tem sido considerada como o melhor recurso para o tratamento da obesidade.

A partir de 1999, após consultas à Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, o Ministério da Saúde reconheceu a necessidade do tratamento cirúrgico para pessoas obesas, incluindo a cirurgia bariátrica entre os procedimentos financeiramente cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). (PAREJA, 2004).

No exercício da nossa atividade como enfermeira de uma clínica cirúrgica, vivenciamos a implantação do serviço de cirurgia bariátrica, quando começamos a acompanhar pessoas obesas, submetidas a esse tipo de cirurgia. O convívio com elas nos despertou a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre esse processo, emergindo ansiedade e indagações, que nos motivaram a desenvolver este estudo.

Nossa prática, também, tem mostrado que, geralmente, submeter-se a essa cirurgia conduz a uma perspectiva assustadora, tanto para as pessoas quanto para a família, que temem pela integridade corporal e, pela própria vida. Nesse sentido, ressaltamos que a CB leva a uma série de transformações físicas e psicológicas, o que pode alterar, profundamente, a imagem corporal da pessoa.

No entanto, temos observado que, freqüentemente, as pessoas demonstram, à princípio, grande satisfação quando podem realizá-la.

Nesse contexto, alguns questionamentos surgiram-nos, a exemplo de: será que conviver com discriminação, humilhação e constrangimentos, que diminuem a auto-estima e o amor pela vida, levam as pessoas obesas a crer que correr qualquer risco vale a pena? São essas pessoas devidamente orientadas quanto aos benefícios e riscos do procedimento cirúrgico e das necessidades da sua efetiva colaboração no processo? A estética para as pessoas será o motivo mais relevante para buscar a cirurgia?

Assim, diante desses questionamentos, apresentamos como objeto / problema deste estudo: quais as demandas bio-psico-sociais das pessoas obesas frente à cirurgia bariátrica?

Na tentativa de responder a esses questionamentos temos como objetivos: conhecer as demandas bio-psico-sociais de pessoas obesas frente à cirurgia bariátrica; identificar as demandas bio-psico-sociais de obesos no período pré-operatório dessa cirurgia bariátrica.

Consideramos relevante o tema proposto neste estudo, por entender que ele pode contribuir com seus resultados para a construção de uma assistência qualificada, voltada para as equipes que trabalham com pessoas obesas e o cuidar sem preconceitos, a partir da compreensão das demandas bio-psico-sociais, bem como da motivação que leva essas pessoas a se submeterem à cirurgia bariátrica, procurando respeitá-las, cientes de que trazem consigo uma história de vida, experiências, problemas e expectativas.

Assim, pretendemos, também, que seu resultado, sensibilize gestores da instituição campo no sentido de buscarem minimizar ou prevenir o desconforto vivenciado por muitas dessas pessoas no decorrer da internação, relacionados à falta de estrutura física e de recursos humanos, de modo a garantir um cuidado adequado. Quem sabe, também, despertar o interesse desses gestores, enfermeiros e outros profissionais que atuam na atenção básica à

saúde, a fim de que possam trabalhar no sentido de minimizar ou prevenir a ocorrência da obesidade, visto que ela tem sido fator de risco de enorme importância, entre as principais causas de mortalidade, morbidade e incapacitação para muitos brasileiros. Além dos elevados custos com seu tratamento e complicação.

Registramos, ainda, a escassez de estudos na área, em especial desenvolvidos por enfermeiras, destacando a importância do papel desses profissionais na equipe de saúde e no processo de cuidar de pessoas obesas, especialmente no pré-operatório da cirurgia bariátrica.

2 OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA

A obesidade é um tema complexo e emergente, que vem assumindo grandes proporções, em decorrência da sua estimativa mundial, e suas conseqüências tanto para o sistema de saúde quanto para cada pessoa. No entanto, a obesidade é, de acordo com evidências históricas, a enfermidade metabólica mais antiga que se conhece. Ela aparece na história, há mais de vinte mil anos, em obras nas quais mulheres obesas eram pintadas e esculpidas (REPETTO, 1998). Nos textos de Hipócrates as complicações com a obesidade já eram mencionadas e as mortes súbitas eram muito mais freqüentes nessas pessoas.

Segundo Kaplan; Kaplan (1957) há dois tipos de obesidade: (1) exógena, comum, primária ou nutricional e; (2) endógena, secundária, ou metabólica. Esse segundo tipo, a obesidade exógena ou nutricional vem sendo estudada com maior interesse nas últimas décadas, pois se traduz no mais sério transtorno alimentar do mundo desenvolvido, sendo conceituada como a presença de excesso de tecido adiposo no organismo, provocando grande desequilíbrio, decorrente de uma entrada de energia no organismo que excede os seus gastos. (BRAY, 1989).

Dados do Consenso Latino Americano da Obesidade (2002) indicam que essa doença tem comprometido muito mais os sistemas de saúde do que a desnutrição, os quais sobrecarregam-se com a crescente demanda de atendimentos a pessoas obesas que, geralmente, apresentam doenças associadas e dados epidemiológicos indicam que cerca de 200.000 pessoas morrem anualmente em decorrência das suas complicações.

Baltasar (2001, p.3) afirma que “a obesidade mórbida pode desencadear muitos transtornos, que encurtam a vida (comorbidades) e ocasionam o “*gordismo*”, que é a discriminação pessoal, social e médica do enfermo”. As comorbidades mais comuns à obesidade mórbida são: hipertensão arterial, diabetes mellitus; apnéia do sono, distúrbios cardiovasculares; problemas ortopédicos; aumento do colesterol; problemas de fígado, vesícula e respiratório, além de diversas formas de câncer.

Segundo Seidell (1997), do ponto de vista socioeconômico, essa condição interfere na produtividade da pessoa, além de implicar em gastos indiretos para os setores da saúde. Auler Junior et al. (2003) e Waddegaard et al. (2002) colocam que assim como na época de Hipócrates, a obesidade é uma importante causa de complicações orgânicas precoces e de mortes prematuras.

No Brasil, ocorreu um aumento importante da prevalência da obesidade nas últimas quatro décadas, especialmente nas regiões sul e sudeste, que apresentam valores de prevalência semelhantes aos encontrados nos EUA. Isso representa grande desafio de conduta para os profissionais da área da saúde e um desafio psicológico para os pacientes. (CARNEIRO, 2000).

De acordo com dados coletados de uma Pesquisa sobre Saúde e Nutrição do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), relatado por Monego (1996), cerca de 30% de adultos brasileiros apresentam algum grau de excesso de peso; O problema é grave em todas as faixas de renda e em todas as regiões, sendo a situação mais crítica na região sul do País. Monteiro (1998) comparou três avaliações transversais de base populacional nos anos de 1975, 1989 e 1996 concluindo o contínuo e acelerado crescimento da obesidade. Esse autor em estudo realizado em 1995, mostrou que em 1974, havia uma proporção de 1,5 desnutridos para 1 obeso na população adulta brasileira e em 1989, a proporção da obesidade dobrou em comparação à desnutrição.

Nesse sentido, Faria (2000) contribui, informando através de uma revisão demográfica, que a prevalência da obesidade mórbida foi registrada em ambos os sexos no período entre 1975 e 1977, sendo que, na população feminina, a prevalência cresceu de 0,2% ao ano, no período entre 1975 e 1989, para 0,37% no período entre 1989 e 1996.

Porto et al (2002), por sua vez, mostram que, em nosso País, estima-se que 26,5% das mulheres e 22% dos homens tenham excesso de peso; 11,2% das mulheres e 4,7% dos homens têm obesidade leve e moderada e que 0,5% das mulheres e 0,1% dos homens obesidade severa. Considerando-se que a população brasileira está na ordem de 180.000.000 hab, há cerca de 900.000 mulheres e 180.000 homens com obesidade severa.

Estudos recentes, divulgados por Natalie (2003), afirmam que 70 milhões de brasileiros, ou seja, 40 % da população brasileira, já apresentam excesso de peso. Ainda, informações da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) afirmam que nos últimos 20 anos houve um aumento de 240% de obesidade entre crianças e adolescentes brasileiros.

Nesse sentido, o quadro mundial não é diferente. Fleming (2000) comenta que, pela primeira vez, de acordo com o Relatório do Instituto Worldwatch, intitulado Underfed and Overfed: The Global Epidemic of Malnutrition, baseado em estatísticas colhidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros órgãos da Organização das Nações Unidas (ONU), o número de pessoas obesas igualou-se ao de subnutridos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), existia no Brasil, em 2000, cerca de 500 mil obesos, com uma projeção de duplicar no decorrer deste século. Deve ser

registrado que 33% são mulheres e apenas 13% são homens. Essa grande diferença nos números de excesso de gordura entre homens e mulheres que apresentam obesidade é explicada por Campos (2001), que apresenta dois motivos para que as mulheres tenham maior predisposição de acumular gordura: Os homens têm mais massa muscular do que as mulheres, tornando-os metabolicamente mais ativos; as alterações hormonais nas mulheres são mais drásticas, favorecendo o armazenamento de gordura muito mais do que nos homens. Sendo assim, afirma o autor, os músculos são metabolicamente mais ativos do que a gordura, e como os homens possuem mais músculos do que gorduras queimam de 10 a 20% mais calorias do que as mulheres, mesmo durante em repouso.

Além disso, as mulheres obesas têm equilíbrio hormonal modificado drasticamente e podem apresentar alterações da fertilidade ou, até mesmo, menopausa precoce. Aquelas que engravidam, comumente apresentam riscos acentuados. Nas mulheres obesas o câncer de endométrio aumenta (5,4 vezes), o de colo uterino (2,4 vezes) e o de mama (1,5 vezes). Outro fator de grande importância, é que a obesidade mórbida diminui a qualidade e a expectativa de vida. A taxa de mortalidade de mulheres com 50% de sobrepeso é o dobro daquelas com peso normal, subindo para oito vezes mais se houver diabetes associado. (VILAS-BÔAS, 2000).

Desse modo, os gastos com a obesidade são vultosos. Segundo Buchalla (2003), foi concluído o primeiro levantamento sobre os custos da obesidade no Brasil: sendo de um bilhão e cem milhões de reais o custo para o tratamento do excesso de peso e das doenças ligadas a ele. Nessa época, o Sistema Único de Saúde (SUS) destinava 600 milhões de reais para internações relativas à obesidade, cujo valor era equivalente a 12% do que o governo brasileiro despendia anualmente com todas as outras doenças.

A obesidade, quanto à localização corpórea de tecido adiposo, pode ser classificada em dois tipos: Conforme explicam Ashwell et al. (1982) obesidade central (andróide), na qual o tecido adiposo localiza se principalmente na parte superior do corpo; e a obesidade periférica (ginecóide), onde a distribuição ocorre, predominantemente na parte inferior do corpo, quadril, nádegas e coxas.

Abraham e Johnson (1980) explicam a importância dessa classificação referindo que na obesidade andróide há maior dificuldade no acesso de vias aéreas e ventilação, como também maior incidência de diabetes, hipertensão arterial e doença cardiovascular quando comparada à obesidade ginecóide.

No entanto, nos últimos anos, o estilo de vida da população na sociedade moderna tem favorecido uma pandemia de obesidade. A falta de atividade física regular; o estresse do

corre-corre diário; a sobrevivência em uma sociedade competitiva e as prolongadas e elevadas horas diárias de trabalho, são algumas das causas da obesidade. Esses fatores, associados ao sedentarismo, decorrente das facilidades tecnológicas com os carros, os elevadores, os controles remotos dos eletrodomésticos e as mudanças dos hábitos alimentares, são certamente os principais determinantes da obesidade.

Nesse contexto, está o uso do computador por muitas horas o que tem contribuído para o sedentarismo responsável pela obesidade, assim como de outros aparelhos eletroeletrônicos. A televisão por sua vez, representa o principal meio de lazer social, considerado possível de acordo com a situação econômica do País e da disponibilidade de tempo da família contemporânea, não exigindo nenhum esforço físico. Além disso, adquiriu-se o hábito de comer em frente à televisão, o que distrai a atenção dos telespectadores, que deixam de prestar atenção a quantidade de alimento que estão ingerindo, comendo mais. A mídia, com suas propagandas enganosas, estimulam o uso inadequado de alimentos, a fome, o prazer de comer e o exagero na quantidade (DÂMASO; TOCK, 2005).

Outros fatores que, ainda, estão associados a esse evento são mudanças situacionais comuns em algum momento na vida das pessoas, a exemplo de: casamento, viuvez, separação, ou situações de violência; alterações psicológicas (como o estresse, a ansiedade, a depressão e a compulsão alimentar) assim como tratamentos com psicofármacos e corticóides; suspensão do hábito de fumar; consumo excessivo de álcool e a redução drástica de atividade física. (GIGANTE, 1977; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; MENDONÇA 2005).

A sociedade contemporânea acompanha a velocidade da globalização; todas as coisas processam-se cada vez mais rapidamente, influenciando os hábitos cotidianos, as relações pessoais, de trabalho, a situação econômica e, por fim, os hábitos alimentares. A intersubjetividade sistêmica está voltada para a, eficiência e rapidez e, isso, traduz-se em sucesso, *status* e lucro econômico. “Conforme o dito popular: tempo é dinheiro”. Correr significa aumentar a produção, conquistar novas pessoas e novos mercados. Perder tempo significa ficar para trás, ser superado pelos demais. Não se pode perder tempo nem mesmo para comer, substituindo-se a refeição por lanchonetes e *fast – food*, que garantem economia de tempo e aumento de peso corporal.

De acordo com Dâmaso; Tock (2005), esse tipo de alimentação é um dos grandes problemas nutricionais da população atual, pois além de ser uma refeição extremamente rica em gorduras saturadas e calorias, deixou de ser um complemento alimentar, para se tornar a refeição principal de milhares de crianças, jovens e adultos.

As autoras comentam, ainda, que a falta de tempo para si mesmo e para o convívio com as pessoas a quem se estima estimula a adoção de um estilo de vida triste e insalubre, além de contribuir para uma rotina de “FUGA”, que conceitua como exageros quanto ao uso de bebidas alcoólicas, excessos alimentares, uso de cigarros e drogas, contribuindo para causar graves distúrbios psicológicos, físicos e sociais.

È bem verdade que a globalização tem contribuído para a evolução tecnológica, a informática, a nova automação, a biotecnologia, reestruturações importantes nas relações entre as nações e nas relações fundamentais. Essa tecnologia radica-se em mecanismos regulados por computadores, que transformou profundamente, por meio das indústrias da comunicação, nossas experiências de tempo e espaço e as estruturas das relações entre as culturas. A nova rede de informação coopera para que os eventos sejam conhecidos e assimilados quase que instantaneamente pelo mundo todo. Tradições e hábitos culturais deram lugar a uma nova cultura que é importada, sobretudo, dos Estados Unidos, igualmente, para todas as nações, massificando as pessoas e as sociedades. Os mesmos bens e estilo de consumo, os mesmos filmes, os mesmos programas de televisão, as mesmas músicas, as mesmas roupas e o mesmo tipo de alimento industrializado, espalham se pelo mundo. (OLIVEIRA, 2001).

Para Popkin; Gordon – Larsen (2004), a obesidade é decorrente de uma transição nutricional, baseada em dois fatores: 1) transição demográfica, devido a mudança entre padrão de alta fertilidade e mortalidade para baixa fertilidade e mortalidade, fenômeno típico das sociedades industrializadas modernas; 2) transição epidemiológica – devido a mudança da padrão de alta prevalência de doenças infecciosas, associada à má nutrição, períodos de fome e péssimas condições sanitárias de meio ambiente, para uma alta prevalência de doenças crônicas degenerativas, associadas com ao estilo de vida da sociedade urbana e industrializada.

Esses autores atribuem, ainda, à transição nutricional fatores relacionados a recessão econômica, modificações da dieta e do padrão de atividade física diária, assim como modificações comportamentais, associadas ao crescimento econômico, à urbanização, à tecnologia e à cultura.

De acordo com Bouchard (2003), a prevalência de sobrepeso e obesidade varia de acordo com a idade, o sexo, a raça e classes socioeconômicas, estando associada ao estilo de vida da população.

Dâmaso; Tock (2005), explicam que nenhuma camada social está livre do risco de desenvolver a obesidade, uma vez que a população pobre também desenvolve obesidade por

não ter alimento adequado disponível, ingerindo alta quantidade de carboidratos e pouca proteína. Por outro lado, as classes médias e altas, desenvolvem obesidade pelos excessos, assim como pela escolha inadequada dos alimentos.

Com relação à associação entre obesidade e pobreza, Sawaya (1977) discute algumas hipóteses: a primeira é a de que as pessoas em situações de carência teriam susceptibilidade genética para o desenvolvimento da obesidade; a segunda seria de que uma desnutrição energética – protéica precoce poderia promover obesidade no futuro e a terceira hipótese, levanta a possibilidade de que a melhoria das condições de vida seria fator preponderante para o excesso de peso.

No Brasil, com a extrema desigualdade social e a sua correlata estratificação social, os valores simbólicos que envolvem o alimento são incorporados de diferentes maneiras pelos distintos grupos sociais. Mesmo provendo cardápios diferenciados entre ricos e pobres, são diversas as influências culturais de outras sociedades, que repercutem em reorganização dos modos de conceber o corpo e o alimento. (FREITAS, 1997, p. 46).

Portanto, convém, ao estudarmos a obesidade, considerarmos o hábito alimentar da nossa população. Na Bahia, a culinária é rica em dendê, óleo de coco e muita gordura animal, o que colabora para aumentar a estatística da obesidade e das suas comorbidades.

Além disso, pessoas mais velhas e de classes sociais mais pobres associam a magreza com enfermidades diversas, assim como aos traços da personalidade, conforme afirma Freitas (2000). As mulheres mais velhas vêem a magreza como uma fragilidade humana, e sobre isso expressam:

A pessoa que tá magra é da natureza dela ser magra; fulano é magro de ruim; quem faz regime mesmo são as brancas, esse povo rico que tem pra escolher e come pouco; regime pra quê? Quem tá magrinha tá fraca. Esse negócio de ficar magra, é fraqueza [...] fraqueza das carnes[...] doença do pulmão [...], esse negócio de moda é besteira, as meninas tudo querendo ficar magra de uma hora pra outra; malucas, vão ficar é tudo doente [...] (FREITAS, 2000b, p.257-264).

Ainda, de acordo com o autor, as mulheres jovens de certo bairro pobre de Salvador, apesar das tradições concebidas sobre o corpo, buscam manter uma imagem corporal para reagir às rejeições sociais de outros grupos sociais, usando o corpo magro como forma de estandardização social.

Na década de 30, do século passado, era usual atribuir à obesidade a denominação de distúrbios das glândulas endócrinas, e só a partir das décadas de 40 e 50 desse mesmo século,

foi que uma aproximação de natureza psicológica passou a receber ênfase nesse processo. (HALPERN, 1998).

Dessa maneira, estudos realizados nas décadas de 1940 e 1950, como os de Newburgh (1942) e os de Kaplan; Kaplan (1957), mostraram que a obesidade nunca é diretamente produzida por uma atividade endócrina. Em geral é decorrente da interação e influência de vários fatores: constitucionais, ambientais (como falta de atividade física e hábitos alimentares inadequados), culturais, sociais, familiares, psicológicos e emocionais. Nesses estudos, alguns enfatizam a influência da hereditariedade, enquanto outros ressaltam os fatores psicológicos e sociais. No entanto, todos admitem a interação entre eles.

A influência da hereditariedade e dos fatores genéticos são, também, ressaltados em estudos realizados por (Abranson, 1977; Stunkard, 1988; Bouchard, 1989; Brownell e Wadden, 1992), onde concordam que é herdada uma vulnerabilidade, uma probabilidade para desenvolver a obesidade, mas que, no entanto, requer um ambiente adequado a fim dela se manifestar, conforme expressa Stunkard (1988). Também Seltzer; Mayer (1966) acreditam na influência dos fatores genéticos, porém, afirmam faltar dados que permitam uma avaliação acurada dos graus de influência desses fatores e mecanismos de transmissão hereditária.

Halpern (1984), por sua vez, afirma que sem dúvida nenhuma há uma predisposição genética para a obesidade, mas essa tendência pode, eventualmente, ser atribuída aos hábitos alimentares da casa, que podem levar ao excesso de peso.

Newburgh (1942) e Kaplan; Kaplan (1957) acreditam que “a constituição do corpo é herdada, mas a obesidade, não”. Esses últimos referem que a ascendência relativa do ambiente, comparada à da hereditariedade, é variável em cada pessoa obesa, mas a importância predominante do ambiente e de outros fatores exógenos parece ser inquestionável, na maioria dos casos.

Enfim, Tock (2005, p. 9) conceitua obesidade como sendo uma doença crônica com bases fisiológicas mais definidas, em que ocorre a participação de vários fatores endógenos e exógenos, causando balanço energético positivo e, conseqüentemente, aumento de tecido adiposo e do peso corporal. Afirma, também, que por se tratar de uma doença crônica, multifatorial a terapia preconizada é multidisciplinar; envolvendo tratamentos médico, nutricional, físico e psicológico.

Assim, a obesidade não é uma doença que não tem causa única, vários são os fatores que contribuem para que ela ocorra, incluindo não só os ambientais, mas, também, fatores genéticos, endócrinos, neurológicos, medicamentosos e psicogênicos. Patologias relacionadas

ao hipotálamo e deficiência do hormônio do crescimento também podem contribuir para seu surgimento.

2.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA OBESIDADE

Fisberg (1995) considera que entre as alterações do nosso corpo, a obesidade é a mais complexa e de difícil entendimento, havendo necessidade de uma abordagem disciplinar do problema.

Desse modo, além de todos os problemas de saúde enfrentados pela pessoa obesa, o problema psicossocial talvez seja o mais difícil de enfrentar. As pressões sociais em torno dessas pessoas geram problemas psicológicos, de aceitação e de auto-estima, trazendo ainda mais, sofrimentos.

Pessoas obesas costumam ser alvo de preconceitos e discriminações. Vários autores são unânimes em afirmar tal sentença comprovando-a em diferentes estudos realizados. São pessoas que cursam menor número de anos na escola, posteriormente encontram dificuldades na disputa de empregos concorridos, têm salários mais baixos e menores chances de estarem envolvidas em um relacionamento afetivo estável. (LAURENT – JACCARD; VANNOTI, 1993; MOORE et al., 1997).

Estudos similares mostram que os preconceitos foram observados também entre estudantes universitários, os quais em testes de múltipla escolha relataram preferir casarem-se com estelionatários, usuários de cocaína, ladrões e até com pessoas cegas do que com obesas (WADDEN; STUNKARD, 1993 e STUNKARD; SOBAL, 1995). Esse preconceito também estende-se entre profissionais de saúde, conforme comprovam Wadden; Stunkard (1993), que em estudo realizado, 80% dos pacientes que realizaram cirurgia bariátrica relataram terem sido sempre, ou quase sempre, tratados desrespeitosamente pela classe médica, devido ao peso.

Nesse sentido, a obesidade foi compreendida, por muito tempo, como conseqüência de um conflito psicológico subjacente. Contudo, à relação entre distúrbios emocionais e a obesidade hoje é controversa, não sendo mais aceita sem reserva, por muitos estudiosos do tema.

Por outro lado, Bychowski (1950), que estudou a obesidade em mulheres, afirma que para a obesa, a comida significa força e serve para fortalecer seu ego fraco. Simbolicamente, a

comida significa amor, predominantemente maternal e os seios da mãe, fonte primeira de desejo e gratificação. Comenta a autora, que o comer pode também significar o resultado direto da angústia de separação em suas várias formas e diferentes níveis.

Na tentativa de explicar psicologicamente, a hiperfagia, autores enfatizam a necessidade de discriminar os conceitos de fome e de apetite a exemplo de Hamburger, (1951); Kathalian, (1992).

Hamburger (1951) assegura que a fome é a expressão fisiológica da necessidade do corpo por energia (comida) e o apetite é um desejo psicológico de comer, o qual dá um prazer antecipatório distinto. Segundo ele, a fome produz o apetite, mas o apetite também pode existir independentemente e pode ser estimulado por outros meios. Ainda, faz relação entre apetite e as emoções, afirmando que o estado emocional da pessoa reflete-se em seu apetite, aumentando-o ou diminuindo-o. A raiva também pode afetar o apetite, e nos estados emocionais mórbidos, como o da depressão, os distúrbios do comer evidenciam-se como sintomas. Nas pessoas obesas o comer em excesso serve a alguma forte necessidade emocional.

Em um estudo psiquiátrico realizado com 18 pacientes, Hamburger (1951) detectou o comer em excesso como resposta a várias situações: comer como resposta a tensões emocionais não especificadas; comer como uma gratificação substituta para situações de vida insuportáveis; comer como um sintoma de doença emocional subjacente, especialmente a depressão e a histeria; comer em excesso como uma adição à comida.

Conrad (1954) afirma que a comida é como um narcótico para a pessoa obesa e que ela procura no alimento um escape das situações estressantes da vida. Ressalta que a hostilidade e a agressividade reprimida é uma das mais freqüentes e importantes causas do comer em excesso. De acordo com a autora, o atendimento a obesidade requer, por parte do clínico, a compreensão dos problemas psicológicos do indivíduo obeso.

Bruch (1973, 1976, 1977) refere que é impróprio afirmar que todas as pessoas obesas são emocionalmente perturbadas. Afirma, também, que a maioria das pessoas obesas que estão “funcionando bem”, não procura ajuda psiquiátrica. Além disso, para aqueles que procuram a psiquiatria, os problemas psiquiátricos não são uniformes. Outras questões devem ser levadas em consideração, como diferenciar entre os aspectos psiquiátricos que têm um papel no desencadeamento da obesidade e aqueles que são criados por ela.

Cormillot (1977), no entanto, descreve que muitos obesos podem ser incluídos dentro da entidade “psicopatia” em função de sua conduta frente a comida; certas formas de enfrentamento da realidade; dificuldade de obter idéias reais e a presença de mecanismos

especiais de defesa. Nicholson apud AZEVEDO; SPADOTTO (2004), em um estudo que envolveu 93 pacientes obesos, concluíram que todos eles apresentavam algum tipo de psicose em graus variáveis.

Rotman e Becker (1970) em uma revisão de casos clínicos de 33 homens e mulheres extremamente obesas, que tinham sido entrevistados por psicanalistas, encontraram o comer em excesso como um mecanismo de defesa, utilizado contra sentimentos inconscientes de abandono e desesperança, originados por situações de perda de objetos.

Mustajoki (1987) contesta essa relação. O autor argumenta que esses estudos são feitos a partir de sujeitos que estão em tratamento ou que passam por consultas psiquiátricas. Argumenta, ainda, que quando os estudos são realizados por nutricionistas ou outras especialidades da medicina, esse quadro modifica-se, e os pacientes não apresentam doenças mentais nem distúrbios emocionais. Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisas desenvolvidas por Faubel, (1989) e Mc Reynolds, (1982).

Autores como Clarke, (1990); Halpern, (1987); Stuart; Jacobson, (1990); Abranson; Wunderlick, (1972)) comprovaram, através de pesquisas realizadas, que a ansiedade é um problema freqüentemente enfrentado pelas pessoas obesas. De acordo com a Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica (1993) a pessoa pode aprender a comer, em resposta à ansiedade, uma vez que a comida normalmente a diminui.

Ainda, Domar (1990) afirma que os distúrbios alimentares são uma forma inadequada de comer na tentativa de camuflar problemas existenciais ou internos, nem sempre reconhecidos e, portanto não enfrentados, tornando cada vez mais complicado resolvê-los. Complementa informando que o estresse, a auto-rejeição, a incidência de depressão, a ansiedade e outros problemas psiquiátricos entre as mulheres com distúrbios alimentares, são altos. Define, ainda, quatro tipos de hiperfágicos: Aqueles que se superalimentam em reação a tensões emocionais inespecíficas (solidão, angústia e insatisfação); Os que comem em resposta a uma tensão crônica e à frustração, o alimento é substituto do prazer; Aqueles para quem a superalimentação oculta um problema emocional subjacente, de forma mais freqüente, a depressão e aqueles que a superalimentação é uma forma de apetite compulsivo e devorador, não estando relacionado com distúrbios emocionais, mas que se tornou um hábito.

Kahtalian (1992) considera que o ato de comer, para os obesos, é tido como tranquilizador, sendo uma forma de localizar a ansiedade e a angústia no corpo, caracterizando dificuldades de lidar com a frustração e com os limites. Refere o autor que isso pode significar necessidade de receber amor, medo de sofrer privações, reação a uma separação ou uma perda e o desejo hostil de eliminar um inimigo.

Kathalian (1992) complementa que a obesidade, quando estabelecida, leva a pessoa a viver em função das dificuldades que o excesso de peso lhe trás. É nessa ocasião que vários aspectos ligados à gordura começam a incomodar: adinamia, dificuldades de executar o ato sexual, limitações de se expor em atividades de praia, esportivas ou sociais, sensação de vergonha, inferioridade, dificuldade de comunicação, entre outras. Comenta, ainda, que outras investigações têm mostrado ser os distúrbios psicológicos são mais freqüentemente ligados às conseqüências da obesidade do que às causas, e explica que muitas pessoas com excesso de peso podem experienciar dificuldades emocionais, não são mensuradas por testes psicológicos, como o sentimento de solidão, resultante da falta de entendimento do seu problema por parte dos amigos, ou da frustração pelo excesso de peso. Dentre os aspectos psicológicos envolvidos na obesidade, alguns são mais comuns e costumam aparecer com mais ênfase nos estudos realizados, destacando-se os fenômenos de auto-regulação da alimentação, ansiedade, imagem-corporal, auto-estima e sexualidade.

Kathalian (1992) esclarece afirmando que a fome dita biológica, é desagradável, dolorosa, desprazerosa e só se encerra através da sua remoção pela comida, enquanto, o apetite, procura o prazer, a satisfação libidinosa, não obedecendo às reservas calóricas. No primeiro o corpo pede a comida, no segundo, à mente é quem pede.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica (1993) a pessoa pode aprender a comer, em resposta à ansiedade, já que a comida normalmente a diminui.

Campos (1993), identificou as seguintes características psicológicas em adultos obesos: passividade e submissão, preocupação excessiva com comida, ingestão compulsiva de alimentos e drogas, dependência, infantilização, primitivismo, não aceitação da imagem corporal, temor de não ser aceito ou amado, indicadores de dificuldade de adaptação social, bloqueio de agressividade, dificuldade para absorver frustração, desamparo, insegurança, intolerância e culpa.

De acordo com Andrade (1995), em um estudo realizado no ambulatório de Obesidade Infantil da Universidade Federal de São Paulo, onde 134 crianças foram atendidas, verificou que 76,8% delas apresentavam razões emocionais importantes, associadas ao surgimento e à evolução da obesidade. Nesse sentido, estudos que busquem entender as características psicológicas ligadas à obesidade são muito importantes.

No que se refere às alterações psicopatológicas e de personalidade, entre as pessoas obesas, as mais freqüentes são as perturbações *bordeline* (BLACK, GOLDSTEIN; MASON, 1992). Quanto às emocionais, as mais freqüentes são do de tipo depressivo, sendo as do tipo ansioso as segundas mais prevalentes (BLACK, GOLDSTEIN; MASON, 1992; GLINSKI,

WETZLER; GOODMAN, 2001). A compulsão para comer (*binge – eating*) é uma das alterações comportamentais mais perturbadoras e pervasivas, sendo o ritual alimentar acompanhado por reações emocionais de irritabilidade, desinibição e raiva. (LANG e COL, 2000).

Stunkard; Wadden (1992) reforçam e acrescentam alterações psicológicas, associadas à obesidade: a distorção da imagem corporal, baixa auto-estima, discriminação/hostilidade social, sentimentos de rejeição e exclusão social, problemas funcionais e físicos, história de abuso sexual, perdas parenterais precoces, história familiar de abuso de álcool, ideação suicida, problemas familiares/conjugais, sentimentos de vergonha e auto-culpabilização, agressividade/revolta, insatisfação com a vida, isolamento social, absenteísmo, psicossomatismo, entre outras. Registram ainda, as dificuldades emocionais estão ligadas aos obstáculos culturais e à preocupação constante com o emagrecimento.

Nesse sentido, o grupo sueco *Swedish Obese Subject (SOS)*, em um estudo prospectivo, acompanhou pacientes que realizaram cirurgia de redução gástrica por oito anos e também um grupo controle em tratamento clínico convencional para obesidade. Foram estudados 346 pacientes e encontrou-se mais ansiedade e sintomas de depressão nos obesos, assim como uma atitude mental negativa frente às situações da vida diária. O mesmo estudo demonstrou que a saúde relatada, em relação à qualidade de vida, era pior nos obesos severos do que em outros grupos de pacientes com doenças crônicas. (WOLF et al, 2000).

Desse modo, estudos têm comprovado que, de um modo geral, as pessoas obesas têm uma longa história de tentativas de redução de peso, principalmente mórbidas. Apesar de seguirem orientações de técnicos de saúde, manter dietas e/ou no uso de fármacos, perdem peso, porém não conseguem manter por muito tempo, recuperando em pouco tempo o peso perdido chegando a níveis mais altos do que os anteriores (FRANQUES, 2003; GARNER; WOOLEY, 1991).

Assim, o tratamento da obesidade não pode estar voltado apenas para uma mera perda de peso. A pessoa obesa, além de ter um corpo acima do peso, tem também sentimentos, conflitos, ansiedade, baixa auto-estima. Quando esses elementos não são levados em conta, a pessoa perde a oportunidade de entender que a doença é uma linguagem que o corpo utiliza para denunciar um desequilíbrio entre ele e a mente, a ausência de autoconhecimento não permite apropriar-se do próprio corpo.

Certamente, o atendimento psicológico a essas pessoas possibilitará a melhor compreensão de si mesma e das outras, ajudando-as a olhar para seus conflitos, descobrindo

seus limites e possibilidades e descobrindo que o peso dos seus problemas é tão complexo, quanto o próprio peso corporal.

2.2 OBESIDADE E CIDADANIA

A obesidade carrega consigo uma série de estereótipos negativos, pré-estabelecidos socialmente, que contribuem objetivamente para a construção de uma imagem totalmente negativa, principalmente, para indivíduos que possuem obesidade severa, cuja referência é a identidade saída do padrão de corpo dominante: o corpo magro.

Nesse contexto, as pessoas obesas costumam ser discriminadas e excluídas socialmente, apresentando tendência ao isolamento social; relações interpessoais conturbadas; dificuldade de locomoção; problemas em conseguir emprego por serem consideradas lentas, além de depressão e ansiedade.

Ressaltamos que costuma não existir, nos locais públicos, mobiliários e equipamentos adequados ao porte dessas pessoas como: cadeiras de teatros, cinemas e aviões, que são, freqüentemente, pequenas e estreitas. Mesmo nas unidades de atendimento médico existem problemas de inadequação, incluindo-se certos aparelhos que suportam até 110 quilos. Também, dificilmente encontram roupas, mobiliários e aparelhos adequados ao peso ou mesmo mais confortáveis. Segundo Zottis (2002), obesos encontram dificuldades ainda no desenvolvimento das tarefas mais simples da vida cotidiana, a exemplo da higiene pessoal e dos afazeres domésticos.

A obesidade é considerada uma doença que deforma não só o corpo, mas a vida, os relacionamentos e a dignidade de quem vivem com ela. As pessoas obesas, no entanto, têm o direito de ter a dignidade preservada, assim como direito à cidadania, garantidas através de políticas públicas.

Nesse sentido, o princípio da dignidade humana está previsto no Artº. 1, inc.III da Constituição Federal e os direitos à vida e à saúde, encontram-se previstos nos artigos 5º, caput e 6º, do mesmo diploma legal, portanto desnecessário seria chamar a atenção para a relevância destas normas constitucionais para quem vive em sociedade. (BRASIL, 1988).

No entanto, operadoras de planos de saúde e seguradoras, por interesses puramente financeiros, muitas vezes negam ao cidadão o direito ao tratamento médico hospitalar. As

peças com obesidade severa, frequentemente, encontram-se desse impasse, tendo que apelar para recursos jurídicos, que lhes venham garantir seus direitos.

Com a entrada em vigor da lei 9.656, em 03 de junho de 1998, houve uma reestruturação do mercado de planos e seguros de saúde que antes era regido pelo Decreto Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, padronizando produtos ofertados pelas diversas empresas do setor, sendo instituído inclusive, o plano-referência de assistência à saúde, que assegura às pessoas obesas o direito de atendimento e de realizar a cirurgia bariátrica.

Desse modo, a Medida Provisória nº 2.177-44 de agosto de 2001, em seu art.10º refere que:

É instituída o plano referência de assistência à saúde, com cobertura médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta lei. (BRASIL, 1988).

O Código de Defesa do Consumidor muitas vezes tem sido utilizado como um mecanismo de defesa dos direitos das pessoas obesas. Os planos de saúde costumam oferecer uma proteção integral a seus beneficiários, através da mídia, de panfletos e outros meios de comunicação, tais propagandas vinculada ou feita por seus prepostos, acaba por constituir um vínculo contratual com seus clientes, conforme especifica seus artigos do 1º ao 3º:

"Art. 1º O presente código estabelece normas de proteção e defesa do consumidor, de ordem pública e interesse social, nos termos dos arts. 5º, inciso XXXII, 170, inciso V, da Constituição Federal e art. 48 de suas Disposições Transitórias.

Art. 2º Consumidor é toda pessoa física ou jurídica **que** adquire ou **utiliza** produto ou **serviço como destinatário final**.

Parágrafo único. Equipara-se a consumidor a coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, que haja intervindo nas relações de consumo.

Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou **prestação de serviços**.

§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista."

O Conselho Federal de Medicina, por sua vez, expediu a Resolução CFM Nº 1.766/05, publicada no D.O.U. em 11 de julho de 2005, na Seção I, p.114, que estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipes, sendo sua principal contribuição a estipulação dos critérios indicativos para tal tratamento (BRASIL, 2005).

Dando seguimento ao objetivo de assegurar o direito das pessoas obesas quanto a garantia de atendimento, em 2005 foi estabelecido a Portaria GM/MS nº 1.075 de 04 de julho de 2005, que institui diretrizes para a Atenção ao Paciente Portador de Obesidade.

Nesse contexto, vale registrar que para garantir a dignidade e a cidadania do obeso, as iniciativas não têm sido apenas de instituições jurídicas. Pessoas obesas que se consideram socialmente discriminadas têm tomado a iniciativa de criar revistas eletrônicas, manifestando-se contra o padrão estético considerado ideal pela sociedade. Uma dessas revistas já possui um nome bem sugestivo: Criaturas GG.

As agências de propagandas também têm demonstrado preocupação com estigma da obesidade e vêm, utilizando modelos com corpos normais, ou até consideradas gordinhas pelos padrões atuais em propagandas de produtos cosméticos.

Os artigos dessas revistas são diversificados, contemplando muitos assuntos, porém sempre enfocados na questão do peso corporal. Tentam estimular as mulheres gordas a se aceitarem como são, levantando suas auto-estima, e a valorização como uma pessoa bonita e com muitos atrativos.

Nesse sentido algumas medidas, ainda que incipientes têm sido tomadas para garantir as pessoas obesas o direito ao tratamento adequado à sua patologia, assim como exercer sua cidadania, buscando combater as críticas, estigma e preconceitos, comumente dirigidas a essas pessoas.

2.3 CIRURGIA BARIÁTRICA (CB)

O Brasil é o país da América Latina que possui maior incidência de obesidade, sendo o segundo do mundo, depois dos Estados Unidos, na realização de cirurgias bariátricas.

De acordo com a definição de De Paula (2003), a cirurgia bariátrica consiste em reduzir o reservatório gástrico e/ou a absorção intestinal, promovendo a redução do peso. No caso da restrição alimentar o estômago é reduzido e, dessa forma, a quantidade de alimentos

sólidos a ser ingerida passa a ser limitada. A disabsorção é obtida fazendo-se um desvio intestinal, assim o alimento ingerido percorre um caminho menor no intestino delgado, diminuindo sua absorção. Essa cirurgia é capaz de reduzir a perda de peso, melhorando a expectativa de vida; prevenindo outras doenças endócrinas, que possam causar obesidade, fornecendo estabilidade psicológica ao indivíduo.

No entanto, existem critérios mínimos para indicação desse tratamento, sendo, freqüentemente, indicado para pessoas que têm obesidade mórbida com o índice de massa corporal (IMC) igual a 40 Kg/m², ou, ainda, para aqueles que apresentam comorbidades, associadas ao risco de vida. A Suíça e os Estados Unidos em 1997 e 1998, respectivamente, adotaram o IMC para classificar os graus de obesidade, o qual é hoje aceito como padrão de medida internacional (SAVASSI – ROCHA, 2003).

A cirurgia bariátrica compreende diversas técnicas cirúrgicas, as quais variam desde a redução do estômago, acrescidas de um desvio do intestino, até a colocação de balões, marca-passos ou anéis no aparelho digestivo.

Dessas diferentes técnicas pode ser utilizada apenas uma delas, isoladamente, ou associadas, em graus variáveis (PAREJA, 2004; DE PAULA, 2003).

Dessa maneira, as denominadas cirurgias restritivas compreendem as gastroplastia vertical ou horizontal de Mason e a de banda gástrica. Nelas, utiliza-se apenas a restrição puramente mecânica à ingestão de alimentos, através da diminuição da capacidade do reservatório gástrico, o qual costuma ser reduzido a um volume de 15 a 30 cm³. Assim, as pessoas só conseguem ingerir uma quantidade pequena de alimentos, com um volume calórico menor do que o habitual, e emagrecem. As cirurgias, apenas restritivas, costumam provocar menores índices de morbidade e mortalidade, no entanto são, também, menos eficientes, considerando-se uma menor perda de peso.

Nas cirurgias mistas, associa-se o componente restritivo (confecção de um pequeno reservatório gástrico) ao disabsortivo, com a exclusão de parte do intestino delgado, atingindo excelentes resultados, são as cirurgias de *Bypass* gástrico e de Capella.

A impactação alimentar, obstrução intestinal, úlceras, infecções, colelítase e erosões das órteses são complicações relacionadas às cirurgias restritivas. A de *Bypass* gástrico, com alça longa, está associada a graves complicações metabólicas tardias e são consideradas disabsortivas, não devendo ser indicada como tratamento primário da obesidade mórbida, em razão da freqüente incidência dessas complicações. As derivações biliopancreáticas ou cirurgia de Scopinaro são, essencialmente, disabsortivas, promovendo grande perda de peso, porém à custa de má-absorção de gorduras, proteínas, ferro, cálcio, vitaminas lipossolúveis

(A, D, E, K), além de conduzirem a um alto índice de efeitos colaterais como a Síndrome de Dumping e a diarreia. Podem, ainda, apresentar encefalopatia de Wernicke, que é uma complicação metabólica caracterizada por ataxia, coma, perda visual progressiva, paraplegia, anemia ferropriva, deficiência de tiamina, neutropenia e fraqueza muscular. Conduzem também à complicações nutricionais como a esteatorrêia, flatulência, deficiência de ferro e cobalamina, desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos e alopecia, pela deficiência de ácidos graxos e zinco. Dentre as complicações psicológicas, podem ser encontradas depressão, ansiedade, episódios bulímicos, compulsão alimentar, Síndrome do comer noturno, abuso de álcool ou outras drogas e anorexia nervosa (SAVASSI e ROCHA, 2003).

Assim, apesar da eficácia e da relativa segurança da cirurgia aberta, observa-se índices significativos de complicações, principalmente daquelas relacionadas à incisão cirúrgica, tais como hérnias incisionais e infecção do tecido subcutâneo.

A cirurgia laparoscópica (cirurgia por vídeo ou popularmente chamada de cirurgia a Laser) revolucionou o tratamento cirúrgico, baseando-se no princípio de mínima agressão, reduzidos índices de complicações, curto tempo de internação hospitalar, rápida recuperação e melhor estética. Além disso, na maioria das cirurgias, a qualidade do procedimento não é comprometida pela abordagem laparoscópica.

Dessa maneira, a abordagem por vídeo permite a realização dos mesmos passos da abordagem aberta com maior segurança, seguindo os mesmos critérios de indicação daquela com incisão abdominal, considerando-se, entretanto, as mesmas contra indicações para a cirurgia.

Uma desvantagem da cirurgia bariátrica por vídeo envolve o custo elevado, uma vez que ela depende do uso de equipamentos especiais e requer maior habilidade do cirurgião. É importante frisar, também, que durante qualquer cirurgia por vídeo, inclusive para obesidade, é possível a conversão para cirurgia aberta, sempre com o objetivo de manter a segurança do paciente, como nos casos de dificuldade técnica, limitação do campo cirúrgico ou a falha de algum equipamento. Deve ser registrado, ainda, que alguns serviços, realizam somente um tipo de procedimento, enquanto outros estão aptos a oferecer as diferentes opções técnicas. Assim, a escolha da técnica cirúrgica não deve se basear apenas na experiência do cirurgião, mas, também, nas variáveis individuais, considerando os hábitos, aspectos psicológicos e expectativas da pessoa. Desse modo, o processo de avaliação pré-operatória necessita de ser bem feito, de modo a assegurar que a pessoa seja bem orientada a respeito do procedimento, de modo a prevenir complicações pós-operatórias imediatas, que são semelhantes às de

qualquer cirurgia abdominal de grande porte, tais como: deiscências ou infecções intra-abdominais, complicações respiratórias e tromboembolia pulmonar.

As complicações tardias, provenientes da cirurgia bariátrica, variam com as técnicas utilizadas, se restritivas ou absorptivas, sendo comum encontrarmos deficiências nutricionais, anemias intensas, neuropatias, intolerância à glicose e problemas psicológicos. Essas complicações estão relacionadas à Síndrome de Dumping, a qual é definida como um “conjunto de alterações vasomotoras e neuroendócrinas, que geram os sintomas da Síndrome como: náuseas, cólicas abdominais, diarreia, taquicardia, fraqueza, síncope, que desencoraja o consumo de alimentos ricos em carboidratos simples” (SAVASSI; ROCHA, 2003 p. 131).

Assim, o sucesso desse tratamento é assegurado ao se conseguir um pós-operatório isento de complicações, perda de peso esperada, e ausência das afecções associadas, traduzindo-se em melhora efetiva da qualidade de vida do indivíduo.

No que se refere ao aspecto legal da cirurgia bariátrica, em julho de 2005 o Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições, estabeleceu a PORTARIA Nº 390 DE 06 DE JULHO DE 2005, considerando a necessidade de regulamentar a atenção aos pacientes com indicação de cirurgia bariátrica. Essa Portaria regulamenta a necessidade de definir as Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, bem como determinar seus papéis na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho das suas funções; a necessidade de auxiliar o gestor no controle e avaliação da atenção às pessoas portadoras de obesidade grave, estabelecendo um sistema de fluxo de referência e contra-referência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Define, ainda, as Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave; quais as características que devem possuir essas Unidades de Saúde no que se referem aos recursos humanos, materiais e financeiros; instalações físicas, recursos diagnóstico e terapêutico;

Essa Portaria, no anexo V, normatiza:

“A Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave constitui-se na referência para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, de acordo com as normas descritas nesta portaria e deverá contar com estrutura física, equipamentos e recursos humanos especializados, com o objetivo garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo terapêutico clínico-cirúrgico, visando a alcançar impacto positivo na sobrevivência, na menor morbidade e na melhor qualidade de vida do obeso grave, respeitando a equidade na entrada em lista de espera única para a cirurgia bariátrica, de acordo com a gravidade do doente. Os critérios desta lista única estão descritos no item "V-B - Critérios de Priorização de Lista Única para Cirurgia Bariátrica" (BRASIL, 2005).

Normatiza, ainda, o credenciamento dessas Unidades de saúde; normatização dos papéis das Secretarias de Saúde e do Município, além de se reportar aos riscos e complicações da Cirurgia Bariátrica:

Quanto à mortalidade e morbidade nos primeiros 30 dias pós-operatórios (peri-operatória), não há parâmetros conclusivos diferenciando as três modalidades operatórias consideradas, mas os dados são indicadores de serem mais dependentes da capacidade técnica dos cirurgiões do que do tipo de procedimento.

Já as complicações de curto e longo prazo são dependentes, primariamente, do tipo de operação realizada. Os procedimentos cirúrgicos podem ter repercussões nutricionais, sendo necessárias reposições com suplementos vitamínicos, que nem sempre apresentam uma resposta adequada. Pode haver, também, complicações digestivas como “dumping” e colelitiase entre outras.

Em relação aos riscos da cirurgia a Portaria relata que “O risco de morte do desvio gástrico com Y de Roux é de 1%, variando entre 0,5% e 1,5% e as complicações do pós-operatório são aproximadamente 10%”.

Mesmo com essas medidas Dâmaso (2001) afirma, que os direitos dos cidadãos obesos ainda não estão bem definidos, porém cita que algumas iniciativas já foram discutidas pela UNESCO, dando subsídio para a implementação de políticas públicas que assegurem os direitos do cidadão obeso. Além da UNESCO, estudos da Força Tarefa Para o Estudo da Obesidade no Brasil, filiada a *International Obesity Task Force* (IOTF) em parceria com a Sociedade Brasileira para o Estudo da Obesidade e o Ministério da Saúde, têm implantado e ampliado estratégias de intervenção em obesidade, assegurando princípios norteadores que possam garantir de alguma forma os direitos do cidadão obeso.

Atualmente dispõe-se do método *Bariatric Analysis and Reporting Outcome System* (BAROS), para avaliar os reais resultados dos tratamentos cirúrgicos em obesos mórbidos, visando verificar não apenas a redução e manutenção do peso, mas, também, a melhora da qualidade de vida das pessoas que se submetem a CB.

Esse Método, que analisa a eficiência da cirurgia, tem sido alvo de reavaliação, apresentando novas versões ou pequenas alterações, que são validadas, a fim de aprimorá-lo e torná-lo mais eficiente. O Método clássico do BAROS tem se mostrado eficiente e deve continuar a ser utilizado nas pesquisas de eficiência da cirurgia bariátrica (WOLF et al, 2000).

2.4 O CORPO E A IMAGEM CORPORAL

2.4.1 O corpo

O corpo, há muito tempo, tem sido metáfora da cultura, que se manifesta de diversas maneiras: através de rituais diários, do modo como cuidamos dele, como comemos, nos vestimos, nossos hábitos de higiene, e normas e práticas que utilizamos, aparentemente triviais. O corpo é um instrumento fidedigno para aferir a vida de uma sociedade.

O corpo, além de ocupar um espaço no tempo, espelhando a vida social de uma sociedade em determinada época, ele fala, senão na linguagem que se instituiu “falar”, mas através de sinais, evocando uma série de marcas implícitas reveladas pelos gestos, posturas, hábitos, expressões, caracterizando o sujeito como membro de um grupo social. O corpo permanece em constante comunicação com o mundo, devendo ser entendido, considerando-se a cultura e a relação com as pessoas, uma vez que não possui uma linguagem única.

Assim, o corpo utiliza-se de várias formas de comunicação, que concretiza a vida e suas ações, sendo constituído e representado simbolicamente nas relações. Nesse contexto, corpo é um objeto para qual a sociedade atribui significados, expectativas e sensações, ditando-lhes normas, seja em relação à estética, à expressão, seja em relação à saúde, à higiene e à sexualidade (CARVALHO, 2002).

As preocupações com a cultura, incluindo a cultura corporal, surgiram associadas tanto ao progresso da sociedade e do conhecimento, quanto às novas formas de dominação. Elas foram institucionalizadas, constituindo-se como parte da própria organização social na qual estão embutidas (ROMERO, 1995 p.17). Esse autor salienta, ainda, que na antiguidade clássica, o corpo era valorizado como elemento de glorificação e de interesse do estado, pois, nas cidades gregas, as atividades corporais contribuíam para o sucesso dos jogos olímpicos, que, por sua vez, serviam de coesão cultural e status social. A Vênus de Milo, uma escultura entalhada em madeira no ano 100 a.c., a deusa do amor, cujo quadril, barriga e rosto arredondados era o protótipo da formosura na época helenística, refletia uma grande beleza .

Mira (2004) comenta que a gordura já foi sinônimo de festa, fartura de comida e de bebida, um ideal inatingível pelos pobres, cujo cotidiano era marcado pela fome, pelo frio e pelo abandono.

Para Elias (1994), já existia durante a Idade Média uma preocupação da sociedade com os excessos do corpo e do comportamento perante a mesa, e a comida. Nessa época foram escritos manuais de boas maneiras, para padronizar o comportamento dos nobres europeus, orientando-os a evitar “cair vorazmente” sobre os alimentos, ou de pegar os melhores pedaços no prato e de cortar, sem excessos, os pedaços de pão. Mira (2004) por sua vez, enfatiza que a nobreza européia do século XVI a XVIII, com a ascensão do conceito de civilidade, foi a primeira a se afastar de alguns hábitos alimentares comuns na Idade Média.

Desse modo, o que a princípio parecia ser apenas uma mudança de um padrão estético, na verdade tratava-se de uma transformação mais profunda das relações e comportamentos sociais. As regras de cortesia, de civilidade e de bom comportamento à mesa, acarretaram mudanças muito mais importantes do que as normas de convivência em sociedade: determinaram uma tendência de controle sobre os corpos, sobre as funções orgânicas e sobre os excessos, o que se reflete até hoje.

Durante o período renascentista aconteceu a redescoberta do corpo, através da arte, onde o nu corporal foi destacado através das obras de Michelangelo, que expunha a anatomia humana com a perfeição das suas esculturas.

No entanto mulheres gordas também foram amplamente retratadas em quadros e esculturas. Em 1552, por exemplo, Veronese pintou A Bela Nani, ideal de beleza feminino desse período.

O corpo devia ser entre o magro e o gordo, carnudo e cheio de suco, segundo um literato francês. A “construção” como se dizia-se então, tinha que ser de boa carnadaura. A metáfora servia para descrever ombros e peitos fortes, suportes para seios redondos, e costa em que não se visse um sinal de ossos. (Del Priore, 2000, p.18).

Segundo Fischler (1990), um pouco de adiposidade era sinal de *status* e de riqueza no século XIX, e embora não fosse desejada por todos, era mais tolerada, pois estava imbuída de certo prestígio social. No entanto, o autor também chama atenção para o fato de que, no passado, era “preciso ser bem mais gordo para ser julgado obeso e bem menos magro para ser considerado magro”. (FISCHLER, 1995, p.79).

Um exemplo apresentado por Pope Jr.; Phillips; Olivardia (2000), é o quadro “Vênus e Adônis”, pintado pelo italiano Tiziano Vecellia di Gregório. Nessa obra, o pintor retrata um Adônis gordo, fora de forma e uma Afrodite que também destacava-se pelo excesso de gordura.

No período da revolução industrial o corpo perdeu sua expressividade e passou a ser considerado como um objeto, técnico, previsível e controlável por meio de operações e cálculos, modificando-se também, o estilo de vida das pessoas. A autora utiliza o conceito de estilo de vida, como sendo a maneira como os indivíduos produziam cotidianamente sua existência social, os modos de consumo, as formas de organização do lazer e as relações interpessoais.

Foi a partir do século XVIII, que o excesso de comida começou a ser apontado pela equipe médica como causador de mortes prematuras. Soares (1994) informa que na Europa do século XVIII e início do século XIX começou-se a desenvolver, por meio de políticas de saúde, medidas de concepções da medicina social, que levava ao controle dos corpos dos indivíduos, passando a ser feito pelo poder do Estado. Era necessário garantir corpos saudáveis para atender as novas exigências do mundo capitalista e proteger a burguesia das endemias e doenças infecto-contagiosas. As concepções da medicina social higienista constituíram-se instrumentos de intervenção na sociedade, impondo hábitos, costumes e valores. Essas normatizações moralistas e de fundo educativo, experimentados inicialmente pela Europa, foram importadas para o Brasil, ainda no século XIX.

Desse modo, além de influenciar nas políticas de saúde o projeto burguês de sociedade, importado pela Europa, foi decisivo para o delineamento de um ideal de beleza magra no Brasil. Os viajantes criticavam a corpulência das brasileiras e ridicularizavam seus costumes, tendo como corretos os padrões de beleza e de estética, que já traziam, do corpo magro, como referência (STENZEL, 2002, p.34). Nos seus relatos mostravam o choque que vivenciaram com as diferenças culturais, em relação ao padrão estético das brasileiras, comparando-as com as mulheres inglesas.

(...) Afirma-se que o maior elogio que se podia dirigir a uma dama do país é dizer que está ficando, a cada dia mais gorda e mais bonita, coisa que cedo acontece a maioria delas (...) Cheias e arredondadas quando mocinhas, ao chegarem aos trinta anos já eram matronas corpulentas, incapazes de exercer qualquer fascínio sobre nossos visitantes (QUINTANEIRO apud STENZEL, 2002, p. 34).

Assim, sob o olhar masculino, a diferença entre a mulher gorda e a mulher magra atingi o seu comportamento e o seu caráter com sérias desvantagens para as últimas.

O ideal de feminidade do séc. XIX, por exemplo, era a delicadeza, o encanto, a passividade sexual e um estado emocional instável e caprichoso. Representada pela figura do tipo “ampulheta”, que realçava os seios e os quadris, contrastando com uma cintura bastante

afunilada, possível de ser conseguida através do uso de espartilhos, apertados, semelhantes às cintas elásticas utilizadas hoje com o objetivo de esconder o excesso de gordura localizado. Essas características eram produzidas de acordo com as normas que regiam a construção da feminidade predominante.

Com o invento do cinema e da televisão, as normas estabelecidas da feminidade estabelecidas passaram, cada vez mais, a serem transmitidas culturalmente, através do desfile de imagens culturais padronizadas. Passamos a conhecer o ser ideal pela representação exterior: a imagem. Não determinam como uma dama deve comportar-se, porém, determinam como deve vestir-se, configurar seu corpo, as expressões faciais e os movimentos. Desse modo, a feminidade tornou-se uma questão de interpretação, e passamos a conhecer seu ideal através das representações exteriores.

Rodrigues (1999) ressalta que o mito de uma ascensão progressiva a um corpo perfeito do futuro, confunde-se com o mito da perfeição da antiguidade. O corpo dos heróis ou corpo dos deuses mesclavam-se em uma galeria, onde a humanidade teria, finalmente, atingido o corpo perfeito, a partir do seu grau evolutivo de civilização.

No Brasil, a partir do século XX mudam-se os padrões culturais de corpo, fixando-se no ideal da magreza, o que vem crescendo, vertiginosamente, atendendo aos vários interesses capitalistas, aliada a crescente glorificação do corpo está ênfase, cada vez maior, na exibição pública do corpo, antes tão encoberto. Expostos as críticas e obedecendo aos olhares exigentes da sociedade os corpos precisam estar cada dia mais magro e obedecendo aos padrões de beleza pré-estabelecidos, exigindo das pessoas autocontrole da sua aparência física.

De acordo com Goldemberg; Ramos (2002, p. 25) “o decoro que antes, parecia se limitar a não exposição do corpo nú, se concentra agora, na observância das regras de sua exposição”.

Nesse contexto, o capitalismo procura captar os desejos dos indivíduos no que se refere ao trabalho e ao lazer para colocá-las a serviço da economia de lucro. Desse modo, cria uma massificação cultural, que impõe um estilo de vida padrão, assim como um ideal de corpo, modelo de civilização. As pessoas acabam incorporando as práticas sociais como um estilo de vida seu, respondendo aos estímulos que recebem da sociedade e dos meios de comunicação de massa. Assim, o sistema impõe o seu próprio modelo de corpo através das propagandas que padronizam os desejos transformando-os em um ideal social para atingir os consumidores. Nessa perspectiva, busca estruturas que sejam adequadas, colocando-as a serviço da economia, do lucro, despertando no consumidor uma nova necessidade, necessidade a qual para ser satisfeita, pode levar alguém a um grande sacrifício, na ilusão de

alcançar a felicidade prometida com aquisição dessa mercadoria. Enquanto isso, outras necessidades estão sendo desenvolvidas, a cada minuto, para buscarmos mais uma forma efêmera de prazer. Assim, Quanto mais necessidades forem criadas, mais infeliz torna-se o ser humano. O produtor, por sua vez, alheio aos princípios éticos, esquece-se de ver o outro em sua singularidade, enxergando-o apenas como um consumidor potencial (ROMERO, 1995).

Sobre isso, Freitas (1987) explica que a indústria cultural é, o mais eficiente instrumento a serviço do poder capitalista dominante. Através dos diversos meios de comunicação, encarrega-se de produzir desejos e reforçar imagens de corpos padronizados, e que, para não perder o seu público, simplifica os temas, esvaziando-os de crítica, tornando-os atraentes e digeríveis. Corpo e sexualidade são presenças básicas em todo movimento comercial, seguindo a direção estabelecida pela produção e pelo consumo, ajudando a vender. Porém, ao mesmo tempo em que é apresentado associado à sexualidade e a beleza, dotado de liberdade, o corpo é tomado como fonte de ameaça, na medida em que o que se propaga é diferente da realidade de muitos. Aqueles que não conseguem manter-se nesse fluxo correm o risco de ser empurrado para a margem da sociedade, sofrendo todo tipo de preconceito.

Sendo assim, a sociedade capitalista torna-se, cada vez mais, uma sociedade de consumo, onde as pessoas começam a ter acesso a uma grande quantidade de bens, com o objetivo de satisfazer às necessidades geradas a partir do seu próprio estilo de vida. Consomem-se bens, gostos e valores e, também, consome-se o corpo.

A sociedade de consumo apresenta, ainda, uma série de possibilidades, antes reservada aos ricos, estando, hoje, disponíveis a um grande número de indivíduos, associadas a muitas promessas de felicidades. Por isso, os mergulhos no aprimoramento dos próprios corpos representam a motivação básica, que impulsiona o comportamento na sociedade industrial, na atualidade.

Nesse cenário, a velocidade da tecnologia e da comunicação tem contribuído para a construção de conceitos éticos, assistências e culturais alienantes, onde o indivíduo perde a autonomia, e a liberdade de determinar pessoalmente a sua vida.

Santos (1990) lembra que o corpo produz sensações, emoções e imagens, e por isso ele não pode ser pensado sem a determinação do homem no mundo. É a cultura, pois, que vai determinar a maneira como o corpo se expressa. Por isso, é preciso compreender o sentido, o significado que têm as práticas corporais para as pessoas que as vivem.

Desse modo, precisamos aprender o que é a sociedade, o que são seus instrumentos, porém não devemos utilizá-los em detrimento de nossas próprias capacidades de expressão. Nesse sentido, é necessário que se criem condições para que possamos adquirir meios de

expressão, relativamente autônomas e não recuperáveis pela tecnologia das diversas formas de poder. É preciso que nós, seres humanos, não nos contentemos apenas em adquirir hábitos, mas nos desvincularmos dos modelos, da culpabilidade, das marcas que a racionalidade tecnológica têm inscrito em nossos corpos. (GUATTARI, 1987).

A visão fragmentada do homem faz com que o corpo torne-se vítima do próprio homem. O corpo tornou-se cobaia para experiências científicas, além de máquina para a produção, totalmente desprovida de emoções e personalidade própria. Pior ainda, a fragmentação do indivíduo tornou-se meio eficaz para moldá-lo, de acordo com os interesses da classe dominante.

Nesse contexto, levantamos uma questão ética, pois Kunt (1987) afirma que a ética deve-se a idéia básica de que o corpo humano, o indivíduo, jamais deve ser usado como um meio para se chegar a um fim. Essa máxima procurou nortear a ação e a conduta moral do indivíduo para o reconhecimento da dignidade do outro, que jamais deve ser tratado como um instrumento para se chegar aonde se quer. O ser humano deve ser tratado sempre como um fim e jamais como um meio, segundo Kunt, entendendo que a ação moral em relação ao corpo do outro esteja ligada à capacidade de cada um reconhecer em todos os homens e em todas as mulheres o seu direito e sua dignidade. Assim, o uso indiscriminado do corpo através da história, transformando-o em objeto possível de ser manipulado, adequando-se para viver em sociedade fundamenta-se em princípios antiéticos.

Além disso, as relações interpessoais, que se fundamentam só na permuta de vantagens, ou apenas na beleza física, tende a ser fulgaz, considerando-se que os valores não são eternos, e quando deixam de existir, acabam-se com eles, o motivo da união.

As mulheres, por sua vez, em busca de um ideal de feminidade e jovialidade têm sido o grande foco da sociedade consumista, e busca constantes mudanças na aparência de seus corpos, algumas insignificantes e outras bastante extravagantes. Nessa cultura da superficialidade, deslumbrada por imagens, temos dificuldades crescentes em distinguir os verdadeiros valores interiores.

De acordo com Jaggar; Bordo (1997), induzidas por meio de disciplinas rigorosas e reguladoras sobre dieta, maquiagem, e o vestuário, as mulheres continuam a guardar em seus corpos sentimentos e convicção de carência e insuficiência. Citam Foucault, que denomina esses corpos de “corpos dóceis”, aqueles cujas forças e energias estão habituadas ao controle externo, à sujeição, a transformação e ao aperfeiçoamento.

Silva (1995, p.112) refere que “as mulheres por sua vez, pelo próprio condicionamento cultural, são conduzidas a uma concepção de si mesmas em autodepreciação

em que avulta a busca da identidade”. Os corpos das mulheres são serializados, colocados em formas únicas, em que não há lugar para todas. Sufocam o singular, as formas alternativas de pensar o corpo, a vaidade e a sexualidade. A esbeltez exagerada parece ser a caricatura do ideal contemporâneo de beleza, tornando o corpo admirável, atraindo a atenção do outro.

Entretanto, a magreza é, também, apenas mais uma caricatura, que exige por si mesma interpretação. É o sentido que torna o corpo admirável, que atrai a atenção do outro. Essas normas impõem idéias e diretrizes altamente contraditórias, criando conflitos difíceis de serem resolvidos. Se por um lado nossa cultura continua a apregoar concepções antigas de feminidade, defendendo idéias domésticas de dependência ideológicas dos seres masculinos, por outro, para uma divisão sexual de trabalho, têm a mulher como principal fonte de nutrição emocional e física.

Jaggar; Bordo (1997) ressaltam que a construção cultural está, naturalmente, homogenizando e normatizando, tentando fazer com que todas as mulheres busquem alcançar um ideal padronizado, coercitivo, tentando, até mesmo seguir as diferenças de raças, classes e outras diferenças culturais.

No que concerne a educação desde pequenos somos ensinadas como devemos fazer as coisas do jeito que todos fazem: “tire a mão daí, não ponha isso na boca”. Podados em nossa natural curiosidade, acabamos desaprendendo a usar nosso próprio corpo, para utilizá-lo da forma como nos é ensinado. Acabamos por limitar nossa criatividade, nossa experiência corporal e o desenvolvimento de novas experiências. Aprendemos, assim, a imitar os outros.

De acordo com Maurs (1974), a transmissão de hábitos e valores culturais é realizada por meio de um processo de imitação prestigiosa. A criança copia procedimentos que obtiveram êxito de pessoas que lhes são importantes. Isso significa, muitas vezes, que a atitude dos pais tende a ser imitada pelos filhos. Por meio desse processo de imitação é possível perceber a força da tradição de um determinado valor ou costume cultural e ao se tentar contrariar tais expectativas, a sociedade nos marginaliza. Não resta dúvida que acaba sendo mais cômodo cumprir os ditames sociais e, assim, ser valorizado como uma pessoa bem sucedida. Porém, não devemos esquecer que, embora a cultura influencie o comportamento humano, somos nós quem produzimos e transformamos a cultura no dia a dia. Por isso, não devemos simplesmente cumprir as regras sociais, passivamente, nos moldando às regras ditadas pela cultura.

Giusta (1985, p. 24) afirma que “O comportamento é entendido como produto das pressões do meio ambiente, significando o conjunto de reações à estímulos, que podem ser

medidas, previstas e controladas”. Esse comportamento é desvinculado da situação na qual ele é criado e se manifesta, reduzindo o sujeito a um mero executor de padrões de movimento.

Para Foucault (1987), o poder está em todas as instâncias da sociedade e se produz a cada instante. Atingindo, assim, vários níveis elementares do ser humano: seu corpo, seus gestos, comportamentos, atitudes, hábitos, seus desejos e seus discursos. Desse modo, cada indivíduo interioriza essa constante vigilância e passa a vigiar a si próprio.

Chauí (1990), por sua vez, comenta que a sociedade procura convencer cada indivíduo de que estará fadado à exclusão social, se cada experiência sua não acompanhar a cultura pré-estabelecida. Transforma-se a cultura em um guia prático, para viver corretamente. Orienta-se quanto à alimentação, a sexualidade, o trabalho, o gosto, o lazer, constituindo-se poderoso elemento de intimidação social. Complementa que, os aspectos da corporeidade recaem nesse discurso: o que uma sociedade diz e silencia sobre o corpo, não se sabe qual é a moralidade dessa fala e desse silêncio.

A indústria cultural através dos meios de comunicação modela o imaginário, cria atitudes, ideais, personagens, impondo-se nas relações entre os indivíduos. O mito da beleza não admite feiúra, obesidade ou velhice, vende-se um modelo estético que as exclui socialmente.

Helman (1994) chama a atenção para o fato de que em algumas regiões da África Ocidental, pais abastados enviavam suas filhas para “clínicas de engorde”, onde passavam a ser alimentadas com dieta rica em gordura e ficavam privadas de fazer exercícios físicos para ficarem “rechonchudas” e pálidas. Desse modo, eram aceitas socialmente, pois culturalmente essas características lhes instituíam sinais de riqueza e fertilidade.

Rodrigues (1986), também, discorre sobre essa prática, comentando que moças, na época de sua puberdade, utilizavam diversas técnicas capazes de favorecer a obesidade, prática cultural que representava a beleza à sua época.

Helman (1994) argumenta, ainda, que ao mesmo tempo em que a sociedade elege determinados padrões estéticos, também cria diferentes maneiras de se enquadrar nesses padrões. Às vezes, recorrendo a práticas invasivas como as cirurgias, entre elas, as cirurgias plásticas, ou a colocação de bambus e argolas introduzidos na cavidade nasal, ou simplesmente recorrendo a pinturas no corpo. Assim, o corpo torna-se objeto de exposição, que necessita tornar-se estético, conformes padrões culturais, para nos representar, da melhor maneira possível, aos olhos dos outros.

As desordens alimentares foram características da cultura dos anos 80, do séc. XX para as quais as mulheres foram particularmente vulneráveis. Essas desordens tiveram um

significado simbólico para o gênero feminino, que possui o corpo profundamente marcado por uma construção ideológica de feminidade, típica de cada momento cultural. Essas interpretações são, por isso, mais complexas e não envolvem apenas um ideal vago sobre moda. Envolve gênero, dimensões econômicas e psicossociais, histórias éticas e de classe.

Powdermarker (1997) afirma que o desejo contemporâneo de modificar os corpos e de cultuá-los, assim como à juventude, aparece mais fortemente entre as mulheres do que entre os homens. Assim, tem crescido progressivamente a incidência das desordens alimentares, a crescente insatisfação e a ansiedade entre as meninas e as mulheres em relação à sua aparência e os regimes compulsivos de aperfeiçoamento corporal. Esse assunto tem atingido maior destaque, após a mídia veicular casos de óbitos em modelos, ainda meninas, em face à anorexia.

Deve ser registrado que, mesmo após a revolução feminina e a independência econômica, que as mulheres vêm alcançando, após entrarem no mercado de trabalho, nossa cultura continua a apregoar que elas devem aprender a alimentar outras pessoas antes de alimentar a si próprias. Qualquer desejo de auto-alimentação e cuidado consigo mesma é visto como um comportamento egoísta.

Por outro lado, ao conquistar o mercado de trabalho, ocupando postos de trabalho masculino, ensina-se às mulheres que necessitam também adotar comportamentos masculinos, exigindo jornadas de trabalho dobradas; assumam a responsabilidade econômica pela família; o cuidado com os filhos e, ainda, que sejam sexualmente atuantes e disponíveis. Exige-se que aprendam a incorporar linguagem e valores masculinos, como: o autocontrole, a determinação, a calma, a disciplina e o domínio das situações

De acordo com Bordo (1997), o controle feminino do apetite é apenas uma expressão mais concreta das normas que regem a construção do feminismo. Complementa afirmando que a fome feminina é retratada como algo que precisa ser controlada, pois, o comer feminino é visto como algo vergonhoso e ilícito, uma vez que foge as normas contemporâneas do modelo de esbeltez. O comer feminino deve ser ensinado, controlado, assim como as demais virtudes tradicionais e passadas desde tenra infância; a mulher da casa cabe cuidar dos afazeres domésticos, cuidar dos irmãos e dos pais.

Nesse sentido, essas normas acabam por impor ideais e diretrizes altamente contraditórias, criando impasses difíceis de serem resolvidos e os corpos femininos acabam falando desses conflitos, através da configuração corpórea enxuta, do uso de roupas mais próximas da masculinidade, atualmente também em moda.

Saborosos alimentos, por sua vez, muitas vezes na forma de um minúsculo pedaço de chocolate, vêm a ser generosa recompensa por um dia de cuidado dedicado aos outros. No entanto, deve ser contido e limitado como convém socialmente às mulheres, pois quando adotamos a ginástica diária, resistimos às nossas fomes e aos nossos desejos de gratificar a nós mesmos, estamos tentando, mais uma vez, copiar as virtudes masculinas de controle e autodomínio. Por outro lado, quando comemos demais, estamos reforçando o que nos foi ensinado sobre feminilidade estar associada a falta de controle emocional e autodomínio. Assim, pessoas obesas continuam sofrendo o estigma de que são fracas emocionalmente e não possuem autodomínio.

De acordo com Smith-Rosenberg apud BORDO (1997), as desordens dos corpos femininos passam a representar, através de uma patologia, um protesto, muitas vezes inconscientes, sem recorrer à linguagem, à voz, ou à política, mas, sim, pela linguagem do corpo, exprimindo aquilo que as condições sociais tornam impossível dizer linguisticamente. As patologias corporais tornam-se um caminho, através do qual podem expressar a insatisfação de um ou de vários aspectos de suas vidas.

Nesse contexto, muitas mulheres tornam-se envergonhadas de seu apetite e das suas necessidades, passando a exigir de si mesmas um trabalho constante de transformação do seu corpo, como modo de acusação a uma cultura que despreza e reprime a fome feminina. Paradoxalmente, em vez de transformar as condições culturais que as oprimem, acabam reproduzindo, justamente, aquilo que desencadeia seu protesto, sendo manipuladas para manter a ordem estabelecida.

Romero (1995), reiterando o discurso de Bordo (1997), afirma que no Brasil começa a surgir uma explosão de discursos e propagandas que procuram induzir as pessoas a determinadas práticas corporais e a certos comportamentos em relação a seus corpos, que se possa compreender o que está por trás da busca de um corpo saudável e bonito, trabalhando para desmistificar certos modelos produzidos pela sociedade. Deixa claro que o corpo não pode ser visto, como faz a lógica capitalista, como um simples objeto de produção e consumo, uma máquina que pode ser reparada.

Almeida (2005) denomina o século XXI a era da lipofobia, uma aversão cultural ao excesso de gordura ou, ainda, o medo de se afastar do ideal do corpo magro, que afeta tanto os homens quanto as mulheres, levando-os a tendência crescente ao uso de medicações e intervenções desenfreadas do corpo. Nem mesmo as pessoas obesas mórbidas, que já ultrapassaram e muito o peso considerada normal, escapam dessa rígida necessidade de auto-

controle, pois, mesmo gordas, têm que controlar o aparecimento do excesso de gorduras localizadas, celulites, flacidez e estrias.

Nesse sentido, Villaça; Góes (1998) afirmam que o corpo apresenta-se como um importante produtor de identidades, pois é o primeiro a se impor em um contexto de interação social quando as organizações das identidades e das nações perdem, seu poder aglutinador. Com o fenômeno da globalização, o corpo e suas expressões passaram a determinar uma nova identidade social. Afirmam, ainda, que os atuais movimentos de identificação e de representação dão-se paradoxalmente por meio da transmutação do corpo, através das cirurgias e outras práticas estéticas. Todo esse processo propiciou o aparecimento de novos atributos que podem produzir identidade, como, por exemplo, corpo e sexualidade.

Desse modo, o conceito de identidade, segundo Cuche (1999), é o conjunto de suas vinculações em um sistema social, ou seja, a uma classe de gênero, a uma classe de idade, a uma classe social ou a uma nação. Afirma que essa identidade não diz respeito unicamente ao indivíduo; todo grupo também é dotado de uma identidade, que significa ao mesmo tempo inclusão e exclusão.

De acordo com a concepção de Hall (2001), na atualidade, estamos vivendo a emergência de um sujeito pós-moderno, onde a identidade unificada e estável está se tornando fragmentada e descentrada. O sujeito é composto não de uma única, mas de várias identidades, algumas vezes contraditórias ou não resolvidas. Ele informa que as identidades são pontos de apegos temporários às posições dos sujeitos, que as práticas discursivas constroem para nós.

Essa linha de pensamento faz-nos pensar, que na medida em que os sistemas e representação cultural multiplicam-se, somos confrontados com uma grande variedade de identidades, com as quais podemos nos identificar e sermos identificados socialmente, mas que, por sua vez, acabam abalando até a idéia que nós fazemos de nós mesmos, como indivíduos integrados. Mesmo assim, em todo o contexto social de interação estamos nos posicionando e sendo posicionados na sociedade, de modo a constituir nossas identidades.

Tal concepção compreende a obesidade severa como um processo que envolve identificação e categorização no âmbito da sociedade e, portanto se faz necessário compreendê-la em um contexto muito mais amplo do que simplesmente a realização da cirurgia para redução do estômago. Conforme afirmam Berger; Luckmann (1978) a realidade da vida cotidiana é partilhada por todos os indivíduos e não podemos existir sem estar continuamente em interação e comunicação com o outro.

O outro, de acordo com Placer (1998), constitui-se em sua alteridade, em sua diferença e, dessa forma, em sua identidade, não por algo de sua intrínseca natureza, mas com um efeito dos tratos que lhe propiciamos, que envolve a forma de fazer, de ver e de dizer, permitindo-nos construir e implantar, na realidade da vida cotidiana, figuras sociais tão variadas.

Somos nós quem construímos as imagens para classificar, para excluir e enquadrar o outro em nossas instituições, portanto somos nós, também, responsáveis nesse processo.

2.4.2 A imagem corporal

A fim de melhor entendermos a relação imagem corporal e obesidade, achamos necessário discutir alguns termos. A primeira discussão diz respeito dos conceitos de esquema corporal e imagem corporal. Esses conceitos nem sempre estão claramente definidos, pois, misturam-se, complementam-se e, com alguma frequência, substituem um ao outro.

Ao estudarmos a imagem corporal, observamos que alguns autores utilizam os termos *esquema corporal e imagem corporal* como sendo sinônimos, e outros que os remetem a significados diferentes.

Há uma tendência do uso do termo *esquema corporal*, em Neurologia, enquanto a Psicologia e a Psiquiatria demonstram preferir o emprego do termo *imagem corporal*.

Neste estudo, consideramos que o termo *imagem corporal* é o mais adequado ao que nos propusemos, em face da sua abrangência, além de focar a percepção que o indivíduo tem de seu corpo e das relações que ele mantém com o ambiente.

Consideramos, também, que o ser humano não se conceitua como um ser puramente biológico, somos resultado da integração do biológico, espiritual, físico, psíquico, emocional, social e também cultural. Na sua subjetividade, a pessoa possui conceitos e valores inatos e adquiridos e, principalmente, possibilidades de comportamento desconhecidas e, portanto muito além de qualquer definição limitante.

Como afirma Morais (1992), o corpo humano é um corpo-mistério, sempre a um passo além daquilo que possamos inferir a seu respeito, a um passo além de todo discurso explicativo.

Freitas (2004, p. 22) comenta que a escola vienense de neurologia trouxe muitas contribuições para a conceituação de *imagem* resumindo que para essa escola, “a imagem do

corpo compreende as sensações internas e externas da vivência do sujeito, mas, também, as significações que tal vivência implica”. Complementa informando que a maior contribuição nesse campo, foi dada por Schilder.

Gorman (1965, p. 52) seguindo essa mesma linha de conceito, registra que “toda imagem torna-se resultado dinâmico da percepção, associada à concepção e essa integração percepto-conceito está presente na imagem corporal”.

O Novo Dicionário Aurélio dá à palavra esquema os seguintes significados: Figura que representa não a forma dos objetos, mas as suas relações e funções; Sinopse, resumo, esboço; Plano, programa.

O termo *Esquema*, remete-nos a algo rígido, restringindo a vivência do ser humano a um planejamento prévio.

Rodrigues (1987, p.3) difere esses dois termos, como sendo:

o *esquema corporal* é, normalmente conotado como uma estrutura neuromotora que permite ao indivíduo estar consciente do seu corpo anatômico, ajustando-o rapidamente às solicitações de situações novas, e desenvolvendo ações de forma adequada, num quadro de referência espacio-temporal dominado pela orientação direita-esquerda; A *imagem corporal* relaciona-se com a consciência que o indivíduo tem do seu corpo em termos de julgamentos de valor ao nível afetivo.

Utilizamos o mesmo dicionário, para a conceituação de *imagem* o qual revela alguns significados: representação dinâmica, cinematográfica ou televisionada, de pessoa, animal, objeto, cena, entre outros; Representação exata ou analógica de um ser, de uma coisa; cópia; Aquilo que evoca uma determinada coisa, por ter com ela semelhança ou relação simbólica; símbolo; Representação mental de um objeto, de uma impressão, entre outros; lembrança, recordação; produto da imaginação, consciente ou inconsciente; e manifestação sensível do abstrato ou do invisível.

No campo da Psicologia, muito foi produzido a respeito de *imagem corporal*, desde Freud e Jung. Segundo Jung (1987, p.514) “A imagem será a expressão da situação momentânea, tanto consciente quanto inconsciente. Não se pode, portanto, tentar a sua interpretação partindo-se unicamente da consciência, mas baseando-se, outrossim, em suas relações mútuas”.

Neumann (1990) informa que a união original com o corpo, como propriedade, é a base do desenvolvimento individual. Isso explica a identificação do homem primitivo com seu

corpo e com todas as suas partes. Porém, mais adiante com o desenvolvimento, o ego também começou a se relacionar com o corpo e com o inconsciente, podendo se identificar com o processo ou não. Quando esse processo de identificação não se faz, ao contrário processa-se de maneira diferente do que se tem na cabeça, na consciência, o ego entra em conflito com o corpo, podendo levar a uma dissolução parcial. Mesmo assim, corpo e mente andam juntos, implicando um no outro, através da somatização do que se passa na mente, expressam-se no corpo ou da psiquização do corpo, conflitando-se mentalmente, devido a uma insatisfação com o corpo e com ego, por exemplo.

O autor complementa, afirmando que todo ser humano tem uma representação do próprio corpo, que o identifica, o situa no tempo e no espaço e fornece a auto-imagem, e a postura que, por sua vez, envolvem o psiquismo. O psiquismo perpassa o corpo físico do ser humano e através da autoconsciência, realizando um processo de comunicação por sinais que partem do corpo. Esses sinais são uma forma de comunicação que exprime uma linguagem falada.

A imagem corporal, portanto, é formada a partir de sinais corporais emitidos e recebidos, imitados e reinventados para exprimir as necessidades biológicas fundamentais a partir do relacionamento com o mundo e com outros indivíduos.

Sendo assim, essa imagem é formada a partir da sensibilidade do eu, que emerge do relacionamento com outros indivíduos, das percepções e representações sociais. Cada indivíduo forma, aos poucos, uma imagem do próprio corpo, juntando à ela conotações emocionais de narcisismo ou de repulsa, compartilhando a imagem cultural que o meio social transmite a respeito da realidade dos corpos.

Winnicott (1988) menciona que nossas percepções são influenciadas pelas imagens subjetivas de nosso corpo cultural. Nós utilizamos o corpo como um ponto central de referência para a construção da nossa própria identidade, por meio dos sinais recebido de outros sujeitos. Através do outro formamos uma idéia das semelhanças que nos unem aos outros, e das diferenças, que fazem de cada um de nós, um indivíduo único.

Essas diferenças também influenciam em como as pessoas se auto concebem, qual a imagem que fazem do próprio corpo, a valorização que fornecemos a ele e a história que fizemos do próprio corpo. Algumas pessoas identificam-se mais com o espírito, como agente pensante. Nesses casos, a relação com o corpo não é igual a de todo mundo, essas pessoas, muitas vezes, preservam o uso da sexualidade como forma de evolução espiritual, de estar mais próximo de Deus, conforme suas crenças religiosas.

Dada a relação do corpo com conceitos, valores morais, histórias vividas, outras pessoas podem valorizar aspectos diferentes de si mesmas, em detrimento de outro, dando relevo ao que mais serve a elas, ora o corpo, ora o intelecto, ora a sensibilidade. Embora essas realidades comuniquem-se entre si, mantendo estreita interdependência.

No contexto da psicologia genética, a imagem individual e social do corpo são, parcialmente, culturais e depende da história individual e de seu contexto restrito ou mais amplo. Além disso, o corpo é repleto de mecanismos biológicos, que mantém variadas relações com a mente, tomando consciência, a partir, daí do relacionamento com o espírito que o anima e o individualiza.

A representação do corpo, por sua vez, evolui com a idade e muda de acordo com as perturbações mentais, podendo ser desafiadas, também, por acidentes ou por cirurgias, que modificam o corpo, como exemplo as cirurgias bariátricas e as cirurgias plásticas. Sobre isso, Schilder (1991, p. 32) afirma que: “o esquema corporal específica o indivíduo segundo sua natureza humana que é a mesma para todos. Esse esquema corporal pode ser alterado de duas maneiras: ora por defeitos físicos, lesões, amputações, doenças orgânicas; ora por inibição operada através de imagens patogênicas de próprio corpo” (SCHILDER, 1991, p. 32).

Luckman apud REIS (1987, p.11) refere que “toda pessoa tem uma representação mental de seu corpo, a qual chama de “imagem do corpo”. Essa imagem constitui-se parte integrante de uma concepção individual da própria personalidade, e do seu valor como indivíduo nas relações com outras pessoas”.

Tratando desse mesmo assunto também Wassner apud REIS (1987), conceitua a imagem corporal, como sendo a raiz da identidade, da auto – estima e do autovalor, ou seja, as bases através das quais os homens vivem.

Ainda, Dolto apud LEPARGNEUR (1994) refere que a imagem corporal é a encarnação simbólica do sujeito e do desejo, sendo suporte do narcisismo e eminentemente inconsciente.

Nesse sentido, a imagem do corpo resume as vivências emocionais da pessoa. Desse modo, entramos em contato com o mundo e com os outros, mediante nossa imagem corporal, de maneira inconsciente. Essa imagem situa o indivíduo como alguém, que busca a satisfação de um desejo, de uma necessidade humana. Sua formação não costuma ser um processo simples e pacífico, envolve experiências e recordações do seu passado guardado na memória; o momento presente e a linguagem, com a qual nos comunicamos com o outro e o futuro, através dos nossos projetos.

Para Schilder (1994), que também designa a imagem corporal como esquema corporal e modelo postural do corpo, é uma construção, que se assenta nos sentidos, especialmente os visuais e, também táteis e cinestésicos. Considera que a imagem corporal, longe de ser algo pronto e definitivo, altera-se constantemente e permanece estável apenas o suficiente para volta a se modificar.

Esse autor amplia o conceito de imagem corporal como sendo: O esquema a priori, a concha vazia da vida, a simbolização das condições gerais da vida alcança seu significado completo e final quando a vida não é uma conotação fisiológica geral, mas sim um processo real de experiências e situações vitais variadas. (SCHILDER, 1994, p.263)

Desse modo, a imagem corporal parece sintetizar o corpo humano, não apenas como algo apreciado pela razão, ou como um conjunto de estímulos e respostas físicas, mas, também, como um corpo complexo, imerso nas vivências afetivas, nos juízos de valores, eternamente reconstruídos a partir das relações com o outro, e com a sociedade na qual se insere.

A imagem corporal é, ainda, a interiorização personalizada que o indivíduo faz de si mesmo por sua história, seu itinerário original, suas experiências. Sintetizando, pelas vivências emocionais de cada sujeito. Essa imagem é geralmente inconsciente e simboliza o sujeito do desejo.

A humanização da imagem do corpo, por sua vez, se faz por meio do clima afetivo da primeira fase da vida e da educação, respeitando a realidade. A realidade que a psicologia afirma, são três: o organismo individual, o psiquismo, que envolve consciência e mecanismos inconscientes e o meio social que interfere em ambos.

Ainda, segundo Fischer (1978), a imagem do corpo é, pois, uma reconstrução constante daquilo que o indivíduo percebe de si e das determinações inconscientes trazidas do seu diálogo com o mundo. Refere, também, que o corpo do indivíduo é tão importante e serve como base sensorial para definir a identidade da pessoa, além de prover padrões com os quais se pode julgar as experiências vividas. A imagem corporal comporta o grau de satisfação e/ou o grau de insatisfação do indivíduo com referência ao seu próprio corpo.

Para Vieira (1976), a imagem corporal é o ponto essencial de referência para o indivíduo. Esse marco de referência influencia as diversas maneiras como as pessoas percebem a si próprias, e essa percepção é fator preponderante na sua capacidade de criar e de atuar efetivamente.

De um modo geral, os estudos sobre imagem corporal apontam para prejuízos relacionados à insatisfação, depreciação, distorção e preocupação com a auto-imagem, todos

eles afirmando que tais aspectos são fortemente influenciados por fatores sócio-culturais (CASH, 1993; DEMAREST; LANGER, 1996 E GITTELSON ; COLS, 1996).

A auto-estima é um fator de grande importância para o sucesso pessoal e das organizações. A capacidade de construir, produzir está intimamente ligada ao conceito que a pessoa tem de si mesma. Quando este conceito está abalado, por uma auto-imagem negativa, dificilmente o indivíduo terá confiança suficiente para produzir algo.

Sendo assim, com vistas a imagem do corpo, um dos aspectos do cuidado à pessoa obesa a ser submetida à cirurgia bariátrica e que mais tem nos preocupado, é aquele referente ao seu preparo psicológico. Essa cirurgia, tecnicamente, não é considerada simples, sendo necessários técnica essencial e conhecimentos. Muito se tem discutido e treinado a esse respeito. Além disso, o cuidado com essas pessoas, do ponto de vista técnico, é semelhante àquele necessário às grandes cirurgias.

No entanto, ao cuidarmos de uma pessoa que será submetida a uma cirurgia, observamos que é difícil deixar de perceber demonstrações de influências psico-emocionais. Ao cuidarmos do aspecto psicológico, há uma grande lacuna para o enfermeiro, que pouca formação tem a esse respeito, e, nós cuidamos dessas pessoas durante todo o período, desde a internação até o pós – operatório e a alta.

O psicólogo costuma avaliar a pessoa que vai submeter-se a essa cirurgia antes dela e ambulatorialmente. Porém, essa não é uma realidade, ainda, em nossas instituições hospitalares, a presença desse profissional, tão importante. Além disso, quando estão presentes na equipe interdisciplinar, ficam limitados ao atendimento daqueles que possuem convênios de saúde, e de acordo com a sua autorização ou ainda àqueles que têm condições de assumir uma consulta particular.

Assim, o desenvolvimento de habilidade, ou sensibilidade pela enfermeira é essencial para se prestar esse cuidado. A equipe de enfermagem além de passar mais tempo com essas pessoas é, geralmente, capaz de descobrir em primeiro lugar sinais de preocupação e ansiedade, demonstrados pela pessoa a partir do tipo de relação desenvolvida. A onipotência e o poder, culturalmente atribuídos à equipe médica, costumam inibir manifestações espontâneas de sentimentos pelos pacientes. Tímidos, perante o médico, costumam utilizar a equipe de enfermagem para expressar seus sentimentos, medos e insatisfações, relativas ao processo.

Nesse contexto, as necessidades das pessoas frente a essa cirurgia são sentidas e expressas diferentemente, e suas reações dependem de experiências prévias, valores culturais, formação, personalidade e filosofia de vida. Assim sendo, Koizumi (1975) refere que a

manifestação das necessidades apresentadas pelo paciente, diante de algumas mudanças, poderá atingir tanto o nível psicológico, como o psicossocial e o espiritual, ou mesmo os três níveis em maior ou menor grau. Qualquer que seja a cirurgia proposta ou necessária, de curta ou longa duração, estética ou corretiva sempre representará uma fonte potencial de estresse.

Fischer (1978), tratando desse assunto, comenta que, a maioria dos estudos realizados, sobre o impacto que a cirurgia causa na pessoa, preocupa-se em analisar a ansiedade, os sonhos e a fantasia dos pacientes operados. Muitas vezes, falsos conceitos sobre o procedimento despertam excessivo receio. A cirurgia, também, pode levar a uma crise na identificação da imagem corporal, caso desencadeie qualquer alteração nela, mesmo que transitória.

Segundo Schilder (1972) a cirurgia provoca mudanças no indivíduo, que poderá ocasionar, entre outras, alterações da sua imagem corporal, ou seja, das representações que o indivíduo tem do seu próprio corpo como elemento ativo do meio. O distúrbio da imagem corporal pode produzir ansiedade, medo de rejeição, além de sentimentos de inferioridade, perante o outro.

Essa situação de crise, segundo Vieira (1976), pode ser uma expressão de ameaça que o indivíduo sente à sua estrutura física – psíquica, decorrente da cirurgia e dos meios que a envolvem. Daí, a necessidade de incluir no preparo pré – operatório, aspectos referente à imagem corporal desses pacientes.

Mesmo assim, geralmente não se verifica na assistência de enfermagem uma atenção específica no que diz respeito a imagem corporal diante de cirurgias. Essa preocupação tem sido mais freqüente em relação àquelas pessoas submetidas à cirurgia bariátrica, talvez em função da rápida modificação física que, geralmente, provoca.

Nesse contexto, a contribuição da enfermeira ao se comunicar e ao saber ouvir é de grande valor. Ela deve utilizar tanto a comunicação verbal quanto a não verbal, proporcionando meios que estimulem a confiança, fazendo a pessoa falar sobre suas angústias dúvidas e medos. Por último, buscar meios internos e externos para ajudá-las a lidar com suas reações emocionais.

Stone apud REIS (1987) complementa que o enfermeiro deve ter em mente as diferentes reações que o paciente pode apresentar resultantes de uma imagem corporal alterada, reconhecendo, que dois pacientes não reagem exatamente da mesma forma. As pessoas devem ser tratadas em sua singularidade, como um indivíduo único, com temores e reações próprias.

2.5 O CUIDAR DE ENFERMAGEM AS PESSOAS OBESAS

2.5.1 O sentido do cuidar e a enfermagem

O cuidar sempre foi e sempre será indispensável uma vez que é inerente à sobrevivência de todo ser vivo, além de necessário para garantir a perenidade de qualquer grupo social. Nesse sentido, durante muito tempo o cuidar não pertencia a um ofício nem a uma profissão; dizia respeito a qualquer pessoa que ajudasse a qualquer outra a fim de garantir o que lhe era necessário para a sua sobrevivência. Essa atividade costumava ser realizada por mulheres, que acabaram se tornando grandes detentoras de conhecimento do corpo, da agricultura, da terra e das plantas curativas, o que serviu de base para o que viria a ser, posteriormente, os cuidados de enfermagem.

O valor econômico dos cuidados costumava estar associado à economia de subsistência, paralelo a um sistema de trocas de serviços e de reciprocidade. Como essas atividades eram executadas por mulheres, passou a ser consideradas inatas, e patrimônio genético delas, que cuidavam por associação do amor maternal, não podendo, portanto, serem remuneradas. Dessa época em diante, a concepção de cuidar vem sofrendo modificações estando de acordo com o momento histórico, socioeconômico e cultural, além de sofrer influências da evolução tecnológica, a qual ocorre dinâmica e velozmente.

Tronto (1995) assegura que cuidar implica em algum tipo de responsabilidade e compromissos contínuos. O significado original da palavra cuidado em inglês: care significa, carga. Cuidar é assumir uma carga. A autora coloca que quando uma pessoa, ou um grupo cuida de alguma coisa ou de alguém, presume-se que estão dispostos a trabalhar, a se sacrificar, a mostrar envolvimento emocional e a despende energia em relação ao objeto de cuidado. Continua conceituando o cuidar como um envolvimento, uma resposta às necessidades individuais, particulares, concretas, físicas, espirituais, intelectuais, psíquicas e emocionais dos outros.

A figura da enfermeira como auxiliar do médico, surgiu a partir do final do século XIX, sendo marcada por fatos históricos, tais como: a dessacralização do poder político e a separação da igreja do Estado, além do domínio da Física, da Química e da Biologia, que

ampliou os conhecimentos da medicina, favorecendo ao desenvolvimento de tecnologias cada vez mais complexas, destinadas a diagnosticar e tratar doenças.

Dessa maneira, a concepção do cuidado, a partir desses aspectos, foi modificada e a enfermeira passou a desenvolver ações profissionais de caráter técnico e, cada vez mais centradas na doença, sem consciência crítica, afastando-se do verdadeiro sentido do cuidar, voltando-se para uma assistência curativa, baseada nos moldes bio médicos. Desse modo, a ilusão de valorizarem-se a partir da imagem de assistente do médico, as enfermeiras encontrariam na tecnicidade, o que aumentou particular a partir da revolução industrial, a compensação e a suposta valorização profissional.

No entanto, esse modelo através da tecnologia de precisão, reforçou a separação do corpo do espírito, dividindo-o em regiões e concentrando o objeto da medicina apenas naquele corpo portador de doença, cuja mecânica necessitava de ser consertada.

Nesse sentido, a prática da enfermagem copiou, também, esse modelo e a doença passou a dar sentido às suas ações, os quais se tornaram rotineiras, robotizadas e desintegradas do contexto de vida da pessoa que recebia o cuidado e da compreensão do que essa pessoa possuía uma vida própria, uma história particular e exercia diferentes papéis sociais. Assim, as ações destituídas de sentimentos, de inter-relação do cuidador e daquele que era cuidado, tornaram-se impostas e sem co-participação.

Com a contribuição das ciências humanas e da psicanálise, originaram-se novas concepções terapêuticas, baseadas no conhecimento e desenvolvimento das pessoas. Nessas concepções, o cuidar já não significava apenas manter a saúde e curar as doenças, ampliando a visão dos cuidadores, que passaram a questionar, também, sua prática e a sua contribuição social e econômica.

Nesse contexto, a pessoa cuidada passou a ser a própria razão das ações da enfermagem, utilizando-se de outras bases, além daquelas de compaixão e de tecnicidade, aprimorando principalmente o conteúdo da relação.

Segundo Waldow (2001, p. 107), o assistir e/ou a assistência não necessariamente inclui o cuidado. Ao se prestar assistência pode-se não estar cuidando no seu sentido pleno, o que envolve responsabilidade, interesse e desvelo.

Boff (1999, p. 33) refere que: “o cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro”.

Ressaltamos que, para o exercício ético da profissão, é fundamental não se perder de vista o que é o cuidar, pois a enfermagem, assim como outras profissões, sofre influência do

meio que a cerca, tanto nos aspectos sociais, quanto econômicos, políticos e éticos. Sendo uma profissão responsável pelo cuidado, não se pode deixar de pensar sobre o que é importante quando cuidamos, e estarmos sempre vigilantes para manter a nossa proposta de ser enfermeira cuidadora.

Assim, a enfermeira para exercer sua profissão com dignidade e ética, necessita estar atualizada e flexível às novas situações e paradigmas. A busca pela atualização e pelo preparo diferenciado é, também, um modo de se inserir em um mercado de trabalho, cada vez mais complexo e competitivo.

Nesse sentido, ao cuidarmos de pessoas portadoras de obesidade, precisamos entender que ela pode ser uma forma de expressão de conflitos profundos, manifestados através do corpo. Para cuidá-las, portanto, é necessário um acompanhamento terapêutico, baseado em uma visão de integração, propiciando a busca de questões mais profundas.

De acordo com Silva (1998, p. 131), em seu livro *Marcas da Diversidade* “é importante descobrir o ser humano que existe no corpo, um corpo que se relaciona, que cria, que se expressa, que sofre repressões, que vibra, que se movimenta”. Complementa referindo que sentir o próprio corpo, nos dá conta dos nossos próprios sentimentos em relação a ele, com certeza, modifica nossa relação conosco e, conseqüentemente, com os nossos pacientes. Em suas reflexões sobre o fator corpo a autora levanta questionamentos importantíssimos para o exercício da enfermagem, principalmente com as pessoas com desordens alimentares. Como é que podemos cuidar sem encontrar em nós mesmos o próprio sentido do corpo sexuado, da interpretação corpo, afeto, pensamento? Não basta apenas exhibir um novo discurso sobre o corpo, enquanto não estivermos atentas ao nosso próprio corpo. Não podemos pretender auxiliar na correção de falhas fisiológicas e posturas, sem buscar um posicionamento frente à realidade, nem harmonizar os corpos sem aproximá-los das suas necessidades verdadeiras.

Assim, perceber o corpo, nosso e do outro, no caso o paciente, é o primeiro passo para prestarmos cuidados de enfermagem, pois a ação do cuidado baseia-se na mobilização de forças vivas da pessoa e dos que a cercam. Não podemos reduzir o cuidado à aplicação de normas e modelos culturais pré-estabelecidos, precisamos ser criativas, usar a imaginação e o autoconhecimento a fim de adaptar-nos às necessidades de quem recebe os cuidados. Perceber o corpo aqui adquire um significado mais profundo do que simplesmente observar suas características físicas, ou alterações patológicas; significa tomar consciência do corpo, perceber que ele existe, o que exige e, também, tomar consciência dos seus desejos e temores. Como enfermeiros, precisamos nos preparar para exercer essa forma de ajuda, encontrando o

modo de cuidar, em nós mesmos, nas pessoas e através de variados conhecimentos técnicos e subjetivos.

O trabalho de Watson apud WALDOW (2001) buscou, através da sua teoria para o Cuidado Humano, maior profundidade nas relações entre o enfermeiro e o paciente. Nessa teoria, a enfermeira está engajada como co-participante nas relações de cuidado, propiciando ao paciente à possibilidade de obter um grau mais elevado de harmonia entre mente-corpo-alma, gerando autoconhecimento, auto-respeito, autocura e processos de autocuidado.

Reiteramos que, a enfermagem é uma profissão voltada para o cuidar, baseada no conhecimento das pessoas como seres integrados, tendo como objetivos auxiliar o indivíduo a promover qualidade de vida, e a atingir o melhor estado de saúde possível. No entanto, para que isso ocorra é necessária à participação ativa desses indivíduos no processo de cuidar/cuidado, pois hoje não se concebe mais esse processo sem a participação efetiva dos sujeitos.

Acreditamos, também, que o cuidar requer conhecimento do outro e para isso, é necessário entender suas necessidades e responder a elas de forma adequada. Para que o cuidado ocorra em sua plenitude é necessário considerar o outro como um ser único em sua plenitude bio-psico-social-espiritual, expressando conhecimento e experiência na execução das atividades técnicas, prestação de informações e na educação ao paciente e família.

Nesse sentido, para o sucesso de qualquer tratamento, o ser cuidado precisa deixar de lado o papel passivo, passando a ser responsável, também, pelo próprio cuidado, envolvendo-se em situações de educação para a saúde, de modo a promover, manter ou recuperar sua dignidade e totalidade humana, construindo junto com a equipe de saúde, um processo de transformação de ambos, pelo autoconhecimento tanto dos cuidadores quanto do ser cuidado.

No que se refere à cirurgia bariátrica a participação das pessoas nesse processo é essencial para o seu sucesso, pois ela exige mudanças de comportamento, de reeducação alimentar, e de um acompanhamento responsável, envolvendo os diferentes profissionais de saúde, a exemplo da nutricionista, endocrinologista e, muitas vezes, psiquiatras.

Nesse tratamento, a sonhada perda de peso costuma vir acompanhada de modificações na vida da pessoa operada, que, dificilmente, conseguirá administrá-las sozinha, uma vez que a realização do procedimento não determina o fim da necessidade de cuidados, ao contrário, passa a exigí-los ainda mais.

A obesidade também compromete a relação com o outro: debilita, humilha e isola. A relação com a família altera-se. Assim, reiteramos que a compreensão dos fatos relacionados ao paciente é essencial para o processo de cuidar.

Nesse sentido, deve ser destacada a importância de buscarmos conhecimentos para melhor cuidar, assistindo o outro em toda sua singularidade e peculiaridade, tornando essencial para os profissionais de saúde a compreensão das dificuldades e das experiências vividas por seus pacientes, para assisti-lo bem.

Desde Nightingale (1954), a enfermagem profissional vem buscando a sedimentação do seu conhecimento, considerando a pessoa como o centro do seu saber. Nas últimas décadas, no entanto, o trinômio: pessoa, ambiente e saúde vêm permeando os estudos e a prática profissional.

Registramos que, em meados da década de 60 e 70, do século passado, iniciou-se a fase do desenvolvimento da enfermagem como profissão, destacando-se as publicações e dos estudos empreendidos, e o aparecimento de correntes filosóficas e teóricas do cuidar, conduzindo, com algum esforço, ao seu crescimento e o aprimoramento.

Assim, diferentes teóricos vêm fazendo revisões das definições conceituais de cuidados e cuidar em enfermagem, contribuindo para a construção de um corpo da enfermagem.

Wiedenbach (1964) fornece uma conotação altruísta para a enfermagem, defendendo que ela é uma atividade que exige habilidades e virtudes por parte de quem a exerce como: compaixão, compreensão e confiança, defende que a enfermagem oferece cuidado, auxílio e carinho.

Paterson e Zderad (1976) ressaltam em sua teoria o cuidado e a relação da enfermeira com a pessoa a ser cuidada, tanto nas situações de doença quanto nas situações de bem-estar. Coloca o cuidado na enfermagem como o encontro único entre dois seres humanos, que se dá a partir das trocas de conhecimentos e informações. A análise desse processo proporciona o estímulo para melhoria da saúde e alcance do bem-estar perdidos.

Leninger (1978) definiu a teoria transcultural do cuidado apontando as diversidades do cuidado de acordo com as diferenças culturais. Salienta que o conceito de bem-estar também pode ser diferente em cada cultura. O que é tão importante para determinado grupo social, pode não ter o menor valor para outro. Portanto, a condução do cuidado também deve ser diferenciado.

King (1981) analisa que o objetivo da enfermagem é auxiliar as pessoas a se manterem saudáveis, e que para alcançá-lo, devemos ter como fundamentos básicos conceitos sobre saúde, sistema social, percepção e relações interpessoais. Juntos, enfermeira e cliente, compartilham informações e chegam em comum acordo a um plano de cuidados que deveria favorecer o restabelecimento.

Neumam (1989) desenvolvia um modelo de sistema de cuidados à saúde concentrado no homem, ambiente e no estresse. Sua teoria concentra-se em verificar quais os fatores estressantes para os indivíduos, e suas reações ao estresse, de modo a planejar a intervenção de acordo com a capacidade de enfrentamento do indivíduo.

Para Leopardi (1999) o modelo teórico relaciona o homem, a vida e a saúde. Essa teoria e suas variações relacionam o homem ao meio ambiente e à saúde, colocando-o como um membro ativo, com direito a livre arbítrio, o que vai influenciar nos resultados das suas relações com o ambiente e a saúde.

Assim, nos anos 60 e 70 do século XX, acompanhando as transformações de diferentes momentos históricos da enfermagem, enfermeiras brasileiras, diante das tendências de outros países, aderiram ao movimento de valorização e reconhecimento profissional, apontando como principal estratégia para cuidar a sistematização da assistência de enfermagem. Essa sistematização consistia de um instrumento para assistir de forma organizada e contínua, a partir do conhecimento do outro, de suas experiências, problemas e expectativas.

No processo de enfermagem, que compreende uma das fases de sistematização da assistência, a enfermeira pode explicar os cuidados a ser administrados, esclarecendo dúvidas sobre o tratamento e a doença, medicações, exames e ocorrências inesperadas. Pode, ainda, explicar a mecânica do procedimento, dando oportunidade para o paciente fazer perguntas, deixando-o verbalizar seus sentimentos e ansiedade. Desse modo, estará possibilitando a ambos identificar os problemas, priorizando resolutividade, com um processo participativo, estabelecendo vínculo enfermeiro x paciente, o que é essencial para a qualidade da assistência.

No final da década de 1990 novos aspectos da saúde e do cuidado passaram a ser estudados, e inúmeros trabalhos desenvolveram-se centrados nos conceitos do cuidar na enfermagem. Estudos esses que ainda necessitavam de respostas satisfatórias e de mais pesquisas para chegar a um saber próprio de domínio da enfermagem.

Nesse contexto, Gamboa (1997) refere que o cuidar na enfermagem, compreende uma perspectiva biológica, que envolve um determinismo tecnicista em que são priorizados tempos e movimentos, em detrimento de fatores preponderantes, como a emoção e a relação interpessoal. No entanto, preconiza que cuidar não é um ato único, nem mesmo a soma de procedimentos técnicos. Defende tratar-se de um processo em que se conjugam sentimentos, valores, atitudes e princípios científicos, com a finalidade de satisfazer os indivíduos neles envolvidos.

Nos estudos de Rodrigues (1996) e Furegato (1991) apud BISON (2003) o tema das relações interpessoais toma um sentido terapêutico relacionando a ação de enfermagem a uma atividade de ajuda profissional humanizada, introduzindo também, um novo conhecimento sobre o assunto, quando possibilita um movimento transdisciplinar ao conjugar as relações interpessoais na enfermagem, com a Ética.

Morse (1995) afirma que muitos dos conhecimentos da enfermagem permanecem não desenvolvidos, e inadequadamente encaixado no contexto clínico. Salienta, também, a importância de se desenvolver estudos que elucidem como as pessoas percebem a saúde, o que fazem e como fazem os profissionais da área.

Nesse sentido, nossa profissão, está condicionada à uma visão de mundo, um estilo de vida, portanto, não pode ser compreendida e nem ao outro, fora desse contexto, como uma condição isolada. Precisamos estar inteirados do que se passa no mundo, na saúde e na forma de cuidar. Uma adequação da prática às novas realidades, não pode estar desvinculada da produção de pesquisas científicas que nos dêem respaldo às conclusões práticas do exercício profissional.

Hoje, não se concebe mais pensar a enfermagem isoladamente. Não se concebe mais pensar no cuidado apenas como cura para uma doença física. Ele deve ser um modo de conferir humanidade às pessoas, que precisam ser valorizadas em sua totalidade.

Assim, Boff (1999) afirma que o saber cuidar traduz-se pela ética humana. É uma visão de integralidade, sensibilidade, uma visão ecológica e, tudo que humaniza, segundo ele, corresponde aos princípios éticos. Vê o cuidado como parte da natureza humana e da constituição do ser afirmando que o modo de cuidar revela como é o ser humano; se não receber cuidado desde o nascimento até a morte, o ser humano define-se, perde sentido e morre. Sem o cuidado o homem perde sua natureza humana. Ressalta, ainda, que injetar cuidado em tudo é imprescindível para desenvolver a dimensão humana, desenvolver a compaixão por todos aqueles que sofrem, e obedecer a lógica do coração.

Registramos que, embora o novo paradigma esteja voltado para o cuidado holístico, afirmando a humanidade dos pacientes e dos enfermeiros, ele não se dá apenas com objetividade e interesse; são necessários, também, conhecimentos, habilidade técnica, e julgamento crítico.

Desse modo, Roach apud WALDOW (2004) sintetiza os atributos necessários para o cuidar, que representam os 5 Cs: compaixão, competência, confiança, consciência e comprometimento.

Por compaixão, a autora entende a participação na experiência do outro; sensibilidade à dor, um relacionamento de solidariedade, e de pura espiritualidade para com o outro ser. A competência caracteriza-se pelo estado de possuir conhecimento, habilidade, energia, experiência e motivação necessárias para responder adequadamente às demandas de nossas responsabilidades profissionais. A confiança é a qualidade que se desenvolve através de relação de respeito, da segurança e da honestidade. O comprometimento traduz-se pela qualidade de investir em si mesmo, em sua tarefa, pessoa, escolha ou carreira, de forma que isso se torne internalizado, um valor.

Sendo assim, acreditamos que a ação sistemática da enfermagem voltada para a orientação prévia e melhora a terapêutica proposta pela equipe, contribuirá para deixar o paciente mais seguro, levando-o à colaborar no processo, apresentando menores alterações físicas e comportamentais, inclusive no que se refere ao período pré-operatório.

Quanto ao processo de avaliação pré-operatória nas cirurgias bariátricas, este, deve ser realizado para assegurar que o paciente seja bem orientado à respeito do procedimento, prevenindo possíveis complicações pós-operatórias imediatas, que são semelhantes àquelas de uma cirurgia abdominal de grande porte como: deiscências ou infecções intra-abdominal, complicações respiratórias e tromboembolia pulmonar.

Registramos que, se considerarmos a amplitude do cuidar baseada nos paradigmas atuais, não podemos considerar a enfermagem fora do contexto hospitalar, onde ela mais atual. Assim, faz-se necessário, segundo Waldow (1998), abordar a questão do cuidado no ambiente hospitalar, considerando o meio físico, o administrativo e o social, envolvendo a estrutura física, instalações adequadas, equipamentos e materiais suficientes e em condições de uso. Além do número de pessoal suficiente, com preparo e atualização técnica, visando à qualidade do atendimento.

A enfermagem como profissão, tem o ser humano como seu centro de preocupação; o ato de cuidar, seu marco referencial; a crescente melhoria da qualidade de vida, sua meta de trabalho; e as áreas do conhecimento que privilegiam o ser humano ecológico, o domínio do seu saber (BISON, 1998).

Em relação ao ambiente social não se deve considerar apenas as atitudes e comportamentos da equipe de enfermagem, sendo importante estender as relações com os demais membros da equipe de saúde e com todos os outros serviços relacionados, bem como com os membros responsáveis pelo funcionamento da instituição, que, de alguma maneira, provêm o cuidado.

Ashley apud WALDOW (2004) comenta que o poder exercido pela medicina nas instituições de saúde, com sua autoridade inquestionável, tem levado as instituições a girar em função das necessidades e exigências desses profissionais em detrimento das dos pacientes e dos demais profissionais, inclusive da equipe de enfermagem.

Desse modo, a atenção do profissional médico face ao paradigma dominante, costuma estar voltada para o procedimento cirúrgico em si, para a técnica e para conquista do objetivo a que se propõe, no caso da cirurgia bariátrica, meramente a redução do peso.

Em contrapartida, a prioridade da enfermagem deve ser o paciente. E, ela pode influenciar as organizações, sendo uma das lideranças que engloba um dos maiores contingentes de trabalhadores, podendo sensibilizar as demais lideranças para garantir um cuidado verdadeiro aos pacientes.

Waldow (2004, p.222), confirma isso comentando que: para efetuar mudanças no sistema de prestação de cuidado, que enfermeiras com cargo de liderança têm maior probabilidade e acesso promovendo novas políticas de cuidado, visibilizando-o ao público e trazendo maior satisfação e qualidade no trabalho.

As questões levantadas por essa autora adequam-se perfeitamente bem ao que se refere à realidade dos pacientes obesos. Tradicionalmente, a enfermagem vem utilizando-se de aparelhos, instrumentos e máquinas para a realização de técnicas ou procedimentos que auxiliam tratamentos, visando conforto dos pacientes e ajudarem-nos no tratamento ou, até mesmo, ajudar a equipe de enfermagem na prestação dos cuidados.

Bettinelli (2002) discute essa questão afirmando que o desenvolvimento científico e tecnológico têm promovido maior conforto, inúmeras possibilidades de viver com mais esperança. Porém, tem também produzido questionamentos e desafios éticos aos homens. Assegura que à complexidade do processo das organizações e das relações humanas e profissionais têm possibilitado o deslocamento da excelência do ser para o fazer, acarretando um declínio da ética com valores fragmentados. Completa, que a modernidade científica estimula a exploração, em detrimento da conjunção e da congruência, priorizando o particular a favor do geral, valorizando a especialização em prejuízo da integração.

Deve ser ressaltado que, para os indivíduos obesos não existem, nos locais públicos, mobiliários e equipamentos adequados aos seus pesos. Cadeiras de teatros, cinemas e aviões são pequenas e estreitas. Mesmo nas unidades de atendimento médico, existem problemas de inadequação para elas, com aparelhos que só suportam até 110 quilos, sendo difícil também encontrar roupas, mobiliários e aparelhos que lhes adequadas confortáveis.

Nesse cenário, a mobilização do paciente obeso é seriamente prejudicada pela falta de pessoal suficiente e material adequado, porque, além de ser desconfortável para ele, sobrecarrega a equipe, impossibilitando a execução de atividades necessárias, comprometendo a qualidade do serviço, o que pode expor a equipe às questões de ordem ética e penal.

Dessa maneira, considerando que a enfermeira é aquela responsável pelo planejamento e apoio ao desenvolvimento das atividades de enfermagem na prestação do cuidado é, também, da sua responsabilidade garantir condições de trabalho para a sua equipe, como mobiliários ergonômicos, equipamentos de proteção individual e a implementação de treinamentos, que garantam a integridade física e bem estar, a fim de que possam cuidar melhor do outro. Cabe, ainda, à enfermeira, como líder da equipe, não só acompanhar, controlar e supervisionar o trabalho, mas de se fazer presente, ajudando, apoiando e facilitando o trabalho dos demais membros da equipe.

Vivendo em um País com tantas carências, principalmente na área da saúde, um profissional comprometido com o que faz, não pode ignorar os dados relacionados ao custo com a obesidade. Precisamos colaborar para um cuidado preventivo, saindo do modelo curativo, herdado há tanto tempo, e colaborando para o planejamento e implementação da assistência e dos custos necessários para esse fim.

Entendemos que em diferentes momentos históricos a trajetória da enfermagem vem sendo construída, porém muito ainda precisa ser feito. Embora integrada às rápidas mudanças do mundo, vivenciando novas fronteiras profissionais e um acelerado processo de crescimento, poucos enfermeiros encontram-se preparados para vivenciar, na prática, o paradigma pós-moderno. Para que isso possa acontecer efetivamente, é necessário aliar o senso comum de enfermeiras experientes, ao conhecimento de pesquisadoras, buscando solução para problemas que ainda nos inquietam.

Nesse cenário, como não há ciência sem saberes, conclui-se que o conhecer melhor é necessário para o melhor cuidar. Isso não é uma prática fácil de ser exercida, pois, exige dos enfermeiros que aprimorem o conhecimento e o auto-conhecimento, reconhecendo as limitações pessoais e profissionais, abrindo mão do individual e produzindo conhecimento através de uma ação conjunta: enfermeiros docentes e assistenciais, construindo um efetivo saber da enfermagem, refletindo criticamente, solucionando problemas e contribuindo para o desenvolvimento e reconhecimento profissional.

Para Bison (2003), o conhecimento não é sinônimo de mera informação ou engajamento a uma teoria e/ou corrente filosófica. É a atividade de dar sentido ao mundo, sendo sempre cognitiva e afetiva, implicando no uso de conexões neurais habituais,

desenvolvidas tanto pela experiência quanto pelas emoções. No entanto, para que isso ocorra, é importante mantermos nosso compromisso com o resgate do cuidado humano, a essência da enfermagem, buscando metodologias que melhor se adequem e respaldem novos conhecimentos.

A autora complementa que o bem – estar humano é um processo dinâmico, enfatizado pela filosofia ecológica, que vê o ser humano como um todo, inseparável do cosmo. Não se pode compreender espírito, mente, emoção e corpo físico isoladamente.

Embora muito desse pressuposto seja encontrado na prática, ainda assim é que devemos conceber o cuidado humano como na forma de estar no mundo, conforme refere (WALDOW, 1998); relacionando-se com todos os seres vivos e todas as coisas com responsabilidade, cumprindo a missão de beneficiar a humanidade, e participando a todo o momento da construção de um mundo melhor.

Na sua subjetividade o homem é um projeto infinito, que expressa sua complexidade de diferentes formas. Isso nos obriga a compreender nossa condição de seres humanos e nos obriga também a nos tornar abertos a novas incorporações e vivências. Deixar de temer, discriminar e isolar as diferenças. O cuidado permite ao ser humano viver essa singularidade, viver o valor intrínseco de cada coisa. Pois, é pelo cuidado essencial que o ser humano expressa sua complexidade e constrói a base de sua existência no mundo e na história.

Nesse sentido, o uso criativo dos conhecimentos faz da enfermagem uma arte mutante, em evolução, abrindo sempre novos caminhos e possibilidades. Cabe a cada um de nós, enfermeiros, contribuirmos para a construção desses caminhos, respaldando-nos em novos conhecimentos provenientes da pesquisa.

Assim, para cuidar não é só necessário unir pensamento, sentimentos, ação, e o saber fazer. Mas, principalmente, possuir conhecimento técnico e da pessoa no mundo, pois nosso maior objetivo ao cuidar é garantir a satisfação da pessoa e ela não pode ser alcançada se não nos adequarmos a um produto profissional que as beneficiem e ao mesmo tempo proteja-nos de prejuízos de qualquer espécie, principalmente quando nos reportarmos às pessoas obesas, tão discriminadas e excluídas socialmente .

2.6 MOTIVAÇÃO E NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Os seres humanos são completamente diferentes entre si no que se refere a motivação, afirma (SANTOS, 2003).

Segundo Oteros (2004), motivação pode ser entendida como:

O conjunto dos meus motivos, quer dizer, de tudo aquilo que, a partir o meu interior, me move a fazer (e a pensar e a decidir). Pode expressar também a ajuda que me presta outra pessoa para reconhecer os meus motivos dominantes, a ter outros mais elevados, a rectificar motivos torcidos (não rectos ou correctos), a ordená-los ou hierarquizá-los.

Santos (2003) reforça esse conceito, afirmando que as pessoas agem segundo forças ativas impulsionadoras traduzidas em palavras como “desejo” e “receio”: desejam status, receiam o ostracismo e as ameaças à sua auto-estima. Para compreender o comportamento humano, é fundamental que se conheça a motivação humana.

Desse modo, as necessidades que motivam e que produzem padrões de comportamento, variam de indivíduo para indivíduo, assim como os valores pessoais, os sistemas cognitivos, bem como as capacidades para atingir objetivo.

Sprinthal; Sprinthal (1993) explicam que o motivo refere-se a um impulso que caminha em direção, ou afasta-se de uma meta. A necessidade somada às carências interna impulsionam uma pessoa para a ação, aproximando-a ou afastando-a de um objetivo específico. Afirmam, ainda, que a motivação conduz à atitudes dinâmicas, ativas e persistentes, constatando, que o ser motivado torna-se facilmente mobilizado para intervir, sentindo-se com forças intrínsecas e valorização para tal, atribuindo menor relevância aos obstáculos do que à idéia de sucesso.

Os seres humanos, por serem complexos, raramente atuam com base em um motivo único. Maslow (1998) afirma que o homem é um ser exigente, mal uma das suas necessidades é satisfeita, aparece outra em seu lugar. Esse processo é interminável indo desde o nascimento até a morte. Esse mesmo autor, sugeriu que existe uma ordem definida através da qual os indivíduos buscam satisfazer suas necessidades. Entende que a motivação é resultado dos estímulos que agem com força sobre os indivíduos, levando-os a ação. Desse modo, para que haja ação ou reação é preciso que um estímulo seja implementado, decorrente de alguma coisa

externa à situação ou internamente ao próprio organismo. Esse pensamento nos dá idéia de um Ciclo Motivacional.

Ainda, para Maslow (1998), quando o ciclo motivacional não se realiza, sobrevém frustração no indivíduo, o qual poderá assumir várias atitudes como: comportamentos ilógicos, agressividade; nervosismo, insônia, distúrbios circulatório-digestivos; falta de interesse pelas tarefas ou objetivos; passividade, moral baixo, má vontade, pessimismo, resistência às modificações, insegurança, não colaboração, entre outros.

Dessa maneira, quando a necessidade da pessoa não é satisfeita não significa que ela permanecerá eternamente frustrada, pois de alguma maneira a necessidade será transferida ou compensada.

Assim, dizemos que pessoas obesas costumam ser discriminadas diariamente e excluídos socialmente, que as levam ao isolamento social, tendo relações interpessoais conturbadas, dificuldade de locomoção, problemas de conseguir emprego, por serem considerados mais lentos, depressão e ansiedade. Nesse sentido, poderemos considerar que, grande parte das necessidades requeridas descritas por Maslow estão comprometida.

A Teoria de Maslow apud SERRANO (2003) é conhecida como uma das mais importantes teorias de motivação. Esse autor explica o comportamento motivacional, através das necessidades humanas. Apresentou a teoria da motivação, segundo a qual as necessidades humanas estão organizadas e dispostas em níveis, em uma hierarquia de importância e influência. Essa pirâmide tem na sua base as necessidades menos complexas (necessidades fisiológicas) e no topo, as necessidades de maior complexidade (as necessidades de auto realização).

Ainda, de acordo com Maslow apud SERRANO (2003) as necessidades fisiológicas, constituem a sobrevivência do indivíduo e a preservação da espécie, e dizem respeito à alimentação, ao sono, repouso e abrigo. As necessidades de segurança constituem a busca de proteção contra a ameaça ou privação, a fuga e o perigo. As necessidades sociais incluem a necessidade de associação, de participação, de aceitação por parte dos companheiros, assim como da amizade, de afeto e de amor.

A necessidade de estima envolve a auto - apreciação, a autoconfiança, a necessidade de aprovação social e de respeito, de *status*, de prestígio e de consideração; além do desejo de força, de adequação e de confiança perante o mundo; independência e da autonomia. As necessidades de auto - realização são as mais elevadas, e cada pessoa procura realizar o seu próprio potencial para se auto–desenvolver continuamente. Parece-nos que nesse caso, a cirurgia bariátrica busca atender também, uma motivação da pessoa obesa.

Daniel apud REIS (1987, p. 7), por sua vez, define as necessidades, como “instintos inatos, que levam o homem a movimentar-se, repousar, dormir e retirar do meio exterior recurso próprios e indispensáveis à conservação, restauração psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual com a elevação do nível de vida”.

Nesse sentido, a enfermagem também tem demonstrado, a partir de Horta (1975) a preocupação com as necessidades humanas básicas, aplicando essa teoria na assistência aos pacientes. Utilizando a classificação de Mohana (1978) esta, considera as necessidades em três níveis: psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual, que são interligadas, inter-relacionadas e resultam na sobrevivência, segurança e sensação de bem-estar.

Por outro lado, quando essas necessidades não são satisfeitas, sejam quais forem os motivos, o indivíduo passa a apresentar sentimentos de insatisfação e insegurança, reduzindo a auto-estima e refletindo-se em vários outros aspectos de sua vida. No caso de pessoas obesas, por exemplo, se o seu sentimento para com o corpo for de insatisfação, esta, será proporcional aos sentimentos de insegurança com relação a si mesma e aos outros.

Desse modo, não é importante apenas a maneira como a pessoa se vê, mas também como se percebe perante o outro e como se sente aceita ou não pelo outro. Ao ser respeitado, consegue manter sua auto-estima elevada, porém sob situação de estresse e de tensão emocional, como diante de uma doença, podem revelar-se de modo diferente e ter a sua auto-aceitação comprometida.

Jung apud LEPARGNEUR (1994) reitera isso, afirmando que o “EU não é um fato simples: sua complexidade mergulha na parte somática e na parte psíquica de nosso ser”. Percebemos nosso EU através do relacionamento com o mundo e com os outros indivíduos. A partir dessa autoconsciência, passamos a utilizar sinais corporais para nos comunicarmos com o outro, emitindo, também, sinais que expressem nossas necessidades biológicas fundamentais.

Sendo assim, Winnicott apud LEPARGNEUR (1994) afirma que nossas percepções são influenciadas pelas imagens subjetivas de nosso corpo cultural. O corpo é o centro de significações que vêm de dentro ou de fora da pessoa. Ele constitui um ponto central de referência para a construção da própria identidade, por meio de sinais recebidos de outros sujeitos. Tal afirmação nos faz lembrar a idéia de semelhanças que nos unem uns aos outros e das diferenças que fazem de cada um de nós, indivíduo único.

Nossa sociedade capitalista, no entanto, interessada nos benefícios econômicos que isso pode trazer parece ter o propósito de uniformizar as singularidades. Inicialmente, o Estado preocupa-se com a higienização das cidades e o combate às endemias, necessários à

organização e ao desenvolvimento da vida urbana. Hoje, preocupa-se com a comercialização e vendas de produtos industriais, produzidos em série, e por isso, mais fácil de comercializar; acabam por ditar as normas e hábitos sociais, implicando no aparecimento de novas verdades, a exemplo do modelo de beleza divulgado, hoje, de modo ditatorial pela mídia, que oprime e destrói a auto-estima da pessoa, causando, muitas vezes, uma devastação na saúde psíquica naquelas, que vivem em busca de um padrão de beleza inatingível, difundido na TV, e capas de revistas de moda, nos cinemas e comerciais de produtos estéticos.

Muitas mulheres, com o peso normal, já sofrem por não conseguirem atingir o padrão ideal de beleza, imaginem a discriminação que passam aquelas que são obesas! A obesidade tornou-se símbolo de defeitos, provocando uma auto – rejeição profunda, e uma guerra com a imagem no espelho, tirando dessas pessoas, frequentemente o prazer de viver.

Entretanto, a relação com o corpo não é igual para todo mundo. Entre as diferenças individuais, observamos que certas pessoas se auto-concebem mais em decorrência da imagem ou da história que possuem do próprio corpo, enquanto outras identificam-se antes com o espírito pensante, adquirindo algumas experiências instrutivas através dele.

A moda, ao influir sobre o conveniente padrão de magreza ou de gordura, pode gerar insatisfações com o corpo, manifestando-se através de sinais ou de patologias graves. Nos Estados Unidos, por exemplo, a obesidade já se tornou um problema de saúde pública, devido ao grande número de pessoas que se encontram muito acima do peso ideal.

De outro modo, a preocupação pelo peso do corpo tem-se multiplicado, também, inquietantemente como nos casos de anorexia e bulimia: segundo estatística, a cada ano, 150 mil norte americanos morrem de anorexia Wolf apud LEPARGNEUR (1994, p. 30).

O medo de adquirir o tão grave defeito da obesidade, criticado pelo mundo todo, leva pessoas a outro extremo, o da magreza excessiva e inconsciente, deixando-se de comer por se enxergarem sempre obeso, e aquém do padrão estabelecido.

Cury (2005, p.7) afirma que “qualquer imposição de um padrão de beleza estereotipado para alicerçar a auto-estima e o prazer da auto – imagem produz um desastre no inconsciente, com um grave adoecimento emocional”. Continua, ainda, afirmando que o culto ao corpo super magro está gerando uma pressão social e coletiva que assassinam a auto – estima e a auto – imagem de crianças e adultos, inclusive de homens.

Portanto, a alteração da imagem corporal provoca mecanismos de defesa do ego, de negação do corpo e isolamento, que são comportamentos freqüentes na pessoa obesa, associados à baixa auto-estima. Envolve, também, um grau de auto – decepção e distorção da realidade, tendo como significado a insatisfação consigo mesmo.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo tem uma abordagem descritiva, qualitativa e exploratória.

Segundo Best (1972) a pesquisa descritiva é aquela que pretende delinear o que é a pesquisa, envolvendo quatro aspectos: a descrição, o registro, a análise e a interpretação de fenômenos atuais, objetivando seu funcionamento no presente.

Selltiz et al. (1965), por sua vez, denominam de estudos descritivos, aqueles que descrevem um fenômeno ou situação, mediante determinado espaço de tempo. Denomina, também, de estudos exploratórios aqueles que enfatizam a descoberta de idéias e discernimentos, podendo também serem chamados de estudo diagnóstico.

Richardson (1989) afirma que a abordagem qualitativa de um problema justifica-se, sobretudo, por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social. Comenta, ainda, que estudos que empregam a metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuindo para o processo de mudança de determinado grupo, possibilitando, profundamente o entendimento das particularidades do comportamento humano.

Para Minayo et al. (1994) a abordagem qualitativa da pesquisa busca trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos. Sendo bastante rica em dados descritivos, focalizando de forma completa e contextualizada o fenômeno em estudo.

De acordo com Polit; Hungler et al. (2004) a pesquisa exploratória, assim como a pesquisa descritiva, começa com algum fenômeno de interesse, no entanto, mais do que simplesmente observar e descrever o fenômeno, investiga sua natureza complexa e outros fatores com os quais está relacionado. Portanto, a pesquisa qualitativa exploratória objetiva desvendar as várias maneiras pela qual um fenômeno manifesta-se, assim como seus processos subjacentes. Essa busca padrões de associação para esclarecer o significado e a dimensão dos fenômenos de interesse para estudo permite a expressão de grande variedade de crenças, sentimentos e comportamentos. Para isso, o pesquisador deve conversar ou observar

peessoas que têm experiência com o fenômeno. Desse modo, a pesquisa qualitativa é essencialmente descritiva. Sendo assim, os estudos exploratórios descritivos exigem uma série de informações sobre o que se quer pesquisar. Além disso, realiza a descrição dos fenômenos através de uma visão subjetiva, e por isso, descreve todo o significado que o ambiente traz.

Trivinões (1987) comenta que “o estudo descritivo pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade” utilizando-se da coleta, ordenação, classificação e análise dos dados. Refere, ainda, que a interpretação dos resultados surge de uma especulação, que tem como base a percepção de um fenômeno em contexto, por isso é coerente, lógica e consistente. Os resultados são expressos em retratos, em narrativas, ilustradas com declarações das pessoas, documentos pessoais e fragmentos de entrevistas.

Estudos exploratórios são particularmente realizados para investigar uma nova área desvendando fenômenos ainda pouco entendidos. Sendo assim os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar seus conhecimentos e experiências em torno de determinado problema.

Ainda, Trivinões (1987) comenta, que o pesquisador planeja um estudo exploratório com o objetivo de encontrar elementos necessários que lhe permitam, em contato com determinada população, obter resultados que deseja, ou levantar possíveis problemas de pesquisa.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital geral, de grande porte, localizado na cidade de Salvador. Trata-se de uma sociedade civil, sem fins lucrativos, reconhecida como de utilidade pública. Tem como missão a assistência, o ensino e a pesquisa, sendo suas atividades apoiadas em uma visão de futuro. Portanto, as ações estão centradas na visão do paciente como origem e sentido de todas as suas atividades, cujo objetivo é a racionalização do trabalho e a prestação de uma assistência de qualidade.

Esse Hospital tem como missão filosófica, o mandamento evangélico “Ide, Ensinai e Curai”, tendo, também, definida como política da qualidade “Prestar serviço de assistência médica hospitalar a seus clientes, assegurando confiabilidade técnica, qualidade de atendimento, facilidade de acesso e conforto, com preços compatíveis”. A partir dessa filosofia, busca elevar o nível da medicina social; promover a saúde e propor novos modelos,

através do exercício da assistência qualificada, da pesquisa e do ensino, mantendo convênio com a Universidade Federal da Bahia para residência médica e de enfermagem.

É considerada, referência de saúde na Bahia, pela qualidade de seus serviços e tecnologia moderna, além de ser pioneiro em cirurgias de transplantes e pesquisas de células tronco, para transplante de fígado.

O hospital possui uma estrutura física ampla, já tendo passado por processos de ampliação e reforma, desde que foi inaugurado: com vários consultórios, disponibilizando serviços especializados e, dentre eles, o de cirurgia bariátrica.

O complexo médico ocupa uma área de 40 mil metros quadrados, em um edifício de 10 pavimentos. É constituído por 11 unidades de internação, compreendendo clínica médica e cirúrgica, atendendo a adultos e, também, a crianças, com 2 (duas) alas destinadas à pediatria; 3 (três) unidades de terapia intensiva (geral, cardiológica e pediátrica); 2 (dois) unidades de terapia semi-intensiva; 1 (um) centro cirúrgico; 1 (um) hospital dia e 1 (uma) unidade de emergência, totalizado 290 leitos ativos. Dispõe, ainda, de um centro de diagnóstico por imagem, laboratórios, anatomia patológica, ambulatório com 40 especialidades clínicas e cirúrgicas. Recentemente reestruturou o serviço de medicina nuclear, sendo referência no Estado para esse tipo de serviço, inclusive para pessoas que necessitam realizar iodoterapia, e radioterapia. O serviço de oncologia além de consultas, realiza tratamentos quimioterápicos em regime de hospital dia.

Conta com um quadro de 965 profissionais de saúde, sendo 640 da equipe de enfermagem, além de receber, aproximadamente 50 estudantes de enfermagem por mês. Do total de pessoal de enfermagem, 27 estão envolvidos com atividades de chefia, coordenação, ensino e supervisão e, 613, com prestação da assistência direta ao paciente. Além desses profissionais, fazem parte da estrutura da organização 1.707 colaboradores diretos, entre técnicos especializados, administração e apoio.

O serviço de cirurgia bariátrica teve início no ano 2000, com uma equipe composta por cirurgiões gerais, endocrinologista, nutricionista, cardiologista, anestesistas, psiquiatra, fisioterapeutas, enfermeira e cirurgião plástico. Desde então, profissionais comprometidos, interessados em proporcionar aos seus pacientes um cuidado competente e com bons resultados, têm procurado qualificarem-se, buscando conhecer os problemas clínicos, psicológicos emocionais e sociais dos pacientes obesos para melhor assisti-los.

Destacamos que, essa cirurgia trás importantes benefícios ao paciente obeso, como a perda de peso, melhoria das condições clínicas e da qualidade de vida, mas, também, proporciona mudanças radicais em sua vida. As modificações do corpo levam a modificações

psicológicas importantes, que poderão e refletir nas relações consigo mesmo e com os outros. Nesse contexto, nos deparamos com alguns desafios, que começaram com a necessidade de mudanças na estrutura física, no mobiliário hospitalar, no instrumental cirúrgico e equipamentos hospitalar, para adequá-los às necessidades dessas pessoas.

Registramos que esse serviço tem como objetivo o tratamento de obesos, pelo método cirúrgico. Reiteramos que as formas leves e moderadas da obesidade podem ser passíveis de tratamentos clínicos, utilizando-se dieta, exercícios físicos, acompanhamento nutricional, endócrino e psicológico. Porém, as pessoas com obesidade mórbida ou superobesidade, dificilmente conseguem manter a perda de peso por muito tempo, caso não se submetam à cirurgia bariátrica.

Nesse sentido, o tratamento cirúrgico não deve ser uma opção de escolha por questões estéticas, é, na verdade, a busca de uma solução definitiva para minimizar as complicações das morbidades, geralmente associadas à obesidade, os quais podem ser causa de morte de pessoas obesas ainda muito jovens.

Assim, a cirurgia bariátrica, que tem sido praticada em todo o mundo, tem a finalidade de promover a perda de peso, impedindo a ingesta de grandes volumes de alimentos. O objetivo principal desse tratamento é o de reduzir o peso ao nível no qual os riscos da obesidade tornem-se aceitáveis, atingindo-se uma taxa de mortalidade próxima à da população não obesa. Esse nível corresponde a um peso máximo de 30% acima do ideal, ou um IMC inferior a 35 Kg/m².

A equipe profissional que atua no setor de Cirurgia Bariátrica acredita que o sucesso do tratamento cirúrgico depende da motivação do indivíduo, de uma indicação médica precisa e também de uma equipe interdisciplinar preparada. É muito importante que a pessoa sinta-se devidamente esclarecida sobre o ato cirúrgico e deseje alcançar os benefícios oferecidos por esse tipo de tratamento. Deve, também, aceitar através de documentação legal, por escrito, o que está sendo proposto. Além disso, necessita compreender as razões da operação, estando preparada para eventuais desconfortos e mesmo complicações próprias de todo ato cirúrgico.

Desse modo, antes da hospitalização a pessoa obesa passa por uma consulta ambulatorial com cada um dos profissionais da equipe, definindo a data da cirurgia, quando realizar a consulta com o anestesista e a de enfermagem. O objetivo dessa consulta é oferecer o tratamento perioperatório adequado, envolvendo o período pré-operatório, a execução da cirurgia com habilidade e segurança, além de um acompanhamento pós-operatório tardio eficiente.

3.3 OS SUJEITOS DO ESTUDO

A escolha dos sujeitos do estudo foi fundamentada nos seguintes critérios: pessoas portadoras de obesidade mórbida, que estiverem no processo de realização de cirurgia bariátrica no período da realização da pesquisa, no segundo semestre do ano de 2006, após a liberação do Comitê de Ética para pesquisa, sendo inclusas todas as pessoas que seriam operadas independente do sexo, idade, e tipo de técnica cirúrgica utilizada.

Dessa maneira, a pesquisa foi realizada com doze pessoas no período pré-operatório, sendo nove mulheres e três homens. Não estabelecemos o número de pessoas de acordo com o gênero previamente e o fato de terem sido mais mulheres do que homem deveu-se a maior demanda desse gênero no período da pesquisa de campo. De certa forma isso reforça a informação que as mulheres são mais cobradas socialmente em possuir um corpo magro. Pois, não ignoramos que, em nossa cultura o corpo ideal é representado como esbelto, belo, jovem, forte, cheio de vida e de saúde, o que é veiculado, diariamente, através dos meios de comunicação. O número total de pessoas a serem entrevistadas também não foi definido previamente, continuamos as entrevistas até que os resultados se tornaram representativos, utilizando o princípio da saturação de dados, quando os temas e as categorias tornaram-se repetitivas, de forma que nenhuma informação nova era trazida com a coleta de mais dados.

Tais pessoas tiveram o direito de optar se iam ou não participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme a Resolução 156/96 do CN, que versa sobre as diretrizes e normas regulamentadora de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assim, o grupo foi constituído por (03) três homens e na sua maioria por mulheres (09) nove, que foram orientados sobre o objetivo do estudo, sendo entrevistados no período pré-operatório.

Para manter a integridade e o sigilo dos entrevistados, escolhemos, para identificá-los, por números, cuja numeração foi aleatória.

Registramos a disponibilidade e receptividade dos entrevistados, que demonstraram gostar de falar sobre o assunto, satisfeitos em contribuir com o estudo. Conseguimos estabelecer empatia durante as entrevistas, o que possibilitou a exposição dos sujeitos, de suas experiências e sentimentos.

3.4 A TÉCNICA E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Escolhemos como *locus* deste estudo o Setor de Cirurgia Bariátrica do hospital em estudo, por fazer parte do quadro de funcionários.

Outra situação importante a destacar foi nossa aproximação com os membros da equipe da cirurgia, com quem trabalhamos há algum tempo, fator facilitador para o acesso às pessoas obesas, que buscavam esse serviço.

Dessa maneira, o projeto foi encaminhado inicialmente para apreciação pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital, em observação os aspectos éticos constantes na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996).

Após a apreciação pelo Comitê, recebemos o projeto para realizarmos algumas modificações sugeridas, e melhor esclarecermos quanto a forma de coleta de dados, tendo posteriormente aprovado.

Também, enviamos uma cópia do projeto à Gerente de Enfermagem da instituição e ao Coordenador Médico do Serviço de Cirurgia, para autorização dos mesmos. Só após a autorização de todos, iniciamos a coleta dos dados.

A realização de entrevistas semi-estruturadas, possuindo um roteiro contendo seis perguntas abertas e baseadas nos objetivos do estudo, constituiu o instrumento de coleta de dados, assim como a utilização de prontuários para registro dos dados pessoais dos sujeitos envolvidos, histórico de saúde e outras informações referentes ao processo pré-operatório (APÊNDICE A).

O instrumento foi testado previamente no mesmo local, com a finalidade de avaliar a pertinência das questões, de modo a serem modificadas, buscando a sua adequação aos objetivos do estudo.

Para Trivínos (1987) a entrevista semi-estruturada é um dos principais meios do investigador para proceder a coleta de dados. Ela valoriza a presença do investigador, oferecendo todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação. O informante segue espontaneamente sua linha de pensamento e suas experiências dentro do foco de estudo começa assim a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

A técnica de entrevista, segundo o conceito de Lakatos e Marconi (1996), é o encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de

determinado assunto, deixando asseguradas, pela pesquisadora, as condições éticas necessárias à sua realização.

Assim, na elaboração da entrevista é importante que o pesquisador atente para o tipo de perguntas a serem realizadas, as quais devem ser elaboradas a partir das informações que já recolheu sobre o assunto e que despertou seu interesse, o assunto a ser estudado e, também, considerar a teoria que alimenta a pesquisa.

As entrevistas foram realizadas no consultório de Cirurgia Geral do hospital onde foi realizada a pesquisa. Localizado no andar térreo, facilita o acesso das pessoas. O consultório tem uma área de mais ou menos 60 m², dividido em uma ante – sala ampla onde localiza-se a recepção e mais (05) cinco salas para consulta e uma (01) para realização de curativos cirúrgicos e limpos. Também dispõe de um sanitário masculino e outro feminino.

No intuito de formalizar nossa presença no serviço e na tentativa de viabilizar o encontro com os pacientes, fizemos contato com a recepcionista do Serviço de Cirurgia, explicando-lhe o projeto e solicitando sua colaboração. Esta, gentilmente nos apresentava aos pacientes que chegavam para consulta, uma vez que, muitas vezes, ela já havia tido contato anterior com eles. Desse modo, acabávamos sempre tendo boa receptividade por parte dos pacientes.

Além disso, acompanhava com a recepcionista a listagem de consulta dos pacientes para saber os dias que viriam para consulta e programava as entrevistas. Normalmente, os médicos cirurgiões agendam as consultas para as terças, quartas e quintas-feiras, sendo terça no período da manhã, o dia de maior movimento. O que dificultou um pouco nosso acesso pela demanda de trabalho, nesse turno, dentro do hospital. Telefonávamos sempre antes de descer ao consultório, confirmando se havia ou não pessoas para serem entrevistadas. Caso positivo, íamos até lá.

Tivemos, durante o período da coleta de dados, alguns contratemplos operacionais que não haviam sido contemplados durante o planejamento e que acabaram por atrasar a pesquisa. O primeiro foi em relação a liberação pelo Comitê da Pesquisa para iniciar a coleta de dados. O segundo referiu-se ao centro cirúrgico do hospital, que fechou por quinze dias para reforma, afugentando as pessoas do ambulatório. A terceira foi em relação ao período de férias do cirurgião, no mês de janeiro, atrasando ainda mais a coleta de dados. Iniciamos a coleta no mês de outubro, interrompendo por um período de 45 dias entre a segunda quinzena de dezembro e o mês de janeiro, pelos motivos acima expostos.

Antes de iniciarmos as entrevistas, fazíamos uma apresentação do estudo, onde explicávamos sobre a pesquisa, a que se propunha, qual o nosso objetivo, a importância de

sua participação e apoio. Questionava se gostariam de participar, esclarecendo o direito de negar, sem nenhum prejuízo para sua pessoa. Lia o termo de consentimento esclarecido para elas, ou oferecia para que elas mesmas lessem. Questionávamos se poderíamos gravar as entrevistas e fazíamos também os agradecimentos de praxe.

Durante as entrevistas procuramos não interromper o colóquio, conduzindo as perguntas de acordo com o que as pessoas estavam pretendendo nos dizer. Na medida em que tocavam no assunto referente à nossa pergunta, complementávamos com algum comentário, introduzindo a pergunta, de maneira que elas nem percebessem que estavam sendo argüidas. Essa técnica, além de estimular novos comentários por parte das entrevistadas, acabava deixando-lhes mais à vontade no decorrer da pesquisa. Desse modo, percebemos que acabavam adquirindo mais confiança, e falavam além do que nos propusemos a perguntar; comentando sobre suas vidas e experiências, tornando as entrevistas bastante rica em conteúdo, além de criar um vínculo de respeito e confiança muito forte para o pouco tempo de contato.

Não fixamos, a priori, um tempo para cada uma das entrevistas, porém procuramos seguir a determinação de Trivínos (1987) de que a entrevista não deve se prolongar por mais de 30 minutos. Assim, o tempo gasto não ultrapassou os 30 minutos, sendo o tempo médio de 20 minutos. Como as entrevistas foram realizadas enquanto aguardavam a consulta médica, também serviu para atenuar a ansiedade da espera.

Enquanto aguardávamos para abordar as possíveis pessoas entrevistadas, aproveitávamos para observar a linguagem corporal que comunicavam durante a espera. Algumas muito ansiosas utilizavam o aparelho celular sem parar. Outras recolhidas em seu canto, mal olhavam para os lados ou para as outras pessoas próximas. Outras, mais comunicativas puxavam assunto, principalmente com outras pessoas obesas, procurando se informar sobre a cirurgia, se iriam fazer, se já tinham feito, como tinha sido suas experiências. Observamos que as cadeiras da sala de espera, embora confortáveis para as pessoas mais magras, não eram adequadas às pessoas obesas, principalmente para aquelas mais tímidas ou com a auto-estima mais baixa. Essas cadeiras são acolchoadas, porém estreitas, acopladas umas as outras, dificultando o movimento, sendo pouco confortável para elas, que tudo faziam para não chamar a atenção dos outros. Outro detalhe que nos pareceu importante, é que o consultório não se destinava apenas às pessoas que irão submeter-se a cirurgia bariátrica, mas a qualquer cirurgia geral, desse modo algumas vezes observávamos que elas se sentiam pouco a vontade.

Gravamos as entrevistas, após obtermos o consentimento do informante. Posteriormente, questionamos se gostariam de ouvir a entrevista gravada, o que todos recusaram, porém, salientamos a possibilidade de eliminação de partes que o mesmo solicitasse, ou não se sentisse confortável ao repassar seu depoimento.

Para a realização e gravação da entrevista, solicitamos previamente a autorização dos entrevistados, utilizando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE B).

Acompanhamos a gravação fazendo anotações gerais sobre atitudes ou até mesmo comportamento do entrevistado, reações aparentes, manifestações físicas ou emocionais, que poderiam contribuir para melhor esclarecimento do objeto estudado.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

As informações obtidas das entrevistas foram analisadas utilizando a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977).

Trivinhos (1987) recomenda o emprego dessa técnica, porque ela se presta para o estudo das motivações, atitudes, valores, crenças, tendências e para o desvendar de ideologias, que podem existir nos dispositivos legais, princípios e diretrizes.

Dessa maneira, a análise de conteúdo é uma das formas mais antigas utilizadas de análise e processamento de conteúdos abertos e pouco estruturados, sendo uma técnica que se apóia na codificação da informação em categorias para dar sentido ao material estudado.

Segundo Bardin (1977, p. 225), a técnica de análise de conteúdo pode ser definida como “[...] conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis e em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados”.

Rey (2002, p. 142) conceitua a análise de conteúdo como “uma forma de centrar a interpretação naqueles aspectos do texto suscetíveis de ser codificados em termos de análise [...]” Complementa, afirmando que a análise de conteúdo constitui um processo analítico, orientado para dar sentido ao estudado, por meio de unidades parciais que fragmentam o objeto, as quais se integram, posteriormente, em um processo de interpretação, condicionado pelo tipo de unidades objetivas e definidas na análise.

Procedemos a organização da análise com base nos períodos cronológicos propostos pela técnica de Bardin (1977): pré-análise, exploração do material e análise e interpretação dos dados.

A fase de pré-análise é a fase da organização, que tem por objetivo sistematizar as idéias iniciais, tornando-as operacionais, de modo a conduzir a um esquema preciso para o desenvolvimento das ações, em um plano de análise. Nessa fase, fazemos a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração dos indicadores, que fundamentem a interpretação final. Esses três fatores estão estreitamente interligados. A escolha dos documentos só podem ser feitos após a escolha dos objetivos, os indicadores são construídos por sua vez, a partir das hipóteses.

Desse modo, a primeira atividade da fase de pré-análise consiste na escolha dos documentos a analisar, estabelecendo contato, conhecendo o texto, absorvendo impressões orientações. Chama-se essa fase de leitura flutuante. Posteriormente, a partir da formulação de pressupostos e da projeção de referenciais teóricos sobre o material a leitura vai se tornando mais precisa.

Ainda, na fase de pré-análise, realizamos as operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registro de dados.

A segunda fase da análise de conteúdo de Bardin envolve a exploração do material; a fase da análise propriamente dita, onde é realizada a administração sistemática das decisões tomadas. Fazer essa análise consiste em descobrir os dados que compõem a comunicação e cuja presença ou freqüência em que a aparecem, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

A terceira fase, a análise de conteúdo é a fase de tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Apoiada nos materiais de informação da pré-análise a fase de análise do tratamento dos resultados alcança maior intensidade nessa fase. Baseada na reflexão e na intuição, com embasamento nos materiais empíricos, aprofunda as conexões das idéias até atingir os objetivos. Bardin (1997) refere que nessa fase os resultados brutos são tratados de maneira a se tornarem significativos e válidos. A partir disso, pode-se propor inferências e adiantar interpretações a respeito dos objetivos previstos, ou que dizem respeito a outras descobertas inesperadas.

Nessa fase procedemos a realização da análise fazendo a discussão dos dados, buscando a relação entre os material empírico e o referencial teórico, articulando-os também com os depoimentos dos diferentes sujeitos.

Para conseguir realizar a escolha sobre o gênero do documento sobre o qual se pode efetuar a análise, Bardin (1977, p. 96) recomenda proceder à “constituição de um corpus”, que ele define como sendo “o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”. Complementa orientando que para constituir o “corpus” é necessário realizar escolhas, seleções e seguir algumas regras.

A primeira regra é a da exaustividade, e consiste em que, uma vez definido o campo no qual os pesquisadores devem fixar sua atenção, é preciso levar em conta todos os elementos desse corpus, não podendo deixar de fora nenhum deles.

A regra da representatividade consiste em efetuar uma amostra representativa do universo inicial, que pode ser realizada ao acaso, ou por quotas.

A terceira regra, conhecida como regra da homogeneidade, define que os documentos selecionados devem ser homogêneos, obedecendo a critérios precisos de escolha. Estes devem referir-se ao mesmo tema, ter sido obtidos utilizando-se técnicas idênticas e serem realizadas por indivíduos semelhantes.

A quarta regra, ou regra de pertinência, determina que os documentos coletados devam ter uma fonte de informação adequada, correspondendo ao objetivo que dará origem a análise.

Tais aspectos foram considerados neste estudo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Desde os anos 50, vários códigos de ética foram desenvolvidos para prevenir a violação dos direitos humanos durante a pesquisa. Um código de ética especialmente importante foi adotado pela National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1978). Essa comissão divulgou um relatório em 1978 que serviu como base para os regulamentos que afetam a pesquisa, baseando-se nos seguintes princípios éticos: a beneficência, o respeito pela dignidade humana e a justiça (POLIT e HUNGLER, 2004).

Um dos princípios éticos, fundamental na pesquisa com seres humanos, segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS), é o da beneficência, que dita, para acima de tudo, não causar danos, garantindo a integridade e interrompendo a pesquisa se houver razão para

suspeitar que a continuação do estudo resultasse em lesão, morte, incapacidade, ou sofrimento indevido aos participantes do estudo.

Os pesquisadores devem, ainda, procurar evitar infringir danos psicológicos, formulando as questões com tato, fornecendo informações e, permitindo também que os participantes façam perguntas, ou até queixas. As conseqüências psicológicas resultantes da participação de uma pesquisa são geralmente muito sutis, exigindo muita atenção e sensibilidade (POLIT e HUNGLER, 2004).

Nesse sentido, durante as entrevistas pode-se realizar questionamentos pessoais que envolvem fraquezas, medos ou que podem levar as pessoas a revelar informações delicadas ou muito íntimas, desencadeando, desse modo, sentimentos de insegurança e até mesmo outros sentimentos desconhecidos até mesmo para a pessoa, que pode estar encarando-os pela primeira vez por não ter tido antes oportunidade de deslumbrá-los. Assim, o pesquisador deve estar atento a essa possibilidade, fazendo o encaminhamento aos serviços de saúde necessários.

Ainda, segundo o CNS o pesquisador deve garantir aos participantes que seu envolvimento no estudo não irá colocá-los em desvantagem ou expô-los à situação para as quais não tenham sido explicitamente preparados. Sua participação ou informação não poderá ser usada contra eles.

Os participantes do estudo desenvolvem uma relação especial com o pesquisador, de sensibilidade e confiança, porém este último não pode abusar do vínculo estabelecido durante a pesquisa, principalmente se já existir um relacionamento terapêutico entre eles.

Nós, enfermeiras, devemos ter um cuidado maior ainda, caso já tenhamos tido algum tipo de relacionamento profissional com as pessoas entrevistadas.

Polit e Hungler (2004), por sua vez, informam que na pesquisa qualitativa o risco de exploração pode ser especialmente grave porque a distância psicológica entre o investigador e o participante declina, tipicamente, à medida que o estudo progride.

Em relação ao risco/benefício o grau de risco assumido pelos participantes na pesquisa não devem exceder os benefícios humanitários potenciais do conhecimento a ser obtido.

O princípio do respeito pela dignidade humana é o segundo princípio ético e inclui o direito à autodeterminação e o direito à revelação total. O princípio da autodeterminação afirma que os participantes têm o direito de decidir voluntariamente se participam do estudo, sem o risco de sofrer qualquer penalidade ou tratamento prejudicial. Além disso, garante o direito ao participante de fazer perguntas, recusar-se a dar informações, ou interromper a sua

participação. Versa, também, sobre a garantia do entrevistado não sofrer qualquer tipo de coerção, ou seja, ser ameaçado explicita ou implicitamente de penalidade por se recusar em participar de um estudo.

Quanto ao direito de revelação total o pesquisador deve descrever totalmente a natureza do estudo, o direito da pessoa de recusar a participar do estudo, as responsabilidades do pesquisador e os prováveis riscos e benefícios.

Desse modo, os participantes da pesquisa necessitam assinar voluntariamente o consentimento livre esclarecido, concordando em participar da pesquisa. Esse formulário deve conter informações sobre a finalidade do estudo, as expectativas específicas relativas à participação, a natureza voluntária da participação e os riscos e benefícios potenciais.

O consentimento significa que os participantes têm informações adequadas em relação à pesquisa; compreendem a informação e têm o poder da livre escolha, podendo assim participar voluntariamente na pesquisa ou declinar dessa participação.

Assim, registramos que buscamos com este estudo respeitar os princípios éticos aqui constantes.

4.0 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentamos a análise e a discussão dos resultados do estudo a partir das categorias encontradas, envolvendo as demandas bio-psico-sociais relativas à cirurgia bariátrica.

Inicialmente, apresentamos a amostra, através dos dados de identificação referentes à: idade, sexo, estado civil, profissão ou ocupação, IMC e classificação quanto à obesidade conforme o quadro abaixo.

	SEXO	IDADE	OCUPAÇÃO	ESTADO CIVIL	IMC Kg/m ²	CLASSIFICAÇÃO
E1	F	23	Estudante	Solteira	45,0	Obeso mórbido
E2	F	34	Administradora Desempregada	Casada	39,45	Obeso grave
E3	F	71	Aposentada/ pensionista	Viúva	45,0	Obeso mórbido
E4	F	35	Bancária/ Desempregada	Casada	35,4	Obeso grave
E5	F	42	Desempregada	Casada	40,0	Obeso mórbido
E6	F	25	Operadora / Desempregada	Casada	40,8	Obeso mórbido
E7	M	27	Operador/ Desempregado	Solteiro	45,0	Obeso mórbido
E8	M	45	Analista de sistema	Casado	40,12	Obeso mórbido
E9	F	60	Aposentada	Casada	43,1	Obeso mórbido
E10	M	45	Agrônomo	Casado	41,5	Obeso mórbido
E11	F	38	Médica	Solteira	41,5	Obeso mórbido
E12	F	19	Estudante	Solteira	35,0	Obeso grave

Fonte: dados do estudo.

QUADRO 1. Caracterização dos sujeitos do estudo. Salvador, 2007.

Ao estudarmos o quadro de identificação dos sujeitos, observamos que não houve durante o estudo uma idade predominante, as idades foram variadas, oscilando dos dezenove aos setenta e um anos de idade. A maioria foi de obesos mórbidos, com um total de nove, seguidos por três obesos graves, conforme os critérios de indicação cirúrgica estabelecidos pela Sociedade de Cirurgia Bariátrica.

Embora não tenhamos nos detido na relação obesidade e desemprego, observamos que seis das doze pessoas entrevistadas estavam desempregadas, mesmo tendo sido negado problemas em conseguirem um trabalho, devido a obesidade.

O gênero feminino foi predominante, constituindo-se nove mulheres e três homens entrevistados, o que pode indicar o aprisionamento feminino com o ideal de beleza contemporâneo, atingindo as mais diversas idades, da adolescente a mulher madura, a mulher balzaquiana e a mulher idosa.

4.1 CATEGORIAS DE ANÁLISE

Neste item, procedemos a análise das categorias e subcategorias emergidas do estudo, as quais se encontram apresentadas no quadro abaixo.

Categorias	Subcategorias
1 Demandas físicas/biológicas Motivos para a cirurgia	* Comorbidades * Estética mídia e o padrão ideal * Qualidade de vida
2 Demandas psicológicas Sentimentos frente a cirurgia	* Medo/ ansiedade * Depressão * Baixa auto-estima * Imagem corporal
3 Demandas Sociais Relações sociais frente a cirurgia	* Relacionamentos familiar e afetivo * Trabalho * Valores culturais e expectativas

Fonte: dados do estudo.

QUADRO 2 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DO ESTUDO – SALVADOR, 2007

4.1.1 Categoria 1 – Demandas físicas /biológicas – Motivos para a cirurgia.

Conforme verificado no quadro acima, a primeira categoria refere-se as demandas físicas e biológicas, denominada de **Motivos para a cirurgia**. Nessa categoria destacamos as subcategorias: comorbidades, estética, mídia e o padrão ideal e qualidade de vida, que estão analisadas e acompanhadas dos respectivos recortes das manifestações dos sujeitos e que ilustram a análise.

Destacamos que antes de iniciarmos o estudo, tínhamos a idéia preconceituosa de que as pessoas obesas buscavam a cirurgia bariátrica pelo motivo estético, a fim de alcançarem o famoso padrão de beleza estabelecido pela sociedade contemporânea. Parecia-nos a forma mais rápida e definitiva de alcançarem esse objetivo, sem “maiores” esforços, uma vez que não teriam de se submeter a dietas prolongadas, exercícios físicos rigorosos e restrições alimentares, pois os cirurgiões fariam a parte mais difícil: a técnica cirúrgica.

Além disso, outras questões nos inquietavam. Estando essas pessoas bem esclarecidas sobre o procedimento, sabendo do papel que lhes cabiam, dos riscos a que estavam se submetendo, uma vez que cirurgia desse porte não pode se considerada um procedimento tão simples e inócuo como pode parecer a princípio, o que realmente encorajava essas pessoas? Qual o motivo predominante? O que fazia com que elas superassem possíveis medos? O que se passava com elas, no que se refere aos aspectos biológico, psicológico e social?

Desse modo, conhecer quais os motivos que levavam estas pessoas a submeterem-se a cirurgia bariátrica foi uma das nossas preocupações desde o início do trabalho, sendo importante trazer alguns conceitos sobre motivo e a teoria da motivação de Maslow (capítulo 2, p. 29).

Resumir os conceitos apresentados, Murray (1967) refere que o motivo divide-se em impulso e recompensa. O impulso diz respeito ao processo interno que incita uma pessoa à ação. Pode ser influenciado por um estímulo externo, mas é interno em sua existência. E a recompensa é o fim de um motivo; é um processo interno de redução do impulso. Acrescenta ainda, que alguns psicólogos também incluem na motivação um desejo consciente de obter algo.

Na análise dessa subcategoria buscamos trazer o que levou as pessoas obesas a se decidirem por uma opção radical, como a cirurgia, para resolver seu problema de obesidade.

Que estímulo externo pode ter influenciado? De acordo com as necessidades humanas de Maslow que necessidades estariam afetadas?

Desse modo, quase todos iniciaram a entrevista mencionando alguns fatores, também encontrados na literatura, como predisponentes para a obesidade, a exemplo da hereditariedade, gravidez, uso de medicação, hábitos de vida e alimentares e, principalmente, a presença de obesidade ainda na infância.

Assim, a maioria mencionou o longo tempo de obesidade, relatando que desde criança já eram obesos, tendo iniciado a luta contra o excesso de peso desde muito pequenos, conforme relatos abaixo:

[...]desde os 05 anos de idade, que eu já tenho aumento de peso, porque tinha problema de asma, aí tomei corticóide, engordei e, depois, na adolescência aí começou realmente por falta de controle mesmo, doces, essas coisas, aí comecei a engordar.(E1).

[...]Agora eu to com 103 kg né, 103 kg, mas eu já tenho feito muito,já tenho usado muito medicamento desde criança, desde adolescente (fala pausado, lento, demonstrando o tanto tempo que vem lutando contra a obesidade. [...]) (E4).

Eu comecei a engordar, tinha uns 7 anos por aí...Eu era bem magrinha na escola e tudo.Quando eu tinha 07 anos comecei a engordar, a engordar, foi aí que já vestia roupa de 10 anos. (E 6).

[...] Já, já, já, eu desde os dezenove anos quando eu me descobri que era obeso que eu venho fazendo tratamentos [...]O que me levou a fazer a cirurgia é saúde. Foi quando eu conversei com o cirurgião, aí fui entender que eu precisava na realidade fazer essa cirurgia, por que eu tenho muitos problemas de saúde e a cirurgia vai trazer benefícios para mim.[...] Então tem várias pessoas que eu vi emagrecendo, que era obeso. O que é que aconteceu com aquela pessoa? Não, fiz cirurgia bariática. Aí foi que eu vi uma colega minha, uma colega de meu pai. E sempre meu pai ficava dizendo: Taí, oh! Já fez taí magra. Você tem que fazer. Aí eu peguei, perguntei o telefone, um dia liguei para aqui (referindo-se ao ambulatório do hospital) e marquei a consulta e aí foi. (E7).

[...] Porque eu nasci gorda, sempre fui gorda, fiz dieta, tomei vários remédios pra perder peso, mas não consegui. [...]) (E09).

Tenho dificuldades em queimar calorias e perder peso. Eu nasci gordo e a vida toda tentei fazer e não consegui perder realmente [...]) (E10).

Eu fiz desde pequena acompanhamento com endocrinologista, com nutricionista [...]) (E12).

Os sujeitos citaram com alguma frequência o fator hereditariedade, como sendo o responsável por sua obesidade. Relataram casos de parentes obesos e de patologias que eles apresentavam, relacionados à obesidade como um exemplo negativo, um exemplo a não ser seguido. Nesse sentido, vêem a cirurgia como uma tábua de salvação para melhorar a saúde, alcançando melhor qualidade de vida, uma vez que nada, até então, tem funcionado. Vejamos os relatos abaixo:

[...] Tenho 25 anos, aí vai ficando mais difícil. Meu pai é hipertenso, minha avó tem problema de coração, meu pai é diabético [...] Minha avó também está engordando. Então, é aquela questão, vai viver sempre na dieta, ter o medo de engordar [...] (E6).

Na minha família tem vários obesos, vários (ênfatisa bastante). Parentes próximos, tios. São três que são obesos mesmo (exagera) [...] (E7).

[...] Meu avô morreu de derrame cerebral, minha avó era diabética, meu pai e minha mãe têm colesterol alto. Minha mãe tem problema de doença coronariana. Minha família toda, toda (ênfatisa), eu diria que 80 a 90%. Primos mais jovens do que eu, mais fortes do que eu, minha avó. Minha avó quando morreu, tinha diminuído, mas pesava 120 kg, uma pessoa que tinha 1,50 cm por aí. Eu tenho uma tia que é médica, que também é a mesma coisa que minha vó, baixinha e gordinha [...] (E8).

[...] a família de meu pai toda é obeso.(E12)

Acredita-se que fatores genéticos possam estar relacionados à eficiência no aproveitamento, armazenamento e mobilização dos nutrientes ingeridos; ao gasto energético, em especial a taxa metabólica basal; ao controle do apetite e ao comportamento alimentar (FRANCISCHI et al, 2000; SICHIERI, 1998).

Nesse sentido, a associação da ocorrência de obesidade entre membros de uma mesma família é conhecida, acreditando-se que isso pode ser devido tanto a fatores genéticos quanto aos hábitos de vida. No entanto, as ocorrências de obesidade dos pais levam a um risco aumentado de ocorrências de obesidade, nos filhos, chegando a quase duas vezes maior (80%) para os indivíduos com pai e mãe obesos (GIGANTE, 2004).

Dâmaso (2005) orienta que a obesidade na infância é um forte elemento que predispõe ao excesso de peso na vida adulta. Além disso, de um modo geral, a criança imita o modelo materno e paterno. Assim, a família é o principal meio social de suporte ao controle e prevenção da obesidade na infância.

Para os sujeitos do estudo, ao mesmo tempo em que relacionaram, procuraram associar a causa da sua obesidade ao fator hereditário e à obesidade infantil, acabam sendo bastantes auto-críticos, assumindo sua parcela de culpa e responsabilidade, quando colocam os maus hábitos alimentares ou preferências alimentares. Nesse momento, podíamos sentir a manifestação de vergonha e culpa por sua obesidade.

[...] depois na adolescência, aí começou realmente por falta de controle mesmo, doces, essas coisas, aí comecei a engordar. [...]. Eu como muito chocolate, entendeu? Eu sou fã, eu sou chocólatra, então muito biscoito de chocolate, é chocolate propriamente dito, e assim, beliscando. Eu como muito biscoito de chocolate, como chocolate demais, coca-cola, refrigerante, então eu vejo que para mim isso daí foi um fator que foi fundamental para eu engordar {...}. (Falando com prazer sobre a comida gostosa, parecia estar saboreando novamente, demonstra prazer ao se recordar do alimento gostoso). (E1).

[...] e também no início eu tomei hormônio, aqueles hormônios que as vezes a gente tem que tomar . Eu engordava bastante [...]. (E2).

[...] como todo gordinho a gente adora comer, comer bem. Parece que comer bem é comer muito [...]. (E2).

[...] Eu estudava à noite, todo dia de noite quando eu chegava da faculdade tinha uma sopinha pronta, tinha alguma coisa gostosa [...] Foi mais a indisciplina mesmo e os maus hábitos [...]. (E3).

[...] Tive 03 filhos. Depois do primeiro filho eu ganhei um pesinho, o segundo mais um pouquinho, o terceiro mais um pouquinho e depois não consegui mais perder (30 kg)[...]. A primeira, teve um espaço de 5 anos e meio, mas do 2ª para o 3º foi apenas de 11 meses. Como eu falei com o Dr. agora, está muito ligada as minhas gestações né? Quase 50 Kg nos últimos três anos, mais ou menos. Da minha primeira gravidez para cá, foram quase 50 kg (E5)

[...] Então a proporção que foi passando o tempo, depois que eu casei, tive filhos, perdi filhos, tomando anticoncepcional, essas coisas, aí eu fui aumentando a cada ano mais o peso. [...]. (E9).

Estudos têm identificado situações e fases da vida em que as pessoas podem ficar mais vulneráveis à obesidade. Fatores relacionados ao ciclo reprodutivo, como a idade da menarca, o ganho de peso gestacional, o número de filhos, o intervalo entre os partos e a duração da amamentação também têm sido relacionados ao aumento da obesidade (SILVA,

1995; GIGANTE et al.,1997; COUTINHO, 1998; LINS, 1999; KAC et al., 2001; 2003; MENDONÇA, 2005).

Deve ser registrado, ainda, que são vários os fatores que têm contribuído para a obesidade, destacando-se: o novo papel feminino na sociedade e sua inserção no mercado de trabalho; a concentração da população nos meios urbanos; e a diminuição do esforço físico e, conseqüentemente do gasto energético, tanto no trabalho, quanto na rotina diária, assim como a crescente industrialização dos alimentos (GIGANTE, 2004).

Nesse sentido, o padrão de consumo alimentar atual está baseado na ingestão de alimentos rico em açúcares simples, gordura saturada, sódio, conservantes, sendo pobres em fibras e nutrientes. Assim, os principais fatores responsáveis pelo aumento acelerado da obesidade estão relacionados ao ambiente e às mudanças no modo de vida.

Outros fatores que, também, estão associados ao ganho excessivo de peso são as mudanças em alguns momentos da vida, como casamento, viuvez, e separação, por exemplo. Determinadas situações de violência, fatores psicológicos como o estresse, a ansiedade e depressão e a compulsão alimentar são outros fatores que colaboram para esse evento. Além deles, tratamentos medicamentosos, com psicofármacos, corticóides e a redução drástica de atividade física também contribuem para a obesidade. (GIGANTE; 1997, MENDONÇA, 2005).

A literatura revela que, embora os fatores genéticos possam contribuir para a ocorrência da obesidade, estima-se que somente pequena parcela dos casos de obesidade na atualidade, possam ser atribuído a esses fatores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985).

A transição nutricional não só está fortemente ligada às mudanças nos padrões de consumo dos alimentos, mas, também, às modificações de ordem político e social. Fatores econômicos e culturais ainda estão presentes nesse processo.

Os sujeitos, ao iniciarmos as entrevistas, contavam suas trajetórias como pessoas obesas: quando e como começaram a obesidade, o que já tinham feito para perder peso, tudo que já haviam passado, pareciam querer enumerar justificativas que, também, nos convencessem da necessidade de realizar o procedimento cirúrgico. Desse modo, talvez estivessem querendo reforçar para eles mesmos, a decisão tomada.

Das entrevistas, podemos extrair das falas os motivos para a realização da cirurgia. Sendo citado como o principal deles: a busca pela saúde e pela qualidade de vida. Percebemos durante os discursos a demonstração da frustração pelos inúmeros fracassos com os tratamentos clínicos realizados durante anos. Tratamentos intermináveis, que traziam como

resultado a perda de peso, a melhora do humor e da auto-estima, mas só por pouco tempo, pois além de recuperarem rapidamente o peso perdido, também adquiriam mais alguns quilos, a cada tratamento fracassado, e nova decepção.

Assim, quando comparado ao sacrifício, os resultados eram efêmeros e acabavam se tornando negativos, pois a decepção final ia se acumulando, prejudicando a autoconfiança e a fé em sua própria capacidade de resolver o problema, quando começavam a acreditar que eram fracos e incapazes de modificar seus hábitos alimentares.

Desse modo, é também através das falas dos entrevistados, que podemos constatar o profundo pesar, sofrimento e vergonha:

[...] Fui ao vigilante do peso, usei fórmulas, dietas, dieta com nutricionista, dieta com endócrino, todas as outras formas assim, eu já tentei. O que eu mais perdi foi com a fórmula, cheguei a perder 25 kg. Também voltei, engordei mais ainda [...] O período de tratamento da fórmula é tranquilo, você emagrece rápido, tudo lindo e maravilhoso, mas depois que você pára, volta tudo de novo e mais rápido [...] (E1).

[...] Mas, aí eu fiz a opção de emagrecer, e nada, nada. Faço regime, emagreço um pouquinho e torno a voltar. Desde a idade de 20 anos que eu comecei a engordar, que eu luto para emagrecer. Faço regime, emagreço. Não, não, só dieta. Eu emagreço rápido, mas eu não consigo manter muito tempo. Eu já perdi até 120 kg, eu já cheguei [...] (E3).

Eu tenho usado vários tipos de medicação, entendeu? E quando usava, na época, na época, eu não tinha assim, orientação... é nutricional (como se estivesse lembrando o nome correto) para fazer uma coisa correta, então fazia assim, aqueles regimes, exagerados, aquele regime assim, com fome de comer. E quando eu terminei de pagar as prestações, eu já tinha engordado tudo de novo, aí eu, ou seja, eu fiquei sem poder comprar os medicamentos e engordei tudo de novo. Então, eu tentei de tudo, eu fiz muitas coisas: vigilante do peso [...] (E4).

[...] Tentei, tomei muitas formulas dietas, aquelas dietas milagrosas né em que você perde instantâneo e depois volta mais gorda ainda. E ...fiz academia, caminhada, mas, eu estou sempre notando que eu estou sempre piorando, voltando mais (fala de modo desanimado). (E5).

[...] Já, já, já, eu desde os dezenove anos quando eu me descobri que era obeso que eu venho fazendo tratamentos com endocrinologista, dieta. Cheguei a perder esse peso numa época, perdi muito. Voltei ao peso ideal que era 70 Kg. Só que, depois, com o tempo, trabalho, estresse, tudo isso implicou que o peso aumentasse. (E7).

Eu não consigo fazer regime, já fiz dois, com duas nutricionistas, uma inclusive professora lá da UFBA, Prof.^a Solange Viana. Solange, a gente fez, eu cheguei a perder 25 Kg, mas aí, volta [...] (E8).

Já fiz dietas, tomei herbalife, tomei xenical e outras drogas pra perder peso, mas não tive sucesso. [...] (E9).

[...]Eu passei pelas medicações, pelas famosas bombas, vigilantes do peso, exercícios físicos. (E11).

[...] Eu amadureci a idéia e resolvi que ia fazer porque eu já tentei de tudo e nada deu certo, então... [...] Eu fiz desde pequena acompanhamento com endocrinologista, com nutricionista, depois mais tarde, eu fiz vigilante do peso, ah! 2 vezes acompanhamento com a nutricionista junto com o psicólogo, enfim. Fora aquelas dietas, né, todas aquelas da lua, da proteína [...] (E12).

A procura por dietas milagrosas tem sido um caminho para uma grande parcela da população, na esperança de perder peso em pouco tempo. No entanto, muitas vezes, essas dietas não são toleradas por muito tempo, pois priorizam um nutriente em detrimento de outros, são muito restritivas, reduzindo severamente o consumo energético, tornando difícil sua adesão, por um longo período. Na maioria dos casos promovem perda de massa muscular, água, eletrólitos, minerais e, assim, a perda de peso, porém de pouca gordura.

O pensamento globalizado, de que não é possível perder tempo, leva ao uso indiscriminado de medicamentos para emagrecer. Porém, muitos desses medicamentos, depois de alguns meses perdem seu efeito, fazendo com que as pessoas, na maioria das vezes, voltem a engordar, além de provocar outros efeitos prejudiciais à saúde. Esses tipos de medicamentos também têm efeitos colaterais desagradáveis podendo provocar insônia, taquicardia, aumento da pressão arterial, lesão de válvulas cardíacas e até quadros psicóticos.

Além da questão saúde como fator motivador para a cirurgia, observamos nas falas dos entrevistados grande influência externa, tanto por parte de médicos, quanto por parte de familiares e até de pessoas que já se submeteram a cirurgia e que estavam satisfeitos com os resultados. O consenso na fala de vários médicos, mesmo que não cirurgiões, apareceu como um motivo e a indicação médica parece transmitir a segurança que necessitam para se decidirem a realizar a cirurgia. A experiência positiva de outras pessoas que já realizaram a cirurgia bariátrica parece sinal positivo, causando grande empolgação pela cirurgia, ao mesmo tempo que minimiza a dimensão dos riscos cirúrgicos e os desconfortos advindo desse procedimento.

A falta de condições econômicas apareceu como um fator que impossibilitavam muitas dessas pessoas fazerem a cirurgia. Com a aprovação da solicitação pelos convênios de saúde, o que antes era apenas um sonho, passou a ser uma realidade menos distante possível de ser alcançada, de acordo com a fala de nosso entrevistado.

[...] Por que eu me motivei a cirurgia bariática já explodiu, na verdade era só entocadinho, na verdade pela dificuldade que era para ter uma autorização do plano de saúde, tudo isso, era bem entocado. Hoje não, já explodiu. (E7).

[...] Mas, agora eu tomei a iniciativa. Também já estou de maior. Uma colega de minha mãe já fez, aí já tem a referência, aí eu resolvi fazer. (E1).

Minha irmã fez a cirurgia há 2 anos e 5 meses que ela fez e ela vive dizendo que eu deveria fazer e tal, e tal, mas..[...]eu tenho problema de coluna e aí, o médico agora me pediu para fazer (enfática). Ele entendeu? Indicou-me, ele foi assim até muito esclarecido para mim. Se você fosse uma filha minha, uma irmã minha eu lhe diria para fazer devido o problema que vai ter na coluna. Então, esse foi o maior motivador. (E2).

[...] Ah! Minha irmã está super satisfeita com a cirurgia, não se queixa de nada (fala mais entusiasmada, mais animada, bem mais descontraída). Mesmo essas idas e vindas que eu digo que ela faz, pra ela ta tudo bem, ela adora. Eu conheço várias pessoas que fizeram, me dizem sempre, faça. Faça, você deveria fazer (imitando os outros). Você deveria fazer é tão bom. (E3).

[...] Até pessoas que os convênios não cobriam a cirurgia por videolaparoscopia fizeram aberta (referindo-se a cirurgia convencional, com técnica aberta), mesmo assim, recomendaram! (surpresa). (E3).

4.1.1.1 Subcategoria comorbidades

Nessa subcategoria, buscamos identificar entre os entrevistados as comorbidades mais comuns, à obesidade. Saber se tinham conhecimento de suas patologias, quais eram essas patologias e quais as repercussões que elas trazem ou podem trazer à sua saúde. A qualidade de vida foi também, contemplada.

As chamadas comorbidades compreendem as doenças sistêmicas, conseqüentes a obesidade, e que comprometem a saúde do indivíduo como um todo. Algumas vezes, as

peessoas ainda nem sabem que as possuem, só descobrindo ocasionalmente, quando pesquisando algum outro problema ou apenas quando os sintomas se fazem presentes.

A preocupação com essas patologias foi explícita durante o relato das pessoas entrevistadas. Mesmo aquelas que ainda não tinham a doença desenvolvida, preocupavam em preveni-las, em virtude das informações recebidas pela equipe médica ou de outras fontes, veículos de comunicação, ou até mesmo experiências familiares. Algumas mencionaram comorbidades mais comuns à obesidade, e conforme a literatura e trabalhos de pesquisas já realizados. Outras sofreram terrivelmente com a doença instalada há algum tempo e pelas limitações por elas impostas. Os relatos abaixo exemplificam essa subcategoria.

Olha é uma das coisas né? É, é pela saúde, a obesidade geralmente gera um monte de problemas né? Hipertensão. Eu tenho uma inflamaçãozinha no joelho que as dores são insuportáveis não é? [...] (E4).

[...] Porque, é o seguinte. Eu adquiri 2 hérnias, porém uma das hérnias estão estrusas e estas hérnias estão afetando minhas pernas, inclusive eu já tenho ultimamente, eu tenho 15 dias que estou sentindo muitas dores nas pernas, dor. Então essas hérnias estão começando a me incomodar. Agora eu estou com dor frequentemente nas minhas pernas. Então tá ficando muito difícil [...] (E6).

É uma questão de saúde mesmo, a preocupação. Eu tenho 48 anos e pra... É e a família que é. Meu avô morreu de derrame cerebral, minha avó era diabética, meu pai e minha mãe têm colesterol alto. Minha mãe tem problema de doença coronariana. [...] A família toda é de hipertensos e está começando a me criar problemas. Por exemplo, até para andar eu tinha dificuldade, doía muito as pernas. Mas, é em função disso mesmo, e problemas maiores já estão aparecendo [...] (E8).

[...] Tem um colega que fez a bariátrica com João, mas que colocou acho o anel, também tá ótima. Então com a evolução, e eu tenho uma coisa na realidade o que me levou a isso também, um tio meu, ele agora tá dizendo que eu sou o número 1 da família, eu! Porra, não, o número 1 em termo de peso. Ah! [...] (E8).

Olha, a cirurgia é principalmente o meu diabetes, né, eu sou diabética. (E8).

Sou hipertenso e tive uma trombose na perna, tudo causado pela obesidade (E7).

Profissionalmente pra mim... Eu sou engenheiro agrônomo e tenho que [...] tomo conta de algumas propriedades rurais e pra eu me locomover estava muito difícil [...](E10). *Eu nasci gordo e a vida toda tentei fazer e não*

consegui perder realmente, substancialmente e aí vieram as complicações causadas pela doenças, principalmente pela diabetes[...] (E10).

O que me deixou bem mais transtornada com a obesidade, foi a apnéia do sono. Então, foi indicação médica mesmo, a apnéia do sono- não foi estética. Meus colegas lá da pós-graduação em medicina estética me deram a idéia da cirurgia [...] (E11).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), (1997) define a obesidade mórbida ou obesidade muito grave, aquela cujo, IMC superior a 40 kg/m², o que corresponde, aproximadamente, a 45 kg acima do peso ideal. Atualmente, utiliza-se o termo superobeso para designar pessoas com IMC superior a 50 kg/m². Esses indivíduos necessitam de atenção especial, em função das altas taxas de morbimortalidade, que, especialmente, nesses casos, assumem caráter de uma doença debilitante, progressiva e grave.

Savassi-Rocha (2003) asseguram que as conseqüências da obesidade grave podem ser encontradas em praticamente todos os sistemas orgânicos e as complicações mais freqüentes são as osteoartrites, hipertensão arterial, refluxo gastroesofágico, colecistopatia, depressão, dislipidemia, Diabetes mellitus, asma, insuficiência cardíaca e apnéia do sono.

Independente da medida do IMC, o risco para a saúde aumenta se o indivíduo apresentar excesso de gordura abdominal (obesidade visceral); níveis pressóricos elevados; níveis aumentados de colesterol sérico; doença cardíaca prévia; história familiar positiva para Diabetes e obesidade antes dos 40 anos de idade.

Outras comorbidades, associadas à obesidade foram relatadas por algumas dessas pessoas:

[...] E agora que eu também não sabia, que quando eu fiz a US, até então eu não tinha conhecimento que eu tinha gordura no fígado. Eu não sabia! (E1).

[...] Dores no fígado. O que é isso, o que é isso, eu nem sabia que era fígado sabe? Achava que era coluna, aí quando cheguei fui fazer uma US, estava com o fígado aumentado de tamanho, um excesso de gordura no fígado, que eu nem imaginava!!!! (E5).

[...] Uma que eu digo a você que me incomoda é uma trombose que eu tenho na perna esquerda, isso aconteceu quando eu quebrei a perna e a dificuldade que eu tenho no dia-a dia [...] (E7).

[...] Já tinha atingido o fígado, já tá... Mas, gordura o fígado já tava [...] eu tive problemas de pedra nos rins [...] (E8).

[...] Foi por indicação médica mesmo- a apnéia do sono. (E11).

Eu tenho uma doença no intestino, a minha vai ser só a redução do estômago porque eu tenho pólipos no duodeno, então não pode excluir [...] (E11).

Em relação a essas manifestações, a literatura revela que:

De acordo com Tock (2004), as principais implicações da obesidade no trato gastrointestinal são: hérnia de hiato, cálculos na vesícula biliar e câncer colorretal. No entanto, a que mais chama atenção é a maior incidência de esteatose hepática (excesso de gordura no fígado), inclusive em adolescentes obesos. Nesse sentido, estudos recentes demonstraram que 44% de adolescentes obesas e 60% de adolescentes obesos apresentam grau (I a III) de esteatose hepática não alcoólica.

Mancini (2001) por sua vez, em pesquisa realizada reforçou que a doença hepática pode evoluir de esteatose para cirrose, podendo atingir até 74% dos pacientes obesos.

Jung (1977) também afirma que a associação entre a obesidade e a calculose biliar e renal pode estar associada a dois fatores: aumento do colesterol circulante, e o aumento na taxa em que o colesterol é excretado na bile. A formação do cálculo na vesícula biliar depende da precipitação do colesterol na bile saturada. Para cada 01 kg de gordura corporal, aproximadamente 20 mg/dl de colesterol são sintetizados; conseqüentemente, em obesos a bile é muito mais saturada com colesterol, do que em pessoas com peso corporal dentro dos padrões de normalidade. Ainda, segundo Amaral (1985), a associação de lítíase biliar e obesidade mórbida ocorrem em até 50% dos pacientes.

Das doenças respiratórias, associada a obesidade, foi citada pela entrevistada número11, a apnéia do sono. De acordo com a literatura, essa é também a mais importante doença respiratória associada a obesidade. Chamada de Síndrome de Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS) leva a ocorrência de pausas respiratórias (apnéia) por redução da passagem do ar, pelas vias aéreas superiores, com duração mínima de 10 segundos. Essas paradas podem ocorrer inúmeras vezes durante o sono. A base da língua e o palato mole promovem o fechamento da oro e hipo-faringe, interrompendo a passagem do ar. Uma vez ocorrida a obstrução à passagem do ar, verifica-se uma diminuição da saturação de hemoglobina (hipóxia). Quando chega a esse ponto, o sistema nervoso simpático estimula o centro respiratório e o indivíduo acorda assustado. Essas pessoas tendem a desenvolver hipertensão

arterial, devido ao estímulo exacerbado do sistema nervoso simpático. Esse quadro pode ser revertido com a redução do peso corporal, quando os casos são de menor gravidade.

Grunstein (1999), em estudo realizado, comenta que foi verificada a ocorrência de até 5 episódios de apnéia, por hora, em 80% de homens adultos, sofrem desse distúrbio. É uma doença crônica, progressiva, incapacitante, com graves repercussões cardiorrespiratórias e ocorre principalmente em homens obesos (IMC acima de 35 kg/m²) e entre 40 e 65 anos. Na obesidade mórbida chega a atingir 50% dos homens e 30% das mulheres.

O autor informa ainda, que os principais sintomas da apnéia do sono são: roncos, acordar assustado no episódio da apnéia (acompanhada geralmente de taquicardia), sono irregular, sonolência diurna, irritabilidade, cansaço físico e mental, distúrbios de memória e dificuldade de raciocínio. Não é raro, também, a ocorrência de depressão e de graves riscos de acidentes automobilísticos e em manejo de máquinas perigosas.

4.1.1.2 Subcategoria estética, mídia e padrão ideal

Em relação a essa subcategoria, acreditávamos ser este o maior motivo para as pessoas submeterem-se a cirurgia. Embora, não tenha aparecido nas entrevistas como o motivo mais importante, a estética é um fator determinante muito forte e está relacionado à melhora da auto-estima, da sexualidade e da resposta frente a sociedade.

A preocupação com a estética não nos pareceu estar relacionada à aquisição de um corpo de modelo, mas a um corpo socialmente aceito, menos discriminado e que desperte menos o olhar crítico das pessoas por onde elas andam. Na verdade, que despertem um interesse genuíno e não crítico, ainda, que elimine o olhar piedoso ou de escárnio “por alguém tão fraco”, que não consegue nem mesmo controlar a fome.

Em estudo realizado com mulheres obesas, Mendonça (2005) relata que, para as mulheres, a percepção da obesidade não passa por mensurações comparáveis a um padrão pré-estabelecido, mas por comparações de suas medidas ao longo do tempo, tais como: as mudanças do manequim, na compra de roupas; ou representado pela silhueta; onde se destaca a cintura como parâmetro ou também pelo valor limite caracterizado pela barreira dos cem quilos, ou ainda pela manutenção ou impedimento à capacidade de locomoção e de trabalho.

Uma de nossas entrevistadas parece confirmar tal sentença, ao manifestar:

Hoje eu tenho cerca de 97 a 99 kg. Está quase nos 03 dígitos já. Então, foi assim, o empurrão que eu precisava para vir aqui, foi esse negócio, esse aconselhamento [...] (E2).

Ao trabalharmos com pessoas obesas, entretanto, observamos que a busca por uma outra estética torna-se ainda mais marcante, mas, também, mais justificada se nos reportarmos às inúmeras experiências de exclusão e mal-estar social.

Novaes (2006) enfatiza a dimensão de regulação e controle das práticas corporais ao sublinhar o lugar que a beleza ocupa como valor social. No entanto, nos convém analisar que essa representação da cultura dominante educa o corpo do homem, porém também, o aprisiona. Aquelas pessoas, que não correspondem ao protótipo estabelecido pela cultura dominante são marginalizadas e sofrem todo tipo de preconceito.

Registramos que, desde que o homem aprendeu a viver em sociedade, necessita da aprovação e aceitação de seus grupos sociais, a exemplo dos adolescentes que buscam suas “tribos”, copiando gestos, hábitos, posturas, vícios, expressões, costumes e vestimentas, gírias e meios de comunicação, enfim toda uma cartografia corporal.

O corpo perfeito passou, nos dias atuais, a ser o passaporte para a felicidade, bem estar e realização pessoal, sendo um dos maiores símbolos de inserção social, acolhendo o sujeito como membro do grupo, o que passa a ser quase um dever, uma obrigação.

Freud (1930), em *O Mal Estar da Civilização*, caracteriza a busca da beleza como uma estratégia para a felicidade, referindo-se às mulheres como “o belo sexo”. Ao longo da história à imagem da beleza e da saúde sempre estiveram associadas à imagem do feminino, porém, na contemporaneidade, essa imagem passou a ser um atributo moral feminino. Os homens, hoje, também são atingidos por essa cultura, muito embora de forma distinta a das mulheres.

A esse respeito, Fischler (1995) define as sociedades modernas como “lipófobas”, que odeiam gordura. Complementando que a percepção da obesidade em homens e mulheres também podem ser distintas. Em relação aos homens a obesidade costuma estar associada às idéias de sucesso econômico, força política e condição social. Em relação as mulheres, ao contrário, muitas vezes, está associada a um corpo discriminado e sem controle.

Atualmente tem vigorado uma nova ética em relação ao corpo: o culto narcisista, dietético, higiênico e terapêutico (TONIAL, 2001; FELIPE, 2003; FERREIRA, 2003).

Lins (1999) afirma que na sociedade de consumo, para vender e ampliar as vendas, os comerciantes e profissionais dos cuidados com o corpo vêm contribuindo para difundir novos hábitos. A preocupação com a saúde do corpo é uma atitude bastante saudável, porém prender-se a padrões estéticos corporais, e buscar alcançá-los a qualquer preço pode ser uma grande armadilha. Buscar metas inatingíveis pode gerar grande frustração.

Nesse contexto, o corpo passa a ser o centro do nosso cotidiano, na busca por uma saúde perfeita, juventude eterna e beleza ideal. Os sujeitos deste estudo, não revelaram a busca de alcançar o modelo padronizado pela mídia, na verdade, não se sentiam capazes, embora considerassem isso, como sendo lindo e maravilhoso.

Assim, embora o fator estética não apareça como motivo principal para a realização da cirurgia, foi também enfatizado e, frequentemente mencionado pelos entrevistados. Vejamos os relatos abaixo:

Assim, enquanto você está no período de tratamento da fórmula é tranqüilo, você emagrece rápido, tudo lindo e maravilhoso, mas [...] (E1).

Quero ficar magra, quero voltar a vestir roupa pequenininha! Quero, porque eu fui magra até os 19 anos. Magra, eu tinha 60 kg. Hoje eu cerca de 97 a 99 kg. Está quase nos 2 dígitos já [...] depois da gravidez eu fiquei mais magra né?, e aí não consegui segurar, engordei tudo [...] (E2).

Ah! Eu queria ser elegante, (rindo, otimista) magrinha, me vestir bem, que eu gosto. Me acho bastante gorda, feia . Eu quero ficar magrinha. (E3).

[...] E principalmente também o incômodo, por um motivo estético. Se eu me aceitasse. Eu acho que diminuiria um pouco né?(E4).

Eu espero alcançar os meus 70 Kg pelo menos, me deixou eu ver (fazendo jeito de quem está pensando, idealizando) um corpo que não precisa ser magro, eu não quero ser magra não (risos), mas um corpo principalmente ... a minha plástica que eu quero fazer, né?[...] Roupa... Já estava vestindo roupa de coroa mesmo, gordona. Tava toda estranha [...] (E5).

Eu vi uma pessoa ali, agora mesmo ali (aponta para o ambulatório, sala de espera) espantosamente surpreso, rapaz! Aquilo ali na sala, agora, é um milagre! Eu fiz assim, olhei assim para a Senhora, a mulé simpática velho, agora com um rosto bonito, mas o corpo todo parecendo um mutante, parece um [...] aquilo é triste! E ela já fez a cirurgia! Imagine se não fizesse! (E7).

Porque o gordo tem muita dificuldade de comprar roupa. Ah! o pessoal nem lhe dá atenção porque não tem roupa pra você. Quando você chega numa loja, as pessoas às vezes nem lhe atende por que. Mesmo que eu não vá comprar pra mim, que eu vá comprar pra minha filha ou pro meu filho. Ah! O pessoal nem lhe dá atenção, porque não tem roupa pra você. Às vezes você chama a atenção por ser gorda, aí todo mundo fica lhe observando. Eu não quero mais ser esse centro, desse jeito entende?(E9).

Achava que tudo resolveria com lipo, musculação, exercícios físicos.[...] Depois da depressão, que eu vi! Meu Deus! Eu não to aquela atleta, que eu era atleta [...] Mas, eu ainda vejo a perna bonita [...] Minha cirurgia não vai ser drástica quanto o pessoal faz. e também eu não vou emagrecer tanto quanto o pessoal emagrece, entendeu?(E11).

Os sujeitos demonstraram que após uma grande perda de peso, em pouco tempo, sem a realização de exercícios físicos condicionados, provavelmente ficarão flácidas e com um excesso acentuado de pele, que precisarão ser retiradas através de cirurgias plásticas. Registramos que, após grandes emagrecimentos, proporcionados pela cirurgia bariátrica, o paciente passa a apresentar, inexoravelmente, excessos de pele na forma de flacidez localizada, principalmente no abdômen, braço, pernas e mamas. Isso se deve a grande distensão da pele pela gordura, durante longo período, levando à perda da elasticidade, e comprometendo a retração adequada após a redução do peso.

Geralmente, após dois anos decorridos da cirurgia bariátrica o paciente entra em estabilidade de peso, de saúde e de qualidade de vida. Apresentam melhora dos problemas de saúde anteriores e conseguem realizar muitas das atividades que antes não podiam, devido ao excesso de peso. Porém, nessa fase a auto-estima e o bem estar social ainda encontram-se comprometidos pela flacidez da pele, o que pode levar à sensação de fracasso demais sem tratamento. A correção das deformidades geradas pelo grande emagrecimento, a ressecção da pele com remodelamento corporal são praticamente obrigatórios para melhorar a estética, a aceitação social e elevar a auto-estima.

As cirurgias que deixam cicatrizes grandes, e que podem até mesmo ficarem feias ou ter outros tipos de complicações foi a maior preocupação estética mencionada por eles durante as entrevistas, como veremos a seguir.

[...] quem faz a cirurgia tem que passar depois por uma cirurgia estética? E é praticamente obrigatório [...] porque tem certas partes do corpo que fica assim muito difícil. É feio, exatamente. Eu sei que depois que passar por

essa cirurgia obrigatoriamente (risos nervosos) eu vou ter que passar por outra depois [...] (E2).

Eu mesma quero, quero fazer plástica. Minha intenção também é fazer plástica, claro, eu vou fazer se eu conseguir emagrecer, tirar a pelanca aí de baixo (rindo, e apontando para o abdômen). Tem horas que eu fico assim [...] (E3).

Eu espero alcançar os meus 70 Kg pelo menos, me deixa eu ver, (fazendo jeito de quem está pensando, idealizando) um corpo que não precisa ser magro, eu não quero ser magra não, mas um corpo principalmente [...] a minha plástica que eu quero fazer, né [...] (E5).

Eu tô com pavor a flacidez, sabe? Com muito pavor, porque assim, todo mundo fala que eu sou uma gorda durinha, então eu to com medo de ficar flácida. (E11).

Quanto à mídia e o padrão estético a sociedade contemporânea vive a era das imagens, através dos meios de comunicação de massa, utilizando um discurso publicitário, que promete preencher o vazio existencial, através da exposição de modelos femininos perfeitos e produtos que prometem a eterna juventude e beleza. Utilizam-se para isso de uma linguagem simplificada, de fácil entendimento para todos, destituindo-nos da necessidade de um pensamento reflexivo e crítico, do conteúdo veiculado.

Nesse contexto, o ideal de corpo perfeito preconizado por nossa sociedade e veiculado pela mídia, tem levado muitas mulheres a uma insatisfação crônica com seus corpos. O lucrativo mercado da indústria da beleza, por sua vez, fomenta no imaginário feminino a fantasia de que basta querer para adquirir o corpo desejado, utilizando-se de suas carências e insatisfações, as seduz, o que se tornou necessidade básica, levando-as a consumir todas as novas tecnologias da beleza. Assim, crêem que a promessa de felicidade e beleza está diretamente ligada ao consumo dessa indústria.

Na verdade, a expectativa do consumidor é a de que ao adquirir aqueles produtos, adquira, também, o padrão corporal veiculado na propaganda através de imagens de mulheres maravilhosas e bem sucedidas. Pois, a mídia também veicula a promessa de satisfação, de maneira imediata. Com o imediatismo o percurso a ser percorrido para atingir a meta, passa a ser um obstáculo, uma trajetória longa, porque transforma-na em algo difícil de alcançar. Nesse sentido, o adiamento da satisfação gera frustração e busca por soluções mais rápidas tão imediatas quanto a ansiedade pelos resultados (NOVAES, 2006).

O binômio saúde-beleza nos é apresentado como o caminho legítimo e seguro para a felicidade individual e vem sendo impostas, principalmente à mulher, como um dever moral. Por que continuar feia e gorda se existem academias, medicamentos, cirurgias e tantas outras técnicas capazes de torná-las bonitas? Acabam passando a idéia de que hoje só não é bonita, quem não quer. Associam-se, ainda, outros adjetivos depreciativos como: pessoa fraca, desequilibrada, que não tem controle sobre seu próprio corpo e, conseqüentemente, sobre sua própria vida. Sendo assim, a gordura configura-se entre o pior desleixo com o corpo, e concebida como uma transgressão moral, tornando-se uma das formas mais radicais de exclusão social.

Contraditoriamente, as pessoas obesas estão associadas a estereótipos como simpáticos e amáveis, como se agissem assim para serem aceitos socialmente, uma vez que isso não pode ser feito pela apresentação estética. Do mesmo modo, acabam buscando cuidados com o físico e a estética para enfrentar os julgamentos e as expectativas sociais. Dessa maneira, pode encontrar a visibilidade social que espera atingir. Aqueles que não conseguem corresponder a isso acabam por baixar a auto-estima e o amor próprio. Chegam ao ponto de submeterem-se a inúmeras práticas corporais, mesmo quando colocam em risco suas próprias vidas.

Segundo Novaes (2006, p. 73), "o corpo ideal não diz respeito somente ao controle do peso e das medidas, revela também funções psicológicas e morais". A obesidade caracteriza uma ruptura estética e psíquica, da qual decorre a perda da auto-estima, uma má conduta social e que resultam na exclusão do grupo social. Portanto, mudar seu corpo, é mudar sua vida.

O nível, cada vez mais elevado de exigência estética torna os ideais de beleza inatingíveis, algo muito distante da realidade dos simples e pobres mortais. Sim, porque toda a indústria de cosméticos exige gasto considerável de tempo, energia e dinheiro, que estão bem distantes da realidade da maioria de nossa população. Nesse cenário, só caberá duas escolhas: ou encaram o corpo da moda, não podendo mais conviver com seu corpo mortal, ou desenvolve uma relação de ódio com esse ideal inacessível e consigo mesma (COSTA, 1985).

Vejam os relatos das pessoas entrevistadas sobre isso:

[...] Roupa... já estava vestindo roupa de coroa mesmo, gordona, mas as outras pessoas ajudam muito, a sociedade em si não é? Contribuem muito para isso. Então eu quero voltar a ser uma pessoa feliz comigo mesmo. Se eu chego no ônibus, me dão logo o lugar de grávida para eu sentar. Se eu

chego no banco, em qualquer lugar é prioridade. Então eu estou assim já, envergonhada. Tem aqueles dias que eu até ainda levo na brincadeira, tem aqueles dias que eu não tô bem. Aí, meu ego fica mesmo ferido [...] a pior coisa é que todos que me conhecem, que me conheceram e que me vêem hoje, é aquele espanto! -Menina, o que é isso, o que aconteceu com você? (E5).

Eu era bem magrinha na escola e tudo [...] Aí tem aquela questão, as pessoas não são só corpo. Mas, tem a questão da mídia, que faz tudo [...] (E6).

O que pesa mais é a questão social, por exemplo, o preconceito, a questão social mesmo, como se fosse uma reabilitação na verdade. Por que na verdade há um preconceito muito grande em relação ao obeso. Eu peguei um ônibus agora aqui. Eu peguei um ônibus e a pessoa pegou, bateu na porta da frente por que não podia passar pelo fundo e eu nem era deficiente, era obeso (E7).

[...] uma pessoa fora dos padrões, não é, uma pessoa que não tem aquele [...] não se encaixa naquele padrão [...] (E10).

[...] Então eu não me vejo tão secóide como o pessoal fica (E11).

Mais uma vez, observamos, nos relatos, a grande carga de preconceito que as pessoas obesas vivenciam, mas observamos também o preconceito por parte deles mesmos, que, buscam a magreza como ideal de beleza e felicidade. O peso ideal deixa de ser aquele que faz com que ele se sinta bem e passa a ser o que está sendo estabelecido pela sociedade, vejamos a fala abaixo:

Você acredita que eu me vejo e não me vejo horrorosa? Ah! é assim.. eu vejo assim. Pôxa meu peito cresceu demais, ninguém merece”, mas assim, eu ainda to me- na forma que eu tô assim, .eu vejo que eu realmente engordei quando passo na borb. na catraca do ônibus apertada, sabe? (E11).

Notamos, através dessa fala, um conflito grande entre o seu próprio ideal de beleza e o que exposto pela mídia e imposto pela sociedade. Ela passa a se sentir feia e inadequada a partir da crítica do outro que lhe serve de espelho. Pois, desde que o homem aprendeu a viver em sociedade, necessita da aprovação e aceitação de seu grupo social.

A mulher passa a desenvolver uma relação persecutória com seu ego como corpo onde cada peso a mais levam-na ao desespero. “Este corpo insaciável, não é mais para o ego objeto que realiza o desejo de prazer. È o objeto que o ego tenta dominar e controlar à vista de um crescente sentimento de culpa e de uma ansiedade infundável”.(COSTA, 1985, p.187).

Nas sociedades tradicionais, os rituais de passagem que envolvem qualquer tipo de transformação corporal e simbólica, são tratados de maneiras muito rígidas, não sendo questão de livre arbítrio. A ressignificação é dada pela comunidade, sendo, portanto de caráter muito mais grupal do que individual.

Sobre isso, Maisonneuve (1981) manifesta-se comentando que nossos julgamentos de gosto geralmente não são espontâneos, não são alheios à categoria social que o determinam. A aparência humana está vinculada a ideologia e preconceitos, por isso produz enunciados discriminatórios, que se revelam nas apreciações estéticas.

Resumindo, as diferentes opções do cuidado com o corpo, apresentadas como uma forma de libertação, transformam-se em uma forma de prisão constante. A pessoa obesa, por exemplo, fica aprisionada a serviço do seu próprio corpo, uma vez que o corpo perfeito passou a ser o passaporte para a felicidade, bem estar e realização pessoal.

4.1.1.3 Subcategoria qualidade de vida

Nessa subcategoria, buscamos identificar de que maneira a obesidade interfere na qualidade de vida dessas pessoas e, até que ponto isso também influenciou na decisão para a realização da cirurgia.

A busca pela saúde, pela melhora da expectativa e qualidade de vida foram fatores que os sujeitos apresentaram como determinantes na busca pelo procedimento cirúrgico.

O termo qualidade de vida é subjetivo, pois implica em uma inter-relação harmoniosa de vários fatores que determinam e diferenciam o cotidiano das pessoas e resultam em uma série de fenômenos e situações individualizadas.

Muitos fatores de natureza biológica, psicológica e sócio-cultural, tais como: saúde física, mental, longevidade, satisfação no trabalho, dignidade, relações familiares, disposição, produtividade, dignidade e espiritualidade estão associados ao termo qualidade de vida (NAHAS, 1996).

As pessoas obesas conseguem associar vários desses fatores revelando, que eles os impedem de viver uma vida com qualidade, principalmente se considerarmos a saúde de acordo com o conceito da OMS, um completo bem estar físico, mental e social.

Kagan; Kagan (1983) consideram quatro dimensões da qualidade de vida: a profissional, a sexual, a social e a emocional. Defendem que a qualidade de vida pode ser medida pela satisfação dos indivíduos no cotidiano, incluindo a satisfação com a família, com a vida social, a sexual e as satisfações com as atividades físicas e laborais.

Segundo Testa; Simonson (1996) embora os índices que mensuram a qualidade de vida sejam mais utilizados como suplementos às medidas biológicas ou clínicas da doença, para avaliar a qualidade do serviço, a necessidade de cuidados de saúde, a eficiência das intervenções e a análise dos custos benefícios, cada dia mais os fatores relacionados ao bem estar físico, mental e social tem sido considerados.

Ao se referirem à qualidade de vida apresentaram as seguintes expectativas:

Minha expectativa é vestir coisa que eu nunca vesti, é fazer coisas assim [...] sabe! Andar de maiô na praia, essas coisas assim, é sair caminhar, não ter assim [...] andar e poder sentar num lugar e as pessoas não ficarem lhe observando (E9).

Tenho pessoas que dependem de mim, eu tenho três filhos que fazem faculdade, e eu sou o provedor. Eu provenho a minha mãe, uma pessoa que mora comigo e sofre de Alzeheime, então eu preciso e vamos dizer assim, me preservar um pouco pra suprir essas pessoas, pra manter essas pessoas até que elas se encaminhem, até que elas possam fazer por elas. Você tá entendendo, todas aquelas restrições que a pessoa que tem o sobrepeso tem e eu acho que serão amenizadas (E10).

Eu tenho boas expectativas em termo de qualidade de vida, é muito bom (E11).

Eu acho que eu vou ser mais saudável, então eu vou ter mais disposição pra fazer as coisas, que hoje em dia eu não tenho muito; tipo andar, subir. Eu moro na ladeira, pra ir ao correio, onde for, é um, pra mim é um sacrifício agora, entendeu? Acho que depois eu vou ter mais energia. Talvez isso mude minha vida como um todo, porque talvez eu comece a ter mais energia pra fazer as coisas simples e aí comece a me empolgar, sabe? (E12).

Gusdorf apud RAMOS (2006, p.30) afirma que “As doenças d’alma podem ser escritas no organismo sob uma aparência material e, reciprocamente, os distúrbios corporais podem ter os corolários dentro do espaço mental”.

Sendo assim, o corpo e a psiqué não estão separados, qualquer alteração no funcionamento do corpo poderá afetar a psique, assim como qualquer alteração dessas pode afetar aquele. Não é possível, portanto, cuidar do corpo sem cuidar da alma.

No caso da obesidade, por exemplo, ela tanto poderá desencadear uma doença psíquica, quanto ser resultado de um distúrbio da psiqué, da alma. Esta, se relaciona com o corpo, com o inconsciente, e com o conjunto do universo material, procurando sua identificação a partir de todas as partes essenciais e integrantes da personalidade. Quando o corpo parece não se encontrar em uma relação de identidade e igualdade com a totalidade da psique, entra em conflito, podendo, desse modo, levar a uma dissolução parcial, implicando na psiquização do corpo e da somatização da mente.

Os meios de comunicação e a mídia, através da imposição do padrão estético do corpo magro, têm contribuído para diminuir o auto-respeito e para excluir as pessoas obesas do convívio social, as quais ao se perceberem diferentes aos olhos dos outros, desenvolvem insatisfação com sua própria imagem e corpo, refletindo-se na maneira como sentem-se a respeito de si mesmas. A censura revelada através de olhares constrangedores, os insultos e agressões sofridos, motivam o indivíduo a buscar uma solução, seja ela qual for, mesmo aquelas mais radicais como os procedimentos cirúrgicos.

Embora os procedimentos cirúrgicos, hoje, sejam mais seguros, devidos os avanços tecnológicos, continuam sendo uma ameaça a integridade física e psicológica para o paciente, que nunca sentem-se totalmente seguros. Revelaram ainda, desconforto emocional, dúvida quanto à cirurgia, ao pós operatório, ao futuro incerto, demonstrando sentimentos de medo da morte, da dor, dos desconfortos pós-operatórios, da anestesia e da mudança na sua imagem corporal, mesmo tratando-se de uma cirurgia eletiva, ansiosamente esperada, para qual todas as pessoas atribuem a salvação de suas vidas.

Reiteramos que as pessoas obesas além de apresentarem a obesidade como doença, estão sujeitas as comorbidades e, também, às doenças sociais e psicológicas, afetando a capacidade de viverem uma vida feliz.

A infelicidade dessas pessoas foi explicitada durante seus relatos, de forma tocante. Algumas vezes nos sensibilizamos e nos tornamos solidárias, ao que antes nos era incompreensível. Esse sentimento foi, aos poucos, tornando-se claro, na medida que as

peças abriam seus corações, descortinando nossos olhos e nos permitindo ver além das aparências, enxergando um pouco das suas almas.

Fontaine; Barofsky (2001) manifestam-se sobre isso pontuando que embora as conseqüências médicas da obesidade sejam o centro das preocupações dos pesquisadores e clínicos, a obesidade também pode afetar adversamente a capacidade do indivíduo viver uma vida plena e feliz.

De acordo com Lessa (1998), a obesidade é considerada uma doença crônica não transmissível, de história natural prolongada, com múltiplos fatores de riscos complexos, tem curso clínico em geral, lento, prolongado e permanente apresentando períodos de remissão, de exacerbação e evolução para diferentes graus de incapacidades ou para a morte. Em algum momento durante os depoimentos, essas pessoas pontuavam alguns desses fatores que lhes traziam sofrimento e dor, a começar pela saúde física.

A saúde física das pessoas obesas geralmente está comprometida por comorbidades e, além disso, a própria obesidade é um dos fatores de risco mais importantes para doenças cardiovasculares e diabetes, o que tem sido demonstrado em diversos estudos (FRANCISCHI, 2000; WAITZBERG, 2000; BRASIL, 2001 a;).

Algumas das pessoas entrevistadas, mesmo aquelas que a princípio pareciam não ter um grau de instrução muito elevado, demonstraram conhecimento sobre o efeito do excesso de peso para a saúde, ou por experiência própria ou por experiência de pessoas próximas.

Para elas, o excesso de peso está claramente associado ao aumento de morbidade e mortalidade. Sabem que essas doenças têm expressão clínica após longo tempo de exposição aos fatores de risco até o momento não tenham se manifestado, mais cedo ou mais tarde o farão. O sobrepeso pode não ter efeito imediato no desenvolvimento dessas doenças, o que faz, ainda, muita gente deixar de procurar ajuda, por se considerar uma pessoa saudável.

Vale ressaltar que, mesmo tendo conhecimento sobre as comorbidades, algumas das pessoas leigas possuíam uma idéia errônea sobre o nível de colesterol, achando que apenas a sua elevação pode lhes trazer problemas de saúde e que mesmo pessoas obesas, desde que estejam com taxas normais ou limítrofes de colesterol não precisam se preocupar.

Duarte (2005) esclarece que, embora os indivíduos com excesso de peso possam apresentar níveis de colesterol mais elevados do que os eutróficos, a principal dislipidemia associada ao sobrepeso e à obesidade é caracterizada por elevações leves a moderadas dos triglicérides e diminuição do HDL colesterol. As falas abaixo retratam parte dos nossos comentários referentes à comorbidades:

[...] Agora, não tenho problema de açúcar, não tenho problema de colesterol, nada dessas coisas eu tenho (E3).

Tenho 25 anos, aí vai ficando mais difícil. Meu pai é hipertenso, minha avó tem problema de coração, meu pai é diabético [...] (E6).

Na minha família tem vários obesos, vários. Parentes próximos, tios (ênfatisa bastante). São três que são obesos mesmo (exagera). (E7).

Não eu, mas, por exemplo, meu pai e minha mãe são diabéticos né? A família toda é de hipertensos e está começando a me criar problemas [...] (E8).

[...] É e a família que é. Meu avô morreu de derrame cerebral, minha avó era diabética, meu pai e minha mãe têm colesterol alto. Minha mãe tem problema de doença coronariana [...] Minha família toda, toda, eu diria que 80 a 90%. Primos mais jovens do que eu, mais fortes do que eu, minha avó. Minha avó quando morreu, ela tinha diminuído, mas minha vó pesava 120 kg, uma pessoa que tinha 1,50 cm por aí. Eu tenho uma tia que é médica, que também é a mesma coisa que minha vó, baixinha e gordinha. (E8).

A Organização Mundial da Saúde (1995) confirma que o aumento da massa corporal está associado à pressão arterial elevada, e a perda de peso em indivíduos hipertensos é geralmente acompanhada por redução dessa pressão. De acordo com o resultado de uma metaanálise, a perda de 1kg de massa corporal está associada à diminuição de 1,2 – 1,6 mmHg na pressão sistólica e, 1,0 – 1,3 na pressão diastólica. Assim, a perda de peso é recomendada para todas as pessoas hipertensas que apresentem excesso de peso. Os efeitos benéficos refletem-se, também, no uso de medicação antihipertensiva. Afirma, ainda, que do mesmo modo, o diabetes mellitus tipo 2 ou a tolerância à glicose diminuída é, hoje, considerada parte da chamada Síndrome metabólica ou de resistência à insulina.

Reaven (1988) comenta que a Síndrome Metabólica refere-se ao agrupamento de fatores de riscos cardiovasculares, muitos dos quais compartilham da resistência insulínica, como característica adicional. Além da resistência insulínica, está associado a intolerância a glicose, hiperinsulinemia, aumento da VLDL, (colesterol), dos triglicérides, hipertensão arterial e obesidade central. Tivemos dúvidas se a preocupação com saúde, manifestadas pelos sujeitos, eram provenientes deles próprios ou se apenas repetiam o consenso médico sobre as conseqüências da obesidade para a saúde, ouvida tantas vezes, durante palestras promovidas pela equipe de cirurgia bariátrica, ou através de outros meios de comunicação, como a televisão ou a internet.

Essas palestras são dirigidas àquelas pessoas interessadas em realizar a cirurgia e aos seus familiares, com o objetivo de esclarecer sobre o assunto. Ao tempo em que acaba-se fazendo um “marketing do serviço”. Assim, as palestras, além de servir para fornecer esclarecimentos técnicos, podem acabar convencendo-os dos benefícios da cirurgia, influenciando positivamente as pessoas medrosas, ou que ainda estão inseguras, para se submeterem ao procedimento.

Para combater esse sentimento, os discursos referentes a categoria comorbidade, foram bastante ricos, e revelaram experiências pessoais e de entes queridos, nas quais se incluíram dor, sofrimento, limitações na vida pessoal, no trabalho e até de dependência física para executarem suas atividades corriqueiras.

Essa preocupação esteve refletida em seus discursos de diversas formas e as falas a seguir exemplificam nossos comentários:

[...] Por conta da gravidez eu tive, também tive pressão alta, aí eu tive que fazer uma dietazinha tal [...] (E2).

Está me fazendo mal, o coração não tá agüentando, tem problema, para voltar de ficar controlado, tô tomando medicamento [...] Aí o médico passou um remédio para minha pressão, que estava alta e aí eu melhorei. Agora, não tenho problema de açúcar, não tenho problema de colesterol, nada dessas coisas eu tenho. (E3).

Eu passei a ter pressão alta, que eu não tinha sentir mal estar que nem imaginava, dor de cabeça muiiiito, muiiiito forte, aí ia para a emergência, chega-se lá, pressão alta [...] (E5).

[...] o próprio ECO que eu fiz deu uma bobagenzinha, mas já em função da própria gordura (E8).

Hoje esse peso me causa problemas de saúde, eu tenho hipertensão. (E9).

Olha, a cirurgia é principalmente o meu diabetes, né, eu sou diabético. Sou hipertenso e tive uma trombose na perna, tudo causado pela obesidade. (E10)

A inatividade física é considerada hoje um fator de risco primário e independente da hipertensão, hiperlipidemia e do fumo (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 1992).

Ainda, no que se refere à subcategoria comorbidade e qualidade de vida, o fator bastante mencionado pelos entrevistados foram aqueles relativos às limitações fisiofuncionais e às dores físicas, conseqüentes do excesso de peso e sobrecarga para o corpo, e as alterações ortopédicas causadas por problemas mecânicos, decorrentes do excesso de peso e, atingindo principalmente a coluna e os membros inferiores. Costa; Lobo (2003) informam que é muito comum o comprometimento articular dos joelhos, causando um quadro doloroso grave que pode resultar em incapacidade de deambulação.

Nesse sentido, parece-nos que as dores articulares aumentam as limitações físicas, o que acaba agravando a situação da obesidade, gerando um ciclo vicioso. As limitações que o quadro doloroso provoca, dificulta a mobilização, a deambulação e a realização de atividades físicas, o que acaba acentuando o ganho de peso. Assim, ainda mais pesado, acaba aumentando a dor e a limitação. Por outro lado, a redução do peso corporal, ajuda na diminuição da dor, além de facilitar a deambulação e a conseqüente perda de peso.

Fontaine; Barofsky (2001) afirmam que as limitações fisico- funcionais estão entre os aspectos mais agravados pela obesidade, confirmando os relatos dos sujeitos, conforme verificaremos abaixo:

[...] foi o problema da coluna [...] muita dor na coluna, tanto aqui na lombar[...] [...]uso, como eu sou pesada, eu uso muito salto, então forçava bem em baixo assim, na planta dos pés. Aí eu tive uma inflamação, assim de uma hora para outra. Mas, a gente associou ao peso porque era a única coisa que poderia ter acontecido. (E1).

[...] eu tenho um outro problema, eu tenho problema de coluna; eu tenho é um deslizamento no final da coluna que está entre coluna lombar 5 e sacra I, que já está em grau 3, é uma descompressão na ressonância, . Já da pra ver bastante a compressão que existe [...] (E2).

[...] Sinto muitas dores nas pernas, não guento mais meu corpo, quando ele dói não, não consigo fazer nada, não sinto coragem pra nada [...] Eu não estou mais agüentando andar, muitas dores na coluna, o corpo todo doendo, as nádegas, as pernas [...] (E3).

[...] Uma que eu digo a você que me incomoda é uma trombose que eu tenho na perna esquerda, isso aconteceu quando eu quebrei a perna e a dificuldade que eu tenho no dia-a dia. Todo obeso tem dificuldades e muitas (ênfatisa) (E7).

Hoje eu estou fazendo acumpultura por causa da coluna (já observado a presença de agulhas no pavilhão auditivo). È a que, mas sofre com a obesidade é a minha coluna. (E8).

Eu já to com problema no tornozelo que eu tive uma torção tenho dificuldades de ficar boa devido ao peso [...] (E9).

A partir da análise desses discursos, podemos evidenciar as queixas físicas referentes ao sistema músculo esqueléticos, através da expressão de dor e da queixa de difícil mobilidade. A dor no corpo é relatada como um empecilho para a liberdade de movimento, que acaba refletindo na vida pessoal e social de cada um de maneira diferenciada. Uma dor física, que se estende para uma dor emocional e psíquica.

Registramos que todos os entrevistados mencionaram dificuldades com a realização de atividades físicas, seus diferentes graus de incapacidade, inclusive aquelas que afetam suas relações afetivas e familiares. Ao ouvir o relato, cheio de dor, de uma mãe que não pode ter o prazer de carregar seu filho no colo, ou compartilhar de momentos descontraídos e felizes ao seu lado, convivendo com suas novas descobertas, percebemos o quanto as alterações emocionais podem afetar a qualidade de vida dessa pessoa, conforme podemos constatar em seu depoimento:

Aí aconteceu um fato que foi terrível pra mim no dia 06 de setembro. O meu filho já está na escola e teve uma caminhada, tipo um desfile cívico. Eu não consegui acompanhar ele, foi horrível! De lembrar da vontade de chorar [...] foi que pensei sabe? Na qualidade de vida que eu vou ter e para dar para ele, para acompanhar ele. Ele está crescendo e fica assim: pule mamãe, pule mamãe. Como é que pula? Como é que você pula? É, é difícil para acompanhar esse tipo de coisa. Às vezes, assim, a babá dele sofre, é complicado pra mim pegar ele no colo e tudo. Muito em decorrência do problema da coluna, eu sei, mas como eu digo sempre, eu sei que o meu problema se agrava por causa do peso. (E2).

Reiteramos que nesse relato, percebemos a dificuldade dessa mãe compartilhar do desenvolvimento do seu filho, de suas brincadeiras, de sua vida social e escolar e até mesmo de demonstrar seu amor e grande afeto no simples gesto de carregá-lo no colo. Esse foi um

dos momentos mais tocantes da entrevista, ficamos extremamente sentidas, com o sofrimento demonstrado.

A obesidade compromete até mesmo a liberdade do indivíduo, seu direito de ir e vir. As dificuldades com os mobiliários e espaço físico dos locais públicos, acentuam o isolamento social da pessoa obesa. Envergonhados perante a sociedade, evitam se expor ao ridículo de não caber em uma poltrona, não passar na catraca do ônibus. Até a liberdade de comer é seccionada. Durante o lanche, ficam preocupados com quem está olhando, controlam a quantidade do que vão comer, ou até mesmo evitam fazê-lo para não serem considerados gulosos pelas pessoas a sua volta.

O isolamento social dessa pessoa, também está relacionado a vaidade, a dificuldade de encontrar roupa que lhe fique bem, que lhe deixe com boa aparência, atraente. A roupa geralmente é outro elemento de desconforto a ser resolvido na rotina, devido a dificuldade de encontrá-las na maioria das lojas de vestuário. Isso imprime a necessidade do uso de roupas que não satisfazem o desejo de estar bem vestido e apresentável em qualquer situação de trabalho ou de lazer.

Também, ficam incomodadas com os modelos das roupas, sempre parecidas e com o excesso de gordura localizada. O efeito ioiô, de engordar e emagrecer, também dificulta o vestirem-se: na fase que engordam muitas vezes não encontram uma roupa que dê, pois acabam ficando apertadas. O manequim menor passa a ser uma forma a mais de coagi-las para a perda de peso. Comprando um manequim maior para vestir-se, favorece que aumentem ainda mais o peso, já que não precisarão se esforçar para caber dentro daquele novo manequim.

As dificuldades sócio-econômicas também colaboram para o isolamento social. O custo de uma roupa, em tamanho adequado as pessoas obesas, é muito maior do que aquelas com manequim dentro do padrão de normalidade. As viagens aéreas em classe especial, onde podem sentar-se com algum conforto, também são muito mais caras.

Desse modo, o receio de ser colocada em uma situação humilhante leva a pessoa a não sair de casa, a não visitar os amigos e a maior vergonha, na verdade, é o excesso de peso, a de não conseguir pesar menos.

O acesso as atividades físicas também ficam limitadas às academias pagas, já que não dispomos de espaços públicos, adequados para a realização das atividades físicas. Sem considerarmos o fator segurança, em virtude da freqüente onda de violência que assola a maioria das cidades brasileiras, ao se andar nas ruas, por exemplo.

Segundo Edmunds (2002), o grande desejo das pessoas obesas ao realizarem a cirurgia não é o de se tornarem *top-model*, ícones da perfeição estética, mas de se tornarem “invisíveis,” conforme deseja a maioria das pessoas estigmatizadas.

Nesse contexto, a pessoa passa a viver em função das dificuldades que o excesso de peso trás, e na dependência dos outros para ser feliz, para poder exercer as atividades corriqueiras mais simples. Cansados da “via-sacra”, que realizam durante suas vidas para perder peso e não ter conseguido obter o seu objetivo, chegam ao ponto de ingerir mais alimentos, para ganhar mais peso e poder se submeter a cirurgia bariátrica, segundo relataram os sujeitos.

Enfim, a pessoa obesa sofre várias agressões, discriminações e insucessos, e esses fatores em situação cumulativa, ou quando prolongadas, podem estimular ainda mais a manutenção da obesidade. Infelizes e deprimidas não se sentem capazes de modificar sua forma de vida. Frequentemente têm sua intimidade invadida, quando dependem de familiares ou de outras pessoas para realizar cuidados higiênicos pessoais, impossibilitados pelas limitações do seu peso interferindo, sobremaneira, na sua qualidade de vida.

4.1.2 Categoria 2 – Demandas psicológicas – sentimentos frente à cirurgia

Nessa categoria identificamos os aspectos psicológicos referentes às pessoas que buscam a cirurgia bariátrica e de que maneira são afetadas psicológica e emocionalmente pela expectativa da cirurgia.

Nossa intenção não foi a de realizar uma análise psicológica ou psiquiátrica aprofundada, apenas identificar emoções e sentimentos, que poderiam estar afetando sua saúde e suas necessidades humanas básicas, que estivesse influenciando na decisão final de se submeter a cirurgia.

Após a leitura e releitura das entrevistas, emergiram como subcategorias alguns sentimentos mencionados com maior frequência, como medo, ansiedade, sinais de depressão e de baixa auto-estima e como compreendiam sua imagem corporal.

As subcategorias, na verdade, estão bastante inter-relacionadas, aparecendo quase que simultaneamente. No entanto, resolvemos dividi-las, visando melhor compreensão.

4.1.2.1 Subcategoria medo/ansiedade

A ansiedade pode ser considerada um sentimento normal na vida do ser humano, estando presente durante todo crescimento e desenvolvimento, nas mudanças e frente a situações inéditas e/ou ameaçadoras.

A explicação que geralmente têm-se para o excesso de peso é a ansiedade. Realmente, essas pessoas foram aquelas que se mostraram mais ansiosas durante a entrevista, falando muito rápido, com frases entrecortadas, sem terminar ao menos de verbalizar seu pensamento completamente, deixando a cargo da entrevistadora a conclusão das frases. Antes mesmo de começar a entrevista, no consultório, uma delas já se mostrava bastante ansiosa, inquieta, ligando várias vezes do celular. Parava, perguntava pelo médico, voltava para o celular. Reclamou do atraso da consulta, até que veio para a entrevista.

Encontramos que embora a ansiedade traga alguns desconfortos, ela tem um lado construtivo, pois ajuda a evitar danos, alertando as pessoas para se prevenirem e até para defenderem-se executando certos atos, que possam eliminar o perigo.

Nesse sentido, a cirurgia é um procedimento, muitas vezes, novo para a maioria das pessoas, além de um procedimento de risco, que pode deixar seqüelas e até mesmo levar a morte. No caso da cirurgia bariátrica, ainda existem outros fatores relacionados ao período trans-operatórios, a anestesia, dos riscos cirúrgicos, no que se refere a habilidade médica; a propensão das pessoas obesas terem complicações respiratórias e cardio-vasculares, circulatórias. No pós-operatório, há as restrições alimentares, a expectativa dos resultados, o medo das complicações tardias, de não se alcançar os objetivos desejados, entre muitas outras, que foram também reveladas por elas mesmas, durante seus relatos. Além disso, essa situação nova exige uma reestruturação do papel social, o que pode ser considerado como ameaçador, acarretando o aumento da ansiedade. Vejamos:

Então eu tava super tranqüila até o dia de conversar com [...] chegou e então colocou a gente a par de uma realidade que até então - Oh! Você pode morrer você pode ter trombose. Então assim, aquele impacto entendeu? Até então você não cai na real, você não pensa nisso. Mas, realmente, você fica com medo., é tomei um choque, mas sabe?É pode acontecer numa cirurgia bariátrica, como pode acontecer em qualquer outra cirurgia, porque uma cirurgia é um procedimento de risco. Então, assim, foi o que me deu mais medo. (E1).

[...] eu tenho muito medo, eu tenho muito medo da cirurgia sabe? De cirurgia de um modo geral e depois eu vejo o seguinte, que não é muito fácil não, o pós- operatório [...] É meio difícil, mesmo passado esse tempo ainda tem dias que ela levanta da mesa e tal. Aí foi por conta disso tudo que eu ficava muito na defensiva nè [...] Que é outra coisa que eu tenho medo, que é assim, quem faz a cirurgia tem que passar depois por uma cirurgia estética? E é praticamente obrigatório (ênfatiza o ter que passar por outra cirurgia, reforçando a informação do medo de outro procedimento cirúrgico. (E 2).

Exatamente, da habilidade dele, da capacidade dele, principalmente agora que eu já sou mãe, então dá muito medo. [...] Eu acho engraçado, s pessoas não se preocupam com os anestesiastas entendeu?É, é muito importante [...] Não, o pós – operatório não é. Eu tenho medo é da cirurgia mesmo sabe? Você chegar, entrar na sala, você é anestesiada, você ta ali, apagou. E a gente sabe que pode acontecer alguma coisa, independente, como é o nome?[...] Só quero é fazer, o que eu quero é fazer, só to ansiosa pra fazer logo [...] Vem cá, essa cirurgia é para me cortar toda? (E3).

[...] Aí Meu Deus, assim, pelo menos, eu tenho certeza, que todo mundo que faz tem um bom resultado né? Uma das coisas que eu acho é isso. È essa, vai diminuir o estômago, aí eu sei que eu vou comer menos, e aí eu vou ter a sensação de prazer com uma quantidade menor, e assim eu vou conseguir perder peso. E eu perdendo peso sou tudo que eu quero. Tudo. Eu, eu acho... Que a cirurgia é assim, um tanto [...] Eu fiz de tudo para não chegar até ela. Não que eu chegasse até ela por não ter condições de fazer, eu tenho (deixa subentendido que se refere as condições físicas e psicológicas). Eu não tenho condições de fazer (aqui já se refere a situação financeira), eu vou lutar para que a prefeitura(E4).

Oh! Medo a gente tem, porque a gente ouve muitas coisas, muita gente, a gente desconhece aquilo, não é? A cirurgia bariátrica é uma coisa nova. A cirurgia já é uma coisa que amedronta. Mas, você pede alguma informação e você vê que vai correr um risco que outras cirurgias correm [...] tento emagrecer, mas, não consigo, fico ansiosa, nervosa, aí eu não consigo emagrecer. (E6).

Eu realmente tava insegura, mas depois que eu vim aqui. Assim. ele me passou assim, eu tive aquela empatia quando eu vim aqui sabe?(E9).

É primeiro eu morria de medo de fazer essa cirurgia achava que tudo resolveria com a lipo, musculação, exercícios físicos. Eu tô com pavor da cirurgia, da flacidez, sabe? Eu tô apavorada em relação, é ao pós-cirúrgico em relação a alimentação, que eu não suporto sopa, eu vou ter que beber sopa rala. Coada. Heeh! (E11).

[...] É eu não comia demais. Esses últimos dias que eu estou muito ansiosa, que eu estou comendo muito. Principalmente a noite, ansiosa com a cirurgia [...] Eu tenho pavor de cirurgia, ainda tem esse detalhe, eu tenho pavor (faz expressão de medo). Você vê que eu não gosto, só em ter

coragem de encarar a cirurgia, e depois ter coragem ainda de encarar a cirurgia de abdômen, a plástica, é muita vontade mesmo [...] Isso que eu me preocupo, o meu psicológico vai ficar [...] Já pensou? Vou pedir muito da ajuda da equipe para trabalhar muito meu psicológico, porquê eu não sei trabalhar meu psicológico. E se eu me arrepender posso voltar atrás? (E5).

Quando questionados sobre o procedimento cirúrgico alguns dos entrevistados referiram não estarem ansiosas, nem sentindo medo, porém durante a fala aparentaram cansaço e fizeram pausas para continuar a falar. Demonstraram todo tempo sinais de ansiedade, falando rápido, com frases entrecortadas, muitas vezes sem terminar a frase. Questionaram sobre a cirurgia, se era dolorosa, e quais as complicações mais frequentes no período de pós-operatório imediato. Questionaram também, ao se arrependerem se poderiam voltar atrás: durante a espera no consultório.

Gilbertoni (1967) assegura que, a cirurgia é um dos acontecimentos mais críticos e marcantes na vida do indivíduo, e o estresse psicológico por ela acarretado pode causar complicações pós - operatórias variadas e até fatais.

Na prática, observamos que os profissionais de saúde, principalmente enfermeiras concordam que o estresse antes da cirurgia influencia grandemente o período pós – operatório, assim como na recuperação. Alguns cirurgiões já têm deixado de operar pessoas extremamente ansiosas, uma vez que pessoas com esse perfil não sobreviveram a cirurgia ou apresentaram importantes complicações.

Desse modo, a cirurgia constitui um momento importante na vida do indivíduo, despertando reações emotivas como medo e sensação de morte eminente, as quais nem sempre são expressas. Do ponto de vista psicológico existem muitas reações de conflitos, no período que antecede a cirurgia, e o temor e a preocupação costumam ser expressos por medo e ansiedade.

Segundo Moore; Fine (1992), a ansiedade é um estado emocional desprazeroso, caracterizado por uma sensação de perigo iminente que se traduz no medo. Enquanto para May (1977), a ansiedade é um estado de tensão de uma pessoa, diante de uma situação considerada de perigo, causando sensação de estar agarrada, oprimida e uma confusão generalizada. Esse fato ocorre pela dificuldade em decidir sobre o papel que se deve assumir e qual atitude se deve tomar frente a situação vivida.

Registramos que, a ansiedade também provoca várias reações físicas. Muitas pessoas referem que quando estão ansiosas, alimentam-se em demasia, conseguindo, assim, reduzir os sintomas ansiosos, o que acaba resultando em alguns quilos a mais.

Abreu (1998) confirma os relatos de alguns dos entrevistados, comentando que quando o funcionamento psicológico está comprometido, ocorrerá maior dificuldade para a adaptação às novas situações. Assim, muitas pessoas encontram no comer a maneira para aliviar a ansiedade. Esse comportamento pode estar relacionado a relação de prazer com a alimentação que é culturalmente difundida pela nossa sociedade e nossas famílias.

Assim, desde criança, somos presenteados com alimentos, doces e chocolates, como uma premiação pela obediência ou bom comportamento. Quando a mulher está deprimida ou no período de tensão pré-menstrual ingere o chocolate como forma de alívio. No entanto, o hábito de ingerir grandes quantidades de chocolates pode ser prejudicial à saúde, pois sendo rico em gordura saturada pode estimular o aparecimento de doenças cardiovasculares, além de aumentar o grau de obesidade, que, também, causará o mesmo efeito no que se refere ao coração (ABREU, 1998).

As falas a seguir revelam que a melhora da ansiedade manifesta-se com o tempo:

Ah! medo, não tenho. Não. Nem tô preocupada. Estou tranqüila, ótima. Não, não tenho medo. Eu mesma já fui operada não sei quantas vezes, deixe eu ver quantas vezes já, três vezes, já.[...] Não, nada, tudo em paz. Depois fiz a outra para tirar uma hérnia. (E3).

A gente teve palestras com o parceiro do cirurgião, e tirou todas as dúvidas, assim, que eu não tô com um pingão de medo [...] Fui pra equipe multidisciplinar que me passou mais segurança ainda. Se o médico disser assim, vamos fazer agora, eu tô pronta. Porque eu tô sentindo muita segurança, não só na equipe dele, como também a minha vontade de fazer. [...] Então eu tenho tudo pra dá certo porque eu tô assim, com a cabeça totalmente tranqüila, entendeu, totalmente preparada e confiante. [...]. Eu acho que a confiança que o médico passa para a paciente é muito importante né, pra que as coisas dêem certo. [...] (E9).

Não. Eu realmente tava insegura, mas depois que eu vim aqui [...] Assim, ele me passou assim, eu tive aquela empatia quando eu vim aqui sabe? Olha! Eu não tenho temor nenhum. [...] Eu tenho uma filha que fez essa cirurgia bariátrica, eu acompanhei, ela perdeu 66 kilos, tava com 136 kg. E hoje eu vejo que ela é uma pessoa que se modificou. (E10.)

Ah! Medo eu não tenho realmente nenhum, porque eu acho que eu escolhi uma equipes que ta preparada, tem indicação, que faz um trabalho sério, então é isso. Eu espero que dê tudo certo, não tenho medo não. (E12).

Observamos no discurso dos entrevistados que o medo e a ansiedade foram atenuados, na medida em que se sentiram mais seguros. A segurança foi adquirida após contato com o médico cirurgião e a empatia com ele. Também, após contato com pessoas que já haviam feito a cirurgia, após obterem informações positivas sobre o procedimento cirúrgico antes e após. Destacaram, ainda, o contato com a equipe multidisciplinar e a participação das reuniões de grupo. Aqueles que já haviam realizado cirurgias anteriores, mesmo não sendo bariátrica, mostravam-se mais tranquilos, assim como aquelas que já possuíam alguém da família como referência. O conhecimento sobre a habilidade da equipe de cirurgião também foi mencionados.

4.1.2.2. Subcategoria depressão

A depressão é um transtorno do humor, caracterizado por manifestações afetivas inadequadas, em relação à intensidade, frequência e duração. A depressão é considerada uma desordem quando seus sintomas ou comportamento são tão frequentes ou severos que causam dor ou prejuízo da função física e social. (PICCOLOTO, 2000).

Desse modo, é uma doença que pode acometer qualquer pessoa, em qualquer idade, independente também do sexo. Ela pode ou não estar relacionada a um fato específico, porém, geralmente, acomete pessoas após situações de perda de entes queridos, situações de luto e rompimento de laços afetivos. Perda de emprego, de status social, e de situações sócio-econômicas também colaboram para que isso aconteça. Sendo assim, todas as pessoas estão sujeitas a sofrerem de depressão em algum momento da vida.

A depressão envolve ainda, uma sintomatologia intensa e complexa, podendo incluir sentimentos de tristeza, crises de choro, angústia, desesperança, baixa auto-estima, incapacidade de sentir prazer, idéias de culpa, visões pessimistas do futuro e pensamentos recorrentes sobre morte, isolamento social, perda de interesse, acompanhados de alterações somáticas, envolvendo o sono, o apetite, atividade psicomotora e a atividade sexual. (DEL PORTO,1999).

Nesse contexto, a depressão atinge pessoas obesas de diversas maneiras, podendo ser um fator desencadeante da obesidade, ou conseqüência desta. Nos relatos das pessoas entrevistadas conseguimos identificar essas duas situações, embora apareça mais como conseqüência da insatisfação causada pela obesidade. Apenas uma das entrevistadas relatou ter ficado obesa após um processo depressivo, conforme fala abaixo:

Quando eu tive depressão, depois da depressão que eu vi: Meu Deus, eu não tô aquela atleta que eu era [...] fiquei uns 3 anos bem mal. É de lá pra cá que eu aumentei de peso e voltar atrás, voltar sabe? Agora está sendo muito mais difícil perder peso, agora, 1 kg, 2 kg é um sufoco, porque antes era muito mais fácil, sabe? [...] Eu não fui a vida inteira gorda, comecei a engordar de uns 8 anos pra cá.

Os sintomas da depressão, de acordo com Del Porto (1999), aparecem durante grande parte da vida. As pessoas manifestam tristeza pela qualidade de vida após a obesidade; crises de choro mesmo durante os relatos; culpa por não conseguirem controlar a compulsão pelo alimento; angústia pelos tratamentos realizados sem efeito satisfatório; isolamentos, como já relamos anteriormente; baixa auto-estima e imagem corporal comprometida. Essas falas estão assinaladas a seguir:

Então, é assim, é muito fácil para você chegar e dizer: Ah pare de fumar. Eu posso chegar para qualquer pessoa porque eu detesto cigarro. É muito fácil chegar para mim e dizer: por que você não pára de fumar? Só que eu não sei ali, o que a pessoa está passando, a gente sabe que tem química ali dentro, tem todo um processo e que aí as outras pessoas que por pura ignorância, por não ter conhecimento, não sabe o quanto é difícil. Sabe é falar. (Risos). (E1).

[...] eu tomei hormônio, aqueles hormônios que às vezes a gente tem que tomar. Eu engordava bastante. O aumento de peso veio por conta disso também (E2).

Essa entrevistada logo no início da entrevista demonstra vergonha, começa a entrevista meio desconfiada, ressabiada, fala baixo, meio tímida, embora no decorrer da

entrevista tenha dado uma contribuição valiosa para a pesquisa com seu relato de experiência e riqueza de detalhes.

Ao falar dos tratamentos realizados para emagrecer volta a demonstrar depressão e tristeza:

Engordei tudo! Em 2 anos eu consegui ganhar tudo de novo.[...] Mas, também dá uma fome danada né? Se por um lado você perde, por outro também come. É faz de conta que a culpa é dá fome. Eu, eu como, como gorda mesmo, sabe? Aquela ansiedade [...] mas apesar de velha eu ainda não tive felicidade, na minha infância e juventude eu não tive felicidade [...] (E3).

Essa senhora relata uma história triste de vida, quando fala de sua relação paternal e dos seus relacionamentos maritais, demonstrando muita tristeza. Foi casada três vezes, perdeu seus ex- maridos devido a Diabetes, tendo os três amputado as pernas antes de morrer:

[...] Fui casada 2 vezes, meu marido. Aliás, três vezes casada. Mas, o que aconteceu? O primeiro casamento foi uma negação. Aí pronto, já vai ajudando a comer tudo. Comecei a ficar dependente da comida. Comia tudo de nervoso. Aí já foi o primeiro sofrimento. Trabalhando nas cozinhas dos outros porque não tinha emprego. Aí fiquei na casa de meu pai, meu pai não foi bom pra mim. Novo sofrimento. Aí depois desse sofrimento todo arriei o segundo marido, arriei, não deu pra viver. Ainda criei 3 filhos dele, sofria muito, não deu pra viver. Aí arriei o terceiro marido.[...]. Aí todos três com o mesmo problema. Aí eu fiquei, fiquei impressionada com o que aconteceu. Porque se eu vivesse com eles tinha que suporta eles sem as pernas. Passei para o outro, sem as pernas, também passei para o último, sem as pernas também. Aí eu fiquei impressionada, fui engordando: três maridos, todos três sem as pernas! Ele, não sei direito o que ele tinha, mas eu acho que ele era diabético, ele era diabético. (E3).

[...] é verdade, eu acho que é assim muito difícil a gente se sentir mal com a gente. Então, pra você vê como é angustiante. (E4).

Lessa (1998) postula sobre os relatos que realmente existem fatores comportamentais que podem levar a obesidade, tais como: a subestimação do real valor calórico dos alimentos; os episódios do comer compulsivo e a presença de sintomas depressivos. A depressão pode

estar relacionada ao peso corporal e ao comer desviante. Comenta, ainda, que o comer compulsivo nas mulheres está associado a experiências negativas como a raiva, a tristeza, a solidão, a exaustão, favorecendo o quadro de depressão e o aumento de peso.

Sobre isso, Azevedo (2004) informa, que se verifica maior incidência da compulsão alimentar no horário noturno. Para caracterizar o diagnóstico, esses episódios devem ocorrer pelo menos dois dias por semana pelos últimos seis meses, associados a algumas características de perda de controle, e não acompanhados de comportamentos compensatórios e dirigidos para a perda de peso. Porém, apresenta-se acompanhados de autopunição, depressão, distúrbios emocionais e psiquiátricos.

Muito interessante foi a experiência relatada por uma das entrevistadas, que por iniciativa própria resolveu organizar um grupo de vigilantes do peso no interior aonde morava. Ela estava fazendo o tratamento em Salvador, porém precisou mudar-se para o interior, onde não havia o grupo de vigilantes. Assim, ela organizou o grupo e estava bastante entusiasmada, no início, com os resultados. Buscou ajuda das pioneiras sociais para conseguir local e o mobiliário, conseguindo ajudar bastante pessoas.

No entanto, o que deveria servir como auto-ajuda, acabou se transformando em um aprisionamento trazendo sentimentos de culpa e muito sofrimento. Culpava-se por ter tido força de vontade e iniciativa para organizar o grupo, mas não agia da mesma forma no que se referia a alimentação. Conseguia ajudar os outros, porém só utilizando a técnica dos vigilantes não estava mais conseguindo manter o peso e começou a fazer uso das fórmulas para não desestimular os demais.

Durante seu relato percebe-se a culpa, a briga com seus valores éticos e morais, muita vergonha pela falta de “força de vontade” dor e sofrimento, que acabaram levando ao isolamento social. Como alternativa resolveu viajar para São Paulo, fugindo do olhar e da crítica do grupo. Escondia-se em casa para que ninguém visse que ela não estava conseguindo perder peso. Vejamos seu depoimento:

[...]. Porque era assim sofredor para mim. Eu não passava para o pessoal, porque eu queria passar sempre o melhor, que tava conseguindo fazer aquilo, entendeu? Eu nem sempre [...]. Eu passava que eles tinham que fazer aquilo, que era o método era aquele entendeu? Tava sempre estimulando eles entendeu? Eles conseguiam fazer sem precisar de técnica, só com a ajuda, e eu não conseguia.[...] E eu pro outro lado, eu fiquei mal, assim, porque pelo efeito psicológico né? Eu queria ter um motivo, na realidade mostrar que aquilo funcionava, eu queria aquele grupo, ficou todo mundo

me cobrando, as pessoas, inclusive uma amiga minha que fez a cirurgia[...] Eu não queria sair na rua porque as pessoas iam me ver e perguntar porque eu estava engordando de novo.e eu não queria que isso acontecesse.[...] Eu tinha um compromisso com o grupo. Eu fiquei tão mal, que o que estava acontecendo era que eu não parava de comer. Eu tinha que passar, comer correto, fazer tudo correto porque eu era a líder, era o exemplo, a força. Tinha que ajudar o pessoal também, não, ao invés de ajudar o pessoal comia desesperadamente, entendeu? Em vez disso, com o que estava acontecendo, eu não parei de comer. Em vez do que estava acontecendo, eu diminuir, [...] Eu tenho que mostrar as pessoas como comer correto, como é passado, fazer tudo direitinho como é passado para o grupo, porque eu tenho que ajudar. (dilema ético sério, como vender um produto que eu não acredito, não consigo fazer. Acabo utilizando de medicamentos para burlar o grupo). (Culpa-se terrivelmente por não conseguir ser a força e o exemplo para o grupo. Não acredita na teoria faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço, pois a filosofia do vigilante consiste em que um sirva de exemplo e apoio para atingir o objetivo da perda de peso). (E4).

Matos (2002) afirma que os problemas emocionais podem, por vezes, estimular o aparecimento de comportamentos compulsivos e mesmo distúrbios da imagem corporal. Afirma, ainda, que em estudo realizado na Escola Paulista de Medicina 100% dos adolescentes obesos apresentavam depressão, e, destes, 80% apresentavam depressão grave. Inúmeros aspectos colaboram para o aumento dessa incidência, mas principalmente os comportamentos alimentares e práticas inadequadas de controle de peso, que em geral estão associadas à insatisfação pessoal e à baixa auto-estima.

Makino (2004), também, comenta que a pessoa obesa pode ter a sensação de culpa em relação ao consumo excessivo de determinados alimentos, principalmente nos períodos relacionados às tentativas de redução de peso por meio de dietas restritivas; ou ainda comem além do necessário, como fuga, nos momentos de ansiedade e depressão que acompanham a obesidade.

Outras entrevistadas conseguiram identificar o processo depressivo relatando mudança do humor e de comportamento, como consequência da obesidade, conforme atestam os relatos abaixo:

Passei a ficar deprimida. Eu não tinha isso [...] Um problema de depressão que eu lhe falei, uma tristeza, só querendo ficar no quarto, deitada, enrolada, chorando [...] Nervosa com os meus filhos, que eu não era assim, gritando com meus filhos, brigando com meus filhos [...]. O mais forte foi o

meu interior, eu não quero ser triste não (fala com tristeza e melancolia). E depois dessa gordura eu passei a ser triste. (Chorando). Pausa antes de continuar.

Chega o momento também que o psicológico também fica afetado. É aí você fica, afeta seu psicológico, seu físico, e as vezes você não tem nem condição de ser amparado como você queria ser [...] Fiquei em casa, foi que fiquei pior, em depressão, nesse momento e me sentia pior. (E6).

Embora tenhamos encontrado manifestações depressivas na maioria das falas dos entrevistados, algumas fazem questão de se colocar como pessoas alegres, frisando que a depressão e a tristeza são passageiras, em um momento de suas vidas e que não estão associadas a obesidade.

Não, eu não me vejo dessa forma, eu sou muito alegre [...] (E7).

Eu sempre fui uma pessoa muito feliz, fui risonha, brincava muito e depois foi morrendo por dentro, foi mudando [...] O mais forte foi o meu interior, eu não quero ser triste não (fala com tristeza, chorando)[...] Passei a ficar deprimida. Eu não tinha isso. (E5).

A depressão, na obesidade, é um fator importante no que se refere a qualidade de vida dessas pessoas, pois segundo Chuí (2000), os indivíduos deprimidos apresentam diminuição da capacidade de executar tarefas rotineiras e atividades da vida diária, perda do auto-controle, falta de incentivo para viver, frustração de gratificações e exposições a estresse de forma contínua.

4.1.2.3. Subcategoria baixa auto-estima

Essa subcategoria revelou um dos maiores problemas enfrentados pelas pessoas obesas: a baixa auto-estima. Ela foi citada por todos os entrevistados, também referenciada em vários estudos desse tema.

A auto-estima é uma das variáveis mais importantes para o bem estar psicológico e para uma boa saúde mental por sua amplitude de interferência, pois a sua ausência está relacionada à depressão, podendo levar, até mesmo, ao suicídio.

Em psicologia, a auto-estima inclui a avaliação subjetiva que uma pessoa faz de si mesma como sendo intrinsecamente positiva ou negativa em algum grau. A auto-estima é definida como um sentimento de gostar de si mesmo (SEDIKIDES; GREGG, 2003).

Segundo O'Donnell (2006), a autoconfiança, aliada ao auto-respeito, gera a auto-estima. O auto-respeito baseia-se na consciência das qualidades intrínsecas do ser, no reconhecimento da felicidade de estar vivo e de participar da maravilhosa peça da existência e no sucesso obtido ao se evitar atitudes negativas. O auto-respeito pode ser alcançado pela capacidade de observar nossos defeitos de maneira desapegada sem desanimar por causa deles. Nesse sentido, nossos defeitos são indícios constantes de que ainda não chegamos à perfeição, e, portanto, diante dos defeitos dos outros devemos adotar uma postura mais humilde. Desse modo, manteremos uma visão elevada das pessoas, apesar dos seus erros ou das suas imperfeições. Essa atitude respeitosa pode, também, inspirar nelas as mudanças necessárias para corrigi-los, o que não acontecerá se as julgarmos ou chamarmos sua atenção para esses defeitos.

O'Donnell (2006) comenta, ainda, que a autoconfiança, por sua vez, é a sólida crença no que somos capazes de fazer e em nossa habilidade de seguir em frente, assumindo desafios e enfrentando obstáculos com mais segurança. Quando descobrimos nossas habilidades e investimos nelas, conquistamos a autoconfiança. É a autoconfiança que nos dá disposição para acreditar nas outras pessoas e para evitarmos o prejulgamento. O que é decisivo para uma boa auto-estima é o nosso sentido de valor próprio, que determina a forma de como nos sentimos independente dos valores predominantes na sociedade. Devemos viver de acordo com a opinião que tecemos de nós mesmos, e não procurar aprovação dos outros para nos valorizar.

Assim, a auto-estima é a confiança em nosso modo de pensar e enfrentar os problema do cotidiano, ou até mesmo aquelas mais graves. É acreditar no nosso direito de ser feliz com nossas próprias crenças, mesmo que vá de encontro às de outras pessoas. É acreditar que somos merecedores de desfrutar os resultados de nossos esforços. È conseguir ser feliz, mesmo, ou até por causa das nossas imperfeições e subjetividades.

Se, ao contrário, um indivíduo sente-se inseguro para enfrentar os problemas da vida, não tem autoconfiança, podendo desenvolver uma auto-estima baixa, apresentando falta de respeito próprio, auto- desvalorização, sentindo-se desmerecedor de amor e respeito por parte

dos outros e da felicidade. Certamente, poderá ter medo de expor suas idéias, vontades e necessidades e um grande sentimento de culpa, por não corresponder ao que é determinado pela sociedade.

Desse modo, a baixa auto-estima inibe a relação com o mundo e com as pessoas, pois quando estamos deprimidos temos pensamentos negativos, de falta de valor, impedindo de sentir prazer e gratificação com as experiências da vida. Se a nossa auto-imagem é negativa tendemos a ter padrões de pensamentos negativos, ver o mundo negativamente, e qualquer acontecimento passa a ser devido a um defeito pessoal, uma imperfeição, uma inadequação perante a vida. Tais pensamentos geram tristeza, depressão e pouca percepção do autovalor.

É importante termos em mente que, nem sempre, agradaremos a todos, a desaprovação, assim como a aprovação, fazem parte da vida e das relações pessoais. Não podemos passar por cima de nossos sentimentos apenas para procurar agradar o outro, ou para obter sua aprovação. Quando conhecemos nossas qualidades inatas, é possível desenvolver o auto-respeito, e a autoconfiança, que não dependem de circunstâncias externas, e o melhor modo de desenvolvermos tais valores, é através do auto-conhecimento.

Maisonneuve (1981, p.97) demonstra que os sujeitos tendem a julgar o outro, associando-o a um estereotipo favorável às coisas e às pessoas bonitas, sendo depreciativas, aquelas consideradas feias. Coloca que, os mais belos, “são vistos como mais amáveis, sensíveis, flexíveis, mais confiantes neles mesmos”. Serão, também, considerados possuidores de maior domínio de seus destinos e, finalmente mais conscientes dos seus objetivos. Outros adjetivos qualitativos ainda são associados ao belo como: força, equilíbrio e modo de vida bem sucedido.

No caso da obesidade, com o passar do tempo, as vivências mal sucedidas geram um prejuízo importante de auto-estima e certo desequilíbrio emocional, porque determinam vulnerabilidade e fragilidade, despotencializando os sujeitos em suas várias dimensões sociais.

Após viver ouvindo freqüentes comentários negativos e depreciativos, e de conviver com olhares críticos e uma crítica mordaz, inútil e destrutiva, as pessoas obesas acabam com a auto-estima. Nas entrevistas os sujeitos confirmam isso:

[...]eu comia muito [...] eu tenho bem em mente, quando eu ficar magra, [...]as pessoas ou por falsidade ou por outros atributos, vão chegar até você. Vão se aproximar mais de você entendeu? (E1).

Olhe para você ter uma idéia de como eu sou disciplinada (análise autocrítica, irônica), para não dizer o contrário. Em 2004 eu tive meu bebê, eu fiquei com 87 kg. Engordei tudo [...] você chega assim, num lugar, eu acho que é o maior problema do gordo, o vendedor lhe olha assim, (faz um olhar de desdém, medindo de cima a baixo, como quem diz, você não tá vendo que aqui não tem roupa pra você?) Eu, eu como, como gorda mesmo, sabe? Aquela ansiedade ! É faz de conta que a culpa é dá fome (E2).

Se eu me aceitasse. Eu acho que diminuiria um pouco né? A questão é que não seria tão cruel, eu não me sentiria tão mau (rindo) né? Quando as pessoas se aceita, as vezes se torna bem mais fácil. Eu não, porque eu sou pior, além da estética eu não aceito de jeito nenhum, eu, eu quero ser [...] É para perder, fazia de tudo para tentar perder peso. E o peso, as vezes, até perdia, mas voltava rapidamente pela compulsão, pela aquela coisa né? De não conseguir fazer até porque era muito radical né, ninguém consegue viver radicalmente a vida toda. Eu não consigo, eu a gente consegue por certo tempo, certo período, mais depois a gente não consegue mais. Nada satisfaz a esse estômago, aí eu fiz, vamos ver se eu consigo fazer a cirurgia para tentar resolver. [...] Todos faziam sem precisar da fórmula e eu? Porém foi ruim por outro lado, eu comecei a me culpar muito. (E4).

Tô com muito excesso de gordura né? Até minha auto estima também ficou muito em baixa. Passei a ter vergonha do meu esposo né [...] eu passei a sentir vergonha, principalmente na hora. Ficava no escuro, no escuro para trocar de roupa. Eu não posso ser assim, por que eu não posso. Primeiro, porquê eu já perdi minha auto-estima[...] Olhe a prioridade é aqui. Chego para fazer um exame na clínica ginecológica, olhe a prioridade é aqui (como se estivesse gestante). Aí atinge né? Meu ego fica mesmo ferido. Fico envergonhada por que eu não era assim, muita transformação. Foi muito rápida a transformação. Foi muito rápida meu aumento de peso [...] Um excessozinho de gordura até que eu suporto, mas a minha barriga não guento não. Toda roupa que eu coloco desaba tudo! Quando eu tiro a roupa é pior ainda (E5).

[...] eu queria fazer, perder peso, e queria fazer redução da mama, porque era um pouco desproporcional para meu corpo, o meu tamanho. (E6).

Eu peguei um ônibus agora aqui. Eu peguei um ônibus e a pessoa pegou, bateu na porta da frente por que não podia passar pelo fundo e eu nem era deficiente, era obeso. Então, isso é chato. Por que na verdade há um preconceito muito grande em relação ao obeso. O que pesa mais é a questão social, por exemplo, o preconceito, a questão social mesmo, como se fosse uma reabilitação na verdade. (E7).

Eu não consigo fazer regime, [...] Então, quer dizer, você comer 1300 kg, é complicado (E8).

É na verdade eu não gosto nem de me olhar no espelho né, porque quando você[...] A gordura não estava me incomodando, mas a partir do momento

em que eu vi que estava me tornando uma pessoa [...] é sem utilidade [...] (E9).

[...] tem alguma, tem algum defeito de fabricação que a gente não sabe o que é [...] (E10).

Com certeza é assim, baixa de auto-estima, depressão – essa depressão- Meu Deus! Burrice era muito mais fácil agüentar manter do que a gente engordar e depois voltar pra cirurgia sabe? (E11).

[...] Porque você sabe as pessoas olham errado, principalmente em ônibus, assim, quando vai a catraca apertada, assim sabe? Gorda atrapalhando o caminho e tal (E12).

Nas falas acima percebemos várias demonstrações de baixa auto-estima. Inicialmente os entrevistados de número 1, 2, 4, 8 falam da sua compulsão alimentar, de sua culpa por não ter controle sobre a fome ou para manter as dietas. Eles mesmos acham-se colocam como gulosos e descontrolados, ainda que “nas entrelinhas”.

Também, observamos freqüentes sinais de desânimo, sentimentos de inferioridade e de frustração por não conseguirem corresponder às expectativas que a mídia impõe quanto ao corpo perfeito, mas, também, por não conseguirem controlarem-se frente aos alimentos, e por quebrar diversos regimes aos quais já se submeteram.

Esses aspectos comprometem as pessoas em vários papéis de suas vidas, até mesmo no aspecto conjugal e sexual como relata as entrevistadas. De acordo com Wielenska (2000), é muito comum a pessoa obesa ter a auto-estima e a auto-imagem rebaixadas.

Barbosa (2007), por sua vez, assegura que com a auto-estima abalada, existem duas tendências sociais angustiantes para pessoas acima do peso ideal; uma é a grosseria e desumana discriminação estética e a outra é encarar o obeso como uma pessoa que não tem força de vontade e que ele é assim, porque é preguiçoso.

Coopersmith (1967, p. 4) atentou para o fato de que a ansiedade e a auto-estima estão proximamente relacionadas: se for a ameaça que libera ansiedade, como aparece teoricamente, é a estima da pessoa que está sendo ameaçada.

Destacamos o que Pinto (1999) afirma, que obesos tendem a apresentar excesso de peso desde a infância, o que podemos constatar com algumas das falas das pessoas entrevistadas. Cerca de 60 a 80% das crianças obesas tornam-se adultos obesos, por força dos fatores constitucionais, reforçados por problemas psicológicos e maus hábitos alimentares; o que é ilustrado pelas falas abaixo:

[...] desde os 05 anos de idade que eu já tenho aumento de peso, porque eu tinha problema de asma, aí tomei corticóide [...] (E1).

[...] já tenho usado muito medicamento desde criança, desde adolescente [...] (E4). (Fala pausado, lento, demonstrando o tempo que vem lutando contra a obesidade).

[...] Quando eu tinha 07 anos, comecei a engordar, a engordar, foi aí que eu já vestia roupa de 10 anos [...](E6).

Parece-nos que, desde crianças, começam a sofrer discriminação social, pois a sociedade e também a família lhes atribuem a responsabilidade da obesidade como se fossem os únicos culpados, uma vez que a obesidade é, ainda, erroneamente encarada como sinônimo de relaxamento, preguiça, falta de determinação, indolência, uma pessoa sem força de vontade e corrompida pelo pecado da gula.

Assim, rejeitada desde muito cedo pelo mundo ao seu redor, a pessoa obesa é, frequentemente, vítima de gozações, e sua vida é marcada por episódios de humilhação, piedade, hostilidade e apelidos jocosos. Esse convívio precoce com discriminações e preconceitos age como um perfeito assassino, prejudicando a estruturação de uma auto-imagem positiva.

Por isso, essas pessoas, algumas vezes, podem parecer alegres e despreocupados no convívio social, mas, também, podem sofrer com sentimentos de inferioridade, insatisfação e carência afetiva como vimos através das histórias das pessoas entrevistadas, o que, certamente, interfere na composição da sua imagem corporal, cuja subcategoria, analisamos a seguir.

4.1.2.4 Subcategoria imagem corporal

Nosso objetivo na análise desta subcategoria, consistiu em identificar como as pessoas obesas se percebem, de que forma a obesidade influencia na sua imagem corporal e, como se denominavam.

Conforme já discutido, o drama das pessoas obesas geralmente começa na infância ou na adolescência, com a famosa guerra da comida detonada pelos pais, que acham seus pesos corporais não correspondentes aos ideais estéticos. A partir daí, o ato de comer desvincula-se do prazer, a tensão resultante dessa situação torna a criança que será o adulto de amanhã, um infeliz.

Assim, vive uma situação conflitiva a vida toda, comer ou não comer é o dilema que muitas vezes enfrentará pelo resto da vida. Esses conflitos, inicialmente voltados apenas para à aparência corporal, termina por comprometer também a relação emocional em sua plenitude. Ao perceber a rejeição de seu corpo pelos seus pais, a criança começa a rejeitá-lo também. Interpreta a rejeição deles como se seu corpo fosse fruto de alguma deformidade, muitas vezes, por eles, considerada hedionda (PINTO, 1999).

Nessa situação, a dieta torna-se um tormento para essas pessoas pelo resto da vida, o que acaba tirando-lhe a paz, chegando a considerarem, a dieta, um castigo injusto e incompreendido. Por que abdicar de uma forma de prazer tão gostosa pelo resto da vida?

Pinto (1999) define que “a imagem corporal é uma representação condensada da construção das experiências corporais do passado e do presente, projetadas conjuntamente no futuro”. Desse modo, é a integração do corpo real com o corpo imaginário, que determina a elaboração da imagem corporal internalizada, a qual é elaborada de acordo com o autoconceito da aparência pessoal, desempenho sexual, auto-reflexo do espelho social e cultural onde se vive, além de comparações com irmãos, colegas e ídolos.

A pessoa obesa, conforme vimos através dos depoimentos, vivenciam a distorção da imagem corporal, pelo testemunho da balança, quando evidencia os quilos a mais. Se suas experiências são hostis, principalmente desde a infância, começa a considerar que seu corpo é grotesco e que os outros olham-no com desprezo e hostilidade.

Algumas das entrevistadas começaram a travar uma batalha contra a obesidade na infância e, desde muito cedo, o estigma e suas conseqüências ficaram presentes em suas vidas. Os efeitos negativos do excesso de gordura fizeram com que essas pessoas passassem grande parte dos seus anos de vida procurando por um tratamento que viabilizasse a transformação dos seus corpos do gordo para o magro, conforme os recortes das falas, abaixo:

....Eu sei que eu não vou ser magra porque nè, porque eu sempre fui cheinha, mas pelo menos eu quero ser menos gorda [...] Eu não queria sair na rua porque as pessoas iam me ver e perguntar por que eu estava engordando de novo. e eu não queria que isso acontecesse [...] (E4).

[...] um tio meu, agora tá dizendo que eu sou o número 1 da família, eu !!!,[...] (o mais corajoso?) Pô..., não, o número 1 em termo de peso. Aí eu olhei para ele, pô, ele me dizer que eu sou o número um, ele é bem pior do que eu, ele tem mais de 130 kg.[...] meu pai, ele chegou a ter 115 kg, a família toda gostosinha. (E8).

Melhorar a minha aparência. Ah! Eu me enxergo uma pessoa flácida, uma pessoa fora dos padrões. (E10).

Fico envergonhada por que eu não era assim, muita transformação. Foi muito rápida a transformação. Foi muito rápida meu aumento de peso[...]. Um excessozinho de gordura até que eu suporto, mas a minha barriga não guento não. Toda roupa que eu coloco desaba tudo! Quando eu tiro a roupa é pior ainda [...] A minha expectativa é essa, de ficar bonita (fala admirada com ela mesma, com a possibilidade de admitir isso). A voltar a ser o que eu era, voltar a ser feliz. Pois, a pior coisa é que todos que me conhecem, que me conheceram e que me vêem hoje, é aquele espanto! -Menina, o que é isso, o que aconteceu com você?Dr. Isso aqui não me pertence, então eu quero que saia de minha vida, por que não me pertence. Vou trazer uma foto par o Sr. ver, e o Sr. vai ver que não me pertence. Se isso entrou vai ter que sair. (E5).

Demonstraram, conforme pode ser verificado uma visão totalmente preconceituosa da própria imagem corporal, já tendo internalizado o olhar opressor. Muitas se sentiam feias, e acreditavam que os outros pensavam o mesmo. Uma delas ao ser questionada sobre sua imagem corporal devolveu a pergunta e, sem esperar a resposta, comentou sobre o seu corpo como se já soubesse qual seria a resposta, antes mesmo de ouvi-la.

A entrevistada de número 11 demonstrou todo o conflito de uma imagem corporal que lhe é própria, aquela que ela vê através dos outros e dos padrões de exigência da sociedade:

Você acredita que eu me vejo e não me vejo horrorosa?[...] Ah! é assim [...] Eu vejo assim. Pôxa! meu peito cresceu demais, ninguém merece[...] eu vejo que eu realmente engordei quando passo na borb.. na catraca do ônibus apertada, sabe? Mas assim [...] Eu ainda vejo a perna bonita, muita coisa eu ainda vejo, que é assim, é o modelo que a gente cria, com certeza, que assim eu fico mais vivendo do passado, sabe?

Quando solicitados a expressar em uma palavra a sua imagem corporal utilizam palavras como:

*Gorda. [...] Ah! Fulana é gorda, eu sei que sou [...] (E1).
Sabe aquela massinha que menino brinca aquela coisa disforme, aquela coisa feia, é mais ou menos por aí. Mas, é, se fosse um animal, só poderia pensar ser um animal grande, a que todo mundo chamaria de baleia, um bicho bem, uma (demonstra desprezo na voz enquanto fala, de modo pejorativo, desqualificando-se). Aquela coisa gorda mesmo sabe? (E2).
Me acho bastante gorda, feia.[...]Ah! A minha preocupação só é a pele. É que eu já tô de mais idade né? Eu to velha então eu sei que vou ficar mais ainda com pele, então minha preocupação mais é isso [...] tirar a pelanca aí de baixo (rindo, e apontando para o abdômen). Tem horas que eu fico assim [...] (E3).*

Deformada. (Longa pausa antes de continuar). Para o que eu era hoje eu sou uma imagem deformada. Principalmente meu abdômen, minha barriga (E5).

Se eu pudesse me definir, se eu pudesse[...] Como é que você me percebe (devolve a pergunta ao interlocutor)? Ah! Rapaz é horrível!!!Horrível, eu me acho horrível. Não, eu me acho horrível ta doido?[...] Aquilo ali na sala, agora, é um milagre! Eu fiz assim, olhei assim para a Senhora, a mulé simpática velho, agora com um rosto bonito, mas o corpo todo parecendo um mutante, parece um [...] aquilo é triste! E ela já fez a cirurgia! Imagine se não fizesse! Pô, eu já estou feliz antes de fazer a cirurgia. (E7).

Ah! Eu me enxergo uma pessoa flácida, enxergo uma pessoa não tenha dúvida, uma pessoa feia, uma pessoa fora dos padrões, não é, uma pessoa que não tem aquele [...]Eu to com 52 anos, to ficando flácido, to vendo que a idade ta chegando e to realmente[...] e vamos dizer, não, não me sinto bem olhando o meu corpo. (E10).

Sobre isso, alguns autores têm a afirmar que a distorção da imagem corporal pode ser definida como preocupação exacerbada como excesso de peso, que frequentemente causa a exclusão de qualquer outra característica pessoal positiva e avaliação do corpo como sendo grotesco e até repugnante. Consequentemente têm a sensação de que as demais pessoas só podem olhá-los com horror ou desprezo. (STUNKARD; MENDELSON, 1962).

Apenas duas pessoas entre as entrevistadas manifestaram algum aspecto positivo quando questionadas em relação ao seu corpo. Uma delas não quis responder sobre o que pensa em relação a sua imagem corporal, no momento; preferindo responder positivamente em relação ao que quer alcançar com a cirurgia. Quando não respondeu diretamente como os demais sobre sua imagem corporal, acreditamos que não o fazia porque não queria se expor, pois, preferiu esquivar-se sutilmente, referindo-se ao que esperava alcançar posteriormente.

Ou talvez tenha sido realmente pela preocupação com a saúde, o motivo que a levou a optar pela cirurgia. Monossilabicamente respondeu:

“Saúde”. (E6).

Outra, verbalizou falta de preocupação estética, dizendo-se mais incomodada, preocupada com a apnéia do sono, problema que interfere em sua qualidade de vida e em seu trabalho. Vejam abaixo:

Não sei, não tenho nenhum trauma em relação a isso (corpo), minha coisa é mais saúde mesmo, a apnéia do sono. (E11).

A entrevistada de número 4 ao ser questionada sobre sua imagem corporal reagiu de modo triste, cabisbaixa, permanecendo muito tempo em silêncio antes de responder:

Eu não tenho palavras, eu acho que eu não tenho palavras. Tudo que a gente conversou agora [...] Eu não tenho palavras. Eu não gosto muito quando as pessoas..., eu me sinto mal até, eu não gosto não, me sinto mal até, me sinto mal. Quando eu penso na realidade[...].

A seguir, essa mesma entrevistada continuou revelando um diálogo que teve com outra pessoa obesa durante a reunião multidisciplinar, onde se dizia que o corpo representa o que nós somos, embora não gostassem do que viam. Demonstrou, nesse momento, uma crise de identidade, não se reconhecendo naquele corpo, no corpo de uma pessoa presumidamente desequilibrada. Na sua concepção, se o físico é a representação do que ela é, para as outras seria uma pessoa desequilibrada, mesmo não sendo, nem se reconhecendo como tal, pois é obesa:

[...] O que ele queria dizer é que o físico da gente mostrava o que a gente era. E eu não gosto do meu peso, do meu físico, meu Deus, então eu sou uma pessoa desequilibrada? Não, é que eu (dando gargalhadas), mas é bem assim, na hora que ele falou [...] Eu estou comendo desequilibradamente,

será que sou eu? Não, não, não sou. [...] Ah! Eu sou então eu não tenho nem coragem, palavras para dizer. O que é? O meu aspecto. Mas, é isso, nem eu, não consigo ser feliz assim. É por esse motivo que eu luto desde pequena, para que eu venha a não ser gorda, venha conseguir a ser magra [...] Eu sei, eu não vou dizer que eu como pouquíssimo, não sinto fome (ironiza). Seria demagogia minha! Jamais. Eu sei que por compulsão, o obeso come exageradamente, além do que ele precisa comer.(E4).

Faith; Alisson (1996) e Williamson; O'Neil (1998) apresentam outro conceito de imagem corporal, que nos remete a falas das pessoas entrevistadas, quando afirmam que a imagem corporal é definida como a interação entre o componente perceptivo, o componente postural. O primeiro refere-se a avaliação cognitiva do tamanho do corpo, e o segundo componente refere-se a uma complexa resposta afetivo-cognitivo- comportamental a essa avaliação

Ainda, no que se refere aos aspectos perceptuais da imagem corporal, os mesmos autores afirmam que os adultos obesos têm chance até 3 vezes maior do que a população geral em superestimar seu tamanho. Além disso, no que se refere ao componente postural, não parece haver uma relação direta entre o IMC e insatisfação ou distorção da imagem corporal. Essa relação está presente com o sobrepeso percebido e não com o sobrepeso real.

Murray apud REIS (1987) reitera isso, explicando que os distúrbios da imagem corporal aparecem quando há uma falha em aceitar o corpo como ele é e em adaptá-lo à nova forma. Há um conflito entre a forma de como o corpo é percebido e a forma de como a pessoa faz o quadro de seu corpo, mentalmente.

Dessa maneira, de um modo geral, os estudos sobre imagem corporal apontam para prejuízos relacionados à insatisfação, depreciação, distorção e preocupação com a auto-imagem, todos eles sendo fortemente influenciados por aspectos sócio-culturais (Demarest; Langer, 1996 e Gittelsohn & Cols., 1996).

A imagem corporal é a idéia, o retrato mental que a pessoa faz de sua própria aparência física, de suas atitudes e seus sentimentos em relação a esta, sendo, por isso, importante indicador para as pessoas, que pretendem cuidar de pessoas com obesidade, compreenderem melhor o que se passa com elas.

Vieira apud REIS (1987) resume as ações de enfermagem, junto a pacientes com distúrbios da imagem corporal, considerando importante: escutar o paciente, procurando reconhecer seus sentimentos; valorizar suas áreas sadias; incentivar os movimentos; favorecer

a integração com outras pessoas; ajudar-lo a aceitar o seu corpo como ele se apresenta, e envolve-lo em seu auto – cuidado.

3.1.3 Categoria 3 – Relações sociais frente à cirurgia

Nessa categoria, buscamos compreender um pouco das relações sociais das pessoas obesas, sua interação com outras pessoas, seus relacionamentos mais próximos, trabalho, suas expectativas em relação à cirurgia e a influência da mídia sobre suas relações sociais.

Encontramos nessa categoria, 03 subcategorias: relacionamentos familiar e afetivo; trabalho; valores culturais/expectativas em relação a cirurgia.

4.1.3.1 Subcategoria relacionamentos familiar e afetivo

No enquadramento social contemporâneo a beleza física é muito valorizada e está diretamente ligada ao ideal de corpo magro, firme e esbelto. As pessoas que não se enquadram nesses padrões, costumam sofrer uma grande pressão social e sensação de inadequação, que geralmente provocam dificuldades relacionais e isolamento. Esses fatores associados a um sentimento de menos valia dão origem a fuga social e a sintomas depressivos, que dificultam, ainda mais, as relações quer de caráter sócio-profissional, quer de caráter familiar e afetivo.

As pessoas obesas são freqüentemente alvo de vários tipos de preconceitos e discriminações no seu dia-a-dia, durante a realização das atividades mais corriqueiras. O problema do convívio social de quem possui esse estigma é grande, não raro sentem-se rejeitados em seu próprio grupo social e familiar, impedidos de fazerem muitas coisas, por não se enquadrarem aos padrões esperados.

Tal estigma ocorre quase que inconsciente e manifesta-se comumente sob forma de uma tentativa de elogio, ou um comentário pouco pensado, além do uso de apelidos. Nesse cenário, tais aspectos estimulam a realização da cirurgia bariátrica.

Algumas das pessoas entrevistadas relataram a influência de familiares na decisão de realizar a cirurgia. Algumas tiveram experiências positivas com parentes próximos que já

tinham realizado, ou amigos que as incentivaram. Outras, ainda, resolveram devido a cobrança constante para que emagrescessem, conforme depoimentos abaixo:

Aí, minha avó, ela é bem controlada, ela é a única magra da família porque ela se controla. Ela faz: Ah! a comida não vai me dominar tal e tal [...] Minha mãe fez cirurgia de redução de mama. Minha mãe é magrinha. Fez cirurgia de barriga, lipoescultura, fez tudo. Então assim, lá em casa sempre teve isso forte, então sempre eu ouvi isso entendeu? Por que você não emagrece, por que você não emagrece [...] Ah! Você não emagrece porque você não quer, aí eu olhava assim para a cara de minha mãe (fala olhando de lado, ironicamente, como quem diz, ta vendo?). Então, assim, para mim foi essencial porque eu tenho essa consciência entendeu? E elas não tinham (referindo-se a avó e a mãe). (E1).

Minha irmã fez a cirurgia há 2 anos e 5 meses que ela fez e ela vive dizendo que eu deveria fazer e tal, e tal[...] (E2).

Meus pais, todo mundo ficou assim (demonstrando dúvida, incerteza), porque alguém fez e se deu mal, mas alguém fez e se deu bem. (E6).

Aí, foi que eu vi uma colega minha, uma colega de meu pai. E sempre meu pai ficava dizendo: Taí, oh! Já fez, taí magra. Você tem que fazer. Já, já, já, já. Existem as dificuldades, existe a própria cirurgia, mas todos alegres. Todas as pessoas que eu conversei, todo mundo satisfeito. Todos (ênfatisa). (E7).

[...] lá o pessoal da equipe eles fazem reuniões [...] mesmo teve um dia que fez uma palestra que tinha mais de 60 pessoas no auditório e aí comecei a ver [...] Tem um colega que fez a bariátrica com João, mas que colocou acho o anel, também tá ótima. (E8).

[...] eu decidi, enquanto minha mãe, outras pessoas falavam Ah! Você tem que emagrecer, você tem que fazer isso, tem que fazer aquilo [...] (E9).

Eu tenho uma filha que fez essa cirurgia bariátrica, eu acompanhei, ela perdeu 66 kilos, tava com 136 kg. E hoje eu vejo que ela é uma pessoa que se modificou, quanto foi [...] quanto concorreu favoravelmente pra personalidade dela. Ela hoje é uma pessoa que se insere no meio dela, é uma pessoa que trafega bem no meio, é uma pessoa que namora, uma criança que faz tudo de uma forma natural, é uma coisa muito boa, muito boa. (E10).

Meus colegas lá da pós-graduação de medicina estética me deram a idéia da cirurgia (E11).

O discurso sobre o aprisionamento da mulher através da beleza feminina sempre existiu no decorrer dos anos. No entanto, no que se refere a mulher contemporânea, esta, vê-se aprisionada face à afirmação que a escolha para ser bela é exclusivamente dela, que ela pode ser bela se assim o quiser e, esforçar-se.

O desenvolvimento de novas técnicas corporais, e o aparecimento de inúmeras práticas sociais, técnicas de modelagens físicas e os diversos produtos cosméticos estão diretamente relacionados a idéia de autonomia e autocontrole dos indivíduos em relação a seus corpos. Isso, por sua vez, reforça o comportamento depreciativo daqueles que se desviaram do padrão de beleza dominante, que acabam sendo muito mais cobradas do que o homem no que se refere ao cuidado com o corpo. A mulher obesa, por exemplo, socialmente é tida como um corpo discriminado, sem controle. Por isso, acabam transformando-se em seus próprios algozes, sentindo-se incapazes de conquistar, de despertar o interesse de um homem, quando seus corpos não correspondem mais ao que está padronizado como belo.

Feldhahn (2006), em pesquisa realizada com mais de mil homens sobre o que pensa, sente e precisa, chegou a conclusão, que embora os homens dêem importância a aparência das mulheres, não significa que elas tenham de ter um corpo de modelo; eles apenas têm que sentir que elas se esforçam para cuidar da aparência.

A autora, também, refere que os homens, ao contrário das mulheres, são incrivelmente visuais. São estruturados para serem caçadores sexuais, todos os pensamentos e imagens relacionados à caça vêm associados de poderosas sensações. Muitas vezes, apenas admiram a beleza feminina, é como admirar um belo quadro, não é necessariamente por interesse sexual. Afirma, ainda, que os homens não são tão exigentes com as medidas e proporções, peso, como as mulheres. A maioria dos homens entrevistados colocou que gostaria que suas mulheres não fossem tão preocupadas com as proporções de seus corpos. Consideram muito mais prejudiciais para o relacionamento a obsessão delas por esse assunto. A insatisfação dessas mulheres afeta a capacidade de fazerem coisas, a auto-estima e o seu tesão. Desse modo, infelizes e insatisfeitas com seus corpos, acabam deprimidas, isolando-se, deixando de se cuidar, sem disposição para sair, para ter sexo, afetando, assim, seus companheiros. Os homens entrevistados ainda relataram que a situação torna-se problemática a partir daí, quando deixam de se sentir importante para elas, destacando que precisam sentir suas mulheres se esforçando para agradá-los, estando dispostas a cuidar de algo que é importante para eles: elas mesmas.

Rito (2004), em um estudo realizado com gestantes obesas, identificou que elas referiam que os comentários com conotações negativas em relação à sua obesidade foram

feitos por pessoas que não pertenciam ao círculo familiar nem eram amigos próximos. Com relação ao cônjuge, a maioria não denotou a exigência da perda de peso, observando a preferência dos parceiros por corpos arredondados, quadris largos e coxas grossas.

Relatos semelhantes podem ser observados entre as pessoas que entrevistamos:

Não, até porque quando a gente casou eu já estava bem gordinha mesmo tal, eu não mudei muito depois disso, eu acho que isso não interfere não. De vez em quando ele fala né? Olhe! Aproveite enquanto você está nova, não sei o que e tal. Mas, por exemplo, ele não fala, apesar de minha irmã ter feito a cirurgia, ele nunca me sugeriu fazer, né [...] Agora, quando eu falei, aí ele falou né? Pode ser uma boa pra você. Nisso até que ele é compreensivo comigo, ele é legal (E2).

Não, não ele não cobra. Tem uma coisa também porque ele é gordinho, é barrigudinho. Ele não ajuda com a dieta, ele não ajuda, mas também não atrapalha [...] quando eu vejo ele já comprou qualquer coisinha para me ajudar, qualquer coisa assim que eu peço, facilmente (E4).

Graças a Deus, meu marido não deixa eu me sentir assim, ele faz eu me sentir perfeita, ótima, mas as outras pessoas não ajudam muito, a sociedade em si não é? Contribuem muito para isso. Eu sempre fui uma pessoa muito feliz, fui risonha, brincava muito e depois foi morrendo por dentro, foi mudando (chorando). Muita coisa dentro de mim foi mudando, e eu não quero. Isso pode afetar meu casamento, pode afetar minha comunhão [...] Esposo é [...] ele falava muito, hoje ele não fala mais, Graças a Deus, mas eu passei a sentir vergonha, principalmente na hora. Ficava no escuro, no escuro para trocar de roupa. Meu marido tem o maior carinho comigo, mas eu assim, oh! Uma pilha - Você não me ama mais não é? Você deixou de me amar foi? Ele fica brincando. Mas, eu assim, muito nervosa. Meu marido é um gato! Eu que não perca peso pra ver! Ele diz que eu estou com um excesso de fofura (risos) [...] Eu estava me desprezando, meu cabelo eu não estava cuidando mais, minhas unhas é [...] (E5).

[...] porque é aquela fase que você quer conquistar, então você faz você corre atrás. Eu queria conquistar, acabava conquistando. Eu tenho futuro. [...] (E6).

Eu falei pro meu esposo, esse ano eu não quero mais ser gorda, eu quero fazer a cirurgia. Ele disse: Não, eu lhe apóio. [...] Eu vou ta com a auto-estima lá em cima, vou me sentir mais mulher, como esposa (E9).

O apoio emocional e social das famílias, de amigos e colegas nos pareceram essenciais para encorajá-las a decidir pelo procedimento cirúrgico. Mesmo tendo algumas

delas colocado o medo e a insegurança de seus familiares em relação à cirurgia. o fato de estarem juntos, apoiando, informando-se, participando inclusive do processo decisório foram fundamentais, conforme se verifica nas falas citadas:

Mas, agora eu tomei a iniciativa. Também já estou de maior, tudo. Uma colega de minha mãe já fez, aí já tem a referência, aí eu resolvi fazer [...] Aí eu pensei em fazer, só que minha mãe não deixava por que minha mãe morre de medo. Minha mãe ainda acha que a cirurgia é muito forte [...] então que poderia estar caminhando para os outros lados. [...] se você já vai para a sala de cirurgia, sua família já vai ciente do que pode estar acontecendo. Existe um baque, é claro, mas é um baque mais consciente. (E1).

Ah! Minha irmã está super satisfeita com a cirurgia, não se queixa de nada. Eu conheço várias pessoas que fizeram me dizem sempre, faça. Faça, você deveria fazer. Você deveria fazer é tão bom. Agora, quando eu falei, aí ele falou né? Pode ser uma boa pra você. Nisso até que ele é compreensivo comigo, ele é legal (referindo-se ao marido). É tem aquele tipo de companheiro né, que dá aquela aconselhada vai falando, um dia fala, devagarzinho é [...] Ele só fala bem assim: Eu acho que ta na hora, você veja [...] Eu me dou muito bem com as pessoas lá em casa, a babá do meu filho, secretaria também, entendeu? Então esse tipo de coisa ajuda bastante, as pessoas ficam mais tolerantes também né? Aquela coisa toda né? Quando a gente tem o apoio ajuda bastante. (E2).

Todo mundo aceita a cirurgia, quando eu falei todo mundo concordou, principalmente os filhos, todo mundo. (E3).

Então, eu tenho toda a minha família unida, tenho todos os motivos para ser feliz. O motivo de minha infelicidade realmente é a obesidade. (E4).

Meus pais, todo mundo ficou assim [...] (demonstrando dúvida, incerteza), porque alguém fez e se deu mal , mas alguém fez e se deu bem.(E6).

Sem dúvida é importante você falar a verdade a psicóloga. Não é ficar fingindo para fazer a cirurgia logo. Ai que eu faça a cirurgia e tenha alguma complicação psicológica (E7).

O médico comentou sabe? Falou que eu tinha indicação por causa do peso e aí eu realmente pensei: amadureci a idéia e resolvi que ia fazer (E12).

Há evidências que o apoio familiar melhora o prognóstico em relação à mudança no estilo de vida. Muitas pessoas obesas encontram motivação e estímulo para manter seus planos de reeducação alimentar por meio do apoio de seus “iguais”. O apoio do grupo é uma

das mais potentes e terapêuticas forma de ajuda. Os grupos de convívio tendem a ser importantes espaços de participação e solidariedade, pois o isolamento adocece (FELIPPE, 2003).

È importante registrar que precisamos nos despir de preconceitos e lembrar que os seres humanos ao homogenizar-se, acabam com as diferenças entre eles. Aquele que se mostra diferente externamente do que é padronizado, é um outro que deve ser temido, pois como refere nosso poeta Caetano Veloso, em sua música Sampa, “ é que Narciso acha feio o que não é espelho”.

Em relação a sexualidade quase todas as pessoas foram discretas, deixando subentendido essa questão quando mencionaram a auto-estima , a vergonha em despir-se para o marido, a expectativa de melhora na qualidade de vida e nas relações sociais, após a cirurgia com perda de peso .

Passei a ter vergonha do meu esposo nè? (E5).

[...] mas eu passei a sentir vergonha, principalmente na hora. Ficava no escuro, no escuro para trocar de roupa. (E4).

No entanto, tivemos um relato forte de uma das entrevistadas, demonstrando também a dificuldade das pessoas obesas em relacionar-se no quesito sexualidade. Muitas vezes encaradas como aversivas por não serem esteticamente agradáveis. O olhar social dessexualiza as pessoas obesas, negando-lhes o direito a uma vida sexual, até que emagreçam, e atinjam o ideal do padrão de beleza. Parece que só as pessoas magras têm o direito a ter vida amorosa. Observem o que manifestou nossa entrevistada a respeito disso:

[...] E outra coisa também, quem não me co... não me co.. magra . É verdade, eu fico assim pensando eu tenho bem em mente, quando eu ficar magra, eu quero, é realmente se você não me pegou quando eu era gorda por outros motivos, então você não me merece, quando eu for magra e bonita, entendeu? Porque a pessoa é a mesma, não muda [...] mesmo que eu não tenha porque eu sei que você muda, mesmo não querendo você muda, as pessoas ou por falsidade ou por outros atributos, vão chegar até você. Vão se aproximar mais de você entendeu? (E1).

Nesse sentido, a mídia tem um papel importante, vendendo imagens de pessoas esteticamente perfeitas, tendo relações sexuais apaixonantes e com resultados explosivos, o que desperta fantasias nas pessoas ditas “normais”. Além disso, também, contribuem para estender, o nosso preconceito, a sexualidade, uma vez que não estamos acostumados a ver nos cinemas e ou na televisão, filmes de pessoas gordas, ou esteticamente imperfeitas, tendo relações sexuais.

No mundo contemporâneo, também o imediatismo é o valor que permeia vários traços culturais, inclusive no que se refere as relações, e até aos relacionamentos amorosos e sexuais. O que se veicula é a satisfação imediata, principalmente no que se refere ao uso do corpo. Na busca da sensação de prazer e auto-estima, recorre-se a soluções milagrosas, cujas conseqüências em longo prazo não são consideradas.

Foi curioso observarmos no relato de uma das pessoas entrevistadas, que revelou sentimentos preconceituosos e estigmatizantes a seu próprio respeito, referindo:

Eu vi uma pessoa ali, agora mesmo ali (referindo-se a sala de espera do consultório), espantosamente surpreso, rapaz! Aquilo ali na sala, agora, é um milagre! Eu fiz assim, olhei assim para a Senhora, a mulé simpática velho, agora com um rosto bonito, mas o corpo todo parecendo um mutante, parece um.... aquilo é triste! E ela já fez a cirurgia! Imagine se não fizesse! (E7).

Nesse cenário, o excesso de peso termina por atingir mais a alma, o estado emocional e psicológico do que o físico, embora já sejam comum problemas de saúde a ele relacionados, quando em conjunto com a obesidade. A verdade é que a obesidade acaba destroçando a alegria de viver e roubando o entusiasmo pela vida. Nada mais agrada nem propicia prazer, nem as manifestações afetivas recebidas, nem o lazer, nem o trabalho e muito menos a vida sexual. Gordo, carente, sente-se abatido em sua auto-estima e passa a considera-se desprovido de qualquer valor.

4.1.3.2 Subcategoria trabalho

O sistema econômico capitalista tem influenciado bastante para mudanças do estilo de vida das pessoas, em relação ao trabalho e ao consumo, o que acaba em mudanças dos hábitos alimentares e prática de atividades físicas, conduzindo também para a obesidade.

Desse modo, a situação econômica relacionada ao trabalho, acaba por desenvolver uma inter-relação com a obesidade, que pode ser direta ou indireta, seja através da falta de tempo para se alimentar corretamente, seja devido ao estresse e a falta de tempo para a prática de atividades físicas, o que é associado muitas vezes, ao tipo de trabalho sedentário, a forte competição no mercado, alta taxa de desemprego e demissões, cada vez mais comuns.

Geralmente, um dos grandes problemas relacionados ao controle de peso é o hábito de não fazer todas as refeições, ou de substituí-las por lanches rápidos, ricos em carboidratos, frituras e gorduras transgênicas. Muitas pessoas hoje, devido ao excesso de trabalho, acabam por adotar esse hábito, favorecendo o ganho de peso.

Gambarini (2003), em relação a esses hábitos alimentares, menciona que os grandes intervalos entre as refeições estimulam a um padrão inadequado de ingestão alimentar, ocorrendo, nessas circunstâncias, a ingestão rápida dos alimentos, com pouca mastigação retardando o processo de digestão e da absorção dos alimentos, sendo adiada a instalação da saciedade. Assim, o indivíduo continua comendo uma maior quantidade de alimentos, muito além do que seria necessário para o seu equilíbrio nutricional. Esse jejum prolongado pode estimular também o aumento compensatório da ingestão alimentar por alterações da regulação hormonal, que controla a fome. Quanto a isso nossos entrevistados relataram:

[...] por mais que você tente se enquadrar, nessa vida maluca, eu passei 1, 2 anos direito. É e nem eu [...] É aí pronto, quando chegou que liberou para a manutenção do regime, aí pronto. Você esquece de comer. Por que quando você tá no regime, você ainda tá naquela fase meia [...] de saborear o seu regime, mas, fora isso, aí pronto, então a realidade [...] Eu boto uma garrafa de água em cima da mesa, eu tive problemas de pedra nos rins, eu boto para beber, com isso eu acabo esquecendo, a gente faz uma merenda no horário certo e aí vai, quando dá meio dia, uma hora [...](E8).

Nesse sentido, o estresse do cotidiano, provocado pela alta competitividade, o acúmulo de funções, aumento na qualidade dos serviços a busca pelo sucesso profissional e

financeiro e exigências quanto à necessidade de si produzir mais, interferem na forma de alimentação. O comer compulsivo também surge como um elemento de fuga às tensões cotidianas, resultando em aumento de peso e obesidade. O estresse prolongado, por sua vez, pode levar a um estado permanente de ansiedade, de baixa auto-estima e depressão o que também favorece a obesidade.

Desse modo, os entrevistados relataram:

Olha, se eu respondesse isso a você aqui, você poderia dizer que era um capricho meu comer demais. Hoje, eu entendo que não foi isso, eu entendo que foi o estresse, o dia-a-dia, o trabalho, tudo isso implicou que eu engordasse não que eu comesse muito, por que eu não como muito. Voltei ao peso ideal que era 70 Kg. Só que, depois, com o tempo, trabalho, estresse, tudo isso implicou que o peso aumentasse. (E7).

Eu também sou médica, trabalho fora de casa o tempo todo, então eu vou ter que agora me organizar pra comer de 3 em 3 horas, enfim, o que eu sempre burlei, né? Sempre boicotei minha alimentação, porque eu também não era de engordar né?(E11).

Os trabalhos realizados hoje, também assumem características sedentárias, sem qualquer movimentação física, como uso excessivo da automatização. Elevadores e outros equipamentos eletrônicos de comunicação reduzem o desgaste físico, favorecendo a obesidade.

Quando questionamos quais as dificuldades enfrentadas pelo sujeito em relação a suas atividades laborais, relataram preconceitos e dificuldades físicas, devido ao sobrepeso e nos surpreendeu o número de desempregados entre essas pessoas. Observamos que as limitações físicas causadas pela obesidade tomam proporções extremamente elevadas, porque além de comprometer a vida pessoal, comprometem relações familiares, íntimas, a afetividade e o trabalho.

Observem os relatos:

Sinto muitas dores nas pernas, não guento mais meu corpo, quando ele dói não, não consigo fazer nada, não sinto coragem pra nada (E1).

Eu tenho uma inflamaçãozinha no joelho que as dores são insuportáveis não é?[...] Não está trabalhando. No momento estou desempregada (E4).

Eu adquiri 2 hérnias, porém uma das hérnias estão estrusas e estas hérnias estão afetando minhas pernas, Por que eu não estou trabalhando, vou ver o que eu vou fazer e fazer o possível para aproveitar agora, meu momento é agora. [...] Fiquei em casa, foi que fiquei pior, em depressão, nesse momento e me sentia pior (E6).

Não, não atrapalhava não, eu conseguia fazer, eu não estava de jeito que eu estou hoje. Eu estava muito menos, uns 20 kg menos. Fiquei em casa, foi que fiquei pior, em depressão, nesse momento e me sentia pior. Eu trabalho como operador de empilhadeira. Aí eu cheguei a pesar 105 kg, mas em dois meses para cá estourou o peso [...] Com certeza, com certeza o obeso hoje até subir naquela escada ali (aponta a escadinha de 03 degraus do consultório), se ele subir dez vezes ele ta cansado. Então, tudo que eu faço no trabalho, que eu fazia, o que mandava fazer eu fazia, mas existiam algumas dificuldades (E7).

Profissionalmente pra mim [...] Eu sou engenheiro agrônomo e tenho que...tomo conta de algumas propriedades rurais e pra eu me locomover estava muito difícil. Realmente pra mim é muito difícil me locomover, eu fico com muita falta de indisposição, com pouca disposição (E10).

Quando você é gordo você tem uma limitação física assim, seu corpo, ele é pesado pra você se locomover, é difícil, então você acaba ficando uma pessoa acomodada, não é porque você é preguiçoso, mas é porque fazer as coisas exige muito esforço, entendeu (E12).

Quando questionados em relação ao preconceito e a dificuldade de se empregar, muitos deles, agora desempregados, relataram que trabalhavam anteriormente em empresas de parentes, não tendo que enfrentar muitas dificuldades. Embora o fato de trabalhar com parentes seja sugestivo, não podemos relacionar o fato a dificuldade de arranjar emprego devido ao preconceito. Os relatos das dificuldades físicas, as comorbidades, a depressão e a falta de qualificação profissional parecem exercer maior influência para o desemprego do que o preconceito, segundo o relato dos entrevistados:

Eu trabalhava numa agência de veículos, agora atualmente não estou trabalhando não. Não, até porque eu trabalhava numa empresa familiar. A empresa era de meu pai. Então não tive [...] O que eu tive dificuldade lá foi o seguinte: como a empresa era familiar eu não era colega de ninguém né? Não chegavam a me isolar, não vou dizer que me isolavam, mas assim, aqueles eventos que a gente faz fora da empresa, aquele bate papo de fim de semana, não sei o que, barzinho e tal. Você nunca é convidada né? (E2).

[...] Não, eu tava trabalhando, no momento não. Eu trabalhava como caixa na loja de meu tio (E6).

Embora não haja relato de ter vivenciado o preconceito por ser empresa familiar, esse último nos remete a outro tipo de preconceito, senão o relacionado à obesidade, aquele referente a ser parente do dono da empresa, e, portanto “pessoa não grata” nos encontros sociais.

Como podemos entender a perda de emprego está intimamente associada aos demais fatores psicológicos que, também, colaboram para o desencadear da obesidade: ansiedade, depressão, baixa auto-estima e o desânimo, comumente associado a essas patologias.

Apenas uma das doze pessoas entrevistadas, demonstrou estar bem com sua relação de trabalho; estudante, tem progredido como estagiária de uma empresa, com perspectivas de contratação. Relatou espírito de liderança, facilidade de comunicação, boa relação interpessoal, está fazendo um curso superior, demonstrando, mesmo com a obesidade, uma forte auto-estima. Tais fatores, certamente, contribuem para seu desempenho profissional, ao contrário do que observamos na fala das demais entrevistadas.

Trabalho na rede Bahia, na área técnica. Na verdade, eu estou estagiando, é provavelmente minha contratação sairá no final do ano (E1).

Quando menciona seu trabalho o faz demonstrando alegria, sorri, autoconfiante e orgulhosa de si mesma. Demonstra conhecer suas qualidades e utilizá-las em seu benefício profissional.

[...] É eu sou uma pessoa muito comunicativa, eu falo com todo mundo, eu tenho esse espírito de liderança, então sou sempre eu quem organiza tudo, então eu to sempre dentro de tudo, entendeu? E tomando a frente, então, assim, eu particularmente nunca assim tive esse problema. (E1).

Essa pessoa demonstrou conhecer os preconceitos para com as pessoas obesas e sente-se privilegiada, pois “apesar de ser obesa,” de não ter tido nenhum privilégio político, conseguiu demarcar seu território com competência e respeito. Sente-se orgulhosa também de

ter conseguido isso por competência própria, sem precisar utiliza-se de recursos externos, como a aparência pessoal, para atingir seu objetivo.

No entanto, acaba denunciando a influência da boa aparência para se conseguir emprego, ou bons cargos, ou o fato disso estar sendo utilizado pelas mulheres no mundo contemporâneo:

[...] Eu mesmo fico muito feliz com minha trajetória profissional, por que assim, eu sou mulher, eu era gorda tal. Não tinha outra influência política e sempre consegui, então, tipo, eu comecei conversando. Aí eu trabalho com 25 homens, só eu de mulher. Então é assim, difícil, você sabe? Segurar a barra mesmo, falar, não, é assim, impor respeito, olhe, meu trabalho é esse, e esse e esse. Então, assim, eu fico feliz de ter conseguido isso e não precisar ser a gostosa ou, então, usar da imagem corporal para conseguir. Pô! Imagine! Todo mundo diz que gordo tem preconceito (sofre preconceitos), eu sou gorda e faço isso, quando eu for magra então! Um arrazo!!!! Então Graças a Deus! (E1).

Desse modo, ela nos deixa claro a ênfase que vem, cada vez mais, sendo dada às práticas do culto ao corpo, bem como a aparência corporal e a valorização social ancorada, exclusivamente, na aparência, que acaba sendo, também, a principal moeda de troco dos sujeitos.

Nesse sentido, Marchesini (2001) manifesta-se preceituando que a pessoa obesa tem consigo uma avaliação negativa sobre sua competência, juma vez que falhou, muitas vezes no que se refere ao comportamento alimentar. O sentimento é de falência e sua avaliação fica presa nesse ciclo vicioso de perder peso e depois, invalidar todo o sacrifício. Em relação ao vínculo que mantém com as outras pessoas, a postura assumida, depende muito do que recebe do outro, sendo, frequentemente, críticas ou piedade. Essa postura faz com que o obeso perceba-se como um ser disforme, com má apresentação, fora dos padrões físico-sociais aceitos, afastando-se do convívio social e, conseqüentemente, gerando mais ansiedade, mais alimentação e mais gordura.

Desse modo, essa entrevistada pode mesmo considerar-se privilegiada, sendo uma das poucas exceções na realidade dessas pessoas.

4.1.3.3 Subcategoria valores culturais e expectativas

Segundo os entrevistados, o fato de ficarem magros servirá para a sociedade abrir espaço para que possam usufruir de todas as facilidades do mundo dos esbeltos. Com o corpo que se encaixem nas regras básicas da perimétrica corporal, cabendo em qualquer lugar, podem se permitir a ir a lugares antes evitados, utilizar transportes públicos, ou as Vans, ou até mesmo ir andando, sem que precisem parar. Para elas, ficando magras, as privações impostas pela doença e pela sociedade deixarão de existir.

Um aspecto importante, observado, foi o fato da beleza, a magreza e a felicidade formarem uma tríplice aliança. A exclusão social que lhes é imposta, por serem obesas, acaba por incapacitá-las de serem felizes e de deslanchar na vida sobre todos os aspectos.

Relembramos que, independente do tipo de motivação para submeterem-se à cirurgia, destacou-se a vontade incessante de se tornarem magras. Isso não quer dizer necessariamente que quisessem possuir corpos magros como modelos, mas, corpos aceitáveis socialmente. O fato da pessoa obesa destoar muito do que é considerado esteticamente correto, ideal, significa que possui um atributo que atrapalha sua aceitação social, atraindo o preconceito.

Segal; Fantino (2002) em estudo com pessoas submetidas a cirurgia bariátrica, colocam que 80% dessas pessoas relataram ter sido tratadas, na maioria das vezes, com pouco respeito, até mesmo pela classe médica.

Assim, quando foram questionados sobre suas expectativas em relação a cirurgia, mostraram-se alegres, esperançosos e confiantes de que esse seria o último tratamento que necessitariam realizar, para perder peso.

Alguns se preocuparam com a questão econômica, como fariam para conseguir realizar a cirurgia, se os convênios cobririam as despesas e alternativas para captar recursos, caso necessário.

Acreditavam que a limitação física imposta pela cirurgia, ajudaria na perda de peso, tão desejada e, sem sentimentos de culpa, por não conseguir controlar a ingestão do alimento. Entretanto, temiam pelas cirurgias posteriores, que poderão submeter-se, pelo risco de complicações e pela restrição alimentar no pós-operatório. Mas, sobretudo demonstraram grande expectativa em relação a melhora das morbidades associadas a obesidade e da qualidade de vida.

Nesse sentido, em relação a cirurgia propriamente dita, e a técnica cirúrgica, relataram:

Eu sei que depois que passar por essa cirurgia obrigatoriamente eu vou ter que passar por outra depois. É de todas que eu conheço que fizeram a cirurgia só 2 tiveram complicações, tiveram que voltar para o hospital. Tiveram um trabalho maior, tiveram que vir para o endoscopista com alimento preso. (E2).

Se você está confiante, se você pensa positivo, se você se livra do que lhe incomoda, que lhe deixa nervosa, que me faz mudar o humor, você quer arriscar, você quer se livrar daquilo que é horrível. Agora assim, então escolhi o hospital, escolhi o médico (E6).

Ah! Eu espero que corra tudo bem [...] eu espero que dê tudo certo. (E12).

Quanto aos recursos econômicos, manifestaram:

Eu não tenho condições de fazer, eu vou lutar para a prefeitura. Eu já falei com o prefeito lá e ele falou que vai conseguir a cirurgia pra mim. E então, eu estou só esperando em Deus que ele consiga. (E4).

Eu tinha botado um pano frio nessa cirurgia né? Então já tem o plano que cobre isso, e essa é uma parte que eu ainda vou ver como ainda eu vou fazer. (E6).

[...] na verdade pela dificuldade que era para ter uma autorização do plano de saúde, tudo isso, era bem entocado. Hoje não, já explodiu. (E7).

No que diz respeito às expectativas em relação ao pós-operatório imediato informaram:

Todo mundo diz que é a necessidade de mastigar, aquela coisa que você não sabe fazer. E o volume também, não é [...], que é muito pouquinho? É mais o volume é só no visual, né? Porque quando você come, todo mundo diz que com um pouquinho, já [...] Engraçado! Ontem eu encontrei uma pessoa, que fez a cirurgia agora, tens uns 15 dias. Eu disse, você já está assim! Nessa disposição, fazendo compras? Caminhando pelo

supermercado? Eu lhe achei com um astral maravilhoso. Eu acho que vou, até porque eu já estou preparada, já sei o que vou passar. Eu sei que vou passar por quilo, entendeu? (E2).

Agora, assim, eu não sei o que vai acontecer, agora eu tenho procurado muita gente que já fê, nova, da minha idade, só tem uma que se deu bem. Agora, eu não sei. Tem gente, já me disseram que tem gente que tem depressão, tem isso, tem aquilo. (E3).

No primeiro mês é uma dieta líquida, eu não sei, eu acho que eu vou conseguir. E acho que eu tô tranqüila. (E4).

[...] estou me preocupando um pouco com o pós- operatório imediato, porque eu sou uma pessoa que eu como o tempo todo, o tempo todo eu como, é o tempo todo. Eu gosto de comer. Vou ficar é, é o pós- operatório, vou ficar o que? Restrita? (E5).

[...] eu sei que eu tenho condição de resolver isso (refere-se a restrição alimentar). (E8).

Depois vou ter que lembrar que eu não vou poder beber um copo de água toda vez. Então assim, só em relação a água, líquido, eu sou apaixonada por líquido e só posso tomar de gole em gole e gole (E11).

No que se refere às expectativas de melhora da saúde, manifestaram:

A saúde eu penso que vou melhorar né? Porque eu tenho pressão alta, esses problemas todos. Eu acho que vai melhorar (E3).

[...] como eu tô te falando, meu problema maior hoje é as dores que eu sinto na minha coluna. E eu acho que com a cirurgia, eu vou perder peso, vou me sentir melhor, acho vou mês sentir uma nova pessoa né? Vou me sentir diferente, eu vou aprender a viver melhor, sem remédio, eu pelo menos eu vou tentar viver melhor (E6).

[...] a cirurgia bariática é um intervenção cirúrgica, a fim de trazer saúde, a fim de trazer melhorias para a saúde. Eu só estou fazendo a cirurgia para recuperar minha saúde mesmo. Pois, eu quero mesmo é ficar melhor da trombose na perna. Tenho 08 anos, 08 anos sofrendo. (E7).

E em termos de resultado de saúde [...] Redução da diabete pode ser, eu, por exemplo, minha diabetes está no limiar, eu nunca passei de cem [...] A gordura no fígado, essa né? Ou a sobrecarga da coluna, né? Então eu acredito que em termos de saúde a tendência é melhorar, então eu acho que as perspectivas são boas. (E8).

Eu acho que, eu acho que com o controle da diabetes, com o controle da hipertensão também, eu espero alcançar uma sobriedade um pouco maior. É o meu diabetes também é uma coisa que me preocupa, minha circulação nas pernas, profissionalmente, a minha aparência melhorar. (E10).

E o que eu vejo em minha expectativa em relação a apnéia do sono e que eu não agüento mais acordar cansada, sonolenta, irritadiça. (E11).

Quanto às expectativas em relação ao encontro da felicidade:

Muitas pessoas partem para a cirurgia em busca de melhorias do humor, da auto-imagem e das relações pessoais. Atribuem à obesidade toda a infelicidade de suas vidas, como se a cirurgia fosse sua tábua de salvação, senão vejamos:

Um pouquinho de resto da minha vida, porque eu já sou velha, mas apesar de velha eu ainda não tive felicidade, na minha infância e juventude eu não tive felicidade. Eu quero perder peso, depois de perder peso ficar alegre, andar, pregar a vontade de Deus [...] Eu não agüento nem ir ao Balbininho, ir as reuniões por causa das dores nas pernas. (fala como se estivesse cansada, lembrando da dor naquele momento). Ficar andando, pregando nas delegacias, levando a palavra de Deus aqueles que estão lá, sofrendo, doente, pra quem não está, fazer aquele trabalho nas casas das pessoas. (E3).

Eu me acho que eu vou me sentir bem né? Em tudo que eu emagrecer eu vou ficar bem, é o que eu acho.. Porque com a cirurgia [...] Eu não tenho outro motivo de infelicidade. Com a cirurgia eu tenho certeza que tudo vai se resolver pra mim. (E4).

Imagine quando eu fizer essa cirurgia como é que eu vou ficar? Vou ficar nas nuvens. Aí eu estou cuidando mais de mim né? Exteriormente eu estou procurando cuidar mais de mim, quando eu fizer, vou ficar melhor ainda [...] eu quero voltar a ser uma pessoa feliz comigo mesma (E5).

A minha expectativa é essa, de ficar bonita. A voltar a ser o que eu era, voltar a ser feliz (E6).

As minhas expectativas são as melhores, e vai mudar a minha auto-estima, vai mudar a minha vida em si [...] Na verdade, quando a gente vem fazer essa cirurgia, dizemos que vamos para um milagre. Na verdade, é um milagre. (E7).

Eu acho que eu vou nascer de novo. Porque eu nunca fui magra. Eu tô na expectativa assim muito grande, assim, de sabe? Fazer coisas que eu parei de fazer né? Então agora eu vou renascer e viver a minha vida. Eu vou tá

com a auto-estima lá em cima, vou me sentir mais mulher, como esposa, mas assim na vida social melhor ainda porque eu já tenho uma vida social boa na cidade em que eu moro, então eu vou me sentir melhor ainda, éeu vou ser outra pessoa.(E9).

Quanto às expectativas em relação a perda de peso, revelaram:

Eu espero alcançar os meus 70 Kg pelo menos, deixa eu ver, (fazendo jeito de quem está pensando, idealizando) um corpo que não precisa ser magro, eu não quero ser magra não (risos), mas um corpo principalmente [...] a minha plástica que eu quero fazer,né? (E6).

Tem um colega que fez a bariátrica, mas que colocou acho o anel, também tá ótima. Pelo menos, pelo menos, em função das palestras, das pesquisas e contato com as pessoas, agora mesmo vendo aquela moça ali, que fez, então você vê realmente que já tem resultado. E aí é o seguinte, voltar a isso aqui, eu não volto mais nunca, por que você sai de 2 litros para 50 ml, então você não consegue, nem que queira. Pode engordar, pode, mas não vai chegar nunca a isso (E8).

É a minha expectativa, é como eu te falei, é emagrecer né?[...] Eu vou chegar numa vitrine, olhar uma roupa e falar com a vendedora: Eu quero experimentar aquela roupa. Então eu acho que é a primeira coisa que eu vou fazer (E9).

[...] minha cirurgia não vai ser tão drástica quanto o pessoal faz e também não vou emagrecer tanto quanto o pessoal emagrece, entendeu?(E11).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O preconceito e a discriminação social que as pessoas obesas sofrem, fazem com que a doença deixe de atingir o corpo para atingir os indivíduos em suas funções biológicas, e emocionais, alterando sua imagem corporal e auto-estima e, também, um determinado conjunto de relações sociais.

A escolha do referencial teórico relacionado à imagem corporal, necessidades humanas básicas e a relação entre cirurgia bariátrica e imagem corporal foi de grande importância para fundamentar esse estudo.

Dessa maneira, nesse trabalho, propusemos-nos conhecer e identificar as demandas bio-psico-sociais que as pessoas obesas manifestam frente à cirurgia bariátrica e, acreditamos, após a realização da análise termos alcançado os objetivos propostos.

Nos seus discursos os sujeitos, reportam-se à sua própria obesidade chamando-se de *gorda, aquela coisa feia, aquela massa disforme, vaca, baleia, gordinho, gorda, feia, pelancuda, massinha, desequilibrada, deformada, isso aqui, horrível, saúde, mutante, obeso, gostosinha, gorda, feia, fora dos padrões, flácida, horrorosa.*

Iniciamos o estudo com a idéia preconcebida, preconceituosa, quanto aos motivos pelos quais as pessoas obesas buscavam a cirurgia bariátrica. Acreditávamos que essa opção era uma promessa de mudanças corporais com menor esforço, aliado a otimização do tempo na obtenção dos resultados. Seria uma maneira mais rápida e definitiva para emagrecer e, por questões estéticas. No entanto, após a análise percebemos que desconhecíamos o gasto de energia física, de tempo e principalmente da energia emocional dispendida por essas pessoas, a dura rotina de exercícios, o grande esforço e disciplina necessários para emagrecer, assim como as medicações e os inúmeros produtos que costumam ser ingeridos na tentativa de perder peso. Talvez, o preconceito em relação as pessoas obesas, seja pela falta do conhecimento do que realmente se passa com elas.

Desse modo, a partir da análise dos depoimentos conseguimos apreender três categorias, relacionadas as demandas físicas ou biológicas, psicológicas e sociais. Na categoria demanda física, motivos para a cirurgia, encontramos as subcategorias: comorbidades, estética, mídia o padrão ideal e qualidade de vida. Na categoria psicológica, sentimentos frente a cirurgia, apreendemos as subcategorias: medo/ ansiedade; depressão; baixa auto-estima e a imagem corporal. Na categoria social, relações sociais frente a cirurgia,

aprendemos as subcategorias: relacionamentos familiar e afetivo, trabalho, valores culturais e expectativas.

Nas demandas físicas podemos evidenciar preocupação acentuada com a saúde, sendo o motivo mais citado na decisão de realizar a cirurgia, associado à expectativa de melhora das comorbidades, desenvolvidas com a obesidade.

As queixas físicas referentes ao sistema músculo-esquelético, foram especialmente colocadas, destacando a dor e os sentimentos de incapacidade a elas associadas, que acabam interferindo na qualidade de vida dessas pessoas. A hipertensão e a diabetes, foram também destacadas.

Em uma sociedade que valoriza extremamente a aparência corporal é natural que a questão estética tenha aparecido como motivo em relação a cirurgia, principalmente quando a aparência fomenta tanta discriminação e sofrimento. Entretanto, o emagrecimento desejado pelas pessoas entrevistadas está longe do padrão estético imposto pela sociedade, embora tragam essa imagem como referencia e fantasia, que, na realidade, sabem que não conseguirão alcançá-lo. Assim, o emagrecimento desejado está muito mais relacionado à busca de um certo padrão de normalidade, e, a fuga dos olhares críticos, que fazem com que sintam-se diferentes das demais, o que traz culpa, constrangimentos e sentimentos de inferioridade.

Na categoria demandas psicológicas e suas subcategorias, o que observamos no estudo e, também, em nossa prática profissional, foi que as cirurgias, geralmente, estão associadas ao medo, ansiedade, dor, desconfortos físicos, complicações, limitação de movimentos, período de dependência de familiares para a realização de atividades básicas, e um esforço grande, inerente as mudanças de hábitos, destacando-se, um esforço enorme, posterior à cirurgia, para tolerar drenos (tubos), que eliminam líquidos da barriga; mal-estar, causado pela anestesia; passar fome, conviver com a flacidez, entre outros.

O impacto negativo da obesidade no aspecto psicológico é inquestionável, e a maioria das pessoas entrevistadas mencionou o preconceito, os constrangimentos, demonstrando sintomas depressivos e ansiedade. A alteração da imagem corporal proveniente do aumento de peso, provoca desvalorização da auto-imagem, comprometida pela insatisfação consigo mesmo e com a aparência dos seus corpos, diminuindo-lhe a auto-estima e autoconceito. Revelaram, ainda, sinais de timidez como: fala baixinha e insegurança, que foram melhorando no decorrer da entrevista pela conquista de confiança; desconfiança, tristeza e depressão (choram emocionadas durante relato de suas dificuldades com a obesidade); baixa auto-estima (olhares cabisbaixos, termos pejorativos ao mencionar seu problema), ansiedade (fala rápida, acelerada, frases entrecortadas; uso contínuo do celular na

sala de espera, intolerância com o atraso do cirurgião, quanto a hora marcada para o atendimento, sorrisos nervosos);e também alegria, principalmente quando mencionaram a realização da cirurgia e das suas expectativas.

Nas demandas sociais a beleza física, ligada a um ideal de corpo magro, firme e esbelto produziram na pessoa obesa, pressão social e sensação de inadequação, face aos padrões sociais vigentes, que provocam o isolamento social, muitas vezes originados por sintomas depressivos. As dificuldades relacionais estiveram associadas principalmente à insatisfação consigo mesmas, às limitações físicas do corpo, até durante as manifestação da afetividade materna, e da sexualidade, sendo que para as pessoas casadas estava à vergonha de expor seu corpo para os parceiros, e nas solteiras pela dificuldade de atrair por seus valores internos, não relacionados à aparência externa.

A obesidade apareceu como causa de doenças físicas, psicológicas e de dificuldades em relação a adaptação social, causando um impacto altamente negativo na qualidade de vida dos indivíduos. O que observamos durante o estudo, em primeiro lugar, foi a busca desesperada dessas pessoas por um tratamento que fizesse com que elas voltassem definitivamente a se sentir pessoas “normais”, com mais saúde e maiores perspectiva de qualidade de vida.

O peso da obesidade é também político e econômico. Político, porque envolve interesses das indústrias cosméticas, das indústrias do corpo, das lanchonetes pela manutenção da obesidade, e necessidade da implantação e manutenção de políticas públicas para resolvê-las. É também econômico, pois envolve altos custos para a saúde, tanto em relação aos tratamentos diretos da obesidade, quanto ao tratamento das suas comorbidades.

Assim, conhecer a percepção que a pessoa obesa possui sobre si mesma, nos deu oportunidade de ampliar horizontes, no que tange não só a própria temática, mas a assistência de enfermagem, por que a partir do desenvolvimento desta pesquisa, conseguimos ir além dos cuidados instrumentais e técnicos do ambiente hospitalar. Conseguimos mergulhar no mundo individual da pessoa obesa, possibilitando-nos percebê-la em sua multidimensionalidade.

Aprendemos bastante com as pessoas obesas entrevistadas, durante a realização do estudo. Através delas pudemos descortinar nossos próprios preconceitos e, com certeza ,ao fim deste, podemos nos considerar melhores cuidadores, terapeutas e seres humanos.

Por isso, ao termino dessa caminhada esperamos que este trabalho traga subsídios a outros profissionais de saúde e a equipe de enfermagem, particularmente, para estimular um novo olhar para essas pessoas. Um olhar menos preconceituoso, mais humano e sensível.

Esperamos, também, que as reflexões aqui desenvolvidas estimulem outras pessoas aprofundem-se no estudo dessa temática, de modo que possamos compartilhar o conhecimento gerado e, assim, desenvolvermos melhor forma de cuidar dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, S.; JOHNSON, C. L. Prevalence of severe obesity in adults in the United States. **Am J Clin Nutr**, USA, p. 33; 306-309, 1980.
- ABRANSON, E. E. **Behavioral approaches to weight control**. New York: Springer Publishing Co, 1977.
- _____. WUNDERLICH, R. A. Anxiety, fear and eating: A test of the psychosomatic concept of obesity. **Journal of Abnormal Psychology, Washington, D.C.** v. 79, n. 3, p. 317-321, 1972.
- ABREU, A. R **Influência dos aspectos psicológicos no desenvolvimento da obesidade mórbida**. 1998. 76 f. Monografia (Curso de Especialização em Aprimoramento e Psicologia) – Hospital da Divisão de Psicologia do Centro do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- ALMEIDA, R.J.D. **Corpo, gastroplastia e reconstrução identitária em mulheres**. 2005. 121 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Ciências Humanas e Programa de Filosofia da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.
- AMARAL, J. THOMPSON, W. Gallbladder disease in the morbidly obese. **Am. J. Surg**, p.149, 551-7, 1985.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. Statement on exercise: benefits and recommendation physical activity programs for all Americans. **Circulation**, Dallas. v.86, p. 340-344.1992,
- ANDRADE, C. D. **Nova reunião**: 19 livros de poesia. v.1 e 2. Rio de Janeiro: José Olympio/ Brasília, Instituto Nacional do Livro. 1983.
- ANDRADE, T. M. Estudo psicológico de crianças e adolescentes obesos. In: FISBERG, M. (Org.). **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundação BYK, 1995. p. 100-105.
- ASHELL, M.; CHINN, S.; STALLEY, S. GARROW, J.S. Female fat distribution: a simple classification based on two circumference measurements. **Int J Obes**, USA, p. 6; 143-132, 1982;
- AULER, JR J. O. C. et al. Perioperative management of morbidly obese patients: how to prevent complications. **Revista Brasileira Anestesiologia**, Rio de Janeiro, p. 53; 227-236, 2003.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda (Ed.) **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- AZEVEDO, MA. A. S. B. de; SPADOTTO, C. Estudo psicologia da obesidade dois casos clínicos. **Temas em Psicologia as SBP**, São Paulo, v. 12, n.2, 2004.
- AZEVEDO, P. A.; SANTOS, C. C.; FONSECA, D.C. Transtornos da compulsão alimentar. Periódica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 4, n. 31, p. 170-2, 2004.

BALTASAR, Aniceto. Estado atual da cirurgia bariátrica, **Boletim de Cirurgias da Obesidade**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 3, 13 nov. 2001.

BARBOSA, E. **Obesidade e auto-estima** – reeducação alimentar e prática esportiva. 2007. Disponível em: < <http://www.45graus.com.br/colunas.php?>>. Acesso em: 26 mar. 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. Edições, 1977.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1978.

BEST, J.W. **Como investigar educación**. Madrid: Morata, 1972. cap. 1 e 2, p. 510.

BETTINELLI, A. L. **A solidariedade no cuidado**: dimensão e sentido da vida. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002.

BISON, R A. P. **A percepção do cuidar entre estudantes e profissionais de enfermagem**. 2003. 120 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

_____. **Representações sociais dos estudantes de enfermagem sobre sexualidade, numa experiência de ensino**. 1998. 223 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BLACK, D. W.; GOLDSTEIN, R. B.; MASON, E. E. Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. **American Journal of Psychiatry**, Iowa City. n. 149(2), p. 227-234, 1992.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar** – ética do humano-compaixão pela terra. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORDO, S. R. O corpo e a reprodução da feminilidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: JAGGAR, ALISSON, M.; BORDO S. R. (Org.). **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. p. 13-39.

BOUCHARD, C. Genetic Factors in obesity. **Medical Clinics of North America**, USA, v.73, n.1, p. 161-181, 1989.

_____. **Atividade física e obesidade**. São Paulo: Manole, 2003.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Atlas, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resol.196/96.

_____. Ministério da Saúde. Agita Brasil: guia para agentes multiplicadores. Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.075/GM do Ministério da Saúde Portaria nº 1075/GM, 4 de julho de 2005.

BRAY, G. A. Classification and evaluation of the obesities. **Medical Clinics of North America**, USA, n. 73 (1), p. 161-184, 1989.

BRONWNELL, K. D.; WADDEN, T. A. Etiology and treatment of obesity: understanding a serious, prevalent and refractory disorder. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, USA, v. 60, n. 4, p. 505-517, 1992.

BRUCH, H. **Eating disorders, obesity, anorexia nervosa and the person within**. London: Basic books, 1973.

_____. The treatment of eating disorders. **Mayo Clinic Proceedings**, n. 51-52, p.266-272, 1976.

_____. A importância do excesso de peso. In: COLLIP, P.J. (Ed). **Tratamento da criança obesa**. São Paulo: Manole, 1977. p. 83-90.

BUCHALLA, Ana Paula. O preço da obesidade. **Veja**, São Paulo, ed. n. 1797, p.102, 9 abr. 2003.

BYCHOWSKI, G. On neurotic obesity. **The psychoanalytical review**, Nova York, v. 37, n.4, p. 301-319, 1950.

CAMPOS, A. L. R. Aspectos psicológicos da obesidade. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 29, n. 2, p.129-133. 1993.

CAMPOS, M. A. **Musculação: diabéticas, osteoporóticas, idosos, crianças obesas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2001.

CARNEIRO, J. R. I. O vírus da obesidade. **Boletim de Atualização em Saúde**, Ano IV, n. 148, jul. /2000.

CARVALHO, J. C. de. **Corpo feminino e mutilação: um estudo antropológico**. Goiânia: UFG, 2002.

CASH, T. F. Body – image attitudes among obese enrolles in a commercial weight-loss program. **Perceptual and motors skills**, Norfolk, VA, v.77, n. 3, p. 1099-1103, 1993.

CHAUI, M. **Repressão sexual** – Essa nossa (dês) conhecida. São Paulo: Círculo do livro, 1990.

CHUÍ, E. Demência, Depressão e qualidade de vida. In: FORLENZA, O. V.; CARAMELLI, P. **Neuropsiquiatria genética**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 35-37.

CLARKE, B. **Mente em sintonia em corpo e harmonia: Técnica de mentalização**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.126 p.

CONRAD, S. W. The psychological implications of overeating. **Psychiatric Quartely**, Rio de Janeiro, n. 28, p. 211-224, 1954.

COOPERSMITH, S. **The antecedents of self esteem**. San Francisco: Freman, 1967.

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

COSTA, J. F. **Violência e psicanálise**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

COUTINHO, W. Comer compulsivo e obesidade. In: HALPERN, N.A. et al. (Ed.) **Obesidade**. São Paulo: Lemos, 1998. p. 209-216.

_____. Obesidade: conceitos e classificação. In: NUNES, M. A. A. et al.. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artes Médica Sul, 1998. p. 197-203.

_____. Consenso Latino Americano de Obesidade. **Arq Brás Edocriol Metab**, São Paulo, n. 43: p. 21-67, 1999.

CURY, Jorge Augusto. **A ditadura da beleza e a revolução das mulheres**. Rio de Janeiro: Ed. Sextante, 2005.

CUSHE, D. **A noção de cultura nas ciências sociais**. Bauru: EDUSC, 1999.

DÂMASO, A. R. et al. Obesidade e cidadania. In: FELICIDADE, Norma (Org.) **Caminhos da cidadania: um percurso universitário em prol dos direitos humanos**. São Carlos: EDUFCA, 2001. p. 105-17.

DÂMASO, A.; TOCK, L. **Obesidade: perguntas e respostas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, S – 1, 1999.

DEMAREST, J.; LANGER, E. Perception of body shape by underweight, average, and overweight men and women. **Perceptual and Motor Skills**, Missouba, Montana, v.83, n.2. p. 569-570, 1996.

DE PAULA, Áureo Ludovico. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA DA OBESIDADE, 4., 2003, Goiânia. **Boletim ...** Goiânia, 2003.

DOMAR, A., DREHER, H. Equilíbrio mente/corpo na mulher. In: _____. **A gordura é um problema mente-corpo**. São Paulo: Campos, 1990. cap. 14

DUARTE, A. C. et. al. **Síndrome Metabólica: semiologia, bioquímica e prescrição nutricional**. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil, 2005.

DUNCAN, B. B. **As desigualdades sociais na distribuição de fatores de risco para doenças não transmissíveis**. 1991. 216 f. Tese (Doutorado em Medicina Social) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Porto Alegre, 1991.

EDMUNDS, A. No universo da beleza. Notas de campo sobre cirurgia plástica no Rio de Janeiro. In: GONOENBERG (Org.). **Nu e vestido: Dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca**. Rio de Janeiro: Record, 2002. p. 189-261.

ELIAS, N. **O processo civilizador: Uma história dos costumes**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

FAITH, M. S.; ALISSON, D. B. Assessment of psychological status among obese persons. In: THOMPSON, J.K. (Ed.). **Body image, eating disorders, and obesity**. Washington, DC. American Psychological Association, 1996. p. 365-387.

FARIA, N. A.; ZANELLA, M. T. Obesidade: condição prejudicial à saúde. **Revista Brás Nutr Clin**, Campinas, SP, v.1, n. 15, p. 276-281. 2000

FAUBEL, M. Body image and depression in women with early and late onset obesity. **The Journal of Clinical Psychology**, v. 123, n. 4, p. 385-395, 1989.

FELDHAHN, S. **Somente para as mulheres**: Saiba o que se passa na cabeça dos homens. Tradução Márcia Cláudia Reynaldo Alves. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

FELIPPE, F. **Obesidade zero**: a cultura do comer na sociedade de consumo. Porto Alegre: Sulina, 2003.

FERREIRA, V. A. **Obesidade e pobreza**: o aparente paradoxo. 2003. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

FISBERG, M. Obesidade na infância e na adolescência. In: M. Fisberg. (Org.). **Obesidade na infância e na adolescência**. São Paulo: Fundação BYK, 1995. p. 9-13.

FISCHILER, C. Obeso benigno, obeso maligno. In: SANT'ANNA, D.B. (Org.) **Política do corpo**: elementos para uma história das práticas corporais. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 69-80.

_____. El (h) onnívoro>El justo la cocina y el cuerpo. Tradução Mário Merlino. Barcelona: Paris: Editora Aragrama. 1990.

FONTAINE, KR; BROFSKY, I. Obesity and health-related quality of life. **Obesit Rev**, USA, v. 2, n.5, 276-281. 2001

FOUCAULT, M. **The history of sexuality**. New York: Panthenon,1978. v.2

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 1987

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.13, p.17-28, 2000.

FRANQUES, A. R. M. Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória. Participação do psicólogo. In: GARRIDO, A. B (Org.).. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 75-79.

FREITAS, B. **Política educacional e industria cultural**. São Paulo: Cortez, 1987.

FREITAS, G. G. D. **O esquema corporal, a imagem corporal, a consciência corporal e a corporeidade**. 2. ed. Unijuí, 2004.

FREITAS, M. C. Educação nutricional: aspectos sócio-culturais. **Revista PUCCAMP**, Campinas, v. 10, p.46, 1997.

_____. **Significados da fome em um bairro popular de Salvador**. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2000.

FREUD, S. O mal estar na civilização: 1930. In: FREUD, S. **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. v. 21.

FUREGATO, A. R. F. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem**. Ribeirão Preto: SCALA, 1999.

GAIARSA, J.A. **O que é o corpo**. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1993. p.10-13.

GAMBARINI, G. P. Tratamento clínico em obesidade: uma visão prática. In: DÂMASO, A. R. Obesidade. **Medsj**, Rio de Janeiro, cap. 34. p. 525-36, 2003.

GAMBOA, N. S. G. **Cuidar para enfermeiros da UTI Neonatal**: descrição das categorias significantes. 1997. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

GARNER, D.M. & WOOLEY, S.C. Confronting the failures of behavioral and dietary treatment for obesity. **Clinical Psychology review**, n. 11, p. 729-780, 1991.

GIGANTE, D. et al. Prevalência da obesidade em adultos e seus fatores de riscos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 236-246, 1977.

_____. Consumo alimentar de famílias de baixa renda do município de Piracicaba/SP. **Saúde em revista: segurança alimentar e nutricional**, São Paulo, v.6, n.13, maio/ago, 2004.

GILBERTONI, J. Assistência psicológica ao paciente para cirurgia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n.4, p. 278-288, ago, 1967.

GITTELSON, J. et al. Body image concepts differ by age and sex in an Ojibway – Cree community in Canada. **Journal of Nutrition**, Canadá, v. 126, n. 12, p. 2990-3000, 1996.

GLINSKI, J.; WETGLER,S.; GOODMAN,E. The psychology of gastric by pass surgery. **Obesity Surgery**, n. 11, 581-588, 2001.

GOLDENBERG, M.; RAMOS, M. S. A civilização das formas: o corpo como valor. In: GOLDENBERG, Miriam (Org.). **Nu e vestido**: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002.

GORMAN, W. **Body image and the image of the brain**. St. Louis: Waren H. Green, 1965.

GRUNSTEIN, R. R. Sleep apnea – An unrecognized complication of obesity. In: Guy Grand, B. Ailhaud, G. **Progress in Obesity Research**: 8 proceedings of the 8TM International Congress of Obesity, 1999. cap. 70, p. 587-592.

GUATTARI, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

GIUSTA, A: Concepções de aprendizagem e práticas pedagógicas. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, n1, p. 24-31, 1985

HALL, S. **A identidade cultural pós-modernidade**. 5. ed. Rio de Janeiro: DP & A, 2001.

HALPERN, A. **Entenda a obesidade e emagreça**. São Paulo: Editores Associados, 1984.

HALPERN, A. Obesidade: Como diagnosticar e tratar. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 44, n. 7, p. 171-177, 1987.

HALPERN, A. et al. **Obesidade**. São Paulo: Lemos Editores, 1998.

HÁMBURGER, W. W. Emotional aspects of obesity. **Medical Clinics of North America**, USA, v. 35, n. 2, 483-499, 1951.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HOLLY, B.; CALABRESE, R. J. **Communication skills: the distitian guide**. 2. ed. Pensylvânia: Lea & Febiger, 1991. p.1-18.

HORTA, W. D. A. Necessidades humanas básicas: considerações gerais. **Enf. Novas Dimensões**, São Paulo, v. 1, n.1, p.266-268, nov / dez. 1975.

_____. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

JUNG, R. Obesity as a disease. **Br Med. Bulletin**, Dundee, UK, v. 53, n. 2, p.. 307-21, 1977.

JUNG, C. G. **Tipos psicológicos**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

KAC, G. et al . A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.19 (sup 1), S4S5, 2003.

KAC, G. Fatores determinantes da retenção de peso no pós-parto: uma revisão de literatura. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 455-466, 2001.

KAGAN A R.; KAGAN, J D. The quality of wich life? **American Journal of clinical Oncology**, Hagerstown, MD.USA, n. 6, p. 117-118, 1983.

KAHTALIAN, A. Obesidade: Um desafio. In: MELLO FILHO et al. (Org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KAPLAN, H. I.; KAPLAN, H. S. The psychosomatic concept of obesity. **Journalof Nervous and Mental Disease**, New York, USAI, v.125, n. 2, p. 181-201, 1957.

KING, I. M. **Toward a theory for nursing: systems, concepts, process**. New York: Wiley, 1981.

KRAL, J. G. **Morbidity of severe obesity**. Surg Clin North Am, New York, USA, v.81, n. 5, p. 1039-1061, 2001.

KOIZUMI, M. S. O atendimento da enfermeira em relação à necessidade de auto – imagem. **Revista Enf. Novas Dimens**, Ribeirão Preto – SP, v. 1, n. 2, p. 69-74, maio/jun. 1975.

KUNT, E. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. São Paulo: Nova Cultura, 1987.

JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R. **Gênero, corpo, conhecimento**. Tradução Britta Lemos de Freitas; Susan R. Bordo. Rio de Janeiro: Record.; Prova dos tempos, 1997. Coleções Gênero I.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. de. **Metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LANG, T. et al. Psychische Komorbidat und lebenqualität von patientes mitmorbider adiposas und wunsh mach gastricbanding. **Schweiz Med Wochenschr**, n. 130, p. 739-748, 2000.

LAURENT – JACCARD, A.; VANNOTTI, M. Les handicaps de l'obésité massive. **Rev. Prat.**, v. 43, n.15, p.1908-1910, 1993.

LEININGER, M. **Transcultural nursing: concepts, theories and practice**. New York: John Wiley & Sons, 1978.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: NFR/FSC; Papa- Livros, 1999.

LEPARGNEUR, H. **Consciência, corpo e mente**. Campinas: Papyrus, 1994.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1998.

LINS, A. P. M. **Fatores associados ao sobrepeso em mulheres de 20-59 anos**. 1999. 84 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

LOBO DA COSTA, P. H. Obesidade e seus efeitos sobre as grandezas biomecânicas da marcha. In: DAMASO, A. Obesidade. **Medsì**, São Paulo, p. 54-63, cap. 7, 2003

MAISONNEUVE, J. **Modeles du corp set psychologie esthétique**. Paris: PUF, 1981.

MAKINO, M; TSUBOI, K; DENNERSTEIN, L. Prevalence of eating disorders: a comparison of western and western countries. **Med. Gen. Méd**, Austrália, v.6, n.3, p.49, 2004.

MANCINI, M.C. Obstáculos, diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. **Arquivos Brás. De Endocrinol. e Metabologia**, São Paulo, v. 45, n.6, p.584-608, 2001.

MARCHESINI, J. B. **Aos novos magros**. Curitiba: Centre Desginn, 2001.

MASLOW, A. Uma teoria da motivação humana. In: BALCÃO, Y.; CORDEIRO, L. L. (Org.). **O comportamento humano na empresa**. Rio de Janeiro: FGV, 1998. p. 337-366.

MAURS. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: EPU; Edusp, 1974. v.9

MAY, R. **O homem a procura de si mesmo**. Rio de Janeiro: Vozes, 1977.

MATOS, M. I. R.; ZANELLA, M. T. **Alterações do comportamento alimentar, ansiedade, depressão e imagem corporal em paciente com obesidade grau III**. São Paulo, ano III, ed. 9 n.9, 2002.

MENDONÇA, C. **Práticas alimentares e de atividade física de mulheres obesas atendidas em unidades de saúde pública**. 2005. 238 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Niterói, 2005.

MC REYNOLDS, W. T. Toward psychology of obesity: review of research on the role of personality and level of adjustment. **International Journal Eating Disorders**, Los Angeles, v.2, issue 1, p.37-56. 1982.

MINAYO, M. C, de S et al. **Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade**. 15. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MIRA, M. C. **Da higiene à musculação: esboço para um estudo das mudanças nas concepções e práticas corporais através da história da educação física**. In: 28º ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM CIÊNCIAS SOCIAIS, (ARPOCS), 2004, São Paulo, p. 139.

MOHANA, J. **O mundo e eu**. 7. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1978.

MONEGO, et al. Diferentes terapias no tratamento da obesidade em pacientes hipertensos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 66, n. 6, p. 343, 1996.

MONTEIRO, C.A. Epidemiologia da obesidade. In: HALPERNE, A. et al. **Obesidade**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 15-31.

MOORE, B. E.; FINE, B. D. **Dicionário de termos e conceitos psicanalítico**. Porto Alegre: Médicas, 1992.

MOORE, M. E.; STUNKARD, A.; SROLE, L. Obesity social class, and mental illness. **Obesity Res**, Boston, USA,, v. 5, n. 5, p. 503-508, 1997.

MORAIS, J. F. F. Consciência corporal e dimensionamento do futuro. In: MOREIRA, W. W. (Org.). **Educação física e esportes: Perspectivas para o século XXI**. Campinas: Papiros, 1992.

MORSE, J. M. Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. **Adv. Nurs. Sci.**, Pensilvânia, USA, v. 17, n.3, p. 31-34, 1995.

MURRAY, E.J. **Motivação e emoção**. Rio de Janeiro: Zoar, 1967.

MUSTAJOKI, P. Psychosocial factors in obesity. **Annals of Clinical Research**, Finlândia, v. 19, n. 2, p. 143-146, 1987.

NAHAS, M. V. O pentágono do bem estar. **Boletim da NUPAK**, Florianópolis, v.2. n. 7. p. 1, 1996.

NATALIE, K. **O impacto da obesidade na psicologia infantil**. Diálogo médico. 18, 2, maio/junho: 2003. Brasil. Disponível em: <<http://www.dialogomédico.com.br/dialogo022003/web/exclusivo/default.asp>>. Acesso em: 1 set. 2003.

NEUMAN, B. **The Neuman systems model**. East Norkwalk: Appleton & Lange, 1989.

NEUMANN, C. **História da consciência**. São Paulo: Cultrix, 1990. p. 208.

NEWBURGH, L. H. Obesity. **Archives of Internal Medicine**, USA, v. 70, n. 6, p.1033-1096, 1942.

NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing**: what it is, and what it is not. Can unabridged republication of the first American Edition, as published by D. Appleton and Company in (1860). New York: Dover Publication, 1954.

NOVAES, J. V. de. O intolerável peso da feiúra sobre as mulheres e seus corpos. Rio de Janeiro: Ed. PUC; Garamound, 2006.

O'DONNELL, K. **Valores humanos no trabalho da parede para a prática**. São Paulo: Gente, 2006.

OLIVEIRA, M. A. **Desafios éticos da globalização**. São Paulo: Paulinas, 2001.

OMS Organização Mundial da Saúde. **Declaração da Alma Ata**: Conferência Internacional sobre Cuidados primários de saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

OTERO, Oliveros. **Vantagem e motivação**. 2004. Disponível em: <<http://www.páginasprofessor.no.sapo.pt/enersgar.htm-38k>>. Acesso em: 16 jan. 2005.

PAREJA, José Carlos. **Obesidade severa**. Rev. M +.ano 1, n. 11, set. 2004. Disponível em: <<http://www.obesidadesevera.com.br/newest/artigosemateriais>>. Acesso em: 27 dez. 2004.

PATERSON, J.; ZDERAD, L. **Humanistic nursing**. New York: Wiley, 1976.

PICCOLOTO, N. et al. Curso e prognóstico da depressão. Revisão comparativa entre os transtornos do humor. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.27, n. 2,mar/abr. 2000.

PINTO, L.F. Aspectos psicológicos da obesidade. **Boletim da SBEM**, Regional BA/SE. jan/mar, 1999. p. 49-55.

PLACER, F. G. Identidade, diferença e indiferença: o si mesmo como obstáculo. In: LARROSA, Jorge; LARA, Nuria. Perez De. (Org.). **Imagens do outro**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 135-151.

PLEMING, S. Número de obesos no mundo já é igual ao de subnutridos. Relatório de Instituto Worldwatch mostra que os dois grupos têm alimentação inadequada. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 5 mar.2000, Geral A, Saúde, p.11.

POLIT, D. F; BECK, C. T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POPE JR, H. G.; PHILLIPS, K. A.; OLIVARDIA, R. **O complexo de Adônis: a obsessão masculina pelo corpo**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

POPKIN, B. M; GORDON; LARSEN, P. The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. **Inte. Journal of Obesity**, Canadá, USA, v. 28, suppl. 3, n. 52-9, 2004.

PORTO, M. C. et al. Perfil do obeso classe III do ambulatório de obesidade de um hospital universitário de Salvador, Bahia. **Arq. Brás. Endocrinol. Metab.**, Salvador, v. 46, n. 6, p. 668-673, dez. 2002,

POWDERMAKER, H. Na anthropological approach to rhe problem of obesity. In: COUNIHAN, Carole; ESTERIK Penny Van (Ed.). **Food and culture: a reader**. New York: Routlege, 1997. p. 203-210.

RAMOS, Denise Gimenez. **A psique do corpo: A dimensão simbólica da doença**. 3. ed. ver., ampl. São Paulo: Summus, 2006.

REAVEN, G.M. Banting lecture 1988: Role of insulin resistence in human didease. **Diabetes**, California, v. 37, n. 12, p. 1595-607, 1988.

REIS, Maria Márcia da Silva Ramos. **A enfermagem e a imagem corporal de mulheres hysterectomizadas**. 1987. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1987.

REPETTO,G. Histórias da Obesidade. In: HALPERN, A. et al (Org.). **Obesidade**. São Paulo:Lemos, 1998. p.3-13.

REY, G. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Thomson Pioneira Learning, 2002.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social – Métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989. p.38. cap. 1.

RITO, R.V.V.F. **Obesidade e gravidez: mulheres obesas e seus hábitos alimentares durante a gravidez**. 2004. 175 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto Fernandes Figueiras, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004

RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem psiquiátrica e Saúde Mental: prevenção e inter-relacionamento**. São Paulo: EPU, 1996.

RODRIGUES, D.A. **Corpo, espaço e movimento: estudo da relação espacial do corpo e o controle da manipulação e da locomoção em crianças paralisadas**. 1987. Tese (Doutorado

Educação Especial). Faculdade de Motricidade Humana. Departamento de Educação Especial e Reabilitação. Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, 1987.

RODRIGUES, J. C. **O tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Dois Pontos, 1986.

_____. **O corpo na história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ROMERO, E. (Org.) **Corpo, mulher e sociedade**. Campinas: Papyrus, 1995. Coleção Corpo e Motricidade

ROTMAN, M; BECKER, D. traumatic situation in obesity. **Psichoth. And psychos, USA**, n.18, 372-376, 1970.

SANTOS, Maria Luísa Gama Silva Santos. **Impacto da motivação no processo ensino e aprendizagem** Porto, 2003. Universidade Portucalense. Disponível em: <<http://www.aulasvirtuais.org/publicados/motivação.htm>>. Acesso em: 23 nov.2004.

SANTOS, S. dos. **Contribuição ao estudo da ansiedade em pacientes obesos**. 1990.82f. Tese (Doutorado em Psicologia.) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1990.

SAVASSI- ROCHA, Paulo Roberto et al. **Tópicos em gastroenterologia 13** – obesidade e urgências gastroenterológicas. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.131. cap.12.

SAWAYA, A. L. **Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição**. São Paulo: Cortez, 1977.

SEDIKIDES, C.; GREG, A. P. Portraits of the self. In: M.A. HUGG; J. COOPER (Ed.). **Sage handbook Of social psychology**. Londres: Sage Publications, 2003. p. 110-138.

SEIDELL, J. C.; FLEGAL, K. M. Assessing obesity: Classification and epidemiology. **Br Med Bull**, Londres, v. 53, n.2, p. 238-52, 1997.

SEGAL, A; FANDINO, J. Indicações e contra-indicações para a realização das operações bariátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, n.3, v. 24, p. 68-72, 2002.

SELLTIZ et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: Herder, 1965. cap. 1-3

SERRANO, Daniel Portillo. **Teoria de Maslow** – A Hierarquia das necessidades. Disponível em: <<http://www.geocities.com/sejirovix/motivação.htm>>. Acesso em: 23 nov.2004.

SCHILDER, Paul. Symposium on the concept of body image. **Nurs. Clin. North**, St. Louis, USA, v. 7, n. 4, p.573-577, Dec. 1972.

_____. **O médico, a doença e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Revinter, 1991. p. 73.

_____. **A imagem do corpo**. As energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SELTZER, C.C.; MAYER, J. A review of genetic and constitutional factors in human obesity. **Annual of New York Academy of Sciences**, New York, n.134, p. 688-695, 1966.

SICHERI, R. **Epidemiologia da obesidade**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SILVA, M. J. P. Da. **Marca da diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SILVA, M. M. D. S. Mulheres, identidade fragmentada. In: ROMERO, Eliane (Org.). **Corpo, mulher e sociedade**. São Paulo: Papirus, 1995.

SOARES, C. L. **Educação física**: raízes européias e Brasil. São Paulo: Autores Associados, 1994.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA CLÍNICA. Transtornos alimentares. Programa de educação sanitária. Saúde Mental/doença mental. A década do cérebro. **Publicação NIH**, livreto traduzido e adaptado National Institute of Mental Health (1993) – Eatings Disorders, São Paulo, DHHS Publication nº NIH 93-3477 jan. 1993.

SPRINTHALL, Norman A; SPRINTHAL, Richard. **Psicologia educacional** – Uma abordagem desenvolvimentalista. Lisboa: MC Grow Hill, 1993. p. 505.

STENZEL, L. M. **Obesidade**: o peso da exclusão. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

STUART, R.; JACOBSON, B. **Peso, sexo e casamento**: Como tirar esse peso da cabeça e do coração. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

STUNKARD, A. J. Some perspectives on human obesity: Its causes. Bull. **N. Y. Acad. Med.**, New York, n. 64, p. 902-923, 1988.

STUNKARD, A. J.; WADDEN, T. A. Psychological aspects of morbid obesity. **American Journal of clinical nutrition**, Washington. n. 55 (suplll2), p. 5245-5235, 1992.

STUNKARD, A. J.; MENDELSOM, M. – Disturbances in body image of some obese persons. In: BRAY, G.A; BOUCHARD, C.; JAMES, W. P. T. (Ed.) **Handbook of obesity**. New York: Guilford, 1995. p. 417-425.

STUNKARD, A. J.; SOBAL, J. – Psychosocial consequences of obesity. In: BROWNELL, K. D.; FAIBURN, C. G. (Ed.). **Eating disorders and obesity** – a comprehensive handbook. New York: Guilford, 1995. p. 417-425.

TESTA, MA; SIMONSON, DC. Assessment of quality of life outcomes. **N Engl Med J**, Massachussets, p. 334, 835-80, 1996.

TOCK, L. et al. Incidência de esteatose hepática em adolescentes obesos. *Endocrinologia & Metabolismo*. In: 26º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 26, 2004, Florianópolis, **Anais 42**. SBCM – Sociedade Brasileira de Endocrinologia. 2004, p.5 Supl. 1:629,

TONIAL, S. **Desnutrição e obesidade**: faces contraditórias na miséria e na abundância. Recife: IMIP, 2001.

TRIVINÕS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: A pesquisa qualitativa em educação – O positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas, 1987.

TRONTO, J. C. Mulheres e cuidados. O que as feministas podem aprender sobre moralidade a partir disso. In : JAGGAR, A.M.; BORDO, S.R. (Org.). **Gênero, corpo e conhecimento**. Rio de Janeiro: Record, 1995. Coleções Gênero I.

VIEIRA, Terezinha. **Importância da imagem corporal na prática da enfermagem**. 1976. 152 f. Tese (Doutorado em Livre Docência) – Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1976.

VILLAÇA; GÓES, F. **Em nome do corpo**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

VILAS-BÔAS, Marcos Leão de Paula. Coordenador do Serviço de cirurgia bariátrica do Hospital Santo Amaro. **Manual do paciente**, 2000. Disponível em: <<http://www.obesidademórbida.com.br/bandagástricadesvantagemhtm-15Kg>>. Acesso em: 04 ago. 2004.

WADDEGARD, P.; CLEMENSEN T.; LESS, P. Vertical gastric banding for morbidly obesity: a long term follow-up study. **Eur. J. Surg.**, USA, v. 168, n. 4, p. 220-222, 2002.

WADDEN, T. A.; STUNKARD, A. Psychosocial consequences of obesity and dieting: research and clinical findings. In: STUNKARD, A. J.; WADDEN, T. A. (Ed.). **Obesity: theory and therapy**. 2. ed. New York: Raven, 1993. p. 163-177.

WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

WALDOW, Vera Regina – Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.19, n.1. p.20-32, Jun.1998

_____. **Cuidado humano** – o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzatto, 2001. cap. 4, p. 107.

_____. **O cuidado na saúde**: As relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

WIELENSKA, R. G. **Sobre o comportamento e cognição**. Santo André: Arbytes, 2000.

WIEDENBACH, E. **Clinical nursing, a helping art**. New York: Springer Publishing Co, 1964.

WILLIAMSON, D. A.; O'NEIL, P. M. Behavioral and psychological correlates of obesity. In: BRAY, G. A.; BOUCHARD, C.; JAMES, W. P. T. (Ed.) **Handbook of obesity**. New York: Marcel Dekker, 1998. p. 129-142.

WOLF, A. M.; FALCONE, A. R.; KORTNERB et al. BAROS: an effective system to evaluate the results of patients after bariatric surgery. **Obesity surgery**, local?, n.?, p. 10445-10454, 2000.

WINNICOTTI, D. W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: IMAGO, 1988. p.143.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Energy and protein requirement. **WHO Technical Report Series**, Geneva, n. 854, 1985.

_____. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a **WHO Consultation on obesity**, Geneva, June, 1997.

_____. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. **Report of a WHO Consultation on Obesity**. Switzerland, Geneva, 3-5 June 1998. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/1998>>. Acesso em: dez. 2004.

ZOTTIS, C.; SOUZA, R.H.S.; BURIN, D. A P. Gastroplastia: uma alternativa para a qualidade de vida no tratamento da obesidade mórbida. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 54., 2002, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza, ABEN, 2002.

ZOTTIS, C.; LABRONICI, L. M. **O corpo obeso e a percepção de si**. 2003. 19 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2003.

APÊNDICE – A – Roteiro de entrevista

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Dados de identificação:

Nome:
 Idade:
 Sexo:
 Estado civil:
 Profissão/atividade:
 Data da cirurgia:
 Data da alta:
 Endereço:
 Telefone:

2. Dados do exame físico:

Peso:
 Altura:
 IMC (Índice de massa corporal): dividi-se o peso (Kg) pela altura ao quadrado (m²).
 IMC =

3. Classificação do peso

Obeso moderado 30 a <35 Kg/m²
 Obeso grave 35 a < 40 Kg/m²
 Obeso mórbido 40 a < 50 Kg/m²
 Superobeso 50 a < 60 Kg/m²
 Supersuperobeso > 60 Kg/m²

Classificação:

4. Doenças associadas

Sim () Não ()

Quais?

5. Avaliação pré-operatória

Fez avaliação com :
 Endocrinologista Sim () Não ()
 Psiquiatra Sim () Não ()

Fisioterapeuta	Sim ()	Não ()
Nutricionista	Sim ()	Não ()
Anestesista	Sim ()	Não ()
Enfermeira	Sim ()	Não ()
Exames pré operatórios	Sim ()	Não ()

Quais?

Foi orientado sobre os riscos e benefícios da cirurgia?

6. Técnica cirúrgica utilizada:

	Aberta	Vídeo
Derivação gástrica (Cirurgia de Capella)	()	()
Banda gástrica (Faixa de Kusmak)	()	()
Derivação bílio – pancreática (cirurgia de Scopinaro)	()	()
Banda gástrica vertical (Cirurgia de Mason)	()	()

7. Questões norteadoras referentes ao período pré-operatório

7.1 O que o (a) levou a realizar a cirurgia?

7.2 O senhor (a) tentou alguma outra forma de tratamento antes de optar pela cirurgia?

7.3 Que motivos o senhor (a) atribui a seu aumento de peso?

7.4 Defina a imagem que o senhor (a) tem do seu corpo.

7.5 Quais as modificações espera que irão ocorrer em sua vida após a cirurgia? (bio-psíco-emocionais e sociais)

7.6 O que espera alcançar com a cirurgia? (expectativas e temores).

APÊNDICE – B – Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

TÍTULO DO PROJETO: Cirurgia bariátrica: demandas bio-psico-emocionais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Declaro que fui convidado (a) a participar de um estudo que pretende conhecer as demandas bio-psico-emocionais de obesos frente a cirurgia bariátrica, em um hospital da rede privada da cidade de Salvador. Trata-se de um projeto de pesquisa realizado como exigência do Curso de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), pela Mestranda Jaqueline Amorim Gomes de Miranda, que terá como técnica de coleta de dados, a entrevista semi-estruturada. Nesta entrevista, o pesquisador poderá realizar modificações nas perguntas com o objetivo de melhor esclarecimento das mesmas, caso haja alguma dúvida por parte do entrevistado. Estas serão gravadas em fitas cassetes e, posteriormente, transcrita pela autora do trabalho de pesquisa. Após minha concordância poderei ouvir a gravação, retirar ou acrescentar qualquer informação. Os pesquisadores não serão remunerados para a realização do estudo, assim como os entrevistados não receberão benefícios financeiros para a sua participação. As despesas do projeto estão a cargo da pesquisadora. Conforme determina a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de aspectos éticos da pesquisa de enfermagem envolvendo seres humanos, o presente estudo requer a participação voluntária de pessoas que irão submeter-se a cirurgia bariátrica e que já se submeteram a cirurgia.

Assim expresse através desse documento, a minha aceitação em participar como sujeito dessa pesquisa, autorizando a mestranda Jaqueline Amorim Gomes de Miranda a utilizar-se do conteúdo das minhas informações para fins científicos e na sua dissertação, sem contudo desrespeitar meu direito à privacidade, garantindo o meu anonimato e mantendo sigilo quanto a possíveis informações confidenciais.

Foi-me esclarecido que nesse estudo tenho o direito de me recusar a participar da mesma ou, tendo aceito e assinado esse termo, retirar o meu consentimento em qualquer de suas fases, sem que seja submetido a qualquer penalização.

Qualquer dúvida ou problema que venha ocorrer durante a pesquisa, poderei entrar em contato com a pesquisadora através do programa de Pós Graduação da EEUFBA pelo telefone (71) 3263-7631.

Diante dos esclarecimentos que me foram feitos, assino este termo de consentimento, em de de 2006.

Entrevistado (a)

Pesquisador (a)

ANEXO A – Ofício de encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FONE: (71) 3263-7631 - FAX: (71) 3332-4452



Ofício nº 139/2006

Salvador, 11 de julho de 2006.

Ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital São Rafael

Prezado(a) Senhor(a),

Encaminhamos o projeto de dissertação intitulado: “Cirurgia Bariátrica: demandas bio-psico-emocionais” da mestranda Jaqueline Amorim Gomes de Miranda para apreciação e parecer deste Comitê.


Atenciosamente,

Profª Drª Mirian Santos Paiva

Vice-Coordenadora do Colegiado do Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem/UFBA



ANEXO B – Ofício de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

	COMUNICAÇÃO INTERNA		Data:	25/08/06
			Nº	35/06
De:	CEP - Comitê de Ética em Pesquisa	Para:	Enfa. Jaqueline A. G. de Miranda Pesquisadora Responsável	
Ref.	Projeto de Pesquisa Nº 18/06			


Prezada pesquisadora:

Cumpre-nos cientificá-la que, em reunião ordinária ocorrida em 23/08/2006, o CEP considerou satisfatórias as respostas aos questionamentos levantados na reunião de 26/07/2006, referentes ao **Projeto de pesquisa nº 18/06**, intitulado “Cirurgia bariátrica: demandas bio-psico-sociais”, tendo, dessa maneira, aprovado o referido projeto.

Reiteramos a necessidade de ser encaminhado o primeiro relatório periódico até o dia 25/02/2007 e os demais relatórios deverão ser encaminhados ao CEP a cada seis meses. Caso o projeto seja concluído antes do vencimento de novo período semestral, favor encaminhar o relatório final.

Estamos à disposição para esclarecimentos, que se fizerem necessários, através dos telefones 3281-6484 e 3281-6259 e pelo e-mail cep@hsr.com.br.

Atenciosamente,


Dra. Regina Oliveira
Coordenadora do CEP / HSR

ANEXO C – Ofício de solicitação de permissão para coleta de dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FONE: (71) 3263-7631 - FAX: (71) 3332-4452



Ofício nº 137/2006

Salvador, 11 de julho de 2006.

Sra. Lúcia Maria Ferreira

Chefe de Enfermagem do Hospital São Rafael

Prezada Senhora,

Solicitamos autorização para que Jaqueline Amorim Gomes de Miranda, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem, proceda ao levantamento de dados nesta instituição para fins de elaboração da dissertação intitulada “Cirurgia Bariátrica: demandas bio-psico-emocionais”.

Atenciosamente,

Profª Drª Mirian Santos Paiva

Vice-Coordenadora do Colegiado do Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem/UFBA