



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA OBESIDADE E DO PROCESSO DE
EMAGRECIMENTO EM PESSOAS QUE REALIZARAM CIRURGIA BARIÁTRICA**

Taiane Freitas Lima

UBERABA-MG

2018

Taiane Freitas Lima

Representações sociais da obesidade e do processo de emagrecimento em pessoas que realizaram cirurgia bariátrica

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de pesquisa: Psicologia e Saúde
Orientadora: Prof. Dra. Fernanda Rodrigues Oliveira Penaforte

UBERABA-MG

2018

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

L711r Lima, Taiane Freitas
Representações sociais da obesidade e do processo de emagrecimento em
pessoas que realizaram cirurgia bariátrica / Taiane Freitas Lima. -- 2018.
86 f. : tab.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) -- Universidade Federal do Triân-
gulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018
Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Rodrigues Oliveira Penaforte

1. Obesidade - Psicologia. 2. Cirurgia bariátrica. 3. Perda de peso. 4. Estig-
ma social. I. Penaforte, Fernanda Rodrigues Oliveira. II. Universidade Fede-
ral do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.25

[FOLHA DE APROVAÇÃO]

TAIANE FREITAS LIMA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA OBESIDADE E DO PROCESSO DE
EMAGRECIMENTO EM PESSOAS QUE REALIZARAM CIRURGIA BARIÁTRICA**

Data da aprovação: ___/___/___

Membros Componentes da Banca Examinadora:

Presidente e Orientador: Profa. Dra. Fernanda Rodrigues Oliveira Penaforte
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Membro Titular: Profa. Dra. Carolina Leonidas
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Membro Titular: Profa. Dra. Camila Cremonesi Japur
Universidade de São Paulo

Local: Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais (IELACHS)

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho à minha mãe Sueida,
que me ensinou a lutar pelos meus sonhos.*

*Ao meu pai Genevaldo,
Por me incentivar a olhar para o outro, e ser mais humilde sempre.*

*À minha irmã Maria Heloísa (às vezes, Juliana Falcão),
pelo exemplo de pessoa verdadeira e sincera, doa a quem doer.*

*Aos que fizeram e fazem questão de sonhar junto comigo
e que dão sentido à minha vida.*

*A todos que se sentirem tocados pelo tema,
Que travam batalhas grandiosas consigo mesmos, e com o corpo, em busca de bem-estar.*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer por todas as pessoas que estiveram comigo neste percurso, e dentre elas não poderia deixar de agradecer primeiramente ao meu anjo da guarda, que me protegeu e me guiou brilhantemente.

Aos meus pais, que me possibilitaram chegar até aqui, sem eles eu jamais teria conseguido, foram eles que sonharam meus sonhos desde o princípio e se dispuseram de vários desejos para que eu pudesse conquistar os meus. A eles que sempre me incentivaram a ler, estudar, correr atrás dos meus sonhos, a comer menos e fazer atividade física. Obrigada por tudo, amo vocês.

À minha irmã Maria Heloísa, por ser o meu porto seguro, pelo amor incondicional, pela amizade, pelas inspirações e conselhos. Obrigada por todos os momentos em que precisei de você, e mesmo ausente fisicamente, você esteve presente, me incentivando e me dando forças para continuar. Te amo.

Aos meus filhos (caninos) Floki e Helga, que me ensinam dia-a-dia o significado do amor mais puro que existe.

À Fernanda Penaforte, pela orientação fundamental desde que a procurei com o intuito de tê-la como orientadora, me auxiliando com presteza e empenho, com uma paciência inigualável. Por acreditar que essa conexão psicologia – nutrição era mais do que possível, é simplesmente maravilhosa e necessária. Obrigada também pela ajuda indireta com as minhas dificuldades alimentares e corporais, pelas quais me fizeram escolher este tema.

À minha avó paterna Mariquinha, por dividir comigo toda história de vida, histórias essas que me fazem ser quem sou, que me fazem compreender o mundo hoje, e de como ele se modificou. Obrigada pelo acolhimento que sempre me deu, nas tardes em que desfrutávamos de um café passado na hora, na cozinha, sentadas à mesa, iluminada apenas com o sol da tarde. Estes momentos jamais sairão da minha memória.

Ao meu avó paterno Ivo, por cuidar e se preocupar com todos, demonstrando todo seu imenso amor.

À minha avó materna Wanderlina, por ser o maior exemplo de força feminina que tenho, te admiro muito. Obrigada pelos cafés e goiabadas, regados sempre de um bom assunto e de uma boa experiência de vida. Saiba que você teve e tem uma história de vida admirável, parabéns por ser quem é!

Aos meus tios e primos, pelo incentivo constante, mesmo distantes fisicamente, consigo sentir o amor de vocês. Em especial ao meu tio Geovane, por ser meu primeiro incentivador, me desafiando a estudar sempre mais. Saiba que admiro muito o senhor.

Aos meus amigos distantes, Eliana, Stéffany, Jussane, Nádia, Mariana, Gabi, Nina, Óliver, Pryscilla e Daniela, por tudo que vivemos de especial juntos e o que ainda compartilhamos, mesmo que distante, vocês fazem parte das minhas memórias mais felizes, e por isso, desejo de todo coração a felicidade para vocês.

Às minhas irmãs de república Flaviah e Raquel por dividirem comigo não apenas o espaço de uma república, mas todas as peripécias de se morar em uma, pelas conversas travadas na área de casa, às vezes regada a um café e pão de queijo; nossos diálogos me ensinaram muito e ainda me ensinam. Quanto carinho e gratidão tenho por vocês.

À Ana, minha eterna “ami”, amiga que o mestrado me proporcionou, que nunca mediu esforços para me ajudar com o que fosse preciso. Que desmistificou a imagem de nutricionista que eu tinha, me mostrando que acima de todas nomenclaturas e títulos que possamos ter, somos humanos, e isso sempre irá falar mais alto. Obrigada por tudo até aqui, saiba que te admiro muito.

Ao meu grupo de teatro da UFTM, na figura da Camila (professora), Vinícius, Vítor, Leticia, Mariana, Thaís, Beatriz e Sávio, obrigada pelos momentos que passamos juntos, pelas peças que apresentamos, pelas trocas e vivências. “Merda!”

Ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), em especial à Thaís Ciscotto, por me proporcionar o contato com os pacientes da cirurgia bariátrica, por me ensinar e me guiar nos meus passos como psicóloga voluntária neste espaço. Obrigada pelos momentos divididos, saiba que te admiro muito. E a todos os psicólogos do Serviço de Psicologia, que me acolheram no momento que precisei.

À Universidade Federal de Goiás – Campus Jataí (Atualmente, Universidade Federal de Jataí) e ao professores que fizeram parte da minha caminhada nesta instituição de ensino, em especial ao professor Nilton, que me orientou nos estágios supervisionados, com toda sua paciência, foi aperfeiçoando todo conhecimento que havíamos adquirido no curso de psicologia, nos ensinando a arte de SER. E a professora Cintia Bragheto, pelas orientações de TCC, que me fizeram apaixonar pela área da pesquisa, do contato com o outro, da busca pela verdade do outro.

Aos familiares que Uberaba me deu, Gustavo, Solange, Marlene, Silvana e Giovanna, que me acolheram num momento em que eu precisava, fazendo-me parte da família. Obrigada por todo amor dividido comigo e todo acolhimento sempre que necessito.

Às pessoas que me relacionei amorosamente, proporcionando-me conhecer as várias facetas da Taiane e entender que outras possíveis ainda vão surgir. Me sinto grata por me mostrarem que as pessoas podem ser diferentes, que estamos em constante construção, e acima de tudo, precisamos respeitar o caminho do outro, seus limites e possibilidades. Obrigada por terem me permitido viver diversos sentimentos, inclusive o amor.

Aos participantes da minha pesquisa, que cederam um pouco do seu tempo para compartilhar sua vivencia e experiências acerca do tema proposto. Grata pelos momentos que tivemos.

O homem que não tinha nada

Projota

O ser humano é falho, hoje mesmo eu falhei
Ninguém nasce sabendo, então me deixe tentar (me deixe tentar)

O ser humano é falho, hoje mesmo eu falhei
Ninguém nasce sabendo (ninguém), então me deixe tentar

Então me deixe tentar (então me deixe tentar)

Então me deixe tentar (então me deixe tentar)

Então me deixe tentar (então me deixe tentar)

Então me deixe tentar (então me deixe tentar)

SUMÁRIO

Resumo.....	11
Abstract.....	12
Apresentação da Dissertação.....	13
Estudo 1.....	18
Resumo.....	18
Introdução, justificativa e objetivo.....	19
Método.....	20
Resultados.....	22
Discussão.....	32
Considerações Finais.....	35
Referências.....	35
Estudo 2.....	40
Resumo.....	40
Introdução, justificativa e objetivo.....	42
Método.....	43
Resultados.....	45
Discussão.....	45
Considerações Finais.....	56
Referências.....	57
Considerações Finais da Dissertação.....	61
Referências da Dissertação.....	62
Apêndices.....	69
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	70
Apêndice B – Roteiro de entrevista semiestruturado.....	73
Anexos.....	75
Anexo A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.....	76

RESUMO

A obesidade vem aumentando de maneira globalizada, e é uma condição que pode refletir de forma negativa na saúde física e mental dos indivíduos. O preconceito social, as limitações físicas e os insucessos nas tentativas de emagrecimento, dentre outros motivos, são importantes fatores que levam a decisão pela cirurgia bariátrica como forma de tratamento da obesidade. Assim, o objetivo deste estudo foi compreender as representações sociais da obesidade e do processo de emagrecimento em pessoas que realizaram cirurgia bariátrica. A presente dissertação é composta por dois estudos. O estudo 1 trata-se de uma revisão integrativa da literatura e teve como objetivo responder a seguinte questão norteadora, elaborada pela estratégia PICO: Quais abordagens em psicologia (I) são realizadas com indivíduos (P) antes e após a cirurgia bariátrica (O)? Foram consultadas as bases de dados Scopus, PubMed, PsycINFO e SciELO, e incluídos artigos publicados entre janeiro de 2012 e junho de 2017. Foram analisados 26 artigos, e os resultados apontaram o predomínio da utilização da abordagem comportamental e/ou cognitivo comportamental e algumas lacunas no conhecimento, como a escassez de estudos nacionais na temática e a predominância de amostra feminina nos estudos. O estudo 2, que trata-se de um estudo exploratório, transversal e amparado na metodologia qualitativa, teve como objetivo conhecer quais as representações sociais da obesidade e do processo de emagrecimento em pessoas que realizaram cirurgia bariátrica. Foram convidados a participar do estudo indivíduos acompanhados pelo Ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC-UFTM. Para o tamanho amostral foi utilizado o critério de exaustão, no qual se entrevista todos os participantes que atendem aos critérios de inclusão e exclusão. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada. Para a análise dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo e a interpretação dos dados deu-se por meio das Representações Sociais de Serge Moscovici e com apoio da literatura da área. Foram entrevistados 16 participantes, todas mulheres. Observou-se que a decisão pela cirurgia bariátrica se pauta nas vivências cotidianas, que enfrentam preconceitos, estigmas e dificuldades com o corpo gordo que possuem; e diferente deste corpo, um outro corpo- magro e socialmente aceito, é o objeto de desejo e busca. A busca pelo emagrecimento aparece de duas maneiras: num primeiro momento como forma de ter a saúde reestabelecida, e no outro como forma de se reinserir na sociedade com o corpo dentro do padrão de beleza.

Palavras-chave: Obesidade. Emagrecimento. Cirurgia bariátrica. Representações Sociais. Revisão Integrativa da Literatura.

ABSTRACT

Obesity has been increasing globalization, and is a condition that may reflect negatively on the physical and mental health of individuals. Social prejudice, such as physical and emotional limitations in weight loss attempts, are the other reasons, the factors that lead to bariatric surgery as a form of obesity treatment are important. Thus, this study was seen to be social representatives and the obesity and process of weight loss in people who performed bariatric surgery. The present dissertation is made by two studies. The study 1 is an integrative review of the literature and has as answer the following guiding question, elaborated by the PICO strategy: What are the orientations in psychology (I)? Scopus, PubMed, PsycINFO and SciELO databases were consulted and withdrawals were published between January and 2012 and June 2017. Twenty-six articles were found, and the results pointed out the predominance of behavioral and / or cognitive behavioral information and some gaps in knowledge, such as the scarcity of national studies on the subject and the predominance of the female sample in the studies. Study 2, which deals with an exploratory, cross - sectional study supported by the qualitative methodology, had as objective to know the forms of obesity and the weight loss process in people who underwent bariatric surgery. They were included in the study of the clinical follow-up of the Ambulatory of Digestive System Surgery of HC-UFTM. For the sample size, the exhaustion criterion was used, in which all participants were submitted to the inclusion and exclusion criteria. Data were collected through a semi-structured interview. To analyze the data, an analysis of the data was used and it was done by the Social Representations of Serge Moscovici and with the support of the literature of the area. Sixteen participants, all women, were interviewed. What is a bariatric surgery is the question of everyday experiences, which face prejudices, stigma and difficulties with the fat body that they have; and different from this body, a lean and socially accepted body, is the object of desire and pursuit. The quest for weight loss appears in two ways: at first as a form of health reestablished, and there is no other way of reintegrating into society with the body within the pattern of beauty.

Key- Words: Obesity. Weight loss. Bariatric surgery. Social Representations. Integrative Review of Literature

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Percurso da pesquisadora e da pesquisa

Ainda quando criança tive os primeiros contatos com os termos “dieta”, “gordura”, “pode”, “não pode”, “vigilantes do peso”, “magro”, “gordo” e os diversos termos utilizados no que se relaciona ao corpo e sua relação intrínseca com a alimentação. Das diversas recordações que tenho da minha infância, algumas estiveram ligadas ao percurso desta pesquisa e se faz necessário ser exposto. Nasci e fui uma bebê muito “saudável”, mamava muito e ganhava peso facilmente. A medida que os anos passavam sempre o peso era algo fácil de ser adquirido por mim. Com três anos fui contemplada com uma irmã, que diferente de mim nunca teve essa mesma facilidade em ganhar peso, e dessa maneira, ela “podia” vários tipos de guloseimas, e como podia, ela quase nunca as queria, eu que “não podia” sempre e encontrava formas de consegui-las.

Com o passar dos anos fui vivenciando alguns momentos de bastante conflito com meu corpo, afinal ele não atendia os padrões mínimos de aceitação social, e pessoal. Isso é importante destacar. Por mais que outros colegas também passassem por momentos de não aceitação, o meu processo era sempre mais doloroso, afinal, este era meu.

Com a falta de aceitação pessoal e com a busca por ser aceita, sempre vivi num efeito sanfona desenfreado, com alguns episódios de internação por problemas estomacais e com um início de anorexia aos 13 anos. Quando entrei na faculdade de psicologia não imaginava todas as vivências e autodescobertas pelas quais que eu passaria. Dentre várias pesquisas que pude desfrutar, algumas tiveram papel fundamental na construção desta pesquisa. Um dos contatos mais importantes foi a pesquisa acerca das doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas está o diabetes, tema do meu TCC. Nesse momento pude perceber as nuances de se ter uma doença para o resto da vida, do cuidado permanente, da mudança de vida, dos hábitos que se transformam, do olhar que cada paciente tinha da própria doença e como cada um a vivenciava.

Esse contato me fez querer ir além. Me mudei para Uberaba e entrei como psicóloga voluntária no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, com a intenção de aprender como o profissional da psicologia intervém junto aos pacientes com obesidade, outra doença crônica não transmissível; e mais além, como os pacientes vivenciam a obesidade, a cirurgia bariátrica (como principal forma de tratamento) e o processo de emagrecimento.

A minha intenção pessoal com esse caminho era desvendar como outras pessoas estavam lidando com algo com o qual que eu lutei a minha vida inteira. Como um profissional em psicologia, assim como eu, tinha essa questão corpo-alimentação para si? Naquele espaço, como profissional, eu “devia” ser quem sabia como lidar com essas questões, eu “deveria” saber tudo sobre como controlar emoções e vontades, e em alguns momentos eu quase acreditei que era essa pessoa “ideal” para o cargo.

Foi com essa sensação que eu encerrei meu ano de voluntariado e entrei no mestrado, e foi aí que tudo começou a se modificar. Nas aulas sobre os aspectos comportamentais da obesidade, orientados pela prof. Dra. Fernanda Penaforte (e para minha sorte, minha orientadora), eu consegui entender a necessidade de se unir psicologia e nutrição. Durante a disciplina, pude entender que dietas restritivas, proibições, limites não é uma saída, que ao contrário do que eu sempre pensei, essas alternativas fazem com que o sujeito sofra e ganhe mais peso. Pronto, estava tudo explicado, minha vida explicada em uma aula. Após aquela aula eu senti um enorme prazer em entender mais, e acima de tudo, parar de me privar e de colocar barreiras, e começar a me aceitar e aceitar o outro.

Enfim, quando percebi, já estava completamente envolvida por livros, textos e artigos sobre o tema: obesidade. E com ele veio: a obesidade grave, suas consequências e seus tratamentos, dentre os quais está a cirurgia bariátrica, os percursos antes da cirurgia e o processo de emagrecimento. Nesse processo de busca pelo conhecimento encontrei duas lacunas, que se tornaram meu objetivo de pesquisa.

Obesidade e cirurgia bariátrica

A história do corpo humano é a história da civilização. Cada sociedade, cada cultura, age sobre o corpo determinando-o, constrói as particularidades do seu corpo, enfatizando determinados atributos em detrimento de outros, cria os seus próprios padrões (Barbosa, Matos & Costa, 2011).

Em contraste com o que vivenciamos hoje, a gordura já representou formosura, saúde e riqueza, especialmente na época em que a escassez de alimentos e a fome eram problemas regulares (Vigarello, 2012). Durante os tempos pré-históricos, a fome era o grande fardo da população, que dependia de plantas e da caça para sua alimentação (Eknoyan, 2006). Assim, a obesidade significava poder, riqueza, admiração, abundância, fertilidade e elevação social (Machado, 2011).

Com a descoberta da agricultura e a domesticação de animais o abastecimento alimentar tornou-se mais facilitado. O advento da revolução industrial e agrícola e os avanços tecnológicos, no século XVIII, aumentaram a oferta de alimentos (Eknoyan, 2006). Somado a isso, houve também mudanças no processo de trabalho, com a substituição do trabalho braçal por processos automatizados e semiautomatizados. Com isso, a disponibilidade e o acesso aos alimentos cresceram, associado ao seu processamento pela indústria, o que favoreceu mudanças no padrão alimentar, que foi sendo redirecionado para o consumo de alimentos industrializados, ricos em sódio, açúcar e gorduras totais e saturadas.

Essas alterações vivenciadas pelas sociedades ao longo do tempo favoreceram o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), especialmente a obesidade (Neves & Mendonça, 2014). Com a mudança do contexto histórico e cultural, a concepção de corpo e beleza também se transformou. Antes vista como privilégio da nobreza, a obesidade deixa de ter seu encanto (Machado, 2011). Diante de tamanha abundância de alimentos, característica da era contemporânea, a obesidade passa a ser associada à indolência e ao descontrole, algo à beira da falha moral (Benedetti, 2003). O indivíduo com obesidade é visto como portador de um estigma e a discriminação ligada ao excesso de peso, nos Estados Unidos, aumentou cerca de 66% em dez anos (Francisco & Diez-Garcia, 2015). Assim, pela perspectiva histórica, vê-se a construção social do “obeso maligno”, na qual o sujeito está à mercê de julgamentos morais (Santos, Diez-Garcia & Santos, 2015).

A obesidade é definida como uma doença crônica e de difícil manejo, considerada como epidemia mundial e grave problema de saúde pública (Evangelista, 2013, World Health Organization, 2009). Etimologicamente a palavra “obesidade” provém do latim “*obedere*”, formada pelas raízes “-ob” (sobre, o que engloba) e “-edere” (comer), significando “aquele que come em excesso” (Francisco & Diez-Garcia, 2015).

Dentre as doenças crônicas não-transmissíveis, a obesidade é considerada como a de maior incidência em todo o mundo (WHO, 2003). Antes reportada quase que exclusivamente em países desenvolvidos, hoje observa-se um crescimento globalizado na prevalência da obesidade, inclusive em países onde a fome é endêmica (WHO, 2009). De acordo com a WHO, de 1980 à 2014, a obesidade mundial mais que duplicou. Estima-se que, em 2014, 1,9 bilhões de adultos apresentavam sobrepeso e pelo menos 600 milhões estavam com obesidade, o que representa mais de 50,0% da população mundial adulta. Estimativas *International Obesity Taskforce* (IOT) apontam que, em 2025, a prevalência de obesidade pode chegar a 50,0% da população adulta nos EUA e a 20,0% no Brasil (IOT, 2009). No Brasil, dados da mais recente Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF (2008 – 2009), realizada pelo Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística - IBGE (2010) verificou que, entre os indivíduos adultos (acima de 20 anos) o excesso de peso foi diagnosticado em cerca de metade dos homens e das mulheres, e que o diagnóstico de obesidade foi feito em 12,5% dos homens e em 16,9% das mulheres.

De acordo com a pesquisa da Vigitel (2017) existe uma alta prevalência de obesidade no país, o excesso de peso está presente em 53,8% da população adulta, enquanto que a obesidade alcança 18,9%, corroborando ao aumento de cirurgias bariátrica, que em 2016 aumentou 7,5% em relação ao ano anterior.

A cirurgia bariátrica desponta em um contexto no qual os tratamentos classicamente empregados no manejo da obesidade apresentam resultados bastante modestos, especialmente em casos de obesidade grave ($IMC \geq 40,0\text{kg/m}^2$) (Santos, Burgos & Silva, 2006; Vasconcelos & Costa-Neto, 2008). Esta modalidade cirúrgica é apontada como uma das abordagens mais eficazes, tanto para a redução ponderal quanto para sua manutenção (Arasaki, 2005; Santos, Burgos & Silva 2006; Andrade & Lobo, 2014).

O emagrecimento drástico e rápido, que é vivenciado com a cirurgia, pode repercutir na saúde psicológica do indivíduo, que deverá atravessar algumas fases de reestruturação emocional (Magdaleno Jr., Chaim & Turato, 2009). Alguns deles acreditam que, com a perda de peso, problemas emocionais, sociais e profissionais irão se resolver, o que é passível de frustração (Ehrenbrink, Pinto & Prando, 2009). Diante dessas mudanças, o acompanhamento psicológico é essencial para amparar e facilitar a adaptação ao novo corpo e aos novos hábitos de vida.

Os estudos sobre cirurgia bariátrica e emagrecimento, em sua maioria, buscam avaliar a redução ponderal, em curto, médio e longo prazo, e as melhorias nas comorbidades associadas a obesidade, advindas do procedimento cirúrgico (Nascimento, Bezerra & Angelim, 2013; Tae et al, 2014; Almeida, Zanatta & Rezende, 2012; Silva & Maia, 2013). Do ponto de vista da psicologia, os estudos na temática priorizam tanto traçar o perfil psicológico dos sujeitos que irão realizar a cirurgia bariátrica quanto avaliar mudanças nas características psicológicas, como ansiedade, depressão e distúrbios na imagem corporal, após esse procedimento (Souza & Johann, 2014; Almeida et al, 2011; Venzon & Alchieri, 2014).

A nossa existência corporal está inserida num contexto cultural e relacional, e através do corpo podemos expressar os efeitos das representações com as quais tivemos contato e nos comunicar com o outro. Nesse sentido, o corpo se mostra para além do biológico, sendo também forma de manifestação social, cultural, psicológica e religiosa. As construções relacionadas ao corpo são maleáveis e vão sendo moldadas e construídas de acordo com nossas relações sociais e com os contextos culturais, históricos, organizacionais e profissionais nos quais estamos

inseridos (Ulian et al, 2016; Barbosa, Matos & Costa, 2011). Portanto, enquanto construção social, os padrões de corpos que são exigidos não são construções pessoais, mas uma imposição da sociedade, e refletem uma forma de domínio desta sociedade sobre os indivíduos (Cassimiro, Galdino & Sá, 2012).

Ainda são poucos os estudos que buscaram compreender como os sujeitos vivenciam a obesidade, e o processo de emagrecimento, decorrente da cirurgia. A partir do exposto, o presente estudo se justifica por buscar compreender quais os significados da obesidade e do processo de emagrecimento em pessoas que realizaram a cirurgia bariátrica. Espera-se que os conhecimentos gerados por este estudo possam contribuir para aprofundar as discussões já existentes sobre o tema, amparando reflexões que possam contribuir para melhorar a abordagem a esses indivíduos pelos profissionais da saúde nesse campo de atuação.

ESTUDO 1

Abordagens em psicologia realizadas em indivíduos na cirurgia bariátrica: revisão integrativa.¹

Resumo

A cirurgia bariátrica é a principal forma de tratamento para a obesidade, mas não garante, *per se*, melhor qualidade de vida, demonstrando que a obesidade está intimamente relacionada às questões psicológicas, além das biológicas. Esta revisão integrativa da literatura seguiu a estratégia PICO para identificar as abordagens em psicologia realizadas com indivíduos antes e após a cirurgia bariátrica. Foram consultadas as bases Scopus, PubMed, PsycINFO e SciELO, e incluídos artigos publicados entre janeiro de 2012 e junho de 2017. Foram analisados 26 artigos, e os resultados mostraram que a maior parte dos estudos fazem uso da abordagem comportamental e/ou cognitivo comportamental, que tem como princípio que o processo de mudança corporal e mental associados a mudança de comportamentos.

Palavras-chave: psicologia; intervenção; cirurgia bariátrica; revisão

Abstract

Bariatric surgery is the main form of treatment for obesity, but it does not guarantee better quality of life *per se*, demonstrating that obesity is closely related to psychological as well as biological issues. This integrative review of the literature followed the PICO strategy to identify the approaches in psychology performed with individuals before and after bariatric surgery. Scopus, PubMed, PsycINFO and SciELO databases were included, and articles published between January 2012 and June 2017 were consulted. Twenty-six articles were analyzed, and the results showed that most of the studies use the behavioral and / or cognitive behavioral approach, which has as principle that the process of physical and mental change associated with behavior change.

Keywords: psychology; intervention; bariatric surgery; review

¹ Este artigo foi submetido ao periódico *Psicologia: Teoria e Pesquisa* (Qualis CAPES A1 na área de Psicologia), e encontra-se em avaliação.

Introdução

Muito embora o cenário atual seja de supervalorização do corpo belo e magro, as elevadas prevalências de sobrepeso e de obesidade no Brasil e no mundo demonstram que vivenciamos uma situação bastante paradoxal (Heinzelmann, Romani, Lessa, Silva & Strey, 2014). A alta prevalência da obesidade tem desafiado a comunidade científica e fomentado pesquisas especialmente direcionadas para o tratamento desta condição. Nesse contexto, o tratamento cirúrgico para a obesidade desponta em um cenário no qual os tratamentos classicamente empregados no manejo da obesidade apresentam resultados bastante modestos, especialmente em casos de obesidade grave (Santos, Burgos & Silva, 2006; Vasconcelos & Costa-Neto, 2008).

Todavia, a cirurgia bariátrica *per se* não garante melhor qualidade de vida ao indivíduo, demonstrando que a obesidade não diz respeito apenas a questões médico / biológicas, mas também a questões psicológicas (Benedetti, 2003). Realizar a cirurgia é também atender a expectativas de mudanças biopsicossociais, que repercutem no campo relacional dos sujeitos (Nascimento, Bezerra & Angelim, 2013). Nesse sentido, torna-se claro que o acompanhamento psicológico em todas as fases do processo é fundamental, haja vista as complexas e profundas repercussões que suscitam na vida do indivíduo.

No período pré-operatório, o papel do psicólogo começa com a avaliação específica que é feita nesta etapa do processo, com o intuito de investigar níveis de ansiedade, presença de depressão, compulsão alimentar e outros fatores que podem estar envolvidos na manutenção da obesidade. Entender as tentativas prévias de perda de peso, a postura da família e como a obesidade interfere na vida do sujeito é imprescindível para que estratégias de mudança sejam propostas, permitindo adesão ao tratamento e fortalecimento do indivíduo. Já no período pós-operatório, os primeiros meses são considerados os mais difíceis para o paciente. Nesta etapa, o acompanhamento psicológico é voltado para o manejo das dificuldades de adaptação aos novos hábitos, especialmente os alimentares, alterações na imagem corporal e repercussões que podem ocorrer na personalidade (Franques, 2002). O vínculo construído entre o psicólogo e o paciente é de extrema importância para o desenrolar do tratamento, especialmente no período após a cirurgia (Akamine & Ilias, 2013).

Com a cirurgia bariátrica, os indivíduos experimentam mudanças que vão além do emagrecimento, e ressoam em diferentes aspectos da vida, como o impedimento da utilização da comida como forma de enfrentamento de tensões e problemas cotidianos (Franques, 2002). Nesse sentido, a drástica e intensa perda de peso, que é vivenciada com a cirurgia, pode

repercutir na saúde psicológica do indivíduo, que deverá atravessar algumas fases de reestruturação emocional (Magdaleno, Chaim & Turato, 2009). Alguns deles acreditam que, com a perda de peso, problemas emocionais, sociais e profissionais irão se resolver, o que é passível de frustração (Ehrenbrink, Pinto & Prando, 2009). Diante dessas mudanças, o acompanhamento psicológico é essencial para amparar e facilitar a adaptação ao novo corpo e aos novos hábitos de vida.

Do ponto de vista da psicologia, os estudos na temática priorizam tanto traçar o perfil psicológico dos sujeitos que irão realizar a cirurgia bariátrica quanto avaliar mudanças nas características psicológicas, como ansiedade, depressão e distúrbios na imagem corporal, após esse procedimento (Souza & Johann, 2014; Almeida *et al.*, 2011; Venzon & Alchieri, 2014). No entanto, desafios na temática permanecem, especialmente no que diz respeito aos estudos que versam sobre as abordagens em psicologia e suas repercussões, feitas em indivíduos antes e após serem submetidos a cirurgia bariátrica (Sarriera, Silva, Pizzinato, Zago & Meira, 2004).

A ausência de conhecimento científico sistematizado nessa área não favorece melhorias no cuidado psicológico oferecido a essa população, que é cada vez mais crescente. Considerando a importância da temática, entende-se que a sistematização desse conhecimento é importante para que se possa implementar, ou mesmo repensar, tais abordagens. Feitas essas considerações, este estudo teve por objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura científica nacional e internacional acerca das abordagens em psicologia realizadas com indivíduos antes e após a cirurgia.

Método

Tipo de estudo

Revisão integrativa da literatura, que tem por finalidade reunir e resumir o estado do conhecimento científico relacionado a um determinado tema e apontar possíveis lacunas que requerem novas pesquisas (Santos, Pimenta & Nobre, 2007). Para o presente trabalho, a pergunta de pesquisa foi definida a partir da estratégia PICO, que prevê a definição do participante (P), intervenção (I), comparação (C) e desfecho / *outcomes* (O) (Santos, Pimenta & Nobre, 2007), porém sem o uso de intervenções de comparação. Pretende-se, com essa revisão, responder a questão norteadora: Quais abordagens em psicologia (I) são realizadas com indivíduos (P) antes e após a cirurgia bariátrica (O)?

Percurso de Seleção dos Artigos

A seleção dos artigos ocorreu em julho de 2017. Foram realizadas buscas nas bases de dados Scopus, PubMed, PsycINFO e SciELO. Foram considerados trabalhos em português, inglês e espanhol, publicados nos últimos 5 anos (janeiro de 2012 a junho de 2017).

Para as buscas, foram utilizados descritores indexados segundo a padronização do DeCs/MeSh. Em todas as bases de dados o descritor “cirurgia bariátrica” foi cruzado com os descritores: “avaliação psicológica”, “psicologia”, “práticas em psicologia”, “intervenções em psicologia”, “atuações em psicologia” e “procedimentos em psicologia”. Na base de dados SciELO as buscas foram feitas com as versões em português, inglês e espanhol dos descritores escolhidos, cada um por vez. Já nas bases de dados PubMed, PsycINFO e Scopus, por características dessas bases, o processo de busca se deu com a utilização dos termos apenas em inglês.

Os critérios de inclusão utilizados para a seleção dos artigos foram: (a) artigos empíricos que identificassem abordagens da psicologia associadas a cirurgia bariátrica; (b) que estivessem disponíveis gratuitamente para leitura integral *on-line*; (c) artigos publicados entre Janeiro de 2012 à Junho de 2017; (d) publicados nos idiomas português, inglês e espanhol e (e) realizados com indivíduos na faixa etária a partir de 18 anos.

Como critérios de exclusão foram definidos: (a) artigos teóricos e de revisão de literatura; (b) materiais como teses, dissertações, monografias, obituários, editoriais, livros, capítulos de livros, resenhas e resumos em anais de congressos; (c) trabalhos sobre elaboração e validação de instrumentos científicos e (d) artigos que mencionassem apenas tangencialmente o tema de interesse. Os artigos que se repetiram em mais de uma base de dado foram computados apenas uma vez.

A avaliação dos artigos também foi realizada por dois juízes independentes e, caso houvesse discordância entre os revisores quanto à adequação do estudo, havia uma avaliação por um terceiro juiz. Para verificar se os artigos atendiam aos critérios de inclusão e exclusão, foi seguida a ordem: (a) títulos dos estudos identificados; (b) resumos dos estudos selecionados na fase anterior e (c) leitura completa dos textos selecionados. Após a aplicação dos procedimentos para definição do *corpus* de análise deste trabalho, foi realizado um fichamento de todos artigos que compuseram esse *corpus*.

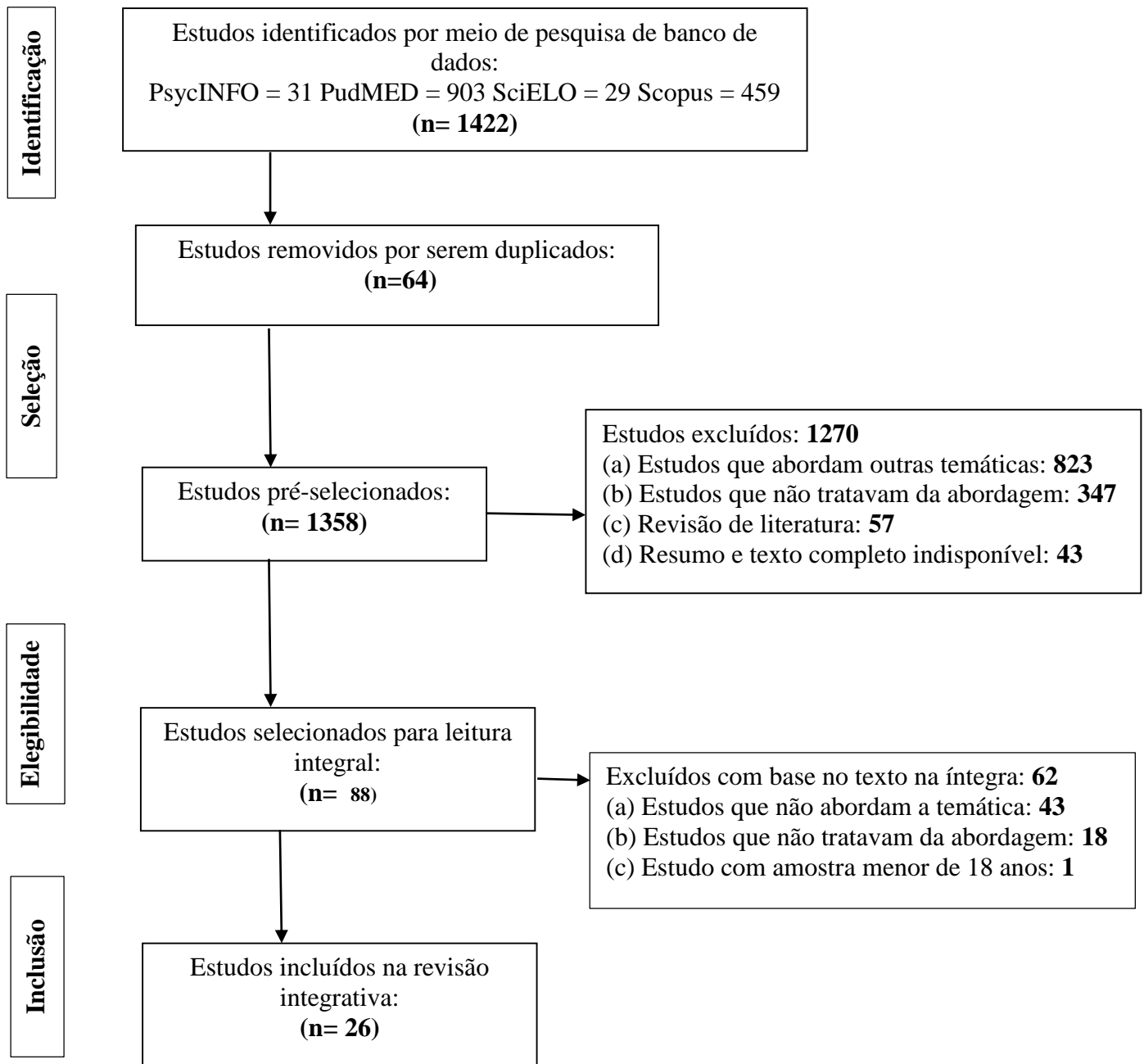
A análise dos dados se deu por organização do *corpus* em planilha de Excel para posterior análise. Nesta planilha, foram categorizados em termos de: título, autores, periódico, ano e local da publicação, delineamento do estudo, tamanho da amostra, objetivos, abordagem

utilizada, principais resultados e principais conclusões. A análise dos dados ocorreu a partir dessas categorias, explorando o perfil das produções, quais abordagens psicológicas utilizadas e como elas foram empregadas. O *corpus* foi lido e analisado na íntegra e, a partir dos conteúdos abordados em cada produção, bem como das características desses estudos, foram construídos os seguintes eixos: (a) abordagens aplicadas antes da cirurgia bariátrica e (b) abordagem aplicadas depois da cirurgia bariátrica.

Resultados

Foram identificados 1422 títulos, correspondentes ao somatório de todas as buscas realizadas com os descritores utilizados. A base com maior número de artigos foi a PudMED (903), seguida por Scopus (459), PsycINFO (31) e SciELO (29). Com a aplicação dos critérios de exclusão, inicialmente foram retirados 1334 artigos, sendo os principais motivos o fato de não mencionarem sobre abordagens em psicologia antes ou após a cirurgia bariátrica (1270) ou por estarem repetidos (64). Restaram 88 publicações para leitura na íntegra. Após essa leitura, em função da maior ou menor proximidade com o tema de interesse, uma nova seleção foi feita e 62 artigos foram excluídos. Dessa forma, foram incorporados a esta revisão 26 artigos, que tratavam das abordagens em psicologia associadas a cirurgia bariátrica, e que constituíram o *corpus* de análise do presente estudo. A **Figura 1** apresenta o fluxograma de estratégia de seleção dos estudos de acordo com as normas PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009).

Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos de acordo com o PRISMA.



O ano com maior número de estudos publicados foi 2015, com sete estudos (26,9%), seguido por 2014 com seis estudos (23,0%), 2012, 2016 e 2017 com 4 estudos cada (15,3%) e por fim 2013, com dois estudos (7,7%). Em relação ao local de publicação, nos Estados Unidos foram publicados nove estudos (34,6%), seguido do Reino Unido e Noruega, com quatro estudos cada (15,3%), Canadá com três (11,5%), Espanha com dois (7,7%) e os países Austrália, México, Portugal e Brasil, com apenas uma publicação cada (3,8%). Houve

predomínio de estudos feitos com enfoque quantitativo (n=20; 76,9%), e apenas 1 (3,8%) teve enfoque misto (quanti-qualitativo). Em relação ao idioma, a maioria dos trabalhos selecionados encontra-se disponível em inglês (n=25; 96,1%).

O tamanho da amostra foi variado, compreendendo de 4 (menor tamanho amostral) a 3926 participantes (maior tamanho amostral). A pesquisa com menor número amostral foi a de Zhang, Ho, Cassin, Hawa e Sockalingam. (2015), que se tratava de um estudo piloto para avaliar se pacientes no pós-operatório da cirurgia bariátrica seriam receptivos a uma abordagem feita via portal *online* e *smartphone*, e o estudo com maior número amostral foi de Kontinen, Peltonen, Sjostrom, Carlsson e Karlsson (2015). A maior parte dos estudos foi realizado com público de ambos os sexos, mas com predomínio de participantes do sexo feminino (n= 24; 76,9%) e 2 estudos (7,7%) foram realizados exclusivamente com mulheres. A idade média dos participantes dos estudos foi de 46,1 anos, variando de 34,0 anos a 54,3 anos.

Em relação ao delineamento, a maioria dos estudos (n=16; 61,5%) se enquadra no delineamento do tipo observacional, seguido pelo experimental (n=10; 38,5%). Dos estudos experimentais, cinco (19,2%) eram do tipo ensaio clínico randomizado. Em relação ao corte, a maioria (n=15; 57,9%) era do tipo longitudinal, seguido pelo tipo transversal (n=11; 42,3%); e sete estudos (27,0%) eram do tipo ecológico, que avalia a efetividade de abordagens/ações coletivas com dados secundários.

Em relação ao período cirúrgico, 46,1% (n= 12) dos estudos tratavam de abordagens em indivíduos no período pré-cirúrgico, como o trabalho de Sharman *et al.* (2017); 38,5% (n= 10) no momento pós-cirúrgico, como a pesquisa de Melero, Ferrer, Sanahuja, Amador e Hernando (2014); e apenas 15,3% (n= 4) incluíram tanto o período pré quanto o pós-cirúrgico, como o estudo de Bradley *et al.* (2016).

Abordagens em psicologia no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica

Dos estudos analisados, 53,8% (n= 14) explicitaram a abordagem psicológica empregada. Dentre as abordagens utilizadas nas abordagens, a principal foi a terapia cognitivo comportamental, utilizada em doze estudos (46,1%), seguida pela terapia comportamental dialética (n=2; 7,7%), teoria social cognitiva (n=1; 3,8%), psicologia discursiva (n=1; 3,8%), aconselhamento psicológico (n=1; 3,8%) e autoajuda (n=1; 3,8%).

Vale ressaltar que grande parte dos estudos (n=17; 65,4%) utilizaram mais de uma abordagem em associação, como a pesquisa de Conceição *et al.* (2016), que utilizou o programa APOLO-Bari, que abarca um manual de autoajuda psicoeducacional baseado na terapia

cognitivo-comportamental num sistema de mensagens de *feedback* semanal, e sessões de chat interativo agendada com um psicólogo treinado.

Diferentes instrumentos e estratégias foram utilizadas nos estudos, como aplicação de testes ou questionários (n= 12; 46,1%), uso da internet ou do celular (n= 8; 30,7%), intervenção integrada ou multidisciplinar (n= 5; 19,2%), sessões de grupo (n= 9; 34,6%), atendimento individual (n= 7; 26,9%) e entrevistas individuais (n=4; 15,4%).

Os principais resultados dos estudos confirmam que as abordagens utilizadas foram positivas para o público no período pré e pós-cirurgia bariátrica, havendo melhora de comportamentos disfuncionais, na saúde psíquica, na promoção de mudança de hábitos de vida e de perda de peso.

Tabela 1. *Principais objetivos e principais resultados dos estudos internacionais e nacionais envolvendo abordagens em psicologia antes e após a cirurgia bariátrica.*

Autor/Ano	Principais objetivos	Principais resultados	Amostra	Delineamento do estudo	Abordagem utilizada	Aplicação
Lier, Biringer, Stubhaug e Tangen (2012)	Avaliar o impacto de um programa de aconselhamento psicológico pré-operatório na perda de peso e na adesão ao tratamento em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.	Após 1 ano de cirurgia bariátrica, não houve diferença na perda de peso, hábitos alimentares ou prática de exercício físico entre o grupo tratamento vs. grupo controle.	N= 141	Quantitativo	Abordagem cognitivo comportamental em grupo	Pré e Pós
Gonçalves & Miranda (2012)	Investigar os discursos que circulam em grupo terapêutico realizado com pacientes na fase pré e pós-operatória da cirurgia bariátrica.	O grupo terapêutico parece ser um lugar de encontro, de partilha e de subjetivação aquém e além da cirurgia, por construírem ali um espaço de convivência e de troca de experiências diversas, que vão além da obesidade.	N= 13	Qualitativo	Grupo terapêutico	Pré e Pós
Cranwell e Seymour-Smith (2012)	Examinar posts de um grupo de apoio <i>online</i> à cirurgia bariátrica para avaliar como os próprios pacientes constroem seu apetite, dieta e perda de peso.	O monitoramento <i>online</i> funcionou como um mecanismo de suporte usado para regular práticas alimentares e normalizar os períodos de estabilização da perda de peso, incentivando uma abordagem mais holística do “sucesso” pós-operatório. Este monitoramento também funciona como um mecanismo de apoio social que ajuda na manutenção do controle de peso.	N= 284	Qualitativo	Grupo de apoio <i>online</i>	Pré
Hollywood, Ogden e Pring (2012)	Avaliar o impacto de um serviço de reabilitação bariátrica com tratamento convencional <i>versus</i> tratamento convencional acrescido de sessões adicionais de psicologia, na saúde dos pacientes após a cirurgia.	O grupo com sessões adicionais de psicologia apresentou melhores resultados na perda de peso após a cirurgia, e também em variáveis psicológicas como qualidade de vida, auto-estima, <i>coping</i> , seguir a dieta prescrita, em relação ao grupo controle.	N= 20	Quali-Quanti	Serviço de reabilitação psicológica	Pós
Abilés <i>et al.</i> (2013)	Avaliar a efetividade da terapia cognitivo-comportamental (TCC) na	Os pacientes que receberam a abordagem da TCC, comparados aos que não receberam, apresentaram maior	N=110	Qualitativo	Abordagem cognitivo comportamental em grupo	Pós

	perda de peso pós-operatória após 2 anos de cirurgia bariátrica.	sucesso na perda de peso, maiores níveis de autoestima e menores níveis de ansiedade, estresse, <i>food craving</i> , falta de controle sobre a ingestão alimentar e sentimento de culpa.				
Karlsen <i>et al.</i> (2013)	Descrever e comparar as mudanças na qualidade de vida de indivíduos com obesidade grave após programa de perda de peso <i>versus</i> de pacientes após realizar cirurgia bariátrica.	Houve melhora na qualidade de vida de ambos os pacientes, com escores maiores nos pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica, que podem estar relacionados a uma maior perda de peso.	N= 146	Quantitativo	Sessões de grupo e sessões individuais.	Pré e pós
Gade <i>et al.</i> (2014)	Examinar a eficácia do tratamento baseado na TCC <i>versus</i> tratamento convencional na melhoria de padrões alimentares disfuncionais (comer emocional, descontrole alimentar e restrição cognitiva) e de sintomas afetivos (ansiedade e depressão) em pacientes no pré-operatório da cirurgia bariátrica.	Os pacientes tratados com a abordagem da TCC tiveram melhorias significativas nos padrões alimentares disfuncionais e nos sintomas afetivos, e também maior perda de peso em relação aos pacientes com tratamento convencional.	N=98	Quantitativo	Abordagem cognitivo comportamental.	Pré
Won <i>et al.</i> (2014)	Comparar práticas de avaliação psicológica no pré-operatório da cirurgia bariátrica e determinar se estas práticas preveem perda de peso no pós-operatório.	Não existe consenso sobre as práticas de avaliação pré-operatória, e não há fatores psicológicos conhecidos para prever perda de peso após a cirurgia.	N=485	Quantitativo	Avaliação psicológica	Pré
Lester, Gerstein, Nicholas e Hilgendorf (2014)	Verificar se fatores sócio-cognitivos e variáveis psicossociais podem prever adesão às recomendações nutricionais no pós-operatório.	Níveis mais elevados de depressão e níveis mais baixos de apoio social e de qualidade de vida puderam prever baixa adesão às recomendações nutricionais, e consequentemente, perda de peso insuficiente.	N=685	Quantitativo	Questionários e telefonemas para acompanhamento	Pós
Murguía, Sierra e Tamayo (2014)	Avaliar a eficácia de um grupo de abordagem baseado na TCC de curto prazo (5 semanas) na perda de peso e na qualidade de vida em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica.	Os resultados mostraram que, após a abordagem, houve perda de peso significativa em relação ao período anterior. Em relação a qualidade de vida, ao final da abordagem, houve melhora nos domínios de percepção corporal e na atitude em relação ao tratamento.	N=9	Quantitativo	Abordagem cognitivo comportamental em grupo	Pré

Smith, Larkey, Celaya e Blackstone (2014)	Avaliar a viabilidade do uso de aplicativo de <i>smartphone</i> para preparar pacientes para a cirurgia bariátrica, por meio de vídeos e avaliações das temáticas dos vídeos.	Os indivíduos relataram uma experiência favorável com o uso do aplicativo, relatando que ele se encaixa facilmente em seu padrão de vida atual, ajudando-os a se preparar para a cirurgia bariátrica.	N=20	Quantitativo	Abordagem <i>smartphone</i> .	via	Pré
Melero <i>et al.</i> (2014)	Avaliar as mudanças psicológicas ocorridas 01 ano após a cirurgia bariátrica em pacientes em acompanhamento multidisciplinar.	Mudanças significativas foram observadas para os distúrbios alimentares, com melhoras nos níveis de bulimia e de insatisfação corporal. Houve também melhora importante no domínio “mudança de estado de saúde” para a avaliação da qualidade de vida.	N=46	Quantitativo	Abordagem multidisciplinar		Pós
Kontinen <i>et al.</i> (2015)	Comparar o efeito do tratamento cirúrgico para a obesidade <i>versus</i> tratamento convencional para obesidade grave nos comportamentos alimentares de restrição cognitiva e de comer desinibido, na sensação de fome e nas mudanças no peso a curto e a longo prazo.	O grupo que realizou o tratamento cirúrgico para a obesidade perdeu mais peso e apresentou maior redução nos scores de comer desinibido e na sensação de fome em relação ao grupo de tratamento convencional para a obesidade.	N=3926	Quantitativo	Sessões em grupo		Pré e Pós
Gade <i>et al.</i> (2015)	Avaliar o impacto de uma abordagem baseada na TCC <i>versus</i> abordagem tradicional nos comportamentos alimentares disfuncionais, sintomas afetivos e peso corporal. Todas as variáveis foram avaliadas no pré-operatório (antes da abordagem e ao final da abordagem), e 1 ano após a cirurgia bariátrica.	Não houve diferença entre as abordagens (tradicional e baseada na TCC) em relação aos padrões alimentares disfuncionais, os sintomas de humor e ansiedade. Porém, após um ano da cirurgia, ambos os grupos tiveram melhoras nestes aspectos.	N=80	Quantitativo	Abordagem cognitivo comportamental em grupo		Pré
Himes <i>et al.</i> (2015)	Avaliar uma abordagem baseada na TCC desenvolvida para tratar, em curto prazo (6 semanas), pacientes no pós-operatório da cirurgia bariátrica com ganho de peso.	Os pacientes que completaram a abordagem experimentaram perda de peso e melhora nos níveis de sintomas depressivos. Houve também redução do número de refeições diárias e dos episódios de compulsão alimentar.	N=28	Quantitativo	Abordagem comportamental em grupo		Pós
Ogden, Hollywood e Pring (2015)	Avaliar o impacto de um serviço de reabilitação bariátrica baseado na psicologia da saúde vs. tratamento	Não houve diferença para a perda de peso ou alterações no IMC entre os	N=145	Quantitativo	Atendimento individual		Pré e pós

	convencional na perda de peso de pacientes 1 ano após a cirurgia bariátrica.	grupos reabilitação bariátrica vs. tratamento tradicional.				
Mushquash e McMahan (2015)	Descrever a implementação de uma abordagem, baseada na terapia comportamental dialética, orientada para a compulsão alimentar em pacientes que procuram pela cirurgia bariátrica.	A compulsão alimentar diminuiu significativamente após a abordagem, sugerindo que um grupo de habilidades seria útil no tratamento de compulsão alimentar para pacientes que buscam pela cirurgia bariátrica.	N=11	Quantitativo	Abordagem em grupo	Pré
Zhang et al. (2015)	Determinar se pacientes em espera pela cirurgia bariátrica seriam receptivos a uma abordagem baseada na TCC realizada de forma <i>online</i> via <i>smartphone</i> .	Durante o período do estudo piloto (janeiro a outubro de 2014) houveram 2134 visitas ao portal <i>online</i> , porém apenas quatro visitantes concluíram, pelo menos, 3 módulos do programa, impossibilitando qualquer conclusão.	N=4	Quantitativo	Abordagem comportamental <i>online</i>	Pré e Pós
Cassin et al. (2016)	Examinar o impacto de um grupo de abordagem baseado na TCC <i>versus</i> grupo controle, feitos via telefone, na psicopatologia alimentar e depressão em pacientes no pré-operatório da cirurgia bariátrica.	A abordagem baseada na TCC se mostrou eficaz na melhoria da psicopatologia alimentar e nos sintomas de depressão, enquanto que o grupo controle experimentou aumento na psicopatologia alimentar, depressão e ansiedade durante o mesmo período de tempo.	N=47	Quantitativo	Abordagem cognitivo comportamental via telefone	Pré
Bradley et al. (2016)	Avaliar a receptividade e as preferências dos pacientes em relação as abordagens realizadas no pós-operatório, incluindo as abordagens comportamentais e psicológicas, nos primeiros anos após a cirurgia bariátrica.	Os pacientes receberam, na sua maioria, um suporte psicológico maior antes da cirurgia em relação ao pós-operatório. Porém demonstraram satisfação com os serviços que receberam no pós-operatório que, em sua maioria, eram grupos de apoio.	N=380	Quantitativo	Abordagem comportamental.	Pós
Conceição et al. (2016)	Desenvolver e testar a eficácia e utilidade do programa APOLO-Bari, uma abordagem psicoeducacional <i>online</i> e baseada na TCC, em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. Como objetivo secundário, foram investigados fatores psicológicos preditores de	Este programa se mostrou eficaz e desempenhou um papel importante na cirurgia bariátrica, ampliando o alcance terapêutico para pacientes bariátricos que não teriam apoio contínuo pós-operatório, prevenindo a recuperação do peso, promovendo a manutenção da perda de peso e promovendo novos comportamentos alimentares. Os fatores	N=180	Quantitativo	Abordagem cognitivo comportamental via mensagens e sessões de <i>chat</i> interativo	Pós

	recuperação de peso no pós-operatório.	preditores de recuperação de peso foram: preocupação em comer, comer por impulso e comer em resposta a emoções negativas, como raiva e ansiedade.				
Chacko, Yeh, Davis e Wee (2016)	Desenvolver e testar o impacto de uma abordagem baseada em <i>mindfulness</i> (atenção plena) versus abordagem tradicional, no controle do peso, comportamento alimentar e mudanças psicossociais e metabólicas em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.	A abordagem baseada em <i>mindfulness</i> foi eficaz na redução da alimentação emocional, mas sem diferença significativa para a perda de peso. Por outro lado, observou-se uma ligeira tendência a aumento de peso e aumento modesto nos níveis dos marcadores metabólicos testados.	N=18	Quantitativo	Abordagem baseada na atenção plena (MBI).	Pós
Tarrant <i>et al.</i> (2017)	Examinar as experiências de participantes de um grupo para o manejo da obesidade, na fase pré-operatória da cirurgia bariátrica.	Grupos de cuidados bariátricos tem o potencial de auxiliar na mudança do estilo de vida e na perda de peso. A maioria dos participantes relataram tais benefícios com o grupo.	N=20	Qualitativo	Abordagem em grupo	Pré
Marek <i>et al.</i> (2017)	Analisar se características da personalidade e dados derivados de uma entrevista clínica psicológica (uso de substâncias, hospitalização por razões psiquiátricas, ansiedade, desinibição e valor de IMC), podem prever características da personalidade que estejam ligadas a falha em prosseguir com a cirurgia bariátrica.	Os resultados mostraram que pacientes com histórico de abuso de substâncias, de hospitalização por razões psiquiátricas e pacientes com menor IMC são menos propensos em prosseguir com a cirurgia.	N=1160	Quantitativo	Psicodiagnóstico.	Pré
Bradley <i>et al.</i> (2017)	Investigar a viabilidade, aceitabilidade e eficácia de uma abordagem baseada na terapia da aceitação (ABT), na manutenção do peso após um ano e meio da cirurgia bariátrica, feito via módulos <i>online</i> .	Dos 20 pacientes que se inscreveram, 11 completaram o tratamento, o que mostra uma barreira em envolver os pacientes após a cirurgia. Apesar disso o programa mostrou-se viável e vários participantes o recomendaram no início do processo de cirurgia bariátrica, a fim de construir habilidades desde o início que poderiam impedir o reganho de peso.	N=11	Quantitativo	Abordagem baseada na Terapia da Aceitação.	Pós

Sharman <i>et al.</i> (2017)	Investigar a experiência da espera de pacientes aguardando pela cirurgia bariátrica.	Os achados indicaram que a espera para cirurgia bariátrica era comumente associada à uma série de consequências deletérias, incluindo ganho de peso e deterioração da saúde física e psicológica.	N=36	Qualitativo	Abordagem com grupos focais e entrevistas individuais	Pré
---------------------------------	--	---	------	-------------	---	-----

Discussão

O objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão integrativa do atual corpo de pesquisas que investigaram as abordagens em psicologia realizadas com indivíduos antes e após a cirurgia bariátrica. Em relação às abordagens psicológicas utilizadas nos estudos, a maioria dos artigos selecionados fizeram uso da abordagem comportamental e/ou cognitivo comportamental, que tem como princípio que o processo de mudança corporal e mental está associado a determinados comportamentos e padrões de pensamentos (Lier, Biringer, Stubhaug & Tangen, 2012). Esta abordagem é bastante utilizada em tratamentos de obesidade pois trabalha com informações sobre a obesidade e sobre a cirurgia bariátrica, sobre estratégias para se manter um plano de alimentação regular e para identificar situações problemáticas, e fornece treinamento sobre estratégias de enfrentamento adequadas (Conceição *et al.*, 2016).

As abordagens comportamentais para mudanças de estilo de vida incluem componentes como aconselhamento dietético, atividade física, monitoramento de alimentos e controle de estímulos; e as abordagens de TCC incluem abordagens comportamentais associadas a estratégias cognitivas- identificando, desafiando e alterando pensamentos contraproducentes, por exemplo (Cassin *et al.*, 2016; Lier *et al.*, 2012). Outras abordagens utilizadas foram: teoria social cognitiva, teoria comportamental dialética, psicologia discursiva, psicologia da saúde, aconselhamento e autoajuda. É importante ressaltar que há várias abordagens dentro do campo da psicologia que não foram utilizadas, sinalizando uma lacuna do conhecimento.

Os artigos avaliados, em sua maioria, apresentam amostra predominantemente feminina, quando não exclusivamente feminina, o que corrobora os dados epidemiológicos nacionais e internacionais que indicam predominância da obesidade entre as mulheres quando comparadas aos homens (FAO, 2017; Vigitel, 2017; Zhang *et al.*, 2015). Evidências na literatura também confirmam que as mulheres são as que mais buscam a cirurgia bariátrica como alternativa para o tratamento da obesidade grave (Oliveira, Merighi & Jesus, 2014). É importante ressaltar nesse contexto que, para além das questões de saúde, este cenário guarda íntima relação com a pressão social em relação ao corpo das mulheres, e a busca pelo padrão estético adequado imposto pela sociedade contemporânea, que certamente permeiam essa decisão (Gonçalves & Miranda, 2012).

Diferentes instrumentos e estratégias foram utilizados nas abordagens dos estudos avaliados, como testes, questionários, uso da internet, uso do celular, sessões de grupo, atendimento multidisciplinar e atendimento individual. Alguns estudos utilizaram mais de uma estratégia e/ou instrumento para a abordagem (Conceição *et al.*, 2016; Cassin *et al.*, 2016; Gade,

Hjelmesaeth, Rosenvinge & Friberg, 2014; Karlsen *et al.*, 2013; Tarrant *et al.*, 2017; Gade *et al.*, 2015; Chacko, Yeh, Davis & Wee, 2016; Marek *et al.*, 2017; Murguía, Sierra & Tamayo, 2014; Mushquash & McMahan, 2015; Zhang *et al.*, 2015; Bradley *et al.*, 2017; Melero *et al.*, 2014; Himes *et al.*, 2015; Lier *et al.* 2012; Ogden *et al.*, 2015; Sharman *et al.*, 2017).

Os instrumentos de abordagem mais utilizados foram os testes e questionários (n=12, 46,0%). Os testes e questionários sempre respondem a alguma pergunta prévia, como na pesquisa de Marek *et al.* (2017), que buscou associar as respostas dos testes psicológicos com a incapacidade em prosseguir com a cirurgia bariátrica. Existe uma relação entre os instrumentos de avaliação - testes e questionários, e a abordagem da TCC, que foi a mais utilizada nos estudos avaliados. O uso destes instrumentos de avaliação possibilita conferir hipóteses de mudanças de comportamento propostas pela TCC, como no estudo de Gade *et al.* (2015) e de Won, Tran, Rigby e Rogers (2014). Informações sobre a psicopatologia obtidos em uma avaliação psicológica pré-cirúrgica (advindas de testes e questionários) pode auxiliar na identificação de pacientes com contraindicações para continuar com a cirurgia bariátrica, assim como fornecer subsídios para benefício dos pacientes, identificando fatores psicológicos e comportamentais (Marek *et al.*, 2017).

As sessões de grupo aparecem como forma de abordagem em nove estudos (34,6%), e demonstram que os serviços para pessoas com obesidade que necessitam de cuidados especializados são muitas vezes apoiados por base em grupo. O grupo possibilita criar uma identidade social compartilhada, que gera mudança de comportamento à medida que o grupo estabelece conexões psicológicas uns com os outros (Tarrant *et al.*, 2017), parecendo ser um lugar de encontro, de partilha e de subjetivação aquém e além da cirurgia (Gonçalves & Miranda, 2012). Os grupos realizados pela internet também se mostraram locais importantes para pacientes que fizeram a cirurgia bariátrica, pois se constituiu em um espaço para compartilhar preocupações e receber conselhos sobre suas experiências relacionadas a cirurgia (Cranwell & Seymour-Smith, 2012).

A internet e o uso de celular foram utilizados em oito estudos (30,7%), como na pesquisa de Conceição *et al.* (2016). Programas baseados na internet oferecem diversas vantagens, incluindo acessibilidade forte, portabilidade, fácil disseminação e uma carga reduzida associada com visitas clínicas. Além disso, esses programas superam o problema de isolamento de usuários e permite o acesso a informação relevante quando necessário, o que resulta em redução de custos para os serviços de saúde e para os usuários (Conceição *et al.*, 2016, p. 3).

A internet e/ou o celular fazem parte do cotidiano de grande parte da população, sendo um ótimo meio de comunicação entre as pessoas, com potenciais de atingir bons resultados

(Conceição *et al.*, 2016; Cranwell e Seymour-Smith, 2012; Cassin *et al.*, 2016). Todavia, é importante pontuar que o Conselho Federal de Psicologia não permite o atendimento por completo via internet, por entender que a subjetividade é peça-chave dos serviços, e nada pode substituir o *face-to-face*.

O período cirúrgico mais comumente avaliado nos estudos foi o momento anterior à cirurgia bariátrica, no qual os pacientes se preparam tanto para o procedimento cirúrgico quanto para os desdobramentos após a cirurgia. Portanto, trata-se de um momento de extrema importância, no qual os vínculos entre os profissionais da saúde e o paciente são criados, em que as dúvidas são esclarecidas, e em que todas as orientações acerca das futuras mudanças, tanto físicas quanto psicossociais, que virão após a cirurgia devem ser cuidadosamente abordadas (Franques, 2002). Porém, vale ressaltar que a perda de peso no período após a cirurgia bariátrica está associada com a presença regular de acompanhamento pós-operatório; e o bem-estar psicológico, hábitos de exercício físico e alimentação saudável também estão associados a perda de peso e a melhor qualidade de vida pós-operatória (Lier *et al.*, 2012).

Vale destacar que 96,0% (n=25) dos estudos que compõe o *corpus* dessa revisão são internacionais, sendo os Estados Unidos o país que mais detém as publicações avaliadas (n= 9, 34,6%). Apenas 1 estudo nacional foi publicado na temática no período pesquisado, no ano de 2012 (Gonçalves & Miranda, 2012), sinalizando uma lacuna da literatura nacional, especialmente se considerarmos nosso atual cenário epidemiológico. Dados da mais recente pesquisa Vigitel (2017) apontaram prevalências alarmantes de indivíduos com obesidade no país, com prevalências de excesso de peso e de obesidade, entre indivíduos adultos, de 53,8% e 18,9%, respectivamente. Indo ao encontro desse cenário epidemiológico, o número de procedimentos cirúrgicos para tratamento da obesidade grave também cresceu, com incremento de 7,5% em 2016, em relação ao ano anterior (SBCBM, 2017).

No que tange os principais achados das abordagens, a maioria dos estudos desta revisão (n=21; 80%) encontraram resultados positivos e demonstraram benefícios aos participantes das abordagens. Dentre os benefícios pode-se destacar: perda de peso e melhorias na qualidade de vida, na psicopatologia alimentar e na saúde mental dos participantes.

Tais benefícios trazem à baila a importância e a necessidade das abordagens psicológicas no âmbito da cirurgia bariátrica em todos os momentos em que o paciente se encontra. A espera pela cirurgia bariátrica está associada com ganho de peso e declínio na saúde física e psicológica. Nesse sentido, é importante ressaltar que o papel do psicólogo vai muito além das avaliações que tem o intuito de averiguar níveis de ansiedade, depressão, compulsão alimentar e outras causas possivelmente envolvidas na obesidade do sujeito. Compreender as

experiências prévias de perda de peso, o comportamento da família, e como a obesidade intervém e repercute na vida desse sujeito é indispensável para que estratégias de mudança sejam propostas, e para que haja adesão ao tratamento e fortalecimento do indivíduo (Franques, 2002). A abordagem em psicologia propõe ser a ponte de informações que podem melhorar a qualidade de vida das pessoas em espera (Sharman *et al.*, 2017), facilitando o desenvolvimento de habilidades específicas frente aos desafios da obesidade, o que viabiliza melhorias nas psicopatologias relacionadas (compulsão alimentar, culpa, vergonha, ansiedade e depressão) e favorece a adesão ao tratamento pré-cirúrgico (Cassin *et al.*, 2016). Já a longo prazo, a baixa adesão às prescrições alimentares e à atividade física cursam com reganho de peso, e a abordagem psicológica neste momento beneficiaria os pacientes, desenvolvendo habilidades e comportamentos necessários para uma atitude mais saudável (Bradley *et al.*, 2017)

Conclusão

Os resultados dessa revisão integrativa da literatura apontaram algumas lacunas no conhecimento, como a escassez de estudos nacionais na temática, a predominância de amostra feminina nos estudos, o predomínio da utilização da abordagem comportamental e/ou cognitivo comportamental nas abordagens e a falta de estudos com abordagens a longo prazo. Destacamos, portanto, a importância da realização de estudos que utilizem outras abordagens psicológicas no atendimento ao paciente que busca pelo tratamento cirúrgico da obesidade.

A atualidade do tema obesidade, e suas consequências e agravantes que levam a pessoa a decidir pela cirurgia bariátrica, é algo acentuado na literatura, assim como a sua complexidade e pluralidade de vozes que são evocadas, tanto por pacientes quanto por estudiosos da área. Essa complexidade fica evidente quando se estuda abordagens psicológicas, assim como seus desfechos em diferentes populações.

Referências

Abilés, V., Rodriguez-Ruiz, S., Abilés, J., Luna, V., Martín, F., Gandara, N. & Fernandez-Santaella, M. C. (2013). Effectiveness of cognitive behavioral therapy on weight loss after two years of bariatric surgery in morbidly obese patients. *Nutricion Hospitalaria*, 28(5), 1109-14.

- Akamine, A. M. B. C., & Ilias, E. J. (2013). Por que avaliação e preparo psicológicos são necessários para o paciente candidato à cirurgia bariátrica? *Rev. Assoc. Med. Bras*, 59(4), 316-3017.
- Almeida, G. A. N., Giampietro, H. B., Belarmino, L. B., Moretti, L. A., Marchini, J. S., & Ceneviva, R. (2011). Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. *ABCD Arq Bras Cir Dig*, 24(3), 226-231.
- Benedetti, C. (2003). *De obeso a magro: a trajetória psicológica*. São Paulo: Vetor Editora.
- Bradley, L. E., Forman, E. M., Kerrigan, S. G., Goldstein, S. P., Butryn, M. L., Thomas, J. G., Herbert, J. D., & Sarwer, D. B. (2017). Project HELP: a Remotely Delivered Behavioral Intervention for Weight Regain after Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 27 (3), 586-598.
- Bradley, L. E., Sarwer, D. B., Forman, E. M., Kerrigan, S. G., Butryn, M. L., & Herbert, J. D. (2016). A survey of bariatric surgery patients interest in postoperative interventions. *Obesity Surgery*, 26(2), 332-8.
- Cassin, S. E., Sockalingam, S., Du, C., Wnuk, S., Hawa, R., & Parikh, S. V. (2016). A pilot raizes controlled trial of telephone-based cognitive behavioral therapy for preoperative bariatric surgery patients. *Behavioral Res Ther*, 80, 17-22.
- Chacko, S. A., Yeh, G. Y., Davis, R. B., & Wee, C. C. (2016). A mindfulness-based intervention to control weight after bariatric surgery: Preliminary results from a randomized controlled pilot trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 28, 13-21.
- Conceição, E. M., Machado, P. P., Vaz, A. R., Pinto-Bastos, A., Ramalho, S., Silva, C., & Arrojado, F. (2016). APOLO-Bari, an internet-based program for longitudinal support of bariatric surgery patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 114.
- Cranwell, J., & Seymour-Smith, S. (2012). Monitoring and normalising a lack of appetite and weight loss. A discursive analysis of an online support group for bariatric surgery. *Appetite*, 58 (3), 873-881.
- Ehrenbrink, P. P., Pinto, E. E. P., & Prando, F. L. (2009). Um novo olhar sobre a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares. *Psicologia Hospitalar*, 7(1), 88-105.
- Eknoyan, G. (2006). A history of obesity, ou how what was good became ugly and then bad. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 13(4), 421-427.
- Franques, A. R. M. (2002). Participação do psiquiatra e do psicólogo no perioperatório: a participação do psicólogo. In: Garrido, A. B., Jr. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu.
- Gade, H., Friberg, O., Rosenvinge, J. H., Smastuen, M. C., & Hjelmessaeth, J. (2015). The Impact of a Preoperative Cognitive Behavioural Therapy (CBT) on Dysfunctional Eating Behaviours,

- Affective Symptoms and Body Weight 1 Year after Bariatric Surgery: A Randomised Controlled Trial. *Obesity Surgery*, 25(11), 2112-9.
- Gade, H., Hjelmesaeth, J., Rosenvinge, J. H., & Friberg, O. (2014). Effectiveness of a cognitive behavioral therapy for dysfunctional eating among patients admitted for bariatric surgery: a randomized controlled trial. *Journal of obesity*, 14, 1-6.
- Gonçalves, S. D., & Miranda, L. L. (2012). Biopolítica e confissão: cenas do grupo terapêutico com pacientes obesos. *Psicologia & Sociedade*, 24, 94-103.
- Heinzelmann, F. L., Romani, P. F., Lessa, A. S., Silva, M. S., & Strey, M. N. (2014). A tirania da moda sobre o corpo: submissão versus subversão feminina. *Revista Subjetividade, Fortaleza*, 14(2): 297-305.
- Himes, S. M., Grothe, K. B., Clark, M. M., Swain, J. M., Collazo-Clavell, M. L., & Sarr, M. G. (2015). Stop Regain: A Pilot Psychological Intervention for Bariatric Patients Experiencing Weight Regain. *Obesity Surgery*, 25 (5), 922-927.
- Hollywood, A., Ogden, J., & Pring, C. (2012). The impact of a bariatric rehabilitation service on weight loss and psychological adjustment - Study protocol. *BMC Public Health*, 12 (275), 1-5.
- Karlsen, T. I., Lund, R. S., Roislien, J., Tonstad, S., Natvig, G. K., Sandbu, R., & Hjelmesaeth, J. (2013). Health related quality of life after gastric bypass or intensive lifestyle intervention: a controlled clinical study. *Health and quality life outcomes*, 11(17), 1-10.
- Konttinen, H., Peltonen, M., Sjostrom, L., Carlsson, L., & Karlsson, J. (2015). Psychological aspects of eating behavior as predictors of 10-y weight changes after surgical and conventional treatment of severe obesity: results from the Swedish Obese Subjects intervention study. *Journal American Clinic Nutrition*, 101(1), 16-24.
- Lester, E. B., Gerstein, L. H., Nicholas, D. R., & Hilgendorf, W. A. (2014). Adoption of recommended eating behaviors following bariatric surgery: Predicting group membership. *Bariatric surgical practice and patient care*, 9(4), 134-142.
- Lier, H. O., Biringer, E., Stubhaug, B., & Tangen, T. (2012). The impact of preoperative counseling on postoperative treatment adherence in bariatric surgery patients: a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 87(3), 336-42.
- Magdaleno, R., Jr., Chaim, E. A., & Turato, E. R. (2009). Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. *Rev Psiquiatr*, 31(1), 73-78.
- Marek, R. J., Tarescavage, A. M., Bem-Porath, Y. S., Ashton, K., Heinberg, L. J., & Rish, J. M. (2017). Associations between psychological test results and failure to proceed with bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 13 (3), 507-513.

- Melero, Y., Ferrer, J. V., Sanahuja, A., Amador, L., & Hernando, D. (2014). Psychological changes in morbidly obese patients after sleeve gastrectomy. *Cirurgia Espanola*, 92(6), 404-409.
- Ministério da Saúde. (2017). *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito por telefônico*. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Prisma Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*, 6(7), 1-9.
- Murguía, S. M., Sierra, V. A., & Tamayo, M. T. (2014). Cognitive behavioral group intervention for weight loss and quality of life in patients candidates for Bariatric surgery. *Acta Colombiana de Psicología*, 17 (1), 25-34.
- Mushquash, A. R., & McMahan, M. (2015). Dialectical behavior therapy skills training reduces binge eating among patients seeking weight-management services: preliminary evidence. *Eating and Weight Disorders*, 20 (3), 415-418.
- Nascimento, C. A. D., Bezerra, S. M. M. S., & Angelim, E. M. S. (2013). Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 193-201.
- Ogden, J., Hollywood, A., & Pring, C. (2015). The Impact of Psychological Support on Weight Loss Post Weight Loss Surgery: a Randomized Control Trial. *Obesity Surgery*, 25 (3), 500-505.
- Oliveira, D. M., Merighi, M. A. B., & Jesus, M. C. P. (2014). A decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica à luz da fenomenologia social. *Rev Esc Enferm*, 48(6), 970-6.
- Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO) (2017). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional: Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición*. Santiago: La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y la Organización Panamericana de la Salud.
- Santos, C. M. C., Pimenta, C. A. M., & Nobre, M. R. C. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 15(3), 508-511.
- Santos, E. M. C., Burgos, M. G. P. A., & Silva, S. A. (2006). Perda ponderal após a cirurgia bariátrica de Fobi-Capella: realidade de um hospital universitário do nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 21(3), 188-192.
- Sarriera, J. C., Silva, M. A., Pizzinato, A., Zago, C. U., & Meira, P. (2004). Intervenção psicossocial e algumas questões éticas e técnicas. In: Sarriera, J. C. (Ed.), *Psicologia comunitária: Estudos atuais* (2a ed., pp. 19-41). Porto Alegre, RS: Sulina.

- Sharman, M. J., Venn, A. J., Jose, K. A., Williams, D., Hensher, M., Palmer, A. J., Wilkinson, S., & Ezzzy, D. (2017). The support needs of patients waiting for publicly funded bariatric surgery - implications for health service planners. *Clinical obesity*, 7 (1), 46-53.
- Smith, L. L., Larkey, L., Celaya, M. C., & Blackstone, R. P. (2014). Feasibility of implementing a meditative movement intervention with bariatric patients. *Applied Nursing Research*, 27 (4), 231-236.
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. (2017). Recuperado em 05 abril, 2018, de <https://www.sbcbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-cresce-75-em-2016/>
- Souza, K. O., & Johann, R. L. V. O. (2014). Cirurgia bariátrica e qualidade de vida. *Psicol. Argum*, 32(79), 155-164.
- Tarrant, M., Khan, S. S., Farrow, C. V., Shah, P., Daly, M., & Kos, K. (2017). Patient experiences of a bariatric group programme for managing obesity: A qualitative interview study. *The British psychological society*, 22, 77-93.
- Vasconcelos, P. O., & Costa, S. B. C., Neto. (2008). Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. *Psico*, 39(1), 58-65.
- Venzon, C. N., & Alchieri, J. C. (2014). Indicadores de compulsão alimentar periódica em pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Psico*, 45(2), 239-249.
- Won, E. J., Tran, T. T., Rigby, A., & Rogers, A. M. (2014). A comparative study of three-year weight loss and outcomes after laparoscopic gastric bypass in patients with "yellow light" psychological clearance. *Obesity Surgery*, 24(7), 1117-1119.
- Zhang, M. W. B., Ho, R. C. M., Cassin, S. E., Hawa, R., & Sockalingam. (2015). Online and smartphone based cognitive behavioral therapy for bariatric surgery patients: Initial pilot study. *Technology and Health Care*, 23 (6), 737-744.

ESTUDO 2

Representações sociais da obesidade e do processo de emagrecimento em mulheres que realizaram cirurgia bariátrica

Resumo

A obesidade vem aumentando de maneira globalizada, e é uma condição que pode refletir de forma negativa na saúde mental dos indivíduos. O preconceito social, as limitações físicas e os insucessos nas tentativas de emagrecimento, dentre outros motivos são importantes fatores que levam a decisão pela cirurgia bariátrica como forma de tratamento da obesidade. Este estudo teve como objetivo conhecer quais as representações sociais da obesidade e do processo de emagrecimento em pessoas que realizaram a cirurgia bariátrica. Foram convidados a participar do estudo indivíduos atendidos no Ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC-UFTM, selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Um roteiro de entrevista semiestruturada foi aplicado face a face com cada participante, individualmente. Este roteiro foi elaborado a partir dos objetivos deste estudo, contemplando perguntas sobre a vivência da obesidade, bem como suas repercussões nos diferentes âmbitos da vida, a escolha pela cirurgia bariátrica, o processo de preparação para a cirurgia e o processo de emagrecimento após a cirurgia. Para a análise dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo e a interpretação dos dados deu-se por meio das Representações Sociais de Serge Moscovici e com apoio da literatura da área. Foram entrevistados todos os pacientes operados entre janeiro de 2017 à novembro de 2017, compreendendo 16 participantes, todas mulheres. Observou-se que a obesidade é uma condição que cursa com repercussões negativas na vida dos indivíduos, e que a decisão pela cirurgia bariátrica se pauta nas vivências cotidianas destes, que enfrentam preconceitos, estigmas e dificuldades com o corpo gordo que possuem. Nesse sentido, diferente deste corpo, um outro corpo- magro e socialmente aceito, é o objeto de desejo e busca pelas mulheres. A busca pelo emagrecimento aparece principalmente sob duas óticas: num primeiro momento como forma de ter a saúde reestabelecida, e no outro como forma de se reinserir na sociedade com o corpo mais próximo dos padrões de beleza estabelecidos. A elevada procura pela cirurgia bariátrica por parte das mulheres reflete as profundas questões culturais envolvidas na hipervalorização do corpo magro, e a coerção social sob o corpo da mulher, que ao adquirirem o corpo magro parecem serem reinseridas socialmente, modificando vários aspectos de suas vidas.

Palavras-chave: Obesidade; emagrecimento; cirurgia bariátrica; Representações Sociais.

Abstract

Obesity has been increasing globalization, and is a disease that may reflect negatively on the mental health of individuals. Social prejudice, such as physical and physical abilities in attempts to lose weight, among others, are important factors that lead to bariatric surgery as a form of treatment of obesity. This study aimed to know the issues of obesity and the weight loss process in people who underwent bariatric surgery. They were included in the Outpatient Surgery of the HC-UFTM, selected according to the criteria of inclusion and exclusion of data. A semi-structured interview script was applied face-to-face with each participant individually. This script was elaborated with the objective of this study, contemplating questions about the experience of obesity, as well as its repercussions in the different exercises of life, the choice for bariatric surgery, the process of preparation for surgery and the process of weight loss after surgery. To analyze the data, an analysis of the data was used and it was done by the Social Representations of Serge Moscovici and with the support of the literature of the area. All patients operated between January 2017 and November 2017 were interviewed, comprising 16 participants, all of them women. Obesity is a condition that can negatively affect the lives of individuals, and is a bariatric disease that can cause daily living, which face preconceptions, stigma and difficulties with the fat body that exist. This sense, different from this body, the third and the socially accepted body, is the object of search and search for women. The search for weight loss had as main events two women: a first moment as a form of health reestablished, and another way of reintegration into society with the body closest to established beauty standards. A search for bariatric surgery on the part of women reflects how the main cultural factors are found in the world, and a social coercion on the body of women, which is an attractive for social and social growth, modifying various functions of their lives.

Key words: Obesity; Weight loss; Bariatric surgery; Social Representations.

Introdução

A obesidade é considerada um problema de saúde pública, de causa multifatorial e de difícil manejo clínico (Nascimento, Bezerra & Angelim, 2013), que cursa com diversas repercussões negativas na saúde física e mental dos indivíduos (Silva *et al.*, 2017). Para o enfrentamento deste problema, diversas formas de tratamento vêm sendo consideradas, porém os frequentes índices de insucessos nas tentativas de manejo dessa condição, especialmente nos graus mais avançados de obesidade, alçaram a cirurgia bariátrica como uma alternativa possível para o controle do problema (Carvalho, Vasconcelos & Carvalho, 2016).

A cirurgia bariátrica é considerada, atualmente, uma das abordagens mais eficazes para o tratamento da obesidade grave, proporcionando tanto rápida perda de peso quanto melhoria nas diversas condições de saúde e redução nas taxas de mortalidade associadas ao excesso de peso (Arasaki, 2005; Santos, Burgos & Silva 2006; Andrade & Lobo, 2014; Nascimento, Bezerra & Angelim, 2013). Atualmente, o Brasil é o segundo país onde mais se realizam cirurgias bariátricas, ficando atrás apenas dos Estados Unidos (Carvalho & Rosa, 2018).

Todavia, é importante destacar que o aumento no número de cirurgias bariátricas apoia-se intensamente em um modelo de saúde reducionista, típico do padrão biomédico, que considera apenas as modificações físicas ocorridas com a cirurgia, sem considerar os aspectos psicossociais envolvidos (Neves & Mendonça, 2014). O emagrecimento *per se*, e os benefícios na saúde física decorrentes da cirurgia bariátrica, não garantem melhorias na qualidade de vida global, salientando que a obesidade não diz respeito apenas a questões biológicas, mas também psicossociais (Benedetti, 2003).

Apesar da obesidade grave estar claramente relacionada com diversas complicações de saúde (Oliveira *et al.*, 2018; Oliveira, Merighi & Jesus, 2014), questões relacionadas ao corpo gordo e aos estigmas atrelados a ele, uma vez que se trata de um corpo que foge da norma e dos padrões de beleza estabelecidos socialmente (Oliveira, Merighi & Jesus, 2014), certamente permeiam o processo de decisão pela cirurgia, especialmente para as mulheres (Oliveira, Merighi & Jesus, 2014). Essa outra perspectiva traz à baila a complexidade inscrita neste contexto.

No campo das Representações Sociais é possível ter uma visão do corpo entendido como objeto representacional, que carrega vários efeitos no modo como as pessoas veem umas às outras, como veem a si mesmas e como se relacionam com o mundo ao seu redor, a partir deste corpo (Moscovici, 2012). Essas representações, e os significados atribuídos pelos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica a todo o processo de mudanças vivenciado- nas quais o corpo

ocupa um papel de destaque, é importante uma vez que o corpo se mostra para além do biológico, sendo também uma forma de manifestação social e cultural (Ulian et al, 2016; Barbosa, Matos & Costa, 2011). Nesse sentido, a Teoria das Representações Sociais nos auxilia a entender e a acolher “o ‘pensamento de dentro’ de cada um, a consciência e a falas sociais, e com uma certa suspeição, o real, o ‘pensamento de fora’ de todos” (Jodelet, 2005).

Partindo dessas considerações, este estudo se faz importante, tanto no campo social quanto no campo científico, pois a psicologia tem se debruçado timidamente sobre a temática obesidade em interface com a cirurgia bariátrica. As publicações recentes nos periódicos da psicologia mostram que a produção científica nesta área inclui estudos sobre grupo de apoio psicológico no pós-operatório para pacientes bariátricos (Bradley *et al.*, 2017; Chacko, Yeh, Davis & Wee, 2016), características de personalidade e desfechos em cirurgia bariátrica (Tarrant *et al.*, 2017; Mushquash & McMahan, 2015) e variáveis psicológicas associadas à cirurgia bariátrica (Fagundes, Caregnato & Silveira, 2016; Marek *et al.*, 2017), mas ainda são escassos os estudos, notadamente no cenário nacional, que investigam acerca das representações sociais da obesidade e do processo de emagrecimento em indivíduos que realizaram a cirurgia bariátrica.

Considerando o exposto, surgem as seguintes inquietações: como o sujeito vivencia a obesidade, antes de realizar a cirurgia? Como se dá o processo de decisão pela cirurgia bariátrica? E por fim, como é vivenciado o processo de emagrecimento? Nesse sentido, este estudo objetivou compreender as representações sociais acerca da obesidade e do processo de emagrecimento em indivíduos que realizaram a cirurgia bariátrica.

Métodos

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e de corte transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (parecer nº 2.284.820).

Participantes

Participaram desse estudo 16 mulheres maiores de 18 anos e que haviam realizado a cirurgia bariátrica no Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

(UFTM) a, no mínimo, 3 meses e, no máximo, 12 meses no momento da entrevista. Esse período foi escolhido por compreender a fase de maior perda de peso no período pós-cirúrgico (Silva & Maia, 2013). Foram excluídos aqueles que haviam realizado a cirurgia em outro local. Não havia restrição quanto ao sexo para participação no estudo, todavia todos os participantes que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo foram do sexo feminino.

O número da amostra foi concluído após serem entrevistados todos os indivíduos que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Dessa forma, o fechamento amostral deu-se por exaustão, no qual são incluídos todos os indivíduos disponíveis para participação na pesquisa (Fontanella, Ricas & Turato, 2008). Nenhum paciente se recusou a participar do estudo.

Instrumento

Um roteiro de entrevista semiestruturada foi aplicado face a face com cada participante, individualmente. Este roteiro foi elaborado a partir dos objetivos deste estudo, contemplando perguntas sobre a vivência da obesidade, bem como suas repercussões nos diferentes âmbitos da vida, a escolha pela cirurgia bariátrica, o processo de preparação para a cirurgia e o processo de emagrecimento após a cirurgia.

Procedimentos

Inicialmente as participantes foram identificadas a partir do setor responsável pela cirurgia bariátrica do HC da UFTM. Em seguida, o convite para participação na pesquisa foi feito via contato telefônico individual com cada delas, momento no qual eram feitos os esclarecimentos acerca dos objetivos e procedimentos concernentes a pesquisa. Após o aceite, as entrevistas foram agendadas em dia e horário mais conveniente para a participante e a entrevistadora.

Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as entrevistas foram realizadas individualmente, em locais reservados que garantiam o sigilo das informações e o conforto emocional das participantes. Todas as entrevistas foram audiogravadas e posteriormente transcritas na íntegra e literalmente, compondo o *corpus* de análise deste estudo.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (parecer nº 2.284.820).

Análise dos dados

Para análise dos dados as entrevistas foram transcritas na íntegra e literalmente. O *corpus* do estudo foi submetido à análise de conteúdo, a partir da técnica descrita por Bardin (2011), que compreende as etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na pré-análise, todas as entrevistas foram lidas exaustivamente, o que tem por denominação “leitura flutuante”, permitindo que as primeiras impressões e hipóteses relacionadas ao tema emergissem. Após essa etapa, todo o conteúdo de interesse foi organizado dentro dos eixos temáticos, definidos *a posteriori*. Essa organização forneceu, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos, visando facilitar a compreensão das falas obtidas nas entrevistas. Em seguida, foi realizado o agrupamento das mensagens com características comuns em categorias a partir deste conteúdo organizado. Terminada a exploração do material, oito eixos temáticos foram formados: (a) Estigmas e preconceitos: a obesidade como doença e anormalidade, (b) Obesidade e a relação com a comida, (c) A decisão pela cirurgia bariátrica, (d) O papel do psicólogo na preparação para a cirurgia, (e) Reagindo ao chamado para a cirurgia bariátrica, (f) O processo de emagrecimento, (g) Mudanças na alimentação após a cirurgia bariátrica e (h) As expectativas futuras.

A última etapa do processo de análise que diz respeito a análise e interpretação dos dados, foi feita à luz da teoria das Representações Sociais de Moscovici (2015), e na literatura científica da área.

Resultados e Discussão

A Tabela 1 apresenta as principais características das participantes (identificadas por nomes fictícios) em termos de idade, estado civil, média de filhos, renda, crença religiosa/espiritual, escolaridade e profissão/ocupação.

Tabela 1. *Identificação das participantes entrevistadas (N=16).*

Nome fictício	Idade	Estado civil	No. de filhos	Renda familiar	Crença religiosa	Escolaridade	Profissão
Azaleia	38	Casada	3	R\$ 3.000	Católica	Médio completo	Doméstica
Cravo	50	Amasiada	2	R\$ 937	Católica	Fundamental incompleto	Babá/desempregada

Alamanda	49	Casada	3	R\$ 1.405	Católica	Superior completo	Do lar
Hibisco	44	Solteira	1	R\$ 1.200	Católica	Fundamental completo	Cozinheira
Hortênsia	43	Solteira	1	R\$ 400	Católica	Técnico	Do lar
Ipê	42	Casada	0	R\$ 1.450	Não definida	Médio completo	“Faz cursos”
Íris	37	Solteira	1	R\$ 937	Espírita	Superior incompleto	Auxiliar adm.
Girassol	54	Casada	1	R\$ 3.000	Católica	Fundamental completo	Caixa
Magnólia	55	Casada	2	Não quis responder	Católica	Fundamental completo	Do lar
Margarida	34	Divorciada	2	R\$1.500	Evangélica	Médio completo	Desempregada
Rosa	45	Casada	2	R\$ 2.400	Espírita	Médio incompleto	Aposentada
Jasmim	47	Casada	2	R\$ 1.900	Católica	Fundamental incompleto	Doméstica
Violeta	50	Casada	2	R\$1.405	Evangélica	Médio Completo	Depiladora
Tulipa	31	Casada	0	R\$ 2.800	Católica	Pós-graduação	Tesoureira
Lírio	45	Casada	1	R\$ 2.800	Não definida	Médio completo	Doméstica
Orquídea	58	Casada	2	Não quis responder	Católica	Médio completo	Do lar

Estigmas e preconceitos: a obesidade como doença e anormalidade

Um ponto relevante abarcado nessa categoria diz respeito ao entendimento das participantes de que a obesidade é uma doença, uma “anormalidade”: *“A partir do momento que eu vi que a obesidade era doença, aí eu já comecei a ver com outros olhos, entendeu? (...) porque eu fazia parte de um grupo de pessoas doentes (...) Mais ou menos de 13 anos até os 17, 18 anos, eu fui normal, depois comecei a obesidade”* Alamanda (49 anos); *“Obesidade, hoje, pra mim é doença. É uma doença que a gente se deixa adoecer, sabe? (...). Você provoca a doença, de alguma maneira”* Hibisco (44 anos); *“Porque eu associo a... a gordura, como é que fala, a obesidade a uma bomba relógio. (...) Então, você é uma bomba relógio”* Iris (37 anos); *“Obesidade? Peso, gordura. Obesi-dade = mostruosi-dade”* Lírio (45 anos).

Vigarello (2012) relata que em meados do século XVIII, a imagem de “gordo” como saudável, rico e de farturas é trocada pela imagem do indivíduo “muito gordo” e impotente, se tornando objeto de curiosidade e de estudos médicos, ao mesmo modo que começam os “regimes de saúde”, e assim, uma cultura oposta à prática do acúmulo de gorduras começa a

surgir. A sociologia do corpo aponta que a formação da corporeidade se dá na relação com o outro; nisto, o corpo é influenciado pelos pertencentes culturais e sociais. Dessa forma, o corpo é objeto de uma construção social e cultural (Le Breton, 2012). Percebemos hoje que a construção social do que é a obesidade está pautada num discurso biomédico, no qual a obesidade é entendida exclusivamente como uma doença do corpo físico, e como tal deve ser tratada (Silva *et al.*, 2018).

Uma vez que a obesidade é entendida como doença, e vem carregada de inúmeros estigmas negativos, ela traz consigo grande sofrimento, frustração, preconceito e limitações em relação a vida e ao convívio social. *“E aí, foi só sofrimento, sofrimento... porque a obesidade atrapalha você a trabalhar, atrapalha você a conviver, atrapalha você se socializar. A obesidade, você tem vergonha de si mesmo... você não quer sair de casa, tem vergonha do marido, tem vergonha dos filhos, você tem vergonha da vizinhança”* Azaléia (38 anos); *“É muito triste (...) Como se diz, tem os preconceitos dos outros com as pessoas gordas. Então, é muito triste”* Jasmin (47 anos); *“Assim, que a obesidade era mais no quadril, então, eu sempre sofri com isso, com piadinhas... até mesmo de família, eu sofri bullying na escola”* Iris (37 anos).

A sociedade contemporânea atribui crenças, valores e estigmas negativos ao indivíduo que possui um corpo gordo, e essa característica acaba se convertendo em uma marca social, moral e identitária indesejável, que desqualifica os sujeitos pelo simples fato de não estarem enquadrados nos padrões de aparência atuais (Gracia-Arnaiz, 2013). É importante destacar aqui que os limites de tolerância e aceitação entre o corpo considerado “gordo” e o corpo considerado “obeso” podem ser variáveis, e com isso percebemos que há uma exclusão da obesidade, que passa pelo crivo da patologização, e mesmo num contexto que há investimentos em valorizar as diversidades, o obeso não encontra espaço para existir e ser aceito (Santos, 2006).

No caso da beleza feminina, seu estereótipo está fortemente atrelado a um padrão corporal dado pela realidade social. A identidade da mulher, especialmente no mundo ocidental, está ancorada no padrão do corpo magro, sendo tal característica identitária sedimentada no seu mundo social (Oliveira, Merighi e Jesus, 2014), e que altera a percepção da sua imagem corporal e a forma como elas se veem (Hirschle *et al.*, 2018). A aparência física da mulher se reflete no seu universo intersubjetivo, onde estabelece a relação com o outro. Ao apresentar-se socialmente com um corpo gordo, sinalizando preguiça, falta de esforço e falha moral, ela coloca-se como alvo de estigmas e preconceitos, impactando fortemente suas relações sociais. Nesse sentido, a maior procura pela cirurgia bariátrica, que é feita em grande parte pelas

mulheres, reflete profundas questões culturais de valorização do corpo magro (Jesus et al., 2017).

Obesidade e a relação com a comida

Nessa categoria destaca-se o entendimento de que o indivíduo com obesidade come mal e em excesso- o que é entendido como causa principal do excesso de peso. Isso leva a diferentes (e mal sucedidas) tentativas de manejo da obesidade que, por sua vez, podem funcionar como gatilhos para o ganho de peso, como o uso de medicamentos para perda de peso e a prática de dietas: *“Então, porque eu era mais gorda e chamava mais atenção, por causa de comer, então, era só na minha mesa que eu garçom vinha”* Azaleia (38 anos); *“Eu comia muito errado, sabe? Então, eu só levantava de manhã, almoçava e jantava (...) E eu tomei remédio pra emagrecer, e fui pra 49 quilos. E mantive uns seis meses. Depois quando eu engordei, eu fui pra 75”* Hibisco (44 anos); *“Ai, mesmo que eu fizesse dieta, sabe? Fiz por minha conta. Eu não conseguia perder. Podia ficar inchada, sem comer, que eu tava era mais gorda ainda”* Cravo (50 anos).

Uma abordagem muito comumente empregada, e socialmente bastante aceita, para o tratamento da obesidade é a realização de dietas, cujo cerne está baseado na restrição do consumo de alimentos, seja em quantidade ou qualidade. Uma vez que as pessoas gordas são consideradas como gluttonas, que comem demais e mal, que não cuidam de sua alimentação e que não tem controle (Campos, Cecílio & Penaforte, 2016; Gracia-Arnaiz, 2013); e o comer excessivo é apontado quase como um fator exclusivo e determinante para construção do corpo obeso, as dietas vêm como uma forma de controle do comer e do corpo, e de correção dos hábitos alimentares inadequados que são atribuídos ao sujeito com obesidade, como uma forma de “corrigir o que está errado”. A sociedade não se recorda que a pessoa, em boa parte dos casos, se tornou obesa por influência do ambiente opressor em que está inserida (Soares, 2017).

Todavia, as restrições impostas pelas dietas repercutem de forma negativa no comportamento alimentar dos indivíduos, sendo um forte gatilho para o comer excessivo, para o *craving* por alimentos e até mesmo para o ganho de peso a médio e longo prazos, o que é exatamente o contrário ao que se almeja com a realização de dietas (Polivy, 1996; Polivy & Herman, 2007; Polivy & Herman, 1999). Nesse interim, o sujeito com obesidade é visto como único responsável por seu sucesso, e também por seu fracasso, com as dietas e com o emagrecimento, destacando-o de seu contexto social e histórico e desconsiderando o papel do ambiente no processo de ganho de peso; e a falha com a dieta é entendida como uma falha

pessoal. Com isso, a opção pela cirurgia bariátrica parece ser a última e/ou única alternativa de manejar a obesidade e de se conseguir alcançar um corpo magro (Fagundes et al., 2016).

Destacam-se também os sinais de alimentação emocional, associado ao descontrole alimentar, vivenciado pelas mulheres, sinalizando vulnerabilidade para comer frente a emoções positivas e especialmente negativas, revelando uma predisposição em comer a qualquer momento, independente da necessidade física (Jesus *et al.*, 2017), como exemplificado pelas falas: *“Porque você come porque tá triste, você come porque tá feliz. Ai, você come escondido... é um ciclo vicioso. É, não eu não vou comer mais. Você tenta enganar a família, come escondido, você... é tipo assim, uma doença mesmo, tipo um viciado em droga”* Azaléia (38 anos); *“Sempre foi uma válvula de escape. É como se eu passei uma contrariedade, um chocolate, um salgado, alguma coisa que eu gosto, como se fosse pra suprir uma tristeza, uma angustia, uma necessidade de alguma coisa”* Iris (37 anos).

A alimentação carrega consigo diversos significados, das experiências pessoais até o contexto cultural. Em torno da mesa perpassam valores culturais e relações afetivas, e nas práticas alimentares estão embutidos hábitos familiares, religião, condição social e uma identidade grupal (Diez-Garcia, 1994). Nesse sentido, percebemos que o consumo alimentar de um indivíduo está entrelaçado com as perspectivas biológicas e psicológicas e, no caso da alimentação emocional, a busca por alimentos palatáveis é guiada por motivações de natureza hedônica e emocional, fazendo com que a decisão pelo consumo de determinados alimentos sejam amparadas em fatores que superam os mecanismos biológicos (Penaforte *et al.*, 2016).

A relação entre os seres humanos e os alimentos é complexa e vai além do domínio puramente biológico. As práticas alimentares são, sobretudo, práticas socialmente construídas e que possuem uma marca identitária da cultura de uma sociedade. Nesse sentido, o alimento é diferente dos outros objetos que consumimos, eles são incorporados por nós, deixando de ser apenas forma de expressão e afirmação de identidades sociais para tornar-se o processo de construção da própria identidade (Santos, 2006). Nesse contexto, é importante destacar o papel simbólico da alimentação. Desde a infância, aprendemos que comer- especialmente alimentos de alta palatabilidade, é uma maneira socialmente aceita de lidar com sentimentos negativos e situações aversivas, e a alimentação emocional é fortemente reforçada socialmente.

A decisão pela cirurgia bariátrica

A decisão pela cirurgia bariátrica é pautada nas vivências cotidianas das pessoas com obesidade, nas quais se destaca a visão do corpo que precisa ser consertado para continuar tendo

vida e ser considerado saudável; ao mesmo tempo que precisa ser visto e percebido pela sociedade como belo, para se encaixar nos padrões corporais estabelecidos. Nesse sentido, a cirurgia desponta como uma alternativa eficaz para “curar” a obesidade e proporcionar saúde e o tão almejado emagrecimento que, em teoria, aplacaria o sofrimento- físico e mental, causado pelo excesso de peso: *“Então, independente de ficar bonita ou não eu quero ter saúde né? Mas como se diz, se é pra ficar né? Vamos ficar né? (risos). Ficar bonita também levanta a autoestima né? Melhora pra gente e pra quem vê a gente”* Hortênsia (43 anos); *“Claro que a cirurgia, no meu caso, não é só por estética, é por saúde. Mas, é claro que levanta a auto-estima, é você entra numa roupa que você não vestia...é, você poder cruzar as pernas. São coisas assim, são pequenos detalhes que fazem toda diferença. É muito bom, é muito gratificante, olhar no espelho e se aceitar”* Tulipa (31 anos); *“Eu queria poder passar na catraca do ônibus, entrar pela porta da frente, porque eu já não entrava, eu entrava pela porta de trás. Então, eu queria assim, uma qualidade de vida e não ser alvo de bullying, como eu já fui”* Iris (37 anos).

Percebe-se pelas falas uma ambiguidade em relação a motivação pela cirurgia, que em alguns momentos representa a busca pela saúde física e melhora das comorbidades adquiridas com a obesidade, e em outros representa a maneira de se alcançar o corpo adequado para os padrões sociais. Segundo Santos (2006) a busca da saúde perfeita e a apologia ao bem-estar nos remetem a reflexão sobre dois fenômenos: o autocuidado e/ou o culto ao corpo. São duas práticas corporais, que cada vez mais se confundem de maneira similar à convergência dos discursos da saúde, estéticos e hedônicos, e que, por sua vez, oferecem as condições concretas para a infinita busca do corpo idealizado.

O discurso lipofóbico da sociedade contemporânea aborda a obesidade não como um corpo que deve emagrecer em benefício da saúde, mas como uma condição corporal sob a qual se encontra um sujeito marcado pelo sofrimento que uma norma lipofóbica impõe. Nesse sentido, percebe-se que o discurso da obesidade como sendo uma doença se consagrou sobretudo pela preocupação com o que era moralmente aceitável, disfarçado sob um discurso de saúde (Seixas & Lucena, 2016). Para além da saúde física, percebe-se que mesmo nos casos de obesidade grave, para os quais a cirurgia está indicada, uma vez que cursa com inúmeras complicações de saúde, o desejo de se alcançar a beleza estética estabelecida pela sociedade atual, acreditando que dessa forma será melhor aceito, estimula o interesse pela cirurgia bariátrica. A valorização extrema da aparência corporal na contemporaneidade leva a necessidade de solucionar o problema do corpo gordo, que é fonte de discriminação e preconceito; e que gera grande sofrimento psíquico (Oliveira, Merighi & Jesus, 2014).

A obesidade se apresenta como uma deformação anatômica e funcional para o mundo atual, enquanto que o corpo com aparência magra, leve, flexível e tônica revelam a chave do sucesso (Santos, 2006); e alcançá-lo se confunde com alcançar também saúde. Dessa forma, transformá-lo e cuidá-lo torna-se um dos espaços mais importantes de realização pessoal (Santos, 2006). Logo, é possível perceber que a cirurgia bariátrica, para estas mulheres, é vista como uma forma de re-inserção social, no qual o sujeito ganha um novo corpo social e modifica suas relações sociais (Santana & Oliveira, 2014), sua vida e sua própria identidade.

O papel do psicólogo na preparação para a cirurgia

Após o momento de decisão pela cirurgia bariátrica, as pacientes enfrentam a fase de preparação, que é permeada por incertezas e ansiedade. Um dos processos relatados como fundamentais nesse período é a preparação psicológica. Fagundes et al. (2016) ressalta a importância de uma avaliação psicológica no pré-operatório, já que desajustes emocionais comprometem a adesão ao tratamento, e a psicoterapia pode melhorar os processos para indicações à cirurgia, preparando o indivíduo para os seus desdobramentos, minimizando ou reduzindo as complicações no pós-operatório: *“a psicóloga foi assim, sabe, o estalo que a gente precisa da mudança (...), a psicóloga, parece que ela faz um trabalho de quase que lavagem na gente. Ela faz você enxergar, você ver a coisa de uma outra forma(...), você consegue amadurecer e mudar o seu jeito de pensar, você descobre mais sobre você”* Alamanda (49 anos), *“O psicológico é o mais afetado na cirurgia. Não é o estômago é o psicológico é o mais afetado. E é o que a gente mais precisa de apoio. E aqui a gente tem. Pelo menos aqui no Hospital Escola a gente tem esse apoio”* Margarida (34 anos).

O psicólogo se apresenta como a figura de auxiliador no processo de transformação e a psicologia como um lugar de orientação e explicação, e ainda mais, um lugar de reflexão, onde as atitudes devem ser pensadas e questionadas, é o lugar que o sujeito deve considerar os significados da alimentação, da obesidade, dos hábitos, da família e construir recursos para manejar limites e sentimentos de desconforto e frustrações, no processo de mudança (Silva & Faro, 2015). O procedimento cirúrgico exige uma adesão por parte dos pacientes, tanto antes quanto após a cirurgia, pois a mesma implica em modificações nos hábitos alimentares, comportamentais e de estilo de vida. Dessa forma, é preciso que algumas crenças sejam trabalhadas, incluindo a do “milagre cirúrgico”, onde se espera um tratamento eficaz e passivo, desresponsabilizando o sujeito e colocando em risco o sucesso do tratamento (Santana & Oliveira, 2014).

Reagindo ao chamado para a cirurgia bariátrica

A reação das pacientes quando chamadas para a realização da cirurgia bariátrica demonstram um enorme sentimento de felicidade, satisfação e vitória, incluindo também sentimentos de medo e ansiedade: *“Ai, imagina a minha emoção?! Se tudo tiver ok, você opera no dia seguinte. Ainda bem que eu estava sentada, porque eu amoleci tudo. Eu lembro que eu chorei de felicidade”* Iris (37 anos); *“Jesus, eu não acreditava. Foi uma sensação de susto misturado com... fiquei ansiosa demais, chorava de um lado. E foi uma correria”* Hibisco (44 anos); *“Eu chorei de felicidade, de alegria, porque eu acho que eu fiquei uns seis, sete meses na espera. Tava esperando...”* Iris (37 anos).

A felicidade experimentada pelas pacientes quando são chamadas para a cirurgia, demonstra o seu caráter decisivo no tratamento da obesidade, e revela também existir no imaginário social o “milagre cirúrgico”, uma vez que a cirurgia é entendida como forma de emagrecer, recuperar a saúde, mudar de corpo e vida- que são vistos sinônimos de felicidade, especialmente em uma sociedade lipobófica. Antes da cirurgia a obesidade carrega consigo riscos eminentes para a saúde do indivíduo, que aparece na vida do sujeito através das comorbidades, e na busca por saúde o indivíduo faz a escolha pela cirurgia bariátrica, que é um ato de risco.

O processo de emagrecimento

Após a cirurgia bariátrica, múltiplas mudanças importantes são vivenciadas, em termos alimentares, físicos e sociais (Santana & Oliveira, 2014). Dentre estas, ganha destaque o emagrecimento e o novo corpo conquistado com a cirurgia bariátrica, que repercute diretamente na satisfação com a autoimagem corporal: *“A gente repara até nisso... um ciclo de amizades que você não tinha antes, se forma em torno do`cê. (...) Ai, a pessoa tira pra você ver, não é preciso ela descer todo o armário da loja, porque tem o seu número, vai te servir. Você pode comprar que vai dá certo”* Azaléia (38 anos), *“A auto-estima da gente é outra coisa, roupa, a convivência comas pessoas (...) eu tô muito feliz, tô magrinha, tô saudável, sou bonita”* Alamanda (49 anos); *“A sensação das pessoas ver a gente, falando assim quando te olha, abra a boca e fala: nossa, você emagreceu ou você encolheu? (...) Então, é uma sensação que é diferente. A gente sai e fica sem vergonha. Sem medo das pessoas te olhar, sabe?”* Hibisco (44 anos).

O ambiente sociocultural tem forte influência sobre a imagem que o sujeito constrói sobre o próprio corpo e sobre o ideal de corpo que ele gostaria de ter (Schomer & Kachani, 2010). O corpo se torna reflexo da sociedade, da cultura, e é através desse reflexo que constrói suas particularidades (Barbosa, Matos & Costa, 2011). Nesse sentido, as intensas mudanças positivas vivenciadas pelas mulheres estão fortemente atreladas a melhorias na sua aparência. Uma vez que as questões sociais - como preconceito e estigma, impactam de forma bastante negativa a vida dos indivíduos com obesidade, o emagrecimento se torna gratificante por ser a forma de se aproximar do padrão corporal imposto como belo (Pinho & Barbosa, 2017). Nesse sentido, o processo de emagrecimento proporcionado pela cirurgia bariátrica representa o percurso para se alcançar o corpo belo e, conseqüentemente, a felicidade, e é importante destacar aqui, que a saúde fica em segundo plano ou some de pauta.

A nova condição dimensiona uma revalorização da imagem corporal, que até então não existia mais, favorecendo a mulher, “ex-obesa” e agora magra, reconfigurar ou re-estabelecer suas relações interpessoais. O emagrecimento, que antes era necessário por questões de saúde, ganha várias e maiores dimensões, promovendo uma aceitação de si, sentimento de pertença e integração aos grupos sociais, dos quais se sentia anteriormente excluída (Nascimento, Bezerra & Angelim, 2013).

É possível perceber também que o novo corpo alcançado se traduz em uma nova forma de estar no mundo: *“parece uma sensação de liberdade, parece... que você é, é mesmo quando eu penso que é, a gente ficar pressa e quando abre a gente voa, sabe? A gente é um corpo livre. Você sai na rua sem vergonha. Não tem aquela... as vezes, não é nem das pessoas é da gente, sabe? A gente é totalmente diferente. Eu vou pra praia, olha só pra você ver”* Hibisco (44 anos). O ambiente sociocultural tem forte influência sobre a imagem que o sujeito constrói sobre o próprio corpo e sobre o ideal de corpo que ele gostaria de ter (Schomer & Kachani, 2010). O corpo deixou de ser identidade de si para se transformar em objeto moldável e transitório, e as tentativas de mudar o corpo são também tentativas de mudar de vida (Campos *et al.*, 2016). Se a subjetividade não é mais reconhecida como possibilidade de estar no mundo, e o corpo real passa despercebido em vários espaços, a nossa imagem corporal parece ser um caminho para sair da invisibilidade. A aparência e essência se confundem dentro do contexto da imagem corporal (Santos, 2006) e o desejo de (re)construção do corpo se confunde com o desejo de (re)construção da própria identidade (Silva *et al.*, 2018). Sob este prisma, em uma sociedade na qual o preconceito contra o corpo gordo é algo muito bem aceito, até atividades simples e rotineiras- para quem tem um copo magro, como ir a praia, podem se converter em fonte de angústia e sofrimento para aqueles que se encontram fora do padrão corporal

considerado adequado. Nesse sentido, o emagrecimento ganha novos e importantes contornos, simbolizando uma forma livre e socialmente aceita de estar e de pertencer ao mundo.

Todavia, vale destacar que a felicidade em se alcançar o corpo belo encontra barreiras quando é preciso lidar com as consequências do processo de emagrecimento proporcionado pela cirurgia bariátrica, que é bastante rápido e intenso, especialmente nos primeiros meses após a cirurgia, o que representa um empecilho para a felicidade completa com a nova forma corporal. Portanto, para se conquistar o corpo socialmente aceito, e para que a (re)construção corporal e da autoimagem- e conseqüentemente da própria identidade, seja completa, é necessário se submeter a procedimentos cirúrgicos posteriores, como a cirurgia plástica: *“Que quando a gente tá gordinha, a barriga tá redondinha, bonitinha. Quando a gente vai emagrecendo vai caindo tudo. Então, não fica bonita (...) Então, assim, é uma coisa com o tempo. De muito anos, pra gente falar, tô com o corpo bonito, do jeito que eu queria”* Ipê (42 anos); *“A pele tá muito flácida, com muita celulite, tá muito feio. Assim, quando as pessoas me ver de calça, tá tudo lindo, eu fico caladinha... mas a hora que eu tiro a calça, aparece lá. Então, assim, a única parte que ainda falta, que se não tivesse, eu nem ia buscar fazer a plástica, eu vou fazer a plástica agora”* Iris (37 anos); *“Mas, eu ainda tô cheia de pelanca, acho que não teria coragem de arrumar um namorado agora não. Até fazer as plásticas”* Margarida (34 anos).

Mudanças na alimentação após a cirurgia bariátrica

Outro tópico de grande importância, além da mudança corporal advinda da cirurgia bariátrica, trata-se da alimentação, que também está no centro das mudanças vivenciadas. As principais dificuldades relacionadas a alimentação são vivenciadas nos primeiros meses após a cirurgia: *“Eu tinha fome, né? Então, às vezes, quando eu tinha vontade de mastigar, eu mastigava gelo ou então, fazia, pegava Danone e congelava e fazia tipo um picolézinho e mastigava (...) quando eu entrei na dieta pastosa, ai, eu tive, senti um certo desconforto com a comida, mesmo a pastosa”* Hibisco (44 anos); *“O primeiro mês foi muito difícil ficar só naquele líquido. Você fica enjoada de tomar aqueles líquidos, aquilo é muito ruim (...). Eu sofri. Aquele mês demorou a passar”* Margarida (34 anos); *“No começo, quando estava naquela líquida, que é a comida líquida. Ai, me dava um mal-estar, fraqueza, tonteira, mas normal”* Cravo (50 anos). Percebe-se também, além das dificuldades, a existência de preocupações em relação a “controlar” a alimentação, pautada no medo de se voltar ao corpo de antes: *“A minha relação com a comida, e ainda, apesar da realização da cirurgia... porque eu fiz a cirurgia no estômago*

e não na cabeça, embora ainda seja assim. Então, é uma luta constante de reeducar nessa parte”. Eu tenho muito medo de voltar ao corpo que eu era. Então, eu era muito feia. Então, eu procuro me controlar muito” Iris (37 anos).

Devido às restrições físicas impostas pela cirurgia, as mulheres precisam aprender novas formas de se alimentar e de se relacionar com a comida. Levando em consideração que comer é uma das necessidades mais básicas do ser humano, e que historicamente ocupa um lugar no espaço e no tempo destes, o ato de comer não é apenas uma decisão diária, mas envolve decisões de todo momento do que, como e quando comer. Este ato envolve ainda desejos, sensações, fomes e ansiedades, além de uma contínua construção do gosto alimentar, que as vezes desestruturam suas vidas (Santos, 2006). Silva *et al.* (2018) pontua que o desejo de transformar o corpo e ser reinserido socialmente interfere nas relações dos indivíduos com a comida, podendo transformá-la em uma “patologização do comer”, que se apresenta pelo controle constante dos desejos, sensações, fomes e ansiedades (Santos, 2006). O que passa a importar é o cuidado diário do corpo, o equilíbrio entre ingestão e excreção, a magreza é o critério básico para o corpo (Vigarello, 2012).

As expectativas futuras

Em relação as expectativas futuras com a cirurgia bariátrica, destaca-se o desejo quase que exclusivo de se perder mais peso: *“Eu me vejo bem mais magra do que eu tô. Assim, e acho que espero está mais feliz comigo e estar mais realizada” Hibisco (44 anos); “Ah... eu quero tá bem mais magra. Bem em forma, saudável. Tá do jeito que eu quero. Mesmo sem as plásticas” Margarida (34 anos); “Quero me ver bem magra. Quero ver disposto, sem essas pelancas... isso é gordura que ainda tem. Quero ver acabar com essas, quero ficar pelo menos mais notável” Violeta (50 anos).* Com essas falas é possível apreender novamente que a perda de peso é a protagonista das expectativas e dos desejos inerentes a cirurgia, ao passo em que expectativas com melhorias na saúde saem de cena. A forte pressão exercida sobre o corpo da mulher já não é recente, desde meados do século XIX os periódicos de moda associavam seus produtos de vestimenta a juventude e magreza, e hoje, percebemos o desejo nestas mulheres, de se tornar cada vez mais magras, para adquirir jovialidade, poder de compra e pertencerem a uma sociedade que exige delas um padrão – o corpo magro (Vigarello, 2012).

Conclusão

O presente estudo, ao investigar as representações da obesidade, da cirurgia bariátrica e do processo de emagrecimento, entre mulheres que realizaram cirurgia bariátrica, verificou que surgiram ideias voltadas para a estigmatização do indivíduo com obesidade, como alguém que é incapaz de exercer as atividades do dia-a-dia, que come excessivamente e que não é digno de estar nos ambientes comuns aos demais seres humanos.

Uma vez que a obesidade é uma condição que cursa com repercussões negativas na saúde física e mental dos sujeitos, com preconceitos, estigmas e dificuldades enfrentadas pelos que possuem um corpo gordo em um meio social que valoriza apenas o corpo magro, a cirurgia bariátrica surge como uma forma de tratamento eficaz para a obesidade. Percebe-se que a decisão pela cirurgia bariátrica se pauta nas vivências cotidianas dos sujeitos, que acabam por interiorizar um ideal de corpo capaz de reinseri-los na sociedade, para que sejam capazes de alcançar a verdadeira felicidade e completude. Nesse momento, as complicações de saúde e limitações físicas associadas a obesidade grave também entram como pauta na decisão pela cirurgia.

Com o emagrecimento e o novo corpo conquistados com a cirurgia bariátrica, percebe-se que a valorização se focaliza quase que exclusivamente nas melhorias com a aparência, como forma de se alcançar felicidade, estabelecer novas relações, ter uma nova vida, ser reinseridos na sociedade, e por fim, se aproximar um pouco do corpo exigido pelo padrão de beleza, ficando a saúde fica em segundo plano nesse momento.

O corpo e a obesidade são assuntos complexo e demonstram ser um campo fértil para a compreensão dos acontecimentos relacionados a eles. Conversando com outros estudos semelhantes e atuais podemos perceber que as representações vistas aqui não são/foram criados/elaborados/pensadas por um indivíduo isoladamente, elas fazem parte de uma (re)apresentação, de um (re)pensamento, e por fim, de uma (re)criação.

Frente a este cenário, parece fundamental que aprofundemos nossas reflexões acerca do ideal de corpo, dos processos vivenciados pelos sujeitos e das constantes transformações das representações sociais, incluindo uma reavaliação dessas pacientes a longo prazo. À vista disso, é importante que os profissionais de saúde trabalhem essas questões corporais a partir de uma visão biopsicossocial e não apenas biomédica, fomentando reflexões que amparem todas as pluralidades e possibilidades do ser humano e problematizando o uso abusivo da cirurgia bariátrica. Por fim, destacamos ainda, a importância da compreensão do campo

representacional que o corpo adquire na vida desses sujeitos, e como cirurgias de modificação corporal vem para transformar suas vidas e das pessoas a sua volta.

Referências

- Andrade, C. G. C. & Lobo, A. (2014). Perda de peso no primeiro mês pós-gastroplastia seguindo evolução de dieta com introdução de alimentos sólidos a partir da terceira semana. *ABCD Arq Bras Cir Dig*, 27(1): 13-16.
- Arasaki, C.H. (2005). Cirurgia bariátrica para tratamento da obesidade. In: Claudino, A.M.; Zanella, M.T.(Coord). Guia de transtornos alimentares e obesidade. São Paulo: Manole, 287-296.
- Barbosa M. R, Matos P. M & Costa M. E. (2011). Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. *Psicologia & Sociedade*; 23(1):24-34
- Bardin, Laurence. (1977 – 2011). Análise de conteúdo. Edições 70, Lisboa.
- Campos, M. T. A., Cecílio, M. S., e Penaforte, F. R. O. (2016). Corpo-vitrine, ser mulher e saúde: produção de sentidos nas capas da Revista Boa Forma. *Demetra*; 11(3); 611-628 611.
- Campos S. S, Ferreira F. R, Seixas C. M. & Wollz L. E. B. (2016). Gordinha da Silva: análise discursiva acerca do corpo feminino considerado gordo no universo dos blogs. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*; 11(3):629-642).
- Carvalho, A. S. & Rosa, R. S. (2018). Cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde em residentes da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sol, 2010-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 27(2), 1-10.
- Carvalho, T. S., Vasconcelos, F. C. & Carvalho, M. D. B. M. (2016). Análise do histórico de métodos de emagrecimento dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em um hospital público de Belém-PA. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 10(55), 4-11.
- Chacko, S. A., Yeh, G. Y., Davis, R. B., & Wee, C. C. (2016). A mindfulness-based intervention to control weight after bariatric surgery: Preliminary results from a randomized controlled pilot trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 28, 13-21.
- Diez-Garcia, R. W. (1994). Representações Sociais da comida no meio urbano: algumas considerações para o estudo dos aspectos simbólicos da alimentação. *Revista Cadernos de Debate*, 2(1); 12-40.

- Ehrenbrink, P. P., Pinto, E. E. P., & Prando, F. L. (2009). Um novo olhar sobre a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares. *Psicologia Hospitalar*, 7(1), 88-105.
- Fagundes, M. A. B. G., Caregnato, R. C. A. & Silveira, L. M. O. B. (2016). Variáveis psicológicas associadas à cirurgia bariátrica. *Aletheia*, 49(2), 47-54.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J. & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, 24(1), 17-27.
- Gracia-Arnaiz M. (2013). Thou shalt not get fat: medical representations and self-images of obesity in a mediterranean society. *Health*; 5(7):1180-1189
- Hirschle, T. M. R.; Maciel, S. C., & Amorim, G. K. (2018). Representações Sociais sobre o Corpo e Satisfação sexual de mulheres mastectomizadas e seus parceiros. *Temas em Psicologia*, 26(1), 457-468.
- Jesus, A. D., Barbosa, K. B. F., Souza, M. F. C. & Conceição, A. M. S. (2017). Comportamento alimentar de pacientes de pré e pós-cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 11(63), 187-196.
- Jodelet, D. (2005). *Loucura e Representações sociais*. Petrópolis: RJ: Vozes.
- Le Breton, D. (2012). *A sociologia do corpo*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Marek, R. J., Tarescavage, A. M., Bem-Porath, Y. S., Ashton, K., Heinberg, L. J., & Rish, J. M. (2017). Associations between psychological test results and failure to proceed with bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 13 (3), 507-513.
- Moscovici, S. (2012). *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. Editado por Gerard Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. 9. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes.
- Mushquash, A. R., & McMahan, M. (2015). Dialectical behavior therapy skills training reduces binge eating among patients seeking weight-management services: preliminary evidence. *Eating and Weight Disorders*, 20 (3), 415-418
- Nascimento, C. A. D., Bezerra, S. M. M. S. & Angelim, E. M. S. (2013). Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 193-201.
- Neves, A. S. & Mendonça, A. L. O. (2014). Alterações na identidade social do obeso: do estigma ao fat pride. *Demeira*, 9(3); 619-631.
- Oliveira, D. M., Merighi, M. A. B. & Jesus, M. C. P. (2014). A decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica à luz da fenomenologia social. *Revista Esc. Enfermagem USP*, 48(6), 970-976.

- Oliveira, L. S. F., Filho, M. L. M., Venturini, G. R. O., Castro, J. B. P. & Ferreira, M. E. C. (2018). Repercussões da cirurgia bariátrica na qualidade de vida de pacientes com obesidade: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 12(69), 47-58.
- Penaforte, F. R. O., Matta, N. C. & Japur, C. C. (2016). Associação entre estresse e comportamento alimentar em estudantes universitários. *Demetra*, 11(1); 225-237.
- Pinho, L. F. P. & Barbosa, F. C. (2017). Ditadura da beleza: a cirurgia bariátrica como métodos de alcance do padrão corporal estabelecido pela sociedade. *Revista Brasileira de ciências da vida*, 5(3), 1-22.
- Polivy J. & Herman C. P. (2007). An evolutionary perspective on dieting. *Appetite*; 47:30-35;
- Polivy J. & Herman C. P. (1999). Distress and eating: why do dieters overeat? *Int. J. Eat. Disord.*; 26(2):153-164.
- Polivy J. (1996). Psychological consequences of food restriction. *J. Am. Diet Assoc.*; 96:589-592.
- Santana, J. T. & Oliveira, J. D. (2014). A importância do acompanhamento nutricional e psicológico no pré e pós operatório de cirurgia bariátrica. Trabalho apresentado para obtenção do título de bacharel em nutrição da Universidade Tiradentes. Aracaju.
- Santos, L. A. S. (2006). *O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador-Bahia*. Tese apresentada à banca examinadora da Pontífica Universidade Católica de São Paulo.
- Santos, E. M. C., Burgos, M. G. P. A., & Silva, S. A. (2006). Perda ponderal após a cirurgia bariátrica de Fobi-Capella: realidade de um hospital universitário do nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 21(3), 188-192.
- Schomer E. Z & Kachani A. T. (2010). Imagem corporal. In: Córdas T. A & Kachani A. T. *Nutrição em psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Seixas C. M, & Lucena B. B. (2016). O mundo não é um spa: sobre a ética do desejo na clínica da obesidade In: Prado SD. et al. Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede. Rio de Janeiro: EDUERJ, 279-296.
- Silva, A. F. S., Neves, L. S., Japur, C. C., Penaforte, T. R. & Penaforte, F. R. O. (2018). Construção imagético-discursiva da beleza corporal em mídias sociais: repercussões na percepção sobre o corpo e o comer dos seguidores. *Demetra*; 13(2); 395-411.
- Silva, C. & Faro, A. (2015). Significações relacionadas à cirurgia bariátrica: estudo no pré e pós-operatório. *Salud & Sociedad*; 6(2); 156-169.

- Silva, C. D. A., Figueira, M. A., Maciel, M. C. S. P. G., Gonçalves, R. L. & Sanchez, F. F. (2017). Perfil clínico de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 11(64), 211-216.
- Soares, S. P. (2017). *Uma análise da cirurgia bariátrica à luz da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: não-discriminação e não-estigmatização da pessoa com obesidade mórbida*. Tese apresentada ao Programa9 de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.
- Tarrant, M., Khan, S. S., Farrow, C. V., Shah, P., Daly, M., & Kos, K. (2017). Patient experiences of a bariatric group programme for managing obesity: A qualitative interview study. *The British psychological society*, 22, 77-93.
- Vigarello, G. (2012). *As metamorfoses do gordo: história da obesidade no ocidente: da Idade Média ao século XX*. Petrópolis, RJ.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Foi possível observar com os dois estudos realizados, que ambos contribuíram com uma visão atualizada da psicologia, no que tange a temática obesidade, corpo e cirurgia bariátrica. A complexidade envolvida na temática corporal, mais especificamente sobre obesidade, fica evidente quando se estuda intervenção, assim como seus desfechos em diferentes populações com excesso de peso. A partir dessas considerações destaca-se a importância dos serviços de saúde implementarem e/ou aprimorem programas de intervenção psicológica antes e após a cirurgia bariátrica, com vistas a oferecer um cuidado psicológico adequado a essa população, que é cada vez mais crescente.

Advertimos, ainda, que a obesidade se apresenta como uma condição que causa muito sofrimento no indivíduo. Sofrimento físico, por questões de saúde, e sofrimento psíquico, por questões de ordem social, que são os preconceitos e estigmas enfrentados no meio social em que vivem. Vale destacar a importância de se olhar para essas questões com cuidado, a fim de que não sejam reproduzidos (pré)conceitos sem algum tipo de questionamento ou reflexão, haja vista que estamos inseridos numa sociedade que atua sobre nós ao mesmo modo que atuamos sobre ela.

Na presente pesquisa, não abordamos a questão da construção das representações sociais, por não ser o objetivo da investigação. No entanto, aproveitaremos outros espaços para tratar dessa discussão com as possibilidades e leituras cabíveis. Recomendamos, ainda, que futuras pesquisas fiquem atentas na apreensão dos discursos, contextualizando o mesmo no processo e no ambiente em que está inserido.

A partir destas considerações, podemos destacar a relevância do presente estudo, que permitiu agregar discussões no campo das representações sociais, da atuação e percepção de profissionais da psicologia que atuam na cirurgia bariátrica, assim como nas percepções e experiências de pacientes que buscaram o tratamento cirúrgico para a obesidade.

REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

- Abilés, V., Rodriguez-Ruiz, S., Abilés, J., Luna, V., Martín, F., Gandara, N. & Fernandez-Santaella, M. C. (2013). Effectiveness of cognitive behavioral therapy on weight loss after two years of bariatric surgery in morbidly obese patients. *Nutricion Hospitalaria*, 28(5), 1109-14.
- Akamine, A. M. B. C. & Ilias, E. J. (2013). Por que avaliação e preparo psicológicos são necessários para o paciente candidato à cirurgia bariátrica? *Rev. Assoc. Med. Bras.*; 59(4): 316-3017.
- Almeida, G. A. N., Giampietro, H. B., Belarmino, L. B., Moretti, L. A., Marchini, J. S., & Ceneviva, R. (2011). Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. *ABCD Arq Bras Cir Dig*, 24(3), 226-231.
- Almeida, S. S.; Zanatta, D. P. & Rezende, F. F. (2012). *Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica*. Estudos de Psicologia.
- Andrade, C. G. C. & Lobo, A. (2014). Perda de peso no primeiro mês pós-gastroplastia seguindo evolução de dieta com introdução de alimentos sólidos a partir da terceira semana. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 27(1): 13-16.
- Arasaki, C.H. (2005). Cirurgia bariátrica para tratamento da obesidade. In: Claudino, A.M.; Zanella, M.T.(Coord). Guia de transtornos alimentares e obesidade. São Paulo: Manole, 287-296.
- Barbosa, M. R.; Matos, P. M. & Costa, M. E. (2011). Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. *Psicologia & Sociedade*; 23(1): 24-34.
- Bardin, Laurence. (1977 – 2011). Análise de conteúdo. Edições 70, Lisboa.
- Benedetti, C. (2003). *De obeso a magro: a trajetória psicológica*. São Paulo: Vetor Editora.
- Bradley, L. E., Forman, E. M., Kerrigan, S. G., Goldstein, S. P., Butryn, M. L., Thomas, J. G., Herbert, J. D., & Sarwer, D. B. (2017). Project HELP: a Remotely Delivered Behavioral Intervention for Weight Regain after Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 27 (3), 586-598.
- Bradley, L. E., Sarwer, D. B., Forman, E. M., Kerrigan, S. G., Butryn, M. L., & Herbert, J. D. (2016). A survey of bariatric surgery patients interest in postoperative interventions. *Obesity Surgery*, 26(2), 332-8.
- Campos, M. T. A., Cecílio, M. S., e Penaforte, F. R. O. (2016). Corpo-vitrine, ser mulher e saúde: produção de sentidos nas capas da Revista Boa Forma. *Demetra*; 11(3); 611-628 611.
- Campos S. S, Ferreira F. R, Seixas C. M. & Wollz L. E. B. (2016). Gordinha da Silva: análise discursiva acerca do corpo feminino considerado gordo no universo dos blogs. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*; 11(3):629-642).

- Carvalho, A. S. & Rosa, R. S. (2018). Cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde em residentes da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sol, 2010-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 27(2), 1-10.
- Carvalho, T. S., Vasconcelos, F. C. & Carvalho, M. D. B. M. (2016). Análise do histórico de métodos de emagrecimento dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em um hospital público de Belém-PA. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 10(55), 4-11.
- Cassimiro, E. S.; Galdino, F. F. S. & Sá, G. M. (2012). As concepções de corpo construídas ao longo da história ocidental: da Grécia Antiga à contemporaneidade. *Metávoia*, São João Del-Rei/MG, n. 14.
- Cassin, S. E., Sockalingam, S., Du, C., Wnuk, S., Hawa, R., & Parikh, S. V. (2016). A pilot randomizes controlled trial of telephone-based cognitive behavioral therapy for preoperative bariatric surgery patients. *Behavioral Res Ther*, 80, 17-22.
- Chacko, S. A., Yeh, G. Y., Davis, R. B., & Wee, C. C. (2016). A mindfulness-based intervention to control weight after bariatric surgery: Preliminary results from a randomized controlled pilot trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 28, 13-21.
- Conceição, E. M., Machado, P. P., Vaz, A. R., Pinto-Bastos, A., Ramalho, S., Silva, C., & Arrojado, F. (2016). APOLO-Bari, an internet-based program for longitudinal support of bariatric surgery patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 114.
- Cranwell, J., & Seymour-Smith, S. (2012). Monitoring and normalising a lack of appetite and weight loss. A discursive analysis of an online support group for bariatric surgery. *Appetite*, 58 (3), 873-881.
- Diez-Garcia, R. W. (1994). Representações Sociais da comida no meio urbano: algumas considerações para o estudo dos aspectos simbólicos da alimentação. *Revista Cadernos de Debate*, 2(1); 12-40.
- Ehrenbrink, P. P., Pinto, E. E. P., & Prando, F. L. (2009). Um novo olhar sobre a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares. *Psicologia Hospitalar*, 7(1), 88-105.
- Eknoyan, G. (2006). A history of obesity, ou how what was good became ugly and then bad. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 13(4), 421-427.
- Evangelista, A. P. (2013). Obesidade é problema de saúde pública e das ETSUS. *Ret-SUS*, 19-21.
- Fagundes, M. A. B. G., Caregnato, R. C. A. & Silveira, L. M. O. B. (2016). Variáveis psicológicas associadas à cirurgia bariátrica. *Aletheia*, 49(2), 47-54.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J. & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, 24(1), 17-27.

- Francisco, L. V. & Diez-Garcia, R. W. (2015) Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos. *Demetra*; 10(3); 705-716.
- Franques, A. R. M. (2002). Participação do psiquiatra e do psicólogo no perioperatório: a participação do psicólogo. In: Garrido, A. B., Jr. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu.
- Gade, H., Friberg, O., Rosenvinge, J. H., Smastuen, M. C., & Hjelmessaeth, J. (2015). The Impact of a Preoperative Cognitive Behavioural Therapy (CBT) on Dysfunctional Eating Behaviours, Affective Symptoms and Body Weight 1 Year after Bariatric Surgery: A Randomised Controlled Trial. *Obesity Surgery*, 25(11), 2112-9.
- Gade, H., Hjelmessaeth, J., Rosenvinge, J. H., & Friberg, O. (2014). Effectiveness of a cognitive behavioral therapy for dysfunctional eating among patients admitted for bariatric surgery: a randomized controlled trial. *Journal of obesity*, 14, 1-6.
- Gonçalves, S. D., & Miranda, L. L. (2012). Biopolítica e confissão: cenas do grupo terapêutico com pacientes obesos. *Psicologia & Sociedade*, 24, 94-103.
- Gracia-Arnaiz M. (2013). Thou shalt not get fat: medical representations and self-images of obesity in a mediterranean society. *Health*; 5(7):1180-1189
- Heinzemann, F. L., Romani, P. F., Lessa, A. S., Silva, M. S., & Strey, M. N. (2014). A tirania da moda sobre o corpo: submissão versus subversão feminina. *Revista Subjetividade, Fortaleza*, 14(2): 297-305.
- Himes, S. M., Grothe, K. B., Clark, M. M., Swain, J. M., Collazo-Clavell, M. L., & Sarr, M. G. (2015). Stop Regain: A Pilot Psychological Intervention for Bariatric Patients Experiencing Weight Regain. *Obesity Surgery*, 25 (5), 922-927.
- Hirschle, T. M. R.; Maciel, S. C., & Amorim, G. K. (2018). Representações Sociais sobre o Corpo e Satisfação sexual de mulheres mastectomizadas e seus parceiros. *Temas em Psicologia*, 26(1), 457-468.
- Hollywood, A., Ogden, J., & Pring, C. (2012). The impact of a bariatric rehabilitation service on weight loss and psychological adjustment - Study protocol. *BMC Public Health*, 12 (275), 1-5.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2010). *Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009: Aquisição alimentar domiciliar per capita*. Rio de Janeiro.
- International Obesity Taskforce (IOT) (2009). Strategic plan for IOTF. Acessado em < http://www.worldobesity.org/site_media/uploads/IOTF_Strategic_Plan_-_August_2010_11_08_10_pdf.pdf > disponível em 04/03/2017.
- Jesus, A. D., Barbosa, K. B. F., Souza, M. F. C. & Conceição, A. M. S. (2017). Comportamento alimentar de pacientes de pré e pós-cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 11(63), 187-196.

- Karlsen, T. I., Lund, R. S., Roislien, J., Tonstad, S., Natvig, G. K., Sandbu, R., & Hjelmessaeth, J. (2013). Health related quality of life after gastric bypass or intensive lifestyle intervention: a controlled clinical study. *Health and quality life outcomes*, 11(17), 1-10.
- Konttinen, H., Peltonen, M., Sjostrom, L., Carlsson, L., & Karlsson, J. (2015). Psychological aspects of eating behavior as predictors of 10-y weight changes after surgical and conventional treatment of severe obesity: results from the Swedish Obese Subjects intervention study. *Journal American Clinic Nutrition*, 101(1), 16-24.
- Le Breton, D. (2012). *A sociologia do corpo*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lester, E. B., Gerstein, L. H., Nicholas, D. R., & Hilgendorf, W. A. (2014). Adoption of recommended eating behaviors following bariatric surgery: Predicting group membership. *Bariatric surgical practice and patient care*, 9(4), 134-142.
- Lier, H. O., Biringer, E., Stubhaug, B., & Tangen, T. (2012). The impact of preoperative counseling on postoperative treatment adherence in bariatric surgery patients: a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 87(3), 336-42.
- Machado, M. G. (2011) A obesidade para o obeso: uma leitura psicanalítica. Dissertação, Belo Horizonte.
- Magdaleno, R., Jr., Chaim, E. A., & Turato, E. R. (2009). Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. *Rev Psiquiatr*, 31(1), 73-78.
- Marek, R. J., Tarescavage, A. M., Bem-Porath, Y. S., Ashton, K., Heinberg, L. J., & Rish, J. M. (2017). Associations between psychological test results and failure to proceed with bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 13 (3), 507-513.
- Melero, Y., Ferrer, J. V., Sanahuja, A., Amador, L., & Hernando, D. (2014). Psychological changes in morbidly obese patients after sleeve gastrectomy. *Cirurgia Espanola*, 92(6), 404-409.
- Ministério da Saúde. (2017). *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito por telefônico*. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Prisma Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*, 6(7), 1-9.
- Moscovici, S. (2012). *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. Editado por Gerard Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. 9. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes.
- Murguía, S. M., Sierra, V. A., & Tamayo, M. T. (2014). Cognitive behavioral group intervention for weight loss and quality of life in patients candidates for Bariatric surgery. *Acta Colombiana de Psicologia*, 17 (1), 25-34.

- Mushquash, A. R., & McMahan, M. (2015). Dialectical behavior therapy skills training reduces binge eating among patients seeking weight-management services: preliminary evidence. *Eating and Weight Disorders*, 20 (3), 415-418.
- Nascimento, C. A. D., Bezerra, S. M. M. S., & Angelim, E. M. S. (2013). Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 193-201.
- Neves, A. S. & Mendonça, A. L. O. (2014). Alterações na identidade social do obeso: do estigma ao fat pride. *Demeira*, 9(3); 619-631.
- Ogden, J., Hollywood, A., & Pring, C. (2015). The Impact of Psychological Support on Weight Loss Post Weight Loss Surgery: a Randomized Control Trial. *Obesity Surgery*, 25 (3), 500-505.
- Oliveira, D. M., Merighi, M. A. B., & Jesus, M. C. P. (2014). A decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica à luz da fenomenologia social. *Rev Esc Enferm*, 48(6), 970-6.
- Oliveira, L. S. F., Filho, M. L. M., Venturini, G. R. O., Castro, J. B. P. & Ferreira, M. E. C. (2018). Repercussões da cirurgia bariátrica na qualidade de vida de pacientes com obesidade: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 12(69), 47-58.
- Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura. (2017). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional: Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición*. Santiago: La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y la Organización Panamericana de la Salud.
- Penaforte, F. R. O., Matta, N. C. & Japur, C. C. (2016). Associação entre estresse e comportamento alimentar em estudantes universitários. *Demetra*, 11(1); 225-237.
- Pinho, L. F. P. & Barbosa, F. C. (2017). Ditadura da beleza: a cirurgia bariátrica como métodos de alcance do padrão corporal estabelecido pela sociedade. *Revista Brasileira de ciências da vida*, 5(3), 1-22.
- Polivy J. & Herman C. P. (1999). Distress and eating: why do dieters overeat? *Int. J. Eat. Disord.*; 26(2):153-164.
- Polivy J. & Herman C. P. (2007). An evolutionary perspective on dieting. *Appetite*; 47:30-35;
- Polivy J. (1996). Psychological consequences of food restriction. *J. Am. Diet Assoc.*; 96:589-592.
- Santana, J. T. & Oliveira, J. D. (2014). A importância do acompanhamento nutricional e psicológico no pré e pós operatório de cirurgia bariátrica. Trabalho apresentado para obtenção do título de bacharel em nutrição da Universidade Tiradentes. Aracaju.
- Santos, C. M. C., Pimenta, C. A. M., & Nobre, M. R. C. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 15(3), 508-511.

- Santos, E. M. C., Burgos, M. G. P. A., & Silva, S. A. (2006). Perda ponderal após a cirurgia bariátrica de Fobi-Capella: realidade de um hospital universitário do nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 21(3), 188-192.
- Santos, L. A. S. (2006). *O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador-Bahia*. Tese apresentada à banca examinadora da Pontífica Universidade Católica de São Paulo.
- Santos, M. A.; Diez-Garcia, R. W. & Santos, M. L. (2015). A sujeição aos padrões corporais culturalmente construídos em mulheres de baixa renda. *Demetra*; 10(4); 761-774.
- Sarriera, J. C., Silva, M. A., Pizzinato, A., Zago, C. U., & Meira, P. (2004). Intervenção psicossocial e algumas questões éticas e técnicas. In: Sarriera, J. C. (Ed.), *Psicologia comunitária: Estudos atuais* (2a ed., pp. 19-41). Porto Alegre, RS: Sulina.
- Schomer E. Z & Kachani A. T. (2010). Imagem corporal. In: Córdas T. A & Kachani A. T. *Nutrição em psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Seixas C. M., & Lucena B. B. (2016). O mundo não é um spa: sobre a ética do desejo na clínica da obesidade In: Prado SD. et al. *Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 279-296.
- Sharman, M. J., Venn, A. J., Jose, K. A., Williams, D., Hensher, M., Palmer, A. J., Wilkinson, S., & Ezzy, D. (2017). The support needs of patients waiting for publicly funded bariatric surgery - implications for health service planners. *Clinical obesity*, 7 (1), 46-53.
- Silva, A. F. S., Neves, L. S., Japur, C. C., Penaforte, T. R. & Penaforte, F. R. O. (2018). Construção imagético-discursiva da beleza corporal em mídias sociais: repercussões na percepção sobre o corpo e o comer dos seguidores. *Demetra*; 13(2); 395-411.
- Silva, C. & Faro, A. (2015). Significações relacionadas à cirurgia bariátrica: estudo no pré e pós-operatório. *Salud & Sociedad*; 6(2); 156-169.
- Silva, C. D. A., Figueira, M. A., Maciel, M. C. S. P. G., Gonçalves, R. L. & Sanchez, F. F. (2017). Perfil clínico de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 11(64), 211-216.
- Silva, S. S. P. & Maia, A. C. (2013). Psychological and health comorbidities before and after bariatric surgery: a longitudinal study. *Trends Psychiatry Psychother*.
- Smith, L. L., Larkey, L., Celaya, M. C., & Blackstone, R. P. (2014). Feasibility of implementing a meditative movement intervention with bariatric patients. *Applied Nursing Research*, 27 (4), 231-236.
- Soares, S. P. (2017). *Uma análise da cirurgia bariátrica à luz da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: não-discriminação e não-estigmatização da pessoa com*

- obesidade mórbida*. Tese apresentada ao Programa9 de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. (2017). Recuperado em 05 abril, 2018, de <https://www.sbcbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-cresce-75-em-2016/>
- Souza, K. O., & Johann, R. L. V. O. (2014). Cirurgia bariátrica e qualidade de vida. *Psicol. Argum*, 32(79), 155-164.
- Tae, B., Pelaggi, E. R., Moreira, J. G., Waisberg, J. Matos, L. L. & D'Elia, G. (2014). O impacto da cirurgia bariátrica nos sintomas depressivos e ansiosos, comportamento bulímico e na qualidade de vida. *Rev. Col. Bras. Cir.*
- Tarrant, M., Khan, S. S., Farrow, C. V., Shah, P., Daly, M., & Kos, K. (2017). Patient experiences of a bariatric group programme for managing obesity: A qualitative interview study. *The British psychological society*, 22, 77-93.
- Ulian, M.D.; Gualano, B.; Benatti, F.B.;Campos-Ferraz, P. L.; Roble, O.J.; Modesto, B.T.; Medeiros, G.T.; Unsain, R.F.; Sato, P.M; Poppe, A.C.M. (2016). Eu tenho um corpo gordo, e agora? Relatos de mulheres obesas que participaram de uma intervenção não prescritiva, multidisciplinar e baseada na abordagem “Health at EverySize”. *Demetra*; 11(3); 697-722.
- Vasconcelos, P. O., & Costa, S. B. C., Neto. (2008). Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. *Psico*, 39(1), 58-65.
- Venzon, C. N., & Alchieri, J. C. (2014). Indicadores de compulsão alimentar periódica em pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Psico*, 45(2), 239-249.
- Vigarello, G. (2012). *As metamorfoses do gordo: história da obesidade no Ocidente: da Idade Média ao século XX*. Tradução de Marcus Penchel. Petrópolis: Vozes.
- Won, E. J., Tran, T. T., Rigby, A., & Rogers, A. M. (2014). A comparative study of three-year weight loss and outcomes after laparoscopic gastric bypass in patients with "yellow light" psychological clearance. *Obesity Surgery*, 24(7), 1117-1119.
- World Health Organization (2009). *Obesity and Overweight*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva: WHO.
- Zhang, M. W. B., Ho, R. C. M., Cassin, S. E., Hawa, R., & Sockalingam. (2015). Online and smartphone based cognitive behavioral therapy for bariatric surgery patients: Initial pilot study. *Technology and Health Care*, 23 (6), 737-744.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE ESCLARECIMENTO

(Para participantes da Cirurgia Bariátrica)

TÍTULO DO PROJETO: “Representações sociais da obesidade e do processo de emagrecimento em pessoas que realizaram cirurgia bariátrica”.

JUSTIFICATIVA E OS OBJETIVOS DA PESQUISA:

Este estudo tem como objetivo compreender as representações sociais dadas pelos pacientes, que realizaram cirurgia bariátrica no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para a obesidade, para o processo de emagrecimento e para a cirurgia bariátrica. Sua participação, com o relato de suas vivências, irá contribuir tanto para o campo científico, quanto o social, para ampliar o olhar para a cirurgia bariátrica.

PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS E RISCOS:

Quando você aceitar a participar deste estudo, será realizada uma entrevista semiestruturada, seguindo um roteiro previamente elaborado pela pesquisadora com perguntas que buscam a forma livre de respostas, com duração média de uma hora e meia, a qual será gravada em gravador e transcrita posteriormente na íntegra. O conteúdo das entrevistas será posteriormente analisado baseado na literatura da área de saúde. É importante informar que o conteúdo será mantido em pleno sigilo pela pesquisadora, sem a revelação do nome ou de qualquer outra informação que possa te identificar.

BENEFÍCIOS DIRETOS PARA O PARTICIPANTE:

Essa pesquisa não possui benefícios diretos e imediatos, mas benefícios a médio e longo prazo, pois compreender as representações sociais da obesidade e do processo de emagrecimento em pessoas que realizaram cirurgia bariátrica pode contribuir para aprimorar a abordagem a esses indivíduos pelos profissionais da saúde nesse campo de atuação.

RISCOS E RESPECTIVAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CORRETIVAS:

Você não correrá riscos ao participar do estudo, qualquer incômodo poderá ser relatado, que estarei sempre pronta para ouvir você. É importante ressaltar a responsabilidade

do pesquisador para evitar de todas as maneiras éticas disponíveis que os desconfortos aconteçam. Não haverá perda de confidencialidade e os possíveis desconfortos que possam surgir serão acolhidos pelos pesquisadores.

BASES DA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA, CONFIDENCIALIDADE E CUSTOS:

A sua participação não é obrigatória, e em qualquer momento da pesquisa você poderá recusar, ou cancelar sua participação, sem que haja prejuízos para o seu tratamento e/ou cuidado. Sua participação não envolve gastos financeiros, nem irá gerar pagamento ou gratificações. Você poderá obter informações sobre o estudo em qualquer momento e todas as informações que dele advirem serão mantidas sobre sigilo e protegidas por códigos.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador(es):

Nome: Fernanda Rodrigues Oliveira Penaforte –

E-mail: fernandaropenaforte@gmail.com

Telefone: (34) 33185000

Endereço: Rua Frei Paulino, 30 –Abadia - Uberaba/MG

Pesquisador(es):

Nome: Taiane Freitas Lima

E-mail: taianefreitaslima@hotmail.com

Telefone: (34) 99814-0464

Endereço: Rua Alfén Paixão 559, Mercês – Uberaba/MG

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DO PROJETO: “Representações Sociais da obesidade e do processo de emagrecimento em pessoas que realizaram cirurgia bariátrica”.

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que

sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento/serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, “Representações Sociais da obesidade e do processo de emagrecimento em pessoas que realizaram cirurgia bariátrica”, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador assistente

Nome e telefone das pesquisadoras:

Fernanda Rodrigues Oliveira Penaforte – Telefone: (34) 33185000

Taiane Freitas Lima - Telefone: (34) 99814-0464

Apêndice B - Roteiro de Entrevista Semiestruturado

Roteiro da entrevista semiestruturada

1ª. parte:

Nome:

Idade:

Local de residência:

Tem filhos? quantos?

Estado civil:

Renda familiar:

Religião:

Escolaridade:

Profissão/ocupação:

Situação empregatícia:

Local de realização da cirurgia:

IMC antes da cirurgia:

IMC após a cirurgia:

2ª. parte:

1- Me fala um pouco da sua história de vida.

Excesso de peso

- Como ocorreu o seu aumento de peso?
- Por quanto tempo você viveu com excesso de peso?
- Como era viver com o excesso de peso? De que forma ela repercutia em seu cotidiano e em seu convívio com as pessoas?
- O que significa para você, hoje, o excesso de peso?

Cirurgia bariátrica

- Quando surgiu a possibilidade ou a necessidade da cirurgia bariátrica?
- Em relação a cirurgia bariátrica, como se deu a sua decisão?
- Como foi a sua decisão em relação aos familiares, amigos, marido/esposa, filhos, etc?
- Você chegou conhecer experiências de outras pessoas? Como foram?
- Houve algum tipo de preparo para a cirurgia bariátrica? Quais foram e como foi esse preparo?

- Como foi a avaliação/preparo psicológico para a cirurgia?
- O que você considerou mais importante nesse processo de decisão/preparação?
- Aqui no HC existe uma lista, e eles chamam de acordo com ela para a cirurgia. Como foi a sensação quando te ligaram chamando para a cirurgia?
- Você faria a cirurgia novamente?
- Quais eram as expectativas com a cirurgia bariátrica? Quais foram realizadas? Quais não foram?
- Algo aconteceu após a cirurgia bariátrica que você não esperava? O que?

Processo de Emagrecimento

- Como tem sido a experiência de mudança do corpo, emagrecimento, como você se vê?
- 21- Após a cirurgia, como é o processo de comer?
- Sair?
- Se vestir?
- Se olhar no espelho?
- Estar com um parceiro?
- O que significa para você emagrecer?
 - Como você se sente hoje em relação ao seu peso e ao seu corpo?
 - Você percebeu mudanças no seu convívio social? Quais?
 - Gostaria de dizer mais alguma coisa?

ANEXOS

Anexo A


PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representações Sociais da obesidade e do processo de emagrecimento em pessoas que realizaram cirurgia bariátrica

Pesquisador: Fernanda Rodrigues de Oliveira Penaforte

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 71172217.5.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.284.820

Apresentação do Projeto:

Segundo a pesquisadora: "O corpo e os padrões de beleza

"Fique nu... mas que seja magro, bonito, bronzeado!" (Foucault, 1979, p. 147).

"A história do corpo humano é a história da civilização. Cada sociedade, cada cultura, age sobre o corpo determinando-o, constrói as particularidades do seu corpo, enfatizando determinados atributos em detrimento de outros, cria os seus próprios padrões" (Barbosa, Matos & Costa, 2011, p. 24).

Quando se fala em saúde, se fala ao mesmo tempo em um corpo. Assim, entender como o corpo vem sendo conceituado é importante para iniciarmos um estudo que o envolve. As concepções de corpo foram se transformando ao longo da história, de acordo com os objetivos de sua manipulação. Na Grécia Antiga valorizava-se a harmonia entre o intelecto e a beleza física e entendia-se que o condicionamento do corpo físico devia ocorrer na mesma medida que a busca pelo entendimento das coisas. Já na Idade Média, o corpo foi reprimido e censurado pela religião, já que a Igreja era a detentora do saber, e qualquer forma de manifestação corporal era considerada pecado. Na Modernidade, com os movimentos renascentistas da Europa, o homem passou a cultuar o próprio corpo. E por fim, na Contemporaneidade, o corpo está ligado ao sistema capitalista e ganha evidência através do marketing. A mídia se utiliza dos corpos para a

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-8778

E-mail: cep@pesqpg.ufmt.edu.br



Continuação do Parecer: 2.284.620

venda de produtos, e assim criam padronizações corporais (Cassimiro, Galdino & Sá, 2012).

A nossa existência corporal está inserida num contexto cultural e relacional, e através do corpo podemos expressar os efeitos das representações com as quais tivemos contato e nos comunicar com o outro. Nesse sentido, o corpo se mostra para além do biológico, sendo também forma de manifestação social, cultural, psicológica e religiosa. As construções relacionadas ao corpo são maleáveis e vão sendo moldadas e construídas de acordo com nossas relações sociais e com os contextos culturais, históricos, organizacionais e profissionais nos quais estamos inseridos (Ullian et al, 2016; Barbosa, Matos & Costa, 2011). Portanto, enquanto construção social, os padrões de corpos que são exigidos não são construções pessoais, mas uma imposição da sociedade, e refletem uma forma de domínio desta sociedade sobre os indivíduos (Cassimiro, Galdino & Sá, 2012).

Em contraste com o que vivenciamos hoje, a gordura já representou formosura, saúde e riqueza, especialmente na época em que a escassez de alimentos e a fome eram problemas regulares (Vigarello, 2012). Durante os tempos pré-históricos, a fome era o grande fardo da população, que dependia de plantas e da caça para sua alimentação. Dessa maneira, a seleção natural manteve os genótipos que melhor economizavam e armazenavam energia dos alimentos em forma de gordura. Aqueles que conseguiram armazenar a gordura com mais facilidade tinham vantagem diante das dificuldades em se encontrar alimento (Eknoyan, 2006). Assim, a obesidade significava poder, riqueza, admiração, abundância, fertilidade e elevação social (Machado, 2011).

A descoberta da agricultura e a domesticação de animais facilitaram o abastecimento alimentar. Com o advento da revolução industrial e agrícola e dos avanços tecnológicos, no século XVIII, houve aumento da oferta de alimentos (Eknoyan, 2006). Somado a isso, houve também mudanças no modo de trabalho, com a substituição do trabalho braçal por processos automatizados e semiautomatizados. Concomitantemente, a disponibilidade e o acesso aos alimentos cresceram, associado ao seu processamento pela indústria. Com isso, o padrão alimentar foi sendo redirecionado para o consumo de alimentos industrializados, ricos em sódio, açúcar e gorduras totais e saturadas. Essas alterações vivenciadas pelas sociedades ao longo do tempo favoreceram o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), especialmente a obesidade (Neves & Mendonça, 2014). Nesse novo contexto, os "genes econômicos", que frente a situações de escassez representavam algo vantajoso, passam a ser um dos fatores contribuintes para o desenvolvimento da obesidade (Eknoyan, 2006).

Com a mudança do contexto histórico e cultural, a concepção de corpo e beleza também se transformou. Antes vista como privilégio da nobreza, a obesidade deixa de ter seu encanto

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqg.uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 2.284.620

(Machado, 2011). Diante de tamanha abundância de alimentos, característica da era contemporânea, a obesidade passa a ser associada à inércia e ao descontrole, algo à beira da falha moral (Benedetti, 2003). O indivíduo com obesidade é visto como portador de um estigma e a discriminação ligada ao excesso de peso, nos Estados Unidos, aumentou cerca de 66% em dez anos (Francisco & Díez-García, 2015). Assim, pela perspectiva histórica, vê-se a construção social do "obeso maligno", na qual o sujeito está à mercê de julgamentos morais (Santos, Díez-García & Santos, 2015), ao mesmo tempo em que emerge a admiração e a valorização dos corpos magros, leves e delicados, que passam a ser vistos como sinônimo de beleza, controle e equilíbrio (Ullan et al, 2016).

Muito embora o cenário atual seja de supervalorização do corpo belo e magro, as elevadas prevalências de sobrepeso e de obesidade no Brasil e no mundo demonstram que vivenciamos uma situação bastante paradoxal (Heinzelmann et al, 2014). Ao mesmo tempo em que os meios de comunicação apresentam notícias, representações e expectativas que de um lado estimulam o uso de produtos e a adoção de práticas alimentares que privilegiam o corpo esguio e esbelto, estes mesmos meios também incitam o consumo de fast food, junk food e de alimentos altamente calóricos. Percebemos o lugar paradoxal no qual o corpo se insere no panorama atual, um campo de luta que abrange saberes, práticas e imaginário social (Serra & Santos, 2003).

Obesidade

Conceito e epidemiologia

A obesidade é definida pelo acúmulo excessivo de gordura no tecido adiposo que pode cursar com possíveis prejuízos na saúde, na qualidade e no tempo de vida (World Health Organization - WHO, 2016). Trata-se de uma doença crônica e de difícil controle, considerada como epidemia mundial e grave problema de saúde pública (Evangelista, 2013, WHO, 2009). Etimologicamente a palavra "obesidade" provém do latim "obedere", formada pelas raízes "-ob" (sobre, o que engloba) e "-edere" (comer), significando "aquele que come em excesso" (Francisco & Díez-García, 2015).

Dentre as doenças crônicas não-transmissíveis, a obesidade é considerada como a de maior incidência em todo o mundo (WHO, 2003). Antes reportada quase que exclusivamente em países desenvolvidos, hoje observa-se um crescimento globalizado na prevalência da obesidade, inclusive em países onde a fome é endêmica (WHO, 2009). De acordo com a WHO, de 1980 à 2014, a obesidade mundial mais que apresentavam sobrepeso e pelo menos 600 milhões estavam com obesidade, o que representa mais de 50,0% da população mundial adulta. O número de crianças acima de 5 anos com sobrepeso e obesidade já superou os 41 milhões em todo o mundo (WHO, 2014). Estimativas International Obesity Taskforce (IOT) apontam que, em 2025, a prevalência de

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
 Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-100
 UF: MG Município: Uberaba
 Telefone: (34)3700-6776 E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 2.284.820

obesidade pode chegar a 50,0% da população adulta nos EUA e a 20,0% no Brasil (IOT, 2009).

No Brasil, dados da mais recente Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF (2008 – 2009), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010) verificou que, entre os indivíduos adultos (acima de 20 anos) o excesso de peso foi diagnosticado em cerca de metade dos homens e das mulheres, e que o diagnóstico de obesidade foi feito em 12,5% dos homens e em 16,9% das mulheres. Entre os adolescentes (10 a 19 anos), o excesso de peso foi diagnosticado em cerca de 20,0% dos avaliados, em ambos os sexos. Quadros de obesidade corresponderam a cerca de 25,0% do total de casos de excesso de peso, também em ambos os sexos. Entre as crianças de 5 a 9 anos, o excesso de peso foi diagnosticado em cerca de 33,0% dos meninos e meninas, e a obesidade correspondeu a aproximadamente 33,0% do total de casos de excesso de peso no sexo feminino e a quase 50% no sexo masculino (IBGE, 2010).

É importante destacar a existência de algumas particularidades em relação as prevalências de sobrepeso e obesidade no Brasil, que podem variar de acordo com a condição socioeconômica ou região do país avaliada. No geral, a prevalência de excesso de peso foi maior nas regiões sul, sudeste e centro-oeste; nos domicílios urbanos e nas maiores faixas de renda. A relação do excesso de peso com a renda familiar foi curvilínea, sendo as maiores prevalências observadas nas classes intermediárias de renda (IBGE, 2010).

Avaliação e diagnóstico

A avaliação da obesidade pode ser realizada por diferentes métodos. Dentre as opções disponíveis, a forma mais amplamente utilizada para sua avaliação é feita por meio do Índice de Massa Corporal (IMC) (WHO, 1995). Este índice foi criado em 1835 por Adolphe Quetelet, que compilou seus estudos acerca das características do "homem normal", através da relação entre altura e peso, criando assim o Índice Quetelet, que posteriormente passou a ser denominado como Índice de Massa Corporal por Ancel Keys (Francisco & Diez-Garcia, 2015).

O cálculo do IMC é feito dividindo-se o peso do indivíduo, em quilogramas, pelo quadrado de sua altura, em metros (kg / m^2). Os pontos de corte para classificação do estado nutricional por meio do IMC propostos pela WHO (1998) são: IMC $< 18,5 \text{kg/m}^2$ - baixo peso; entre 18,5 e 24,9 kg/m^2 - eutrofia; entre 25,0 e 29,9 kg/m^2 - sobrepeso e acima de 30,0 kg/m^2 - obesidade.

O IMC é considerado um bom indicador para diagnóstico do estado nutricional, e sua utilização é largamente recomendada para avaliação e diagnóstico da obesidade por ser uma abordagem prática, rápida e de fácil realização, fornecendo uma medida mais precisa da gordura corporal total em comparação com a avaliação do peso corporal isoladamente (National Institute of Health,

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.284.620

1998). Todavia, ele apresenta algumas limitações, tais como não diferenciar a gordura corporal da massa livre de gordura (massa magra) e não avaliar a distribuição da gordura corporal. Para a obtenção de dados mais confiáveis em relação ao estado nutricional, é necessário conhecer a composição corporal, a quantidade de gordura e como ela se distribui no corpo. Dessa maneira, para uma avaliação mais refinada, é recomendado que se utilize o IMC associado a outras medidas antropométricas, como a relação cintura/quadril, pregas cutâneas, circunferências corporais e até mesmo medidas mais sofisticadas, como ultrassom, condutividade elétrica e tomografia computadorizada (Mota, 2012; Machado 2011).

Etologia da Obesidade

A origem da obesidade é antiga, datada da Era Paleolítica (cerca de 25 mil anos atrás), com a descoberta de vários artefatos que apresentavam figuras humanas volumosas, sendo a mais importante a "Vênus de Willendorf". Houve achados no período Neolítico (8.000 a 5.500 anos a.c.) e na cultura egípcia (2.500 a.c.) de artefatos com fartos seios e grandes quadris e barrigas (Francisco & Díez-García, 2015). As causas da obesidade são multifatoriais, abrangendo desde fatores genéticos a socioambientais (Marcelino & Patrício, 2011). Sua alta prevalência na atualidade se destaca pelo processo de urbanização, industrialização e expansão do sistema capitalista, que tem impacto direto na cultura alimentar, modificando a maneira de se alimentar do homem urbano e facilitando o acesso ao alimento. O aumento na ingestão de açúcar e de alimentos industrializados, a diminuição de artefatos que apresentavam figuras humanas volumosas, sendo a mais importante a "Vênus de Willendorf". Houve achados no período Neolítico (8.000 a 5.500 anos a.c.) e na cultura egípcia (2.500 a.c.) de artefatos com fartos seios e grandes quadris e barrigas (Francisco & Díez-García, 2015).

As causas da obesidade são multifatoriais, abrangendo desde fatores genéticos a socioambientais (Marcelino & Patrício, 2011). Sua alta prevalência na atualidade se destaca pelo processo de urbanização, industrialização e expansão do sistema capitalista, que tem impacto direto na cultura alimentar, modificando a maneira de se alimentar do homem urbano e facilitando o acesso ao alimento. O aumento na ingestão de açúcar e de alimentos industrializados, a diminuição do consumo de frutas e hortaliças, o hábito de omitir refeições, o sedentarismo e o aumento de atividades de menor gasto energético estão diretamente implicados na gênese da obesidade. Outros fatores que também se associam ao desenvolvimento da obesidade são problemas emocionais (13%), gravidez (56%) e doenças ou tratamento médico (12%) (Santos, Díez-García & Santos, 2015).

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.284.820

Tratamento

Assim como a obesidade, as alternativas de tratamentos para seu manejo também são antigas. Na China Antiga já se utilizava agulhas, na tentativa de reduzir o apetite e causar redução do peso e do tamanho corporal, o que hoje é conhecido como acupuntura. Os tibetanos acreditavam que apenas reduzindo o consumo de alimentos era possível tratar o excesso de peso. Nas Eras Clássicas (500 a.c. a 100 a.c.) a medicina greco-romana se dedicou a entender e caracterizar a obesidade, e seu tratamento na época, semelhante ao que é preconizado na contemporaneidade, incluía uma série de medidas rígidas, como dietas e "mudanças no estilo de vida" (Francisco & Díez-García, 2015).

Atualmente, sabe-se que a obesidade é uma doença complexa, multifatorial e de difícil manejo. Portanto, seu tratamento requer o envolvimento de diferentes estratégias, que podem incluir orientações alimentares, prática de atividade física, terapias cognitivo-comportamentais, medicamentos e cirurgia (National Institute of Health, 2000; ABESO, 2010). A escolha do tratamento deve ser baseada na gravidade do problema e na presença de complicações associadas. Todavia, independente da combinação de estratégias escolhida, é fundamental que o tratamento a longo prazo da obesidade envolva mudanças efetivas no estilo de vida (ABESO, 2010).

A seguir, será apresentado um maior detalhamento acerca do tratamento cirúrgico da obesidade- a cirurgia bariátrica, tema de interesse do presente estudo.

Tratamento cirúrgico para a obesidade: a Cirurgia Bariátrica

Existem diferentes modalidades de cirurgias que podem ser empregadas no tratamento da obesidade grave, e essa escolha vai depender do estado clínico do paciente e das doenças associadas (Caravatto et al, 2012). Dentre as opções disponíveis, destaca-se a cirurgia bariátrica, conhecida como gastroplastia ou cirurgia de redução de estômago (Marcellino & Patrício, 2011).

A cirurgia bariátrica é indicada, em relação a massa corpórea, em casos de IMC maior ou igual a 40 kg/m² sem comorbidades ou IMC maior ou igual a 35 kg/m² com comorbidades, sendo elas: diabetes tipo 2, apnéia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana e osteoartrite. O Conselho Federal de Medicina, com a Resolução no 2.131/15, aumentou o rol de comorbidades, incluindo: doenças cardiovasculares, asma grave não controlada, osteoartroses, hérnias discais, refluxo gastroesofageano, colecistopatia calculosa, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade masculina

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.284.828

e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, varizes varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática, estigmatização social e depressão (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2017).

As contraindicações mais frequentes são: causas endócrinas tratáveis de obesidade, dependência de drogas ou álcool, doenças psiquiátricas graves, risco anestésico e cirúrgico e pacientes com dificuldade de compreender riscos, benefícios, resultados esperados, alternativas de tratamento e mudanças no estilo de vida requeridas com a cirurgia (COESAS & SBCBM, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) reconhece a gastroplastia como um tratamento legítimo e o disponibiliza aos seus usuários. De acordo com dados publicados pelo Portal Brasil em 2014, o número de cirurgias bariátricas cresceu 10,0% em relação à 2013. Segundo estimativas da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, foram realizadas 88 mil cirurgias no ano de 2013 e 7 milhões de pessoas estavam aguardando pela indicação da cirurgia bariátrica naquele ano (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2017).

A cirurgia bariátrica desponta em um contexto no qual os tratamentos classicamente empregados no manejo da obesidade apresentam resultados bastante modestos, especialmente em casos de obesidade grave (IMC $> 40,0 \text{ kg/m}^2$) (Santos, Burgos & Silva, 2006; Vasconcelos & Costa-Neto, 2008). Esta modalidade cirúrgica é apontada como uma das abordagens mais eficazes, tanto para a redução ponderal quanto para sua manutenção (Arasaki, 2005; Santos, Burgos & Silva 2006; Andrade & Lobo, 2014).

A literatura aponta que a perda de peso após o primeiro mês de cirurgia bariátrica varia de 7,9% à 11,1%, e o sucesso cirúrgico é demonstrado quando ocorre perda de, pelo menos, 20,0% do excesso de peso no primeiro mês (Andrade & Lobo, 2014). Cunha et al (2010) verificou redução média no IMC de mulheres submetidas a cirurgia bariátrica de 51,2 kg/m^2 , para 42,7 kg/m^2 , 37,1 kg/m^2 e 33,7 kg/m^2 após o primeiro mês, sexto mês e um ano da cirurgia, respectivamente. Na pesquisa de Valezi et al (2011) foi visto que, no pré-operatório, o IMC médio dos indivíduos era 43,2 kg/m^2 ; e que após o primeiro e segundo ano da cirurgia, este IMC foi reduzido para 28,7 kg/m^2 e 27,6 kg/m^2 , respectivamente. Esses achados comprovam a eficiência desta abordagem na redução do excesso de peso. Para Tess et al (2015), após a cirurgia bariátrica a perda de peso ocorre, inclusive, independente do seguimento nutricional, e que do 1º. ao 18º mês pós-cirúrgico há uma perda média de 40,0% do peso corporal inicial.

Com o emagrecimento, que é muito intenso nos 12 primeiros meses após a cirurgia, ocorrem melhorias nos problemas de saúde associados a obesidade, tanto físicos quanto psicológicos (Silva & Maia, 2013; Souza & Johann, 2014; Nascimento, Bezerra & Angellim, 2013). Há redução nos

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-8778

E-mail: cep@pesqg.uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 2.254.820

níveis de ansiedade e depressão, aumento da satisfação corporal, autoestima e qualidade de vida nos campos físico, psíquico e ambiental (Tae et al, 2014; Almeida, Zanatta & Rezende, 2012).

Todavia, a cirurgia bariátrica por si não garante qualidade de vida, demonstrando que a obesidade não diz respeito apenas a questões médico / biológicas, mas também psicológicas (Benedetti, 2003). Realizar a cirurgia é também atender a uma expectativa de mudança biopsicossocial, que repercute em todo campo relacional dos sujeitos (Nascimento, Bezerra & Angelim, 2013). Nesse sentido, torna-se claro que o acompanhamento psicológico em todas as fases do processo é fundamental, haja vista as complexas e profundas repercussões que suscitam na vida do indivíduo.

No período pré-operatório, o papel do psicólogo começa com a avaliação específica que é feita nesta etapa do processo, com o intuito de investigar níveis de ansiedade, presença de depressão, compulsão alimentar e outros fatores que podem estar envolvidos na manutenção da obesidade. Entender as tentativas prévias de perda de peso, a postura da família e como a obesidade interfere na vida do sujeito é imprescindível para que estratégias de mudança sejam propostas, permitindo adesão ao tratamento e fortalecimento do indivíduo. O vínculo construído entre o psicólogo e o paciente é de extrema importância para o desenrolar do tratamento, especialmente no período após a cirurgia (Akamine & Ilias, 2013).

Via de regra, os primeiros meses após a cirurgia são considerados os mais difíceis para o paciente. Nesta etapa, o acompanhamento psicológico é voltado para o manejo das dificuldades de adaptação aos novos hábitos, especialmente os alimentares, alterações na imagem corporal e repercussões que podem ocorrer na personalidade (Franques, 2002).

Com a cirurgia bariátrica, os indivíduos experimentam mudanças que vão além do emagrecimento, e ressoam em diferentes aspectos da vida, como o impedimento da utilização da comida como forma de enfrentamento de tensões e problemas cotidianos (Franques, 2002). A saciedade é alcançada de forma precoce, com pequena quantidade de comida, e a percepção da fome é transformada. Antes referida como uma sensação física, emocional e complexa, a fome pode passar a ser percebida, depois da cirurgia, como sensações de vazio e dor (Magdaleno Jr., Chalm & Turato, 2010).

O emagrecimento drástico e rápido, que é vivenciado com a cirurgia, pode repercutir na saúde psicológica do indivíduo, que deverá atravessar algumas fases de reestruturação emocional (Magdaleno Jr., Chalm & Turato, 2009). Alguns deles acreditam que, com a perda de peso, problemas emocionais, sociais e profissionais irão se resolver, o que é passível de frustração (Ehrenbrink, Pinto & Prando, 2009). Diante dessas mudanças, o acompanhamento psicológico é essencial para amparar e facilitar a adaptação ao novo corpo e aos novos hábitos de vida.

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

UF: MG

Telefone: (34)3700-6776

Município: UBERABA

CEP: 38.025-100

E-mail: cep@pesqg.uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 2.264.620

Quais as representações sociais da obesidade e do processo de emagrecimento em pessoas que realizaram cirurgia bariátrica.”

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora: "Compreender as representações sociais da obesidade e do processo de emagrecimento em pessoas que realizaram cirurgia bariátrica. 1. Entender como os indivíduos representam a obesidade, antes de se submeterem ao procedimento cirúrgico para perda de peso.

2. Entender como os indivíduos representam o processo de emagrecimento, decorrente da cirurgia bariátrica.

3. Compreender como ambos os fenômenos- obesidade e processo de emagrecimento, repercutem nas diferentes esferas da vida desses indivíduos."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora: "Os benefícios se sobressaem aos riscos haja vista que, contrabalanceando os possíveis riscos e desconfortos que podem ocorrer ao longo da realização da pesquisa frente aos benefícios à comunidade e ao meio acadêmico que o estudo pode trazer, compreende-se que a realização da pesquisa torna-se viável e relevante. É importante ressaltar a responsabilidade do pesquisador para evitar de todas as maneiras éticas disponíveis que os desconfortos aconteçam. Não haverá perda de confidencialidade e os possíveis desconfortos que possam surgir serão acolhidos pelos pesquisadores. Existe a possibilidade de desconforto psicológico frente às perguntas, que podem despertar memórias, afetos e sentimentos. Caso aconteça de o participante experimentar algum tipo de desconforto, o mesmo poderá interromper a entrevista no momento que desejar, podendo conversar com o pesquisador que ofertará acolhimento imediato e oferecimento de escuta ativa.

O pesquisador deverá garantir a confidencialidade dos participantes da pesquisa, que receberão um número identificador e em nenhum momento terão suas identidades reveladas. As publicações serão feitas apenas com resultados de grupos e não com indivíduos em separado.

Todos os documentos e materiais referentes à coleta de dados serão guardados pelo pesquisador-responsável em um arquivo com chave no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFTM, um lugar seguro e restrito, com objetivo de evitar a perda da confidencialidade. Os documentos ficarão guardados por um período de 20 anos e após esse período serão destruídos por uma fragmentadora de papel"

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 2.284.820

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo amparado na abordagem qualitativa, de caráter exploratório e do tipo transversal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos necessários foram apresentados adequadamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, o colegiado do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, situação definida em reunião do dia 15/09/2017.

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFTM dá-se em decorrência do atendimento à Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Conforme prevê a legislação, são responsabilidades, indelegáveis e indeclináveis, do pesquisador responsável, dentre outras: comunicar o início da pesquisa ao CEP; elaborar e apresentar os relatórios parciais (semestralmente) e final. Para isso deverá ser utilizada a opção 'notificação' disponível na Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_938440.pdf	13/07/2017 01:03:33		Acelto
Outros	autorizacaocad.pdf	13/07/2017 01:02:49	Fernanda Rodrigues de Oliveira Penaforte	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de pesquisa cep.doc	04/07/2017 21:04:55	Fernanda Rodrigues de Oliveira Penaforte	Acelto
Outros	roteiro de entrevista.docx	04/07/2017 21:04:11	Fernanda Rodrigues de Oliveira Penaforte	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/07/2017 21:03:31	Fernanda Rodrigues de Oliveira Penaforte	Acelto
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	13/06/2017	Fernanda Rodrigues	Acelto

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 2.284.820

Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	10:00:55	de Oliveira Penaforte	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	gep.pdf	08/06/2017 21:29:34	Fernanda Rodrigues de Oliveira Penaforte	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 19 de Setembro de 2017

Assinado por:
Marly Aparecida Spadotto Balarin
(Coordenador)

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqg.uftm.edu.br