

RONIS MAGDALENO JUNIOR

**VIVENCIAS EMOCIONAIS DE MULHERES
SUBMETIDAS A CIRURGIA BARIATRICA NO
HOSPITAL DE CLINICAS DA UNICAMP:
*um estudo clinico-qualitativo***

**CAMPINAS
2009**

RONIS MAGDALENO JUNIOR

**VIVÊNCIAS EMOCIONAIS DE MULHERES
SUBMETIDAS A CIRURGIA BARIÁTRICA NO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP:
*um estudo clínico-qualitativo***

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-
Graduação da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas, para a
obtenção do título de Doutor em Ciências
Médicas, área de Saúde Mental.*

Orientador: Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

**CAMPINAS
2009**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

M271v

Magdaleno Júnior Ronis

Vivências emocionais de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica no Hospital das Clínicas da Unicamp: um estudo clínico-qualitativo / Ronis Magdaleno Júnior. Campinas, SP : [s.n.], 2009.

Orientador : Egberto Ribeiro Turato

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Cirurgia bariátrica. 2. Obesidade. 3. Obesidade mórbida. 4. Pesquisa qualitativa. 5. Psicologia. I. Turato, Egberto Ribeiro II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês: Emotional experiences of women undergone to bariatric surgery in General Hospital of Unicamp: a clinical qualitative study

Keywords:

- Bariatric surgery
- Obesity
- Morbid obesity
- Qualitative research
- Psychology

Titulação: Doutor em Ciências Médicas

Área de concentração: Saúde Mental

Banca examinadora:

Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

Prof. Dr. Cláudio Eduardo Muller Banzato

Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik

Prof. Dr. Roosevelt Moisés Smeke Cassorla

Prof. Dr. Sérgio Luiz Blay

Data da defesa: 26-08-2009

Banca examinadora da Tese de Doutorado
Ronis Magdaleno Júnior

Orientador: Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

Membros:

1. Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato -

2. Prof. Dr. Claudio Laks Eizerik -

3. Prof. Dr. Sergio Luiz Blay -

4. Prof. Dr. Roosevelt Moises Smeke Cassorla -

5. Prof. Dr. Claudio Eduardo Muller Banzato -

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 26/08/2009

AGRADECIMENTOS

*Ao meu orientador, Professor Doutor **Egberto Ribeiro Turato**, pela disponibilidade em acompanhar meu percurso de forma profissional, ética e amigável, criando assim o espaço necessário e fundamental para que eu pudesse desenvolver a criatividade necessária para atingir as metas propostas. Um mestre que aprendi a admirar.*

*Ao Professor Doutor **Elinton Adami Chaim**, cirurgião responsável pela minha inserção no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas da Unicamp, pessoa aberta e receptiva àquilo que é novo (característica primeira de todo cientista), e responsável por estímulos essenciais para manter meu trabalho.*

*À minha esposa **Lia Keuchguerian Silveira Campos** pelos longos momentos de abdicação pessoal em favor de minha dedicação a este trabalho, pela disposição necessária para abrir mão do compartilhamento de momentos de lazer e pelo olhar sempre atento àquilo que fui produzindo durante estes últimos anos.*

*À colega e amiga Doutora **Vera Lúcia Soares Chvatal** pelo exemplo de dedicação e engajamento às propostas acadêmicas, que tanto me serviram de guia no processo de amadurecimento que vivi nestes tempos de produção científica.*

*Ao Professor Doutor **Cláudio Eduardo Muller Banzato** pelo estímulo e pelas preciosas colaborações durante a execução dos artigos extraídos desta pesquisa.*

*À Sra. **Susan Pyne**, responsável pelas elaboradas e precisas traduções dos textos dos artigos enviados a periódicos estrangeiros, sem as quais, certamente, muito do trabalho teria se perdido.*

*Aos colegas do **Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa**, que possibilitam a criação de um fórum científico de alto nível para discussões elaboradas sobre a metodologia clínico-qualitativa e sobre relevantes questões ligadas ao bem estar e à saúde do ser humano, que, afinal, é nosso único objetivo maior.*

Às pacientes que colaboraram diretamente com tudo que está aí e que são a causa maior de todo o nosso esforço.

Lista de abreviaturas	xiii
RESUMO	xv
ABSTRACT	xix
 1. INTRODUÇÃO	 23
1.1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES	25
1.2 DESCRIÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E CAMPO TEÓRICO DO TRABALHO	26
1.2.1 Obesidade.....	26
1.2.2 Epidemiologia da obesidade.....	27
1.2.3 Tratamento da obesidade	28
1.2.4 Aspectos psiquiátricos da cirurgia bariátrica	32
1.2.5 Aspectos psicossociais da obesidade e da cirurgia bariátrica	33
1.2.6 Breve descrição da psicodinâmica da obesidade.....	35
1.3 PRESSUPOSTOS	38
 2. OBJETIVOS	 39
2.1 Objetivo geral.....	41
2.2 Objetivos específicos	41
 3. METODOLOGIA	 43
3.1 Sobre a metodologia de pesquisa qualitativa	45
3.2 Sobre o método clínico-qualitativo.....	47
3.3 Aplicação do método clínico-qualitativo: instrumentos e procedimentos	48
3.3.1 Chegando ao campo de pesquisa	48
3.3.2 Coleta de dados.....	52
3.3.3 Categorização e análise de conteúdo	55
3.3.4. Validade (validity) em pesquisa qualitativa.....	59
3.4 Cuidados éticos	63
3.4.1 Postura ética do pesquisador	64

4. RESULTADOS	67
ARTIGO 1 Understanding the life experiences of Brazilian women after bariatric surgery: a qualitative study	69
ARTIGO 2 The Psychology of Bariatric Patient: What Replaces Obesity? A Qualitative Research with Brazilian Women	77
ARTIGO 3 Características Psicológicas de Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica	85
ARTIGO 4 Surgical treatment of obesity: some considerations on the transformations of the eating impulse	97
5. DISCUSSÃO	109
6. CONCLUSÃO	115
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	131

- IMC** - índice de Massa Corporal
- NIH** - National Institute of Health.
- DSM-IV** - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
- BED** - Binge Eating Disorder

Lista de notações

- Kg/m²** - Quilogramas por metro quadrado.

Este estudo teve por objetivo compreender as vivências emocionais de mulheres obesas mórbidas submetidas à cirurgia bariátrica. A obesidade tornou-se, globalmente, um grave problema de saúde pública e, em função disto, tem crescido de modo expressivo o número de cirurgias bariátricas como opção de tratamento para a obesidade mórbida. Contudo, é um procedimento que implica em importantes modificações físicas e psicossociais para o paciente. Metodologia: Aplicamos o Método Clínico Qualitativo a uma amostra intencional e fechada pelo critério de saturação, composta por sete mulheres operadas num período de um ano e meio a três anos no Hospital das Clínicas da UNICAMP. Entrevistas semidirigidas de questões abertas foram realizadas pelo pesquisador, gravadas, transcritas e analisadas em profundidade, tendo emergido deste procedimento categorias que serviram como base para sustentação e discussão dos resultados. Resultados e Discussão: a cirurgia bariátrica está relacionada com uma importante melhora da aceitação social das pacientes, elevação da auto-estima e recuperação da identidade que esteve cronicamente encoberta pelo excesso de gordura corporal. Existe um risco de desilusão com a cirurgia no, caso das expectativas em relação a ela sejam irreais no pré-operatório. Nestes casos ocorre frequentemente uma desmotivação do desafio de manter a perda de peso. A perda massiva de peso também está relacionada com sentimentos de desproteção, sobretudo naqueles casos onde a obesidade desempenhava uma função defensiva em relação aos outros e a própria sexualidade. A fome sofre transformações importantes após a cirurgia, tanto qualitativas como quantitativas, o que facilita a luta em favor da perda de peso. Contudo, o procedimento cirúrgico afeta diretamente a experiência de saciedade, mas não a satisfação alimentar, o que pode levar a uma sensação de intensa insatisfação pessoal. Esta insatisfação é vivida como angústia e, pode levar à transformação da compulsão alimentar em

direção a outras compulsões ou mesmo ao desenvolvimento de novas estratégias alimentares que permitam a ingestão de quantidades aumentadas de calorias, levando ao re-ganho de peso. Como o procedimento cirúrgico provoca uma restrição volumétrica do estômago, a paciente se vê rapidamente impedida de lidar com a ansiedade ingerindo alimentos. Este impedimento expõe a impossibilidade que têm em encontrar referenciais simbólicos para a angústia, mostrando que a fome para o obeso mórbido é uma área de déficit representacional psíquico, o que os impossibilita elaborar psiquicamente a angústia, restando a via de descarga corporal como única possível. Conclusões: A cirurgia bariátrica é um procedimento que traz importantes transformações psíquicas, sociais e físicas para a mulher portadora de obesidade mórbida. Em função disto, a equipe de saúde que lida com esta população deve estar instrumentalizada para compreender e atuar de modo eficiente tanto no pré como no pós-operatório. Trata-se de um procedimento médico que gera fortes demandas psíquicas para o paciente e, conseqüentemente, para a equipe de saúde, devendo esta contar, necessariamente, com profissionais da área de saúde mental que estejam preparados para intervir psicologicamente tanto com os pacientes, como com os movimentos emocionais da equipe.

Palavras-Chave : Cirurgia bariátrica, Obesidade, Obesidade mórbida, Pesquisa qualitativa, Psicologia

This study aims at understanding the emotional experiences of morbidly obese women who have undergone bariatric surgery. Obesity has become a serious public health problem worldwide and, due to this, the number of bariatric surgeries, as an option for treating morbid obesity, has grown considerably. However, it is a procedure that involves significant physical and psychosocial changes for the patient. Methodology: We applied the Clinical Qualitative Method to an intentional sample, closed according to the criterion of saturation, of seven women operated on during a period of between one and a half and three years at the University Hospital of UNICAMP (the State University of Campinas, S.P., Brazil). Semi-directed interviews with open-ended questions were carried out, recorded, transcribed and analyzed in-depth by the researcher. From this procedure there emerged categories that served as a basis to underpin the results and for the discussion of the material obtained. Results and Discussion: bariatric surgery is related to a substantial improvement in the social acceptance of these patients, increasing their self-esteem and recovering their identity which had been chronically concealed by the excess of body fat. There is a risk of disillusionment with the surgery when pre-operative expectations are unreal. In these cases, there is frequently a loss of motivation to keep up the weight loss. The massive weight loss is also related to feelings of helplessness, especially in those cases where obesity played a defensive role in regard to others and to their own sexuality. Hunger undergoes significant transformations after the surgery, both qualitative and quantitative, which make the struggle to lose weight easier. However, the surgical procedure directly affects the experience of satiety, but not of satiation, which can lead to a sensation of intense personal dissatisfaction. This dissatisfaction is experienced as anguish and may transform the eating compulsion into other compulsions or even lead to the development of new eating strategies

that allow the ingestion of increased quantities of calories resulting in regaining weight. As the surgical procedure brings about a volumetric restriction of the stomach, the patient is soon unable to cope with anxiety by ingesting food. This exposes the impossibility of finding symbolic references for the anguish, showing that hunger for the morbidly obese is an area of psychic representational deficit, which makes it impossible to elaborate the anguish psychically, leaving the body as the only possible means of discharge. Conclusions: Bariatric surgery is a procedure that brings about significant psychic, social and physical transformations for women with morbid obesity. Due to this, the team dealing with this population should have the necessary training to understand and act efficiently both in the pre- and post-operative period. It is a medical procedure which generates huge demands on the patient and, consequently, on the health team, which should include mental health professionals who are prepared to intervene psychologically both with the patients as well as with the emotional movements of the team.

Keywords: Bariatric surgery, Obesity, Morbid obesity, Qualitative research, Psychology

“Tudo quanto o homem expõe ou exprime é uma nota à margem de um texto apagado de todo. Mais ou menos, pelo sentido da nota, tiramos o sentido que havia de ser o do texto, mas fica sempre uma dúvida, e os sentidos possíveis são muitos” (1)

1. INTRODUÇÃO

1.1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Nosso estudo refere-se às vivências de mulheres portadoras de obesidade mórbida submetidas à cirurgia bariátrica, particularmente aos aspectos psicológicos que são mobilizados após a cirurgia e seus respectivos significados emocionais e sociais. O conhecimento sobre o modo como estas mulheres se reorganizam emocional, psicológica e socialmente após a cirurgia, com quais experiências de vida são confrontadas e sobre as dificuldades e facilitações que experimentam no seguimento de suas vidas, é ainda pequeno.

O nosso estudo se propõe a contribuir com novos conhecimentos no que se refere aos aspectos afetivos e psicológicos destas pessoas, e encontrar respostas às seguintes questões: o que significa para uma mulher portadora de obesidade mórbida, um procedimento cirúrgico, que leva a uma perda rápida e maciça de seu peso corporal? O que fica no lugar da obesidade? Quais os reais ganhos psíquicos da cirurgia? Quais os riscos para a estabilidade emocional destas pacientes?

Nas últimas décadas acompanhamos um número crescente de cirurgias bariátricas e o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e laparoscópicas cada vez mais eficientes, menos traumáticas e com menores índices de complicações pós-operatórias. Entretanto, o que se conhece atualmente ainda não é suficiente para garantir um pós-operatório satisfatório, sobretudo naquilo que se refere ao re-ganho de peso e às complicações psicológicas e psiquiátricas.

Acreditamos que, fornecendo elementos para que o profissional de saúde que lida com o paciente operado compreenda suas vivências emocionais, aumentamos as condições que este tem para cuidar de forma adequada do paciente.

A nosso ver, a falta de um conhecimento científico específico sobre a psicodinâmica destes pacientes, obriga o médico a apoiar-se, muitas vezes, no bom senso para indicar ou contra-indicar, do ponto de vista psicológico, o procedimento cirúrgico. Com os resultados desta pesquisa, obtidos a partir da aplicação do Método Clínico-Qualitativo (2), acreditamos expandir o conhecimento nesta área específica da

clínica, possibilitando uma melhor abordagem pré e pós-operatória de mulheres com obesidade mórbida.

1.2 DESCRIÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E CAMPO TEÓRICO DO TRABALHO

1.2.1 Obesidade

Do ponto de vista médico, a obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo ou anormal de gordura corporal, e que pelos riscos associados, vem sendo considerada um sério problema de saúde pública, tendo como causa principal um desequilíbrio entre a quantidade de calorias consumidas, por um lado, e a quantidade de energia utilizada, por outro lado (3). Os principais fatores responsáveis por este desequilíbrio são: o aumento do consumo de alimentos hipercalóricos e a tendência global a uma diminuição de atividades físicas e um aumento do sedentarismo (4).

Atualmente, a obesidade é definida e classificada com base no Índice de Massa Corporal (IMC), que é calculado dividindo-se o peso corporal em quilogramas pelo quadrado da altura em metros, e no risco de mortalidade associado. Assim, considera-se obesidade quando o IMC encontra-se acima de 30 Kg/m^2 . Quanto a gravidade, a OMS define obesidade grau I quando o IMC situa-se entre 30 e $34,9 \text{ Kg/m}^2$, obesidade grau II quando o IMC está entre 35 e $39,9 \text{ Kg/m}^2$ e obesidade grau III quando o IMC ultrapassa 40 Kg/m^2 . O sobrepeso é definido como índice de massa corporal entre 25 e $29,9 \text{ Kg/m}^2$ (3).

A obesidade é uma doença que acarreta um risco aumentado de inúmeras doenças crônicas, entre elas a diabete melito, dislipidemias, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, alterações da coagulação, doenças articulares degenerativas, neoplasias estrogênio-dependentes, neoplasia de vesícula biliar, esteatose hepática e apnéia do sono (3). Além das comorbidades somáticas, os obesos têm de lutar com as conseqüências psicossociais da obesidade, tais como depressão, baixa auto-estima, discriminação e rejeição social, assim como perdas importantes em sua qualidade de vida (5). Em função destes fatores, a obesidade

está relacionada com um alto risco de morte prematura, sendo hoje a segunda causa de óbito por causas evitáveis nos Estados Unidos da América (6).

A obesidade é, na atualidade, a maior responsável pelo aumento global de incapacidades e doenças crônicas. Por este motivo tem sido reconhecida como um grave e crescente problema de saúde pública mundial, o que tem levado autoridades e profissionais de saúde a intensificarem seus esforços no sentido de promover políticas e estratégias clínicas e cirúrgicas que possam oferecer respostas para este relevante problema (7,8,9).

1.2.2 Epidemiologia da obesidade

Segundo a World Health Organization (WHO) (3), a obesidade alcançou globalmente proporções epidêmicas, com aproximadamente 1,6 bilhão de adultos (acima de 15anos) com sobrepeso, sendo que destes pelo menos 400 milhões são clinicamente obesos. Outro dado bastante preocupante apresentado por esta entidade é a alta incidência da obesidade em crianças, sendo estimado que, globalmente, pelo menos 20 milhões de crianças com menos de 5 anos apresentam sobrepeso.

Antes considerados problemas apenas dos países ricos, atualmente tem-se observado que a obesidade e o sobrepeso vêm apresentando uma forte tendência de aumento em países em desenvolvimento e mesmo em países pobres (10). Este aumento na incidência do excesso de peso e da obesidade caracteriza uma epidemia de obesidade (11).

A WHO (3) projeta dados alarmantes relativos ao crescimento da obesidade, sendo estimado que, em 2015, aproximadamente 2.3 bilhões de adultos apresentarão sobrepeso e mais de 700 milhões serão clinicamente obesos.

De acordo com o United States Surgeon General, o número de crianças com sobrepeso dobrou e de adolescentes com sobrepeso triplicou desde 1980. A prevalência de crianças obesas com idade entre 6 e 11 anos mais que dobrou desde 1960. A prevalência em jovens entre 12 e 17 anos aumentou drasticamente de 5% para 13% em meninos e de 5% para 9% em meninas entre 1966-70 e 1999 nos Estados Unidos (12).

No Brasil a incidência de obesidade tem atingido os níveis dos países desenvolvidos. A prevalência de obesidade aumentou muito na última década, sobretudo em mulheres adultas, chegando a 13,3% (10). Segundo Monteiro (1998), existe um claro aumento na velocidade de crescimento de obesidade na população brasileira. Entretanto, como demonstram Ferreira e Magalhães (14), o padrão de comprometimento da população brasileira é pouco uniforme, com discrepâncias importantes entre grupos populacionais devido a diferenças sócio-econômicas regionais. Deste modo, nas regiões mais pobres do país a prevalência de desnutrição é muito alta, o que desvia para baixo, os índices de prevalência da obesidade. Por outro lado, nas regiões mais ricas do Brasil, ou seja, as regiões sul e sudeste, o excesso de peso é verificado em mais de 35% da população, índices que se aproximam daqueles dos países desenvolvidos.

1.2.3 Tratamento da obesidade

O tratamento da obesidade deve ter como objetivo principal a melhora do bem-estar e da saúde metabólica do indivíduo, diminuindo assim os riscos de doença na vida futura. Portanto, a perda de peso é apenas a fase inicial do tratamento, sendo a manutenção do peso o objetivo maior. O grande problema dos tratamentos propostos para a obesidade é justamente a manutenção do peso em longo prazo (7,15).

Segundo Mancini e Halpern (7), atualmente pode-se definir como sucesso no tratamento da obesidade a redução da gravidade da obesidade em vez da busca de uma normalização o peso corporal, levando em consideração que perdas modestas de peso podem produzir ganhos significativos para a saúde do indivíduo. Para estes autores perdas de 5 a 10 % do peso corporal pode melhorar a pressão arterial, as alterações das lipoproteínas, o número de apnéias e hipopnéias durante o sono.

Os tratamentos não-cirúrgicos da obesidade, aos quais não nos ateremos por fugirem ao escopo do presente estudo, dividem-se em: tratamento dietético, tratamento psicoterapêutico, tratamento farmacológico (estes através de agentes pré-absortivos e/ou modificadores pós-absortivos do metabolismo de nutrientes) e atividade física (7).

Nas últimas décadas, em função do aumento na prevalência da obesidade, das falhas dos tratamentos convencionais e pelo desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas observou-se um expressivo aumento do número de cirurgias bariátricas (16,17,18,19,20,21), sobretudo por ser o único tratamento com possibilidade de sucesso em longo prazo (8,22).

Kremen et al. (23) publicaram pela primeira vez a experiência de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, propondo a utilização da técnica de derivações jejuno-ileais. Essas derivações foram executadas aos milhares nos Estados Unidos da América proporcionando bons resultados iniciais, mas o tempo provou o contrário já que esta técnica levava a severas alterações nutricionais e imprevisíveis resultados a longo prazo (10).

Segundo Garrido Jr. (10,20) a história das cirurgias bariátricas segue três caminhos diferentes. Alguns cirurgiões seguiram o caminho das cirurgias restritivas, ou seja, aquelas que impedem a ingestão de grandes volumes de alimento. Outros insistiram nas cirurgias disabsortivas, aquelas que impedem a absorção de nutrientes, mas que foram sendo gradativamente abandonadas em função dos efeitos indesejáveis graves e freqüentes. Por fim, foram desenvolvidos os procedimentos mistos, que associavam técnicas restritivas e disabsortivas.

Atualmente o tipo de operação considerado “padrão-ouro”, por sua eficiência e baixa morbi-mortalidade, é a divisão gástrica vertical com bandagem e derivação em Y de Roux, proposta por Fobi et al. (24) e Capella et al. (25). Segundo Pareja et al. (19), o bypass gastrojejunal em Y-de-Roux que produz restrição alimentar e má absorção relativa, é considerada a cirurgia mais eficaz, sendo a mais utilizada em nosso meio. Há variações na técnica de realização dessa cirurgia, no que se refere ao tipo de reservatório gástrico (horizontal ou vertical), na colocação ou não de um anteparo inelástico na bolsa gástrica, tentando diminuir a velocidade do esvaziamento gástrico e aumentar o tempo de saciedade, e em relação à medida do comprimento das alças aferente (bíliopancreática) e eferente (alimentar).

Desde que a cirurgia bariátrica se disseminou pelo mundo, a questão das indicações e contra-indicações do procedimento tornou-se uma das preocupações

principais dos cirurgiões e dos profissionais de saúde envolvidos no pré e no pós-operatório da cirurgia.

Durante a Conferência de Desenvolvimento de Consenso do National Institutes of Health de 1991 (22), a cirurgia bariátrica foi recomendada para indivíduos bem-informados, motivados e com obesidade de grau III, com riscos operatórios aceitáveis, e para aqueles com obesidade de grau II e condições pré-mórbidas de alto risco. Além destas recomendações aconselhou-se, como importante critério para a cirurgia, a seleção cuidadosa de candidatos por uma equipe multidisciplinar, visando uma condição de maior probabilidade de sucesso terapêutico e menos intercorrências psicológicas e psiquiátricas no pós-operatório. Desde então, esta preocupação tem sido apresentada em diversos trabalhos mostrando a importância de um protocolo multidisciplinar específico a ser aplicado aos candidatos à cirurgia, visando um rigoroso processo seletivo, baseado em princípios científicos bem fundamentados (8,17,18,26,27,28)

Garrido Jr. (20) define de modo preciso as indicações e contra-indicações da cirurgia bariátrica a partir de um referencial clínico. Assim, a indicação cirúrgica é reforçada pelos seguintes fatores:

- Presença de morbidade que resulta da obesidade ou é por ela agravada, como a apnéia do sono, a dificuldade de locomoção, o diabetes, a hipertensão arterial e as hiperlipidemias;
- Persistência (por vários anos) de excesso de peso de pelo menos 45 Kg, ou IMC acima de 40 kg/m^2 (estes limites podem reduzir-se para 40 Kg ou IMC maior que 35 Kg/m^2 em presença de complicações severas da obesidade);
- Fracasso de métodos conservadores de emagrecimento bem conduzidos;
- Ausência de causas endócrinas de obesidade, como hipopituitarismo ou síndrome de Cushing;
- Avaliação favorável das possibilidades psíquicas de o paciente suportar as transformações radicais de comportamento impostas pela operação.

E desaconselha cirurgia em situações nas quais os riscos são inaceitáveis ou impedem a adaptação pós-operatória:

- Pneumopatias graves, como enfisema avançado ou embolias pulmonares repetidas;
- Insuficiência renal;
- Lesão acentuada do miocárdio;
- Cirrose hepática;
- Distúrbios psiquiátricos ou dependência de álcool ou drogas.

A despeito das evoluções das técnicas cirúrgicas e do manejo pré e pós-operatório dos pacientes, Hsu et al. (29) afirmam que a manutenção da perda de peso a longo prazo não é um resultado garantido, já que o sucesso da terapêutica cirúrgica depende de mudanças comportamentais significativas. A manutenção da perda de peso é fortemente influenciada pela habilidade que o indivíduo apresenta para implementar mudanças consistentes e permanentes no seu estilo de vida (30). Godfrey (4) e Dziurawicz-Kozłowska (31) apontam como fatores fundamentais para a manutenção da perda de peso a adesão a um estrito regime nutricional, principalmente com mudanças de hábito alimentar, realização atividades físicas regulares, e, sobretudo, na aquisição da habilidade para diminuir a função do alimento como meio de suprir necessidades emocionais.

Segal e Fandiño (21) alertam para a constatação de que, apesar de todas as recomendações na seleção dos candidatos à cirurgia bariátrica, observa-se um crescente abandono de critérios psicológicos na seleção, que para os autores esta relacionado com a ausência de instrumentos que permitam adequada acurácia prognóstica, o que leva a um julgamento clínico baseado em evidências, cada vez menos objetivo. A preocupação destes autores é muito pertinente, posto que o procedimento cirúrgico tem sido, como vimos acima, indicado e realizado com uma frequência cada vez maior, e os cuidados com as conseqüências psicossociais, ainda pouco conhecidas, desta prática, não estão bem definidos.

1.2.4 Aspectos psiquiátricos da cirurgia bariátrica

Um problema relevante identificado na literatura é que as medidas padronizadas para classificar os transtornos psiquiátricos são inadequadas para a população portadora de obesidade mórbida, não tendo ainda sido validadas para este fim (5,17,32). Este fato deixa o profissional de saúde mental pouco instrumentalizado para lidar com as complicações psicopatológicas desta população específica.

Revisões da literatura mostram o quanto que as informações sobre prevalência e a importância clínica de transtornos psiquiátricos entre candidatos a cirurgia de perda de peso são ainda inconsistentes e não completamente entendidas (29).

Estudos mostram que os obesos que se apresentam para tratamento cirúrgico da obesidade apresentam mais problemas psicopatológicos do que as pessoas obesas em geral da comunidade (33,34,35,36), fato este que reforça a necessidade de estudos específicos sobre a psicopatologia destes pacientes, visando fundamentar uma abordagem psiquiátrica e psicológica durante a avaliação pré-operatória dos candidatos, e proporcionar abordagens pós-operatórias específicas (37).

Kalarchian et al. (33) mostraram o quanto as informações sobre prevalência e a importância clínica de transtornos psiquiátricos entre candidatos a cirurgia de perda de peso são ainda inconsistentes e ainda não completamente entendidas. Estes autores, após consistente investigação de transtornos psiquiátricos, tanto do eixo I como do eixo II do DSM-IV (38), concluem que existem claras evidências de serem os transtornos psiquiátricos uma preocupação da equipe de saúde que cuida destes pacientes, não apenas por sua frequência, mas, sobretudo, por estarem associados à gravidade da obesidade e aos prejuízos para a saúde.

Um levantamento feito por Appolinário (39), mostra que pacientes submetidos à cirurgia bariátrica apresentam várias condições psiquiátricas como causas de morte no pós-operatório, sendo o suicídio a principal delas. Omalu et al. (40) relataram, em pacientes previamente depressivos, um maior risco de suicídio após a realização da

cirurgia bariátrica. Leal e Baldin (41) apresentam relatos de casos onde um incremento da agressividade é referido pelos pacientes após a cirurgia.

1.2.5 Aspectos psicossociais da obesidade e da cirurgia bariátrica

Tão importantes como os aspectos clínicos, metabólicos e cirúrgicos da obesidade, são os aspectos psicossociais da obesidade e da cirurgia bariátrica.

Segundo Delin et al (28), fatores como uma boa auto-estima e um bom ajuste social e pessoal, mudanças positivas nos parâmetros psicológicos pré-operatórios, satisfação com os resultados e confiança na própria habilidade em adotar e manter novos modelos comportamentais são preditivos de uma melhor evolução pós-operatória.

Apesar de toda evolução da técnica cirúrgica e dos cuidados psicossociais pré e pós-operatórios, 20 a 40 % dos pacientes operados apresentam re-ganho de peso (29,42,43,44). Estas estatísticas reforçam a necessidade de se investigar os fatores associados a estes fracassos terapêuticos. A hipótese mais considerada é que a presença de transtornos alimentares esteja fortemente associada a resultados mais pobres após a cirurgia (45,46). Existem evidências de que a presença de Binge Eating Disorder (BED) está relacionada com perdas de peso menores e re-ganho de peso no pós-operatório, sendo um forte preditor de falha nos resultados da cirurgia (46,47,48,49,50). Muito menos freqüente que a BED, encontramos descritos na literatura casos de Anorexia Nervosa que surgem após a realização da cirurgia bariátrica (51,52,54), apontando para transformações no impulso alimentar que vão além da simples restrição da capacidade volumétrica do estômago e da absorção de nutrientes. Observamos que um número significativo de pacientes não se beneficiam psicologicamente da cirurgia, desenvolvendo quadros psicopatológicos e uma deterioração da qualidade de vida (17,30,32,54,55).

A despeito do aumento do envolvimento de profissionais de saúde mental no processo de preparação do paciente para a cirurgia (9), ainda existirem poucos dados confiáveis sobre como avaliar previamente os candidatos à cirurgia, não existindo um

protocolo definido para avaliação psicossocial que sirva como indicador das possíveis consequências da cirurgia a médio e longo prazo (31,56,57,58).

Por estes motivos, uma melhor compreensão do perfil psicológico dos pacientes é uma necessidade urgente para a seleção apropriada dos candidatos e indicação de estratégias de seguimento pós-operatório individualizadas (59). Para tanto, além das medidas objetivas relativas à perda de peso e melhora das condições de saúde, é fundamental conhecer os fatores psicossociais envolvidos na evolução pós-operatória dos pacientes (60,61). Assim, o conhecimento dos fatores psicossociais envolvidos na cirurgia bariátrica devem ser do conhecimento do profissional, o que possibilitará a ele desenvolver estratégias de avaliação pré-operatória adequadas na seleção de candidatos.

Atualmente o objetivo da cirurgia bariátrica é, além da redução do peso e das co-morbidades, proporcionar uma melhora do funcionamento psicossocial e na qualidade de vida (28,31,32,55,56). Vários estudos mostram que ocorre uma melhora da qualidade de vida dos pacientes após a cirurgia bariátrica (62,63,64,65,66).

Santry et al. (67) fizeram um levantamento entre as equipes responsáveis pela cirurgia bariátrica em diversos serviços, e observaram que mais de 80 % dos programas requerem avaliações por profissionais de saúde mental no pré-operatório, contudo, ainda assim, a importância dos aspectos psiquiátricos e psicológicos não está bem documentada e esclarecida (17). Alguns autores têm observado um crescente abandono de critérios psicológicos na seleção de candidatos (56,57,67) fato que aumenta significativamente os riscos de complicações, sobretudo psicológicas, no pós-operatório.

Segundo DeMaria (68) a avaliação psicológica do candidato à cirurgia bariátrica é um dos mais importantes e difíceis elementos da avaliação clínica pré-operatória, sendo que o conhecimento dos significados da cirurgia e da obesidade para o candidato é fundamental para determinar se ele está apto para se submeter ao procedimento cirúrgico, assegurando assim boas perspectivas prognósticas. Dziurawicz-Kozłowska et al. (31), após extensa revisão, definem aspectos a serem avaliados nos candidatos à cirurgia bariátrica, sendo alguns deles importantes como preditores do sucesso terapêutico. Entre eles estão a história do desenvolvimento da

obesidade, história dietética, estilo de vida, comportamento alimentar, as funções da comida, suporte social, motivações para se submeter à cirurgia e expectativas realísticas em relação aos resultados.

Outro aspecto relevante são as diferenças significativas em várias características psicossociais e psicopatológicas que encontramos entre os gêneros, não podendo, portanto, a população de obesos ser considerada homogênea (5,69). Apesar disto os estudos, em sua grande maioria, não fazem uma clara distinção de gênero nos resultados obtidos. Bocchieri et al. (30) após revisão da literatura encontraram que a porcentagem de mulheres participantes nos estudos de seguimento representa de 63 a 100 % das amostras, o que nos leva a pensar que existem diferenças significativas quanto ao sentido que a obesidade e a cirurgia bariátrica têm para as mulheres e homens. Van Hout et al. (5) demonstram que, comparadas com os homens, as mulheres referem mais sintomas psíquicos, mais transtornos alimentares, maiores prejuízos no funcionamento social e piores índice de qualidade de vida.

Kolotkin et al. (70), ao avaliar os impactos do excesso de peso na qualidade de vida, separando-os por sexo, demonstraram que para as mulheres, mesmo com IMC que excedam pouco o ideal, o peso tem um impacto substancial em sua auto-estima e vida sexual, ao passo que os homens são pouco afetados por esse pequeno excesso de peso, sendo que, somente em níveis extremos de obesidade, sua auto-estima e vida sexual são afetadas significativamente. Supomos que questões sociais e o sentido que o corpo para a mulher estão diretamente envolvidos nestes fenômenos, o que sugere a necessidade de estudos que avaliem os gêneros separadamente, visando um conhecimento mais específico a respeito da satisfação com os resultados da cirurgia bariátrica.

1.2.6 Breve descrição da psicodinâmica da obesidade.

Freud (71) postulou que a fase inicial, auto-erótica, do desenvolvimento psico-sexual da criança é marcada por um modo anárquico de descarga pulsional, período este em que ainda não existe uma experiência de unidade, e o corpo se expressa sem a intermediação de um Eu. Nesta fase inicial o psiquismo reage às pulsões e

estímulos recebidos do exterior de forma anárquica. É neste contexto que se estruturariam os sintomas mais primitivos que se expressarão, mais tarde, por atitudes fusionais e aditivas. A incapacidade para criar um referencial simbólico – que seja suficiente para dar algum destino para a violenta pressão dos impulsos primitivos – deixa aberta a via da descarga imediata e corporal dos impulsos, o que estaria na base da estrutura psíquica da obesidade. O Eu só vai ser constituído a partir de uma ação psíquica particular (72), instaurando o narcisismo e a fase oral.

Klein (73,74) descreve esse período do desenvolvimento como de sadismo máximo. Nesta fase de desenvolvimento, os ataques que a criança faz ao seio e à mãe são violentos, podendo, em consequência disto, danificar seu aparelho relacional com o ambiente, transtornando as funções psíquicas básicas.

Assim, um desequilíbrio na função alimentar pode ser o fenômeno observado que denuncia um desequilíbrio na relação com o ambiente. Este processo de devorar o alimento protegeria o sujeito contra um ataque direto contra si mesmo, e do desvio destes em direção ao outro. A incapacidade para criar um referencial simbólico que seja suficiente para dar algum destino para a violenta pressão dos impulsos primitivos, deixa em aberto a via da descarga imediata destes impulsos, apresentando-se estes no fenômeno aditivo, que a nosso ver, está na base da estrutura psíquica da obesidade.

Francis Tustin (75), ao estudar quadros de autismo psicogênico infantil, descreveu os primórdios do desenvolvimento mental como uma etapa em que os fenômenos físicos e psíquicos ainda não podem ser distintos uns dos outros. A partir destas descobertas, postulou que muitos pacientes adultos, mesmo aqueles que apresentam estruturas basicamente neuróticas e que têm, portanto, um desempenho social adequado, podem apresentar áreas psíquicas que funcionam utilizando defesas tão primitivas como as utilizadas pelas crianças autistas, tal como uma forma de se proteger de angústias primitivas (76). Oliveira e Palauro (77) propõem que estas defesas autísticas, frequentemente encontradas em quadros de alcoolismo, drogadição e bulimia nervosa, estão presentes na base da estrutura psíquica da obesidade mórbida.

Segundo Mahler (78), a identidade coesa da imagem corporal da criança é fundada nas experiências iniciais dela, nos campos sensorial e motor experimentados na relação fusional com a mãe. A criança aprende e apreende o mundo por intermédio desta relação. É uma fase que esta autora define como simbiótica normal, e na qual o Eu se forma, a partir da imagem da mãe. Winnicott (79) chamou este momento do desenvolvimento de fase do espelho, no qual a criança deve poder se reconhecer a si mesma no olhar da mãe, e a partir daí iniciar o processo de formação de sua identidade. Falhas nestes momentos iniciais da formação do Eu, obrigam o bebê a se defender, estruturando ou áreas deformadas no psiquismo ou buracos na mente o que incapacita o sujeito a lidar com a pressão pulsional vinda do corpo.

Segundo Winnicott (80), no decorrer do desenvolvimento normal de um bebê, a “mãe devota suficientemente boa” acolhe o bebê em seu “ambiente interno” (p.335) e o protege das tumultuadas tensões internas e externas, proporcionando assim uma progressiva diferenciação do soma da criança em direção a formação de uma psique, que fará a intermediação entre as intensas exigências pulsionais vindas de dentro e as exigências do mundo externo. Portanto, para este autor, a psique é aquilo que se diferencia do soma, a partir da relação com o ambiente. Caso haja alguma deficiência neste processo de maturação, partes deste soma não se tornam psique, e continuam funcionando de forma primitiva, sem intermediação organizadora, ficando submetidas ao processo primário e á descarga imediata da tensão, expressando-se pelo fenômeno da adição. As funções corporais, a partir das quais a mente deveria se estruturar, incorporação (introjeção) e eliminação (projeção), passam a funcionar como mecanismos autônomos, que se impõem sem a intermediação do pensamento. Localizam-se aqui as bases psicodinâmicas dos fenômenos aditivos, entre eles a obesidade mórbida.

Tustin (75) afirma que a língua é o primeiro grande explorador do ambiente e que será a sensação de tê-la dentro da boca que permitirá ao bebê vivenciar a noção de espaço e de um interior. Portanto, para esta autora, o “dentro da boca” é a primeira experiência de interior, sem a qual todo o processo de ter uma vida interior forma-se muito precariamente. O alimentar-se compulsivamente e em grandes quantidades, observado nos obesos mórbidos, seria uma tentativa de lidar com a angústia a partir

deste funcionamento mental primitivo, sendo o alimento, que é colocado dentro da boca, utilizado como fonte de conforto e de contorno (77).

Quando este processo inicial não acontece de forma adequada, e o alimento é oferecido ao bebê de forma bruta sem estar envolvido pela experiência de contorno dada pela mãe, ficam impedidas a capacidade do bebê de simbolizar, de sonhar e de criar um mundo de fantasia. A criança permanece presa a um mundo informe, sem contorno, carente de significados, portanto, um mundo de sensações corporais (77).

Assim a alimentação, como função básica do mamífero, pode, no ser humano, por motivos internos e ambientais, se perverter. O descompasso entre a necessidade de ingerir alimentos e a necessidade fisiológica do organismo e a utilização da alimentação como defesa frente ao conflito psíquico, se apresentam como a precondição metapsicológica para o desenvolvimento da obesidade.

O sintoma seria uma conciliação necessária, uma solução de compromisso que visaria manter o equilíbrio emocional possível do sujeito. A retirada ou o impedimento cirúrgico do sintoma cria um campo novo de estudo da dinâmica biopsicológica do sujeito, pois aquilo que, de algum modo, se resolvia através do sintoma tem essa via impedida artificialmente de modo quase que absoluto.

1.3 PRESSUPOSTOS

O problema formulado nesta pesquisa parte da premissa de que a obesidade é um transtorno decorrente de uma trama de fatores biológicos, ambientais e psicodinâmicos, precariamente equilibrados pelo sintoma, equilíbrio este que será afetado pela intervenção cirúrgica que impede agudamente a expressão do sintoma. Formulamos então os seguintes pressupostos:

1. Os indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica ficam sujeitos a uma carga de afetos impedida de se expressar no sintoma, tendo esta carga de afetos que encontrar outras formas de expressão;
2. Estes afetos seriam transformados em outros sintomas, podendo culminar adições, alcoolismo, re-ganho de peso, e, nos casos mais dramáticos, em suicídio, caso haja predisposição para isto.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer as vivências emocionais de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica no Hospital das Clínicas da UNICAMP, no período compreendido entre um ano e meio e três anos após a cirurgia.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o surgimento de novos afetos e experiências de vida após cirurgia bariátrica;
- Discutir como esses indivíduos lidam com sua nova condição física e psicológica, a partir do procedimento cirúrgico.
- Propor estratégias para lidar com os indivíduos no pré e no pós-operatório.

*“O olho do homem serve de fotografia ao invisível, como
o ouvido serve de eco ao silêncio”.*

Machado de Assis (81)

3. METODOLOGIA

O método clínico-qualitativo se propõe a investigar e interpretar os fenômenos no campo da saúde (2). Sendo o caminho a ser percorrido em qualquer pesquisa uma escolha do pesquisador, baseada no objeto de seu estudo, optamos por este método, visto que é o que melhor nos instrumentaliza para construirmos nosso caminho (*hodos*), em direção a nosso fim (*meta*), tendo em vista que o objeto eleito para esta pesquisa é o homem, mais precisamente o homem em situação natural inserido em seu meio cultural. Portanto, lançamos mão de um método que se situa entre as Ciências do Homem, e que, permite abordar o homem em sua complexidade, como um todo em contínua relação com o meio social em que vive, modificando e sendo modificado continuamente por ele.

Deste modo, ao estabelecer o uso de um método de pesquisa que se situa entre as Ciências do Homem, deve-se estar preparado para entrar num campo de compreensão bastante distinto daquele proposto pelas chamadas ciências duras, hegemônicas na atualidade, e que prezam, acima de tudo, a objetividade e a neutralidade do pesquisador. O pesquisador qualitativista deve estar consciente de que sua pessoa é imprescindível para a compreensão e interpretação de um meio social do qual também faz parte.

3.1 Sobre a metodologia de pesquisa qualitativa

Os métodos qualitativos de pesquisa têm sido usados já há muitos anos, quando o objetivo é pensar a condição humana, em sua interação com o social, e compreender os significados da experiência humana neste contexto (82,83,84,85).

Há certo consenso de que esta metodologia de pesquisa passa a ter status científico a partir de trabalhos de antropólogos, sociólogos e educadores, tendo a psicanálise incrementado de forma significativa sua utilização para o estudo e para a compreensão do homem. São métodos que supõem “uma afirmação de qualidade contra a quantidade, refletindo uma luta teórica entre o positivismo e as correntes compreensivistas em relação às formas de valorização dos significados” (82, p. 24) sendo, portanto, o *significado* o conceito central.

Minayo (82) define as metodologias de pesquisa qualitativa como “aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais” (p.22). Portanto, em oposição às ciências naturais, buscam interpretar as relações de significado presentes nos fenômenos individuais e sociais, ao invés de estarem presas ao emprego de métodos matemáticos na busca das relações causais entre os fenômenos empíricos. A outra questão interessante levantada por esta autora é a participação inevitável da intencionalidade do pesquisador na delimitação de seu campo de pesquisa, ocupando a subjetividade um lugar de destaque como fundante de sentido, sendo inerente ao entendimento objetivo de qualquer fenômeno humano.

Morse e Field (84) definem os métodos qualitativos como “métodos de pesquisa indutivos, holísticos, êmicos, subjetivos e orientados para o processo, usados para compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas a fenômenos ou a *settings*” (p.243). Na definição destas autoras pode-se acompanhar o imbricamento proposto pelo método entre as questões pessoais e subjetivas tanto dos pesquisados como do pesquisador. O caráter êmico ganha uma posição central, já que a informação que interessa ao investigador deve ser apreendida do ponto de vista subjetivo dos indivíduos em estudo. Como afirmam Fontanella et al. (86) esta é a *perspectiva êmica* de uma pesquisa genuína, na qual o investigador respeita a posição do entrevistado e baliza a análise dos fenômenos observados na perspectiva do sujeito do comportamento, interpretando os resultados de acordo com a própria lógica deles, considerando as *relações de significado* que estabelecem (p.2). É isto que permitirá gerar, de fato, um conhecimento original, já que os resultados são alcançados indutivamente, segundo a lógica particular do contexto cultural onde se insere o objeto de estudo, e não a partir da perspectiva do pesquisador ou de teorias prévias.

Fica, portanto, evidente que são os fundamentos do pensamento fenomenológico que fornecem as bases filosóficas das metodologias qualitativas, já que o significado que é dado pelos sujeitos é aquilo que permite a compreensão da natureza do objeto de estudo, a partir da interpretação dos fatos que podem ser apreendidos pelos sentidos.

Entenda-se aqui *fenômeno* como aquilo que se mostra em si mesmo, aquilo que se revela à consciência e pode ser percebido, tanto na ordem física como psíquica. Mas deve-se fazer, a bem de localizar o campo da pesquisa qualitativa dentro dos fundamentos do pensamento fenomenológico, que os fenômenos não são apenas as coisas materiais que percebemos, ou as coisas naturais estudadas pelas ciências da natureza, mas também as coisas puramente ideais e que existem apenas no pensamento (como as estudadas pela matemática e pela lógica) e as coisas criadas pela ação e prática humanas, em outras palavras, aquilo que chamamos de Cultura. Esta última categoria de fenômenos são aqueles que “aparecem à consciência e que são constituídos pela própria consciência” (87, p.238), e são os que interessam numa pesquisa qualitativa.

3.2 Sobre o método clínico-qualitativo

O método clínico-qualitativo é a particularização e o refinamento da metodologia qualitativa vinda das ciências humanas, aplicado ao enquadre específico da saúde, visando o pesquisador captar as vivências, o processo do *sofrer existencial*, (portanto, as ansiedades e angústias) dos indivíduos pesquisados em relação a determinado problema do campo da saúde-doença (2). É, portanto, uma proposta de adequar a metodologia qualitativa genérica a problemas originados na clínica, utilizando instrumentos relacionados à prática clínica para este fim. É uma proposta metodológica ambiciosa de “união seletiva, na postura eclética, entre duas áreas metodológicas densas” (2, p.225). É, portanto, um método que reúne a atitude clínica de um clínico-pesquisador com um tratamento qualitativo dos dados obtidos.

Turato (2) aprofunda a compreensão desta mescla entre os métodos qualitativos e o método clínico ao afirmar que o método clínico-qualitativo a partir das atitudes existencialista, clínica e psicanalítica, que são seus pilares de sustentação,

“... permite a acolhida das angústias e ansiedades do ser humano, a aproximação de quem dá ajuda e a valorização dos aspectos emocionais psicodinâmicos mobilizados na relação com os sujeitos em estudo”, sendo um recurso na área da psicologia da saúde para dar “interpretações a sentidos e significações trazidos por tais indivíduos sobre múltiplos fenômenos pertinentes ao campo do binômio saúde-

doença, com o pesquisador utilizando um quadro eclético de referenciais teóricos para a discussão no espírito da interdisciplinaridade" (p.242).

Este autor situa neste contexto a *ruptura epistemológica* entre a metodologia clínico-qualitativa e os demais modelos de pesquisa qualitativa genéricos.

No final do século XIX, Freud introduz de forma genial o método qualitativo que posteriormente denominou psicanálise, mas que pouco a pouco se afastou deste campo e criou um campo metodológico particular e ímpar, movimento este que foge do escopo do presente estudo. Contudo, as diretrizes de seu método de aproximação do homem e de seu mundo interno subjetivo, assim como os conceitos por ele criados e desenvolvidos, tornaram-se ferramentas indispensáveis para a aplicação do método qualitativo, sobretudo ao campo da saúde.

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

3.3 Aplicação do método clínico-qualitativo: instrumentos e procedimentos

São instrumentos técnicos e procedimentos desta pesquisa: entrevistas semidirigidas de questões abertas, categorização e análise de conteúdo, elementos que serão melhor definidos abaixo.

3.3.1 Chegando ao campo de pesquisa

3.3.1.1 Modo de construção da amostragem e de inclusão dos sujeitos

A população pesquisada foi de mulheres que foram submetidos a cirurgia bariátrica no Serviço de Cirurgia do Hospital das Clínicas da UNICAMP, segundo os seguintes critérios de inclusão:

- Ter mais de 21 anos;

- Ter sido submetida à cirurgia bariátrica no período de um e meio a três anos;
- Apresentar concordância, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para participação na pesquisa.

Foram considerados critérios de exclusão, a paciente apresentar, na avaliação pré-operatória, diagnóstico de transtorno psicótico, transtorno de personalidade, síndrome psico-orgânica ou retardo mental, segundo as diretrizes propostas pela Classificação Internacional de Doenças (88). O motivo da utilização destes critérios de exclusão, a nosso ver, vai ao encontro de um fundamento básico da construção de amostras em pesquisa qualitativa, que é a constituição de uma amostragem intencional, ou seja, aquela constituída por “um pequeno número de pessoas preferidas deliberadamente em função da importância que elas têm em relação ao tema eleito, consideradas assim portadoras de representatividade social numa situação determinada” (2, p.296). Pacientes portadores dos transtornos mentais listados não são, a nosso ver, portadores de representatividade social na questão formulada neste estudo.

Morse e Field (84) destacam que um dos mais importantes passos para a manutenção da validade na pesquisa qualitativa é a seleção da amostra, que sendo proposital e teórica, tem como fundamento que os entrevistados sejam escolhidos em razão de sua real vivência em relação ao tema em estudo, podendo assim fornecer informações ricas e embutidas de realidade. Portanto, em pesquisa em ciências humanas de enfoque qualitativo, a amostra deve ser composta por sujeitos adequados para informar a respeito do assunto sob investigação.

Como em uma pesquisa qualitativa não se objetivam inferências estatísticas, o tamanho da amostra “vai decorrer de necessidades *não matemáticas*” (89, p.70). Corroborando esta idéia Minayo (82) afirma que:

“Certamente o número de pessoas é menos importante do que o empenho de enxergar a questão sob várias perspectivas e pontos de vista. A validade da amostra está na sua potencialidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões.” (p.198)

Seguindo estas diretrizes e dado o desenho do estudo proposto, o número exato de participantes não foi definido previamente, mas em campo, e a amostra se fechou no momento em que houve a saturação de informações, tendo em vista as necessidades reais de alcançar os objetivos do estudo. Assim, o critério de saturação (90,91) foi o que nos orientou quanto ao fechamento da amostra, e é o que procuraremos descrever a seguir.

No campo de pesquisa a amostra foi captada a partir dos contatos do pesquisador com os pacientes que participavam dos grupos psicoterapêuticos de pós-operatório, dos contatos informais no corredor e de conversas com elementos da equipe que indicaram, entre as pacientes operadas, aquelas mais aptas a fornecer informações com clareza.

Cabe aqui um parêntese. A escolha de pacientes operados há, pelo menos, um ano e meio, deveu-se à tentativa de excluir da amostra o período que é descrito pelos próprios membros da equipe de atendimento, como “lua de mel” da cirurgia, um dado empírico, mas que a meu ver é relevante, pois é um período que dura do pós-operatório imediato até um ano, um ano e meio após a cirurgia, no qual o sujeito sente que resolveu seu problema, derrotou a obesidade, e que a partir de então é uma outra pessoa, mais feliz, triunfante, admirada, etc. Tratam-se, certamente, de defesas maníacas que se impõem e prejudicam o discernimento, pelo sujeito, de seus próprios sentimentos.

Outra importante questão em relação à amostragem, que surgiu durante o processo de aculturação e posterior realização das entrevistas e análise dos dados obtidos junto aos pares do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa, foi a constatação que havia dois campos muito distintos dentro do próprio grupo de pacientes operados: as mulheres e os homens. O sentido da cirurgia para cada um destes grupos era bastante díspar, o que nos levou a focalizar nosso interesse nas vivências emocionais da cirurgia para mulheres operadas.

Em suma, valemo-nos para a consecução desta pesquisa de uma amostragem intencional obtida por saturação, tendo com critério de homogeneidade fundamental ser composta por sete mulheres, operadas num período de um ano e

meio a quatro anos, no Hospital de Clínicas da Unicamp e em acompanhamento ambulatorial no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HC-UNICAMP.

3.3.1.2. Contato com a coordenação do Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HC-UNICAMP.

Após algumas discussões do Projeto de Pesquisa com os pares do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa e com o orientador da pesquisa, fez-se o primeiro contato do pesquisador com o campo de pesquisa, diretamente com a coordenação do Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HC-UNICAMP, quando foi apresentado o Projeto de Pesquisa, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp sob nº 534/2006 (ANEXO 5), a carta de apresentação do pesquisador por parte do orientador da pesquisa e esclarecidas as etapas de execução das atividades de campo e seus objetivos acadêmicos.

Tendo sido aceita e bem acolhida a proposta de trabalho, iniciou-se o trabalho de campo.

3.3.1.3. Aculturação

Após discussões e reflexões com os pares e com o orientador, optou-se por um período de aculturação que consistiu em participação das atividades normais do ambulatório, semanalmente, às quartas-feiras. De modo genérico esta atividade de aculturação consiste em “assimilar idéias e costumes de uma sociedade para a qual migramos e na qual ficamos imersos temporariamente” (2, p.344), ou seja, consiste num processo de relacionamentos profundos e contínuos, visando a assimilação de elementos de uma outra cultura. No *setting* da saúde, este processo consiste em uma imersão no ambiente onde os fenômenos ocorrem. No caso do presente estudo, o Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HC-UNICAMP.

A aculturação foi feita a partir de duas atividades: participação do pesquisador como ouvinte do grupo pós-operatório de psicoterapia e conversas informais com pacientes e equipe de saúde nos corredores do ambulatório, o que possibilitou ao

pesquisador a necessária imersão no ambiente natural dos pacientes a serem estudados e, deste modo, “iniciar uma rede de relações, fazer correções iniciais dos instrumentos de coleta de dados e produzir uma agenda e um cronograma de atividades posteriores” (82, p.199).

As informações provenientes deste período de aculturação foram devidamente anotadas no *diário de campo* e utilizadas para reformular alguns dados do questionário inicialmente proposto para as entrevistas.

A aculturação na pesquisa qualitativa ganha particular relevância por se tratar de um método êmico, ou seja, que visa a interpretação de fenômenos a partir da perspectiva do sujeito do comportamento. Como os sujeitos investigados tornam-se, de certo modo, co-autores do conhecimento obtido, a inserção do pesquisador no meio cultural dos sujeitos investigados é fundamental para um adequado desenvolvimento do instrumento de pesquisa a ser aplicado em campo.

3.3.2 Coleta de dados

3.3.2.1. Instrumento de coleta de dados

Após o período inicial de aculturação o material clínico e os achados relativos ao ambiente e a cultura onde se inseriam os sujeitos a serem pesquisados, foram discutidos com os pares tendo sido acolhidas as sugestões do grupo, reformuladas algumas questões do questionário proposto no Projeto inicial e, de posse destas contribuições, passou-se à fase formal de coleta do material da pesquisa.

Elegemos a entrevista como instrumento, por excelência, para a coleta de dados em pesquisa clínico-qualitativa, por ser “instrumento precioso de conhecimento interpessoal, facilitando, no encontro face a face, a apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa do entrevistado” (2, p.308).

A técnica que melhor se presta a um estudo qualitativo é aquela que se vale de entrevistas não-dirigidas, durante as quais os entrevistados serão estimulados, por questões abertas, a falar sobre os significados que *eles atribuem a suas experiências*

de vida e de doença. Como bem lembra Fontanella et al. (86) são as entrevistas não dirigidas que propiciam, de modo espontâneo e freqüente, os *achados de serendipidade*, ou seja, aqueles que são encontrados por acaso e de forma não esperada durante o curso da investigação, com todo o potencial heurístico que este fenômeno carrega.

3.3.2.1.1 A entrevista semidirigida de questões abertas

Empregamos a Técnica de Entrevista Semidirigida de Questões Abertas proposta por Morse e Field (84), e que se caracteriza por um procedimento no qual “o pesquisador conhece a maioria das questões a perguntar, mas não pode predizer as respostas”. Esta técnica “garante que o pesquisador obterá todas as informações requeridas, enquanto, ao mesmo tempo, dá ao participante liberdade para responder e ilustrar conceitos” (p.94). Assim, nesta modalidade de entrevistas, ambos os integrantes da relação têm momentos para dar alguma direção ao assunto, representando isto um ganho na obtenção de dados, sobretudo em abrir espaço para o novo, já que, deste modo, o próprio entrevistado participa na elaboração do conteúdo da pesquisa com elementos insuspeitados pelo pesquisador.

Partindo destes conceitos, no presente estudo, algumas das questões foram previamente padronizadas. Um conjunto de questões básicas foi formulado a todo entrevistado, de modo a permitir a comparabilidade de respostas, além de reduzir a interferência do entrevistador e facilitar a organização e análise dos dados. Seguimos, então, a orientação de Turato (2) que considera a melhor técnica, uma entrevista na qual “os tópicos da entrevista serão lançados ao sujeito, que não responderá através de alternativas, mas irá discursar a respeito de suas experiências, discutindo-se, posteriormente, as significações dadas pelo sujeito a determinados fenômenos existenciais” (p.314).

Este instrumento permite que os sujeitos pesquisados revelem “os significados que atribuem a suas vivências pessoais quanto às questões de sua saúde e doença, possibilitando ao pesquisador tanto dispor destes dados de forma descritiva como inferir sobre o conteúdo latente e a psicodinâmica destas vivências”

(89, p.75). Deste modo, a técnica de entrevistas semidirigidas de questões abertas permite ao pesquisador uma liberdade de perguntar e intervir, a partir do roteiro inicial de questões, dependendo da singularidade de cada caso. Ou seja, o entrevistador não tem uma postura passiva diante do entrevistado, mas deve usar todo seu conhecimento teórico com o intuito de que o entrevistado se manifeste da maneira mais livre possível, visando aprofundar aquilo que se propôs a explorar.

Na presente pesquisa, partindo dos pressupostos teóricos acima descritos, as entrevistas foram realizadas semanalmente, no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HC Unicamp, com pacientes que atendiam às exigências dos critérios de inclusão.

A coleta de dados seguiu os critérios sugeridos pelo Método Clínico-Qualitativo: estabelecimento do rapport, seguido da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido analisado e aprovado pela Comissão de Ética Médica do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (ANEXO 2), abordagem inicial (ANEXO 3), coleta de dados de identificação do sujeito e a aplicação do questionário de questões semi-estruturadas de questões abertas, sendo que os aspectos da postura e do comportamento da entrevistada, assim como as reações emocionais do pesquisador, foram registrados em papel, constituindo o diário de campo do pesquisador (ANEXO 4).

As entrevistas foram realizadas através de um roteiro e gravadas em áudio, o que permitiu a posterior reprodução integral das falas. A transcrição das entrevistas foi feita por técnicos, que foram orientados pelo pesquisador a serem o mais fieis possíveis às falas e silêncios registrados na gravação. Cada uma das transcrições foi, a seguir, cuidadosamente revisada pelo pesquisador, visando preencher lacunas de falas não identificadas pelo técnico transcritor e correção de erros gramaticais provenientes das transcrições. Procuramos dar um tratamento ao material transcrito de forma a torná-lo acessível e agradável a uma posterior leitura por outras pessoas. Por fim, foi feito um trabalho de retirada ou transformação de dados que pudessem identificar, de algum modo, o entrevistado, sendo os nomes próprios deles substituídos por números de 1 a 7, correspondentes aos sete entrevistados.

3.3.3 Categorização e análise de conteúdo

3.3.3.1 Técnica de tratamento dos dados

Os dados obtidos nas entrevistas foram submetidos a um processo de categorização e análise de conteúdo. O *corpus* transcrito (ANEXO 1), que é a íntegra das transcrições do material gravado durante as entrevistas, em seu estado bruto, encontra-se gravado em CD-ROM, anexado ao final do texto.

Os dados utilizados em pesquisas qualitativas são provenientes de duas fontes: transcrições das entrevistas gravadas e anotações livres feitas durante o processo de entrevistas, estas podendo ser utilizadas durante o processo de discussão do material como um todo e no tratamento dos dados obtidos formalmente durante as entrevistas.

As falas das pacientes que foram utilizadas para a apresentação dos resultados e discussão estão identificadas com um número arábico, que corresponde à linha na qual a fala aparece no *corpus* transcrito.

3.3.3.2 Categorização

A partir dos dados obtidos e de sua análise prévia, que se dá durante as entrevistas, na releitura e na escuta flutuante dele, procurou-se agrupar, como é consenso entre os pesquisadores qualitativos, estes dados em categorias e subcategorias que “são conjuntos e subconjuntos ideativos formados a partir do trabalho de discriminação que o pesquisador faz daqueles índices observados” (89, p.83).

Para Minayo (82) categorias são “conceitos classificatórios”, ou seja, “termos carregados de significação, por meio dos quais a realidade é pensada de forma hierarquizada” (p. 178). Para ela a criação de sistemas de categorias teria por finalidade encontrar “unidade na diversidade e produzir explicações e generalizações” (82, p.178).

Para o presente estudo utilizamos a classificação proposta por Minayo (82) que é composta por *Categorias empíricas*, ou seja, sistemas construídos *a posteriori* a partir da compreensão do ponto de vista dos atores sociais de determinado grupo, e que possibilita revelar relações específicas deste grupo.

Concordamos com Minayo (82) quando afirma que é somente quando o pesquisador consegue apreender e compreender as categorias empíricas de classificação da realidade do grupo investigado, que ele poderá perceber que elas são “saturadas de sentido e chaves para a compreensão teórica da realidade em sua especificidade” (p.179).

Assim o processo de categorização tem a função de sistematizar o pensamento investigativo em direção à compreensão dos fenômenos observados, focalizando os objetivos da pesquisa, sendo, portanto, uma lapidação dos dados brutos obtidos nas entrevistas (89, p.86).

Concluindo, a elaboração de categorias dentro de parâmetros bem definidos é, a nosso ver, um instrumento técnico imprescindível para a posterior análise do conteúdo das entrevistas transcritas e que, por serem, em última análise, criadas pelo pesquisador, carregam a marca indelével deste, que passa a fazer parte integrante daquilo que pode ser compreendido no campo de estudo.

3.3.3.3 Análise de dados

A análise de dados em uma pesquisa qualitativa pode seguir diversos caminhos, dependendo da corrente de pensamento a que o investigador se filia. Porém, nesta área freqüentemente identificamos problemas metodológicos, sobretudo decorrentes do fato dos investigadores tenderem a “ocultar a *alquimia* que usaram para transformar dados brutos em descobertas científicas” (82, p.301). A advertência desta autora deve ser levada em alta consideração, pois a inobservância deste cuidado com a sustentação metodológica desta *alquimia* utilizada para lapidar o *corpus bruto* do material colhido até chegar às conclusões da pesquisa, deixa em aberto um espaço enorme para inferências e interferências não científicas, apoiadas

em senso comum ou pré-concepções do pesquisador, e que comprometem toda cientificidade da pesquisa.

Portanto, propor-nos-emos nesta sessão a definir quais os critérios que utilizamos para efetuar a interpretação dos dados brutos colhidos durante as entrevistas.

Utilizamo-nos da já consagrada *análise de conteúdo*, que é uma expressão genérica que designa o tratamento dos dados qualitativos. A partir do discurso manifesto, e sempre auxiliado pelo que está latente nele e pelos atos que o compõem (geralmente observados pelo pesquisador e anotados em *diário de campo*), procura-se apreender, além daquilo que estava sendo dito conscientemente, a subjetividade e a intimidade não dita de cada um dos entrevistados. Trata-se de um *processo indutivo* que se dá a partir de fenômenos históricos pessoais e psíquicos associados à fala e a postura daquele que se pronuncia. Portanto, não se trata de uma técnica que se propõe meramente a ultrapassar o alcance descritivo da mensagem, mas atingir, mediante inferência, uma interpretação mais profunda do material, ou seja, aquilo que está mais além do discurso puramente manifesto que é gravado e transcrito. É neste contexto que as impressões do pesquisador e as anotações em *diário de campo* ganham sua importância na análise das informações coletadas.

Segundo Bardin (92), a análise de conteúdo pode ser definida como:

“Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos a condições de produção/recepção destas mensagens.” (p.42)

É isto que permite que as inferências obtidas através destas técnicas possam ser replicáveis e válidas, e, portanto, científicas.

Do ponto de vista operacional a técnica consiste em partir de uma leitura de primeiro plano das falas e procurar atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Esta análise deve ser *objetiva e sistemática*, ou seja, objetiva por trabalhar com regras preestabelecidas e obedecendo a diretrizes suficientemente claras para que qualquer investigador possa replicar os procedimentos e obter os mesmos resultados e sistemática para que o conteúdo seja

ordenado e integrado nas categorias escolhidas, em função dos objetivos e metas anteriormente estabelecidos (82, p.309).

Dentre as modalidades de *Análise de Conteúdo* descritas por Minayo (82), acreditamos ser a *análise temática*, a que melhor se aplica às investigações qualitativas em saúde, e sobre ela discorreremos brevemente a seguir.

Análise Temática

Nesta modalidade procura-se encontrar o *tema* que é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura (92). Assim, fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. A presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso.

Está técnica é aplicada, inicialmente por uma *leitura flutuante* do conjunto das comunicações, deixando-se o pesquisador se impregnar pelo seu conteúdo. A dinâmica entre hipóteses iniciais, hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema tornarão a leitura “progressivamente mais sugestiva e capaz de ultrapassar à sensação de caos inicial” (82, p.316).

A etapa final deste processo consiste na exploração do material propriamente dito, que consiste numa operação classificatória que visa alcançar o *núcleo de compreensão do texto*. É a partir deste momento que são definidas as categorias e subcategorias de forma definitiva. O investigador busca encontrar expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. Esta é uma fase particularmente delicada, não havendo segurança de que a escolha de categorias leve a uma abordagem densa e rica, sendo a sensibilidade e perspicácia do pesquisador colocada à prova neste momento.

Na análise temática tradicional (82, p.317), como foi o caso no presente estudo, esta fase de categorização do material foi feita num primeiro momento, sendo que durante a análise dos dados propriamente dita, foram sendo elaboradas novas categorias que emergiam tanto do próprio aprofundamento da compreensão dos

indivíduos pesquisados, como da discussão do material que foi sendo paulatinamente elaborado junto aos pares do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa.

O trabalho final consiste no tratamento dos dados obtidos e interpretação dos mesmos. O pesquisador propõe inferências e realiza interpretações do material já devidamente categorizado, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente, tendo sempre em vista abrir novas pistas em torno de outras dimensões teóricas e interpretativas, o que confere potencial heurístico ao processo.

A análise temática tendo como *pano de fundo a teoria psicanalítica e a prática em psicanálise do pesquisador* fundamentou a escuta e a compreensão do material obtido durante a permanência deste no campo de pesquisa, sendo os resultados alcançados necessariamente atravessados por este elemento particular de compreensão do pesquisador.

3.3.4. Validade (validity) em pesquisa qualitativa

O conceito de validade tornou-se palavra chave em metodologia de pesquisa científica, pois se refere a uma postura crítica que deve estar no cerne de qualquer atividade científica, ao propor a maior aproximação possível entre a realidade estudada e os resultados aferidos desta investigação, remetendo assim às idéias de consistência e solidez dos resultados obtidos após a aplicação de determinado método científico.

Turato (2) propõe aplicar o termo validade em dois sentidos complementares, ou seja, validação interna e validação externa, acreditando deste modo atingir uma meta que estaria próxima da verdade buscada. Assim, a validação interna seria:

“... um processo envolvendo o autor e seu projeto e que configura rigores para que a apreensão dos fenômenos dê a estes o atributo de verdade, isto é, estejam em conformidade com o real, graças à função e ao poder adequados do pesquisador, dos recursos gerais e dos instrumentos auxiliares de pesquisa” (idem, p.389).

Deste ponto de vista, os dados são considerados válidos a partir do uso do conjunto de conhecimentos/experiências que perfazem a base intuitiva, intelectual e técnica do investigador. Destaco aqui a importância do planejamento adequado do

método, da técnica e dos procedimentos segundo a literatura específica e o conhecimento específico do pesquisador a respeito de seu objeto de estudo. Depreendemos disto que a experiência pessoal, a sensibilidade e a familiaridade com a clínica são elementos fundamentais para a validade em pesquisa clínico-qualitativa.

Dentre as estratégias de validação destaco, propositalmente, as atividades de validação externa que creio serem fundamentais para a inserção das metodologias quantitativas no campo da ciência. Trata-se de um processo que envolve o pesquisador com seus interlocutores acadêmicos “que fornecerão, através da interação/debate afetivo-intelectual, considerações favoráveis ou adversas ao atributo de verdade acerca dos achados das entrevistas, da categorização e análise de conteúdo” (2, p.391). São estratégias de validação externa: submeter-se a uma atividade de supervisão com o orientador da pesquisa ou do pesquisador sênior de seu grupo de investigação, contar com sua rede de interlocutores, seus pares que trabalhem sob o mesmo paradigma, que ouvem e fazem ressonância a seus procedimentos e suas reflexões sobre os achados da pesquisa e, por fim, trocas de idéias sobre os resultados da pesquisa com audiência qualificada em eventos científicos.

Seguindo estes preceitos fundamentais, durante o período que se estendeu desde a execução do projeto inicial de pesquisa até a análise de conteúdo do material já submetido a categorização, apresentamos periodicamente o andamento do trabalho aos pares do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa da FCM da Unicamp, além de discussões diretamente com o orientador da pesquisa. Durante estas atividades idéias foram sendo criadas e desenvolvidas e outras sendo refutadas, quando não podiam ser sustentadas.

3.3.4.1 O pesquisador como instrumento

Em decorrência do espectro dinâmico e complexo do objeto de estudo e do método aplicado, devem ser características básicas do pesquisador qualitativista, além da disciplina técnica na aplicação do método, “a criatividade, a capacidade de indagar, a curiosidade com o não conhecido, e a ética” (2, p.25). Acrescentaríamos

ainda, que o pesquisador deve ter algum conhecimento sobre sua própria dinâmica interna e sobre o seu modo de receber as informações vindas do mundo externo, e por que não, do seu próprio mundo interno, para que possa alcançar e interpretar, de uma maneira objetiva e válida, os dados colhidos, após considerar a sua subjetividade.

Destaco, portanto, uma questão muito típica e, ao mesmo tempo muito controversa, em relação às metodologias qualitativas. Refere-se ao reconhecimento da participação ativa de aspectos pessoais do pesquisador na própria colocação em prática do método, sendo este fator de vital importância para a própria cientificidade dele. Não só a experiência do pesquisador com relação ao trato com o objeto de estudo, seu conhecimento prévio sobre o assunto pesquisado, mas, sobretudo, sua capacidade de introspecção e capacidade empática em relação aos sujeitos da pesquisa, são instrumentos indispensáveis à condução das entrevistas, à categorização do material obtido e, sobretudo, na análise de conteúdo.

Como bem nos aponta Turato (2), a força motora para o cientista em pesquisa clínico-qualitativa está em sua *atitude existencialista*, entendida como uma postura na qual:

“... percebe, em si, angústias e ansiedades de âmbito pessoal, deixa-se mover deliberadamente por ela para buscar a compreensão profunda das questões humanas e, identificando-se com o outro (o sujeito-alvo de seu estudo), acolhe as angústias e ansiedades deste” (p.226).

São estes elementos, captados a partir desta atitude existencialista, que vão ser utilizados na escolha do assunto da pesquisa, na aproximação com os sujeitos da pesquisa, nas discussões que fará sobre seu trabalho e no viés que irá impor a seus achados e interpretações destes. É isto, inclusive, que dá ao trabalho de pesquisa seu caráter de *autenticidade*.

A inserção visceral do pesquisador no campo e com os sujeitos investigados, é parte integrante do instrumento utilizado para a aplicação do método, sendo de vital importância que “o pesquisador terá de estar envolvido, emocionalmente também, com o seu objeto de estudo. Terá que misturar-se com ele, identificar-se, ‘ser ele’” (2, p.25). Deste modo, este autor nos sugere uma inserção radical do pesquisador em

seu campo de trabalho, chegando mesmo a propor um mecanismo de identificação dele com seu objeto de estudo, como elemento de alcance da verdade procurada.

Depreende-se disto que a objetividade em pesquisa qualitativa em saúde, em momento algum propõe excluir a subjetividade inerente a dupla pesquisador-pesquisado, sendo sua inclusão uma condição de conhecimento que “faz parte da visão mais totalizante do processo científico” (2, p.388).

Bleger (93) corrobora esta idéia ao considerar que:

“... o instrumento de trabalho do entrevistador é ele mesmo, sua própria personalidade, que participa inevitavelmente da relação interpessoal, com o agravante de que o objeto que deve estudar é outro ser humano, de tal maneira que, ao examinar a vida dos demais, se acha diretamente implicada a revisão e o exame de sua própria vida, de sua personalidade, conflitos e frustrações” (p.26).

Este fator fica ainda mais em evidência quando o objeto de estudo é o homem e sua relação com a doença e o adoecer, que são por si sós, fontes de angústia e fantasias de desamparo e morte.

Concluimos que, a bem da cientificidade, para estudar e entender os fenômenos subjetivos humanos, a subjetividade do pesquisador deve ser sempre considerada, sob o risco de buscar uma pretensa objetivação de processos que não são objetiváveis a não ser a partir do processo complexo de análise de conteúdo que o método qualitativo propõe. Ou seja, a objetivação de processos que envolvem a complexa rede de sentidos, significados e símbolos constituintes a estrutura do homem e, sobretudo, sua participação enquanto célula do tecido social, não é possível a não ser a partir dos recursos utilizados pelas metodologias qualitativas.

Assim, a neutralidade e objetividade *a priori*, valores maiores nas chamadas metodologias quantitativas, são intencionalmente refutadas nas metodologias qualitativas, enquanto entraves ao desenvolvimento do conhecimento, devendo pois ser buscados outros critério, que levem, num segundo momento, à objetivação dos resultados, apoiados mais no sentimento de convicção do que em critérios matemáticos.

As variáveis ligadas à subjetividade do pesquisador, longe de serem entendidas como vieses anti-científicos, constituem-se em elementos significativos

para a decifração do material bruto que os entrevistados oferecem. Neste sentido as contribuições de Freud e de toda a teoria psicanalítica que se desenvolveu a partir dele, nos instrumentalizaram para a escuta e compreensão do discurso do sujeito não apenas como uma fala manifesta, mas também como um discurso pleno de sentidos inconscientes e que só podem ser captados pessoalmente pelo interlocutor, inconscientemente, e seu sentido profundo ser inferido a partir desta “escuta” peculiar.

É neste campo que a discussão do material obtido e interpretado, tanto por um supervisor habilitado como pelos pares se torna ainda mais indispensável.

3.4 Cuidados éticos

O primeiro passo para a realização desta pesquisa foi o envio do Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP, que foi protocolado sob o nº 547/2006. Uma alteração da amostra foi feita durante o decorrer do trabalho, tendo sido enviado ofício ao referido comitê de ética, solicitando o aceite da alteração, tendo sido o pedido deferido em 26 de fevereiro de 2008 (ANEXO 5).

Este estudo seguiu as normas preconizadas pela Declaração de Helsinque (94) e pelas Resoluções 196/96 e 340/04 do Conselho Nacional de Saúde (95,96), visto que se tratou de uma pesquisa realizada na área da saúde.

Durante o procedimento de campo foi estabelecida a concordância espontânea do sujeito, expressa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2) Para esta concordância, o pesquisador responsável esclareceu o entrevistado sobre o estudo (objetivos, instrumentos a serem aplicados, justificativas) e sobre a garantia do sigilo em relação às informações prestadas. Somente depois de respondidas às questões que surgiram em relação aos procedimentos e objetivos das entrevistas, deu-se início a coleta dos dados. Os dados de identificação do sujeito foram preenchidos em uma folha à parte do questionário e eliminados após o estudo. Foram omitidos os nomes dos entrevistados nas transcrições formais das entrevistas, e estes foram referidos por números de 1 a 7, de acordo com a ordem que as entrevistas ocorreram.

As gravações serão guardadas pelo pesquisador por cinco anos e, a seguir, destruídas.

3.4.1 Postura ética do pesquisador

Por se tratar de um método de pesquisa no qual a subjetividade do pesquisador é levada em alta conta, inclusive como instrumento de coleta e interpretação de dados, torna-se imprescindível que uma ética particular seja parte integrante da postura do pesquisador frente a seu objeto de estudo.

Refletindo a respeito da questão do viés em pesquisa clínico-qualitativa, Turato (2) alerta que “eticamente, esperamos que o pesquisador alertado e honesto reconheça a sua existência inerente, pronuncie-se sobre ele em seus escritos e considere-o na hora de discutir/interpretar os resultados de sua observação e/ou experimentação” (p.371). Portanto, o viés estaria necessariamente presente em qualquer observação, na apreensão dos fatos ou descrição deles, pois em qualquer situação existem fatores que distorcem o objeto de estudo para nossa consciência. Assim, uma pretensa neutralidade e imparcialidade científicas são sempre ficções criadas por um espírito positivista impregnado de ingenuidade e credulidade.

Uma postura ética frente a um outro que sofre e que vive seu sofrimento de forma particular e quase que absolutamente estrangeira para aquele que observa, é definida como ética da neutralidade, originando-se uma verdadeira neutralidade “de um genuíno respeito pela individualidade” (97, p.235) do outro que se apresenta para nós com seu sofrimento. Portanto, o desafio de sermos éticos num *setting* de pesquisa clínico-qualitativa, assim como num *setting* psicanalítico, parte deste esforço em respeitar a individualidade do outro, muito mais do que de criarmos instrumentos que ingenuamente acreditamos fornecer um ambiente asséptico e livre de vieses. Esta atitude, pelo contrário, ao tolher a liberdade de expressão do sujeito da pesquisa, obriga-o a submeter-se ao crivo daquilo que o pesquisador quer saber e não àquilo que tem necessidade de dizer. O risco de incorrermos em imprecisões por esta via de obtenção de informações pode ser ainda maior por estar o desejo de saber do pesquisador acima do desejo de se fazer entender do sujeito. Portanto, facilmente

uma inversão se instala e a pretensa objetividade se torna um viés ainda maior que as subjetividades envolvidas no processo.

Para concluir cito Muncchielli (1994)¹ que define com outras palavras o que consideramos ser a postura ética do pesquisador em saúde, e que compreenderia:

“... uma atitude de interesse aberto (sem preconceitos de qualquer natureza); atitude de não-julgamento (sem crítica, culpabilização ou conselho); atitude de não diretividade (sem pressupostos); intenção autêntica de compreender (com apreensão das significações para o cliente); e esforço contínuo para manter-se objetivo no transcorrer da entrevista”.

¹ Muncchielli. *Apud* Turato ER. Tratado de Metodologia Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação às áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003. p.311.

4. RESULTADOS

ARTIGO 1

Understanding the life experiences of Brazilian women after bariatric surgery: a qualitative study²

Ronis Magdaleno Júnior³

Elinton Adami Chaim⁴

Egberto Ribeiro Turato⁵

Abstract

Background: The increase in bariatric surgeries has called into question the aspects that contribute to or impair the results. Psychosocial factors directly influence the results of the surgery, but a lot of controversy exists in relation to the degree of influence of these factors. We propose a qualitative investigation to understand the significance of the surgery for women and how these factors influence the outcomes. **Methods:** Clinical-qualitative method, through the semi directed interview with open-ended questions in an intentional sample, closed by saturation, with seven women operated in a period of 1^½ - 3 years, following the definition of emergent categories and qualitative content analysis. **Results:** The experience of acceptance and social reinsertion is a motivating factor to keep up the challenge of weight loss; social discrimination is a risk factor leading to losing the stimulus to continue the process; the recuperation of self esteem and personal identity are factors that improve the quality of life and psychopathological symptoms; disillusionment is an important risk factor, linked principally to the experiences of failure. **Conclusion:** We observe the necessity of qualitative studies that serve the health team in the handling of these patients, aiming for a greater understanding of their psychological dynamics and of the meanings that weight loss has for them.

Key words: Bariatric surgery, obesity, qualitative method, morbid obesity

² Publicado em versão eletrônica em Obesity Surgery, 2008.

Acessível em: <http://www.springerlink.com/content/e3mq86700mw22328/fulltext.pdf>

³ Post graduate in Mental Health of Department of Medical Psychology and Psychiatry, Faculty of Medical Sciences, University of Campinas – UNICAMP.

Address: Rua Padre Almeida 515, sala 14, Campinas, Brazil. CEP 13025-251. Tel: 55 (19) 32542103.

e-mail: ronism@uol.com.br

⁴Department of Surgery, Faculty of Medical Sciences, UNICAMP

e-mail: chaim@hc.unicamp.br

⁵ Coordinator of the Laboratory of Clinical-Qualitative Research, Department of Medical Psychology and Psychiatry, Faculty of Medical Sciences, UNICAMP

e-mail: erturato@uol.com.br

Introduction

Obesity is a growing problem in public health worldwide,^{1,2}. In Brazil, population evaluations have shown a clear increase in obesity³, however the prevalence has an irregular standard distribution, due to the fact that in the poorer regions the prevalence of malnutrition is still high.⁴

Throughout the world, the increase in the prevalence of obesity together with the failure of conventional treatments, have led to a marked increase in the number of bariatric surgeries¹.

Even after the surgery, we know that the long term maintenance of weight loss is not a guaranteed result,⁵ since the success depends on significant behavioral changes, as well as acquiring the capacity to diminish the use of food as a means of fulfilling emotional needs.^{6,7} A significant number of patients present a premature cessation of weight loss, development of eating disorders, psychopathological symptoms and the deterioration of the quality of life.^{6,8,9,10} This is still a controversial topic and a better understanding of the meanings that obesity and the surgery have is an urgent necessity. Thus, it is fundamental to know the psychosocial factors involved in the patient's evolution.^{11,12} The objective of bariatric surgery is, also, to provide an improvement of the psychosocial functioning and in the quality of life.^{7,9,10,13,14}

The aim of the present study is to understand the meanings for women when undergoing bariatric surgery and,

from a comprehensive-interpretative approach, examine what sustains therapeutic successes and failures. We believe we can fill in some of the blanks in the literature using the clinical-qualitative method.^{15,16,17,18,19}

Subjects and Method

This study had a clinical-qualitative design, a particularization of the qualitative method applied to a specific health framework that permits us to understand the life experiences and the process of the suffering of the individuals in relation to a determined problem in the health-illness process. Thus, this method adopts a humanistic model, seeking to interpret scientifically the meanings that individuals' life experiences acquire¹⁵. Hence, the present work had an exploratory, non-experimental character. We believe that it is extremely useful for physicians themselves to make use of qualitative methods. Qualitative researchers study things in their natural settings, in an attempt to interpret phenomena in terms of the meanings that people attribute to them.¹⁹ Such methods have their own characteristics in relation to sample composition, data analysis and the possible generalizations from the results. The data collection instrument was the semi directed interview with open-ended questions²⁰ in an intentional sample, in other words, one which is made up of a small number of people, chosen deliberately in function of the importance they have in relation to the given theme and considered bearers of social

representation.^{15,16,20} This approach had the aim of ensuring that the matter was discussed in depth with the interviewees. The sampling technique used for qualitative research does not require statistical representation in relation to the subject population, i.e., it does not need the use of randomized studies. This produces data with the aim of reformulating, deflecting, complementing and/or clarifying initial hypotheses. The study sample consisted of seven women operated in the surgical service of the General Hospital of University of Campinas (UNICAMP), a tertiary public university hospital, located in the city of Campinas, state of São Paulo, in the southeast region of Brazil, in a period of one year and six months to three years. This interval was previously established and excludes the first post operative 12 months, during which time strong elements of denial and a disproportional increase of self esteem occur.

The sample was closed at this number by utilizing the saturation criterion²¹. Thus, it was considered that the incorporation of additional interviews would make little significant contribution with regard to the objectives initially considered. The interviews were taped with the permission of the patients. The transcriptions from the interviews formed the corpus for the study and were subjected to qualitative content analysis²². After applying the categorization strategy^{15,16}, the categories for this study were selected. Qualitative analysis of a text does not infer categories from the frequencies

of the analysis units (or from other mathematical approaches). The phenomena thus identified can then be interpreted so as to generate concepts capable of generalization in other settings. The emerging categories were validated by peer-reviewers from the Laboratory of Clinical-Qualitative Research, UNICAMP.

The research project was approved by the Ethical Research Committee of the Faculty of Medical Sciences of UNICAMP.

Results

Social Reinsertion

Obesity is associated with high indexes of dissatisfaction in relation to quality of life^{8, 23} and the improvement related after bariatric surgery is very significant.^{24,25}

The social structure, adjusted for a non-obese individual, causes constant embarrassment for the obese. The reduction in life options leads to a state of exclusion, discrimination and the loss of self esteem^{26,27,28} that form a vicious circle inside of which the individual withdraws.

The surgery presents itself as an option to restart the process of an active social life. Many patients arrive with the hope of solving all the problems of their lives after the surgery²⁹.

"I thought that I would solve my problems, that I would be happy, get a boyfriend..."
P5 (2341)

On the contrary, a complexity of feelings emerged, sometimes ending in an outbreak of psychic symptoms.

The first source of relief, after post surgical recovery, comes from a strong sensation of acceptance and social reinsertion. They feel that they are part of a world which they were not a part of. They experience a feeling of genuine happiness.

"...I go by bus just to go through the turnstile; it seems that you ate a chocolate bar from so much happiness". P6 (2729)

The recovery of self esteem and identity

Elevated self esteem is a strong factor linked with the best results of bariatric surgery ¹¹ and the surgery provides a significant improvement in self esteem. ¹²

The sensation in finding themselves again is lived with great pleasure and relief.

"...everyone says: wow, how you have changed! Ah, now you are back to how you were before!" P3 (1265)

This process of the recovery of identity is lived as a born again, that the patients relate to a new life that begins after being operated. It is a phase that is experienced with a lot of satisfaction.

"After I was operated, I was born again. I was born for a happy life. Before that, I was sad..." P6 (2710)

We believe that this possibility of reconstructing their identity is the most important factor in the recovery of self

esteem, closing the virtuous circle that leads to a greater motivation to continue the struggle against regaining weight.

The Risk of Disillusionment

The loss of the illusion of having solved all one's problems can be implicated in the weakening of the psychological gains in the medium term.

In the post operative period, the women have to face new life experiences, such as jealousy, mistrust, fear and envy, that until recently, had not existed.

"Now my husband has started to talk like this: go out for what, to show off? So, another phase has already started and I still have not learned how to deal with it..." P3 (1219)

When these reactions of others start to become evident, reactions of those very people whose "acceptance" they believed to guarantee by their getting thin, they can feel profoundly disillusioned, sometimes confused.

"Before they did not like me because I was fat. Today I am thin ...they will think that I am stealing their scene! I did not operate for this ..." P4 (1802)

Discussion

Habitually the results of bariatric surgery have been evaluated by the weight loss, by the improvement in general health and the psychosocial benefits attained. It appears clear to us that other forms of evaluation, that take into consideration

the significance that it has for these women, are necessary. We could identify some areas on which the attention of the team should be focused.

It is fundamental that the team understands how bariatric surgery influences the new life experiences of these women. We ought to be attentive to the great influx of new life experiences, some of which the patients are not prepared for, such as feelings of jealousy, envy and competition.

The most significant gain of the surgery is the experience of reinsertion and social acceptance. This is a point that should be rapidly identified, since it directly influences self esteem, which is a strong positive predictive factor. Self esteem ought to be always the center of attention of mental health professionals, since it is the starting point for the vicious circle: low self esteem – anxiety – search for food.

Discrimination acts as a strong discouraging factor. This can lead to mental isolation, that is a factor that can cause the outbreak or even the relapse of a psychiatric disorder.

The problem with disillusionment becomes very important when the patient comes to the service with unreal expectations. It is strongly reinforced by the necessity that these patients have to believe that this is the solution to all other problems, especially when you consider that many of them come to the medical service after an interminable succession of unsuccessful treatments. We believe that the best manner to approach this question is a psychotherapeutic preoperative work up, during which the patient will be made aware of the meanings that the treatment has for her.

References

1. Buchwald H. Consensus Conference Statement Bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals, and third-party payers. J Am Coll Surg 2005; 200: 593-604.
2. World Health Organization. Obesity and Overweight.
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>, accessed 08/28/2006.
3. Monteiro C. Epidemiologia da obesidade. In: Halpern A, Godoy Matos AF, Suplicy HL, Mancini MC, Zanella MT. Obesidade. São Paulo: Lemos Editorial 1998: 15-31
4. Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade no Brasil: tendências atuais. Revista Portuguesa de Saúde Pública 2006; 24(2): 71-81
5. Hsu LK, Benotti PN, Dwyer J et al. Non-surgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. Psychosom Med 1998; 60: 338-46.
6. Bocchieri LE, Meana M, Fischer BL. A review of psychosocial outcomes of

- surgery for morbid obesity. *J Psychosom Res* 2002; 52: 155-165.
7. Dziurawicz-Kozłowska AH, Wierzbicki Z, Lisik, W et al. The objective of psychological evaluation in the process of qualifying candidates for bariatric surgery. *Obes Surg* 2006; 16: 196-202.
 8. Van Hout GCM, Van Oudeheusden I, Krasuska AT et al. Psychological profile of candidates for vertical banded gastroplasty. *Obes Surg* 2006; 16: 67-74.
 9. van Hout GCM, Boekestein P, Fortuin FA et al. Psychosocial functioning following bariatric surgery. *Obes Surg* 2006; 16 (6): 787-94.
 10. van Hout GCM, Vreeswijk CMJM, van Heck GL. Bariatric Surgery and bariatric psychology: evaluation of Dutch approach. *Obes Surg* 2008; 18: 321-25.
 11. Delin CR, Watts J, Bassett DL. An exploration of outcomes of gastric bypass surgery for morbid obesity: patient characteristics and indices of success. *Obes Surg* 1995; 5: 159-170.
 12. Vallis JM, Ross MA. The role of psychological factors in bariatric surgery for morbid obesity: Identification of psychological predictors of success. *Obes Surg* 1993; 3: 346-59.
 13. van Hout GCM, Fortuin FAM, Pelle AJM et al. Psychosocial functioning, personality, and body image following vertical banded gastroplasty. *Obes Surg* 2008; 18: 115-20.
 14. Delin CR, Watts J. Success in surgical intervention for morbid obesity: is weight loss enough? *Obes Surg* 1995; 5:189-91.
 15. Turato ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação às áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
 16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed., São Paulo, Hucitec, 2007.
 17. Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. 2ª ed., London, Sage, 1995.
 18. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. London, Sage Publications, 1990.
 19. Denzin NK, Lincoln YS. The SAGE handbook of qualitative research. 3ª edition. Thousand Oaks Sage Publications; 2005.
 20. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde [Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals]. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006; 14 (5): 812-820.
 21. Fontanella BJB, Ricas J, Turato, ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas [Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions]. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1): 17-27.
 22. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979.
 23. de Zwaam M, Lancaster KL, Mitchell JE et al. Health-related quality of life in morbidly obese patients: effect of gastric bypass surgery. *Obes Surg* 2002; 12: 773-780.
 24. Dymek MP, le Grange D, Neven K et al. Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en-Y gastric bypass: a brief report. *Obes Surg* 2001; 11: 32-9.
 25. Maddi SR, Ross Fox S, Khoshaba DM et al. Reduction in psychopathology following bariatric surgery for morbid obesity. *Obes Surg* 2001; 11: 680-5.

26. Sarwer Db, Cohn NI, Gibbons LM et al. Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obes Surg*, 2004; 14: 1148 – 1156.
27. van Hout GMC, van Oudheusden I, van Heck GL. Psychological profile of the morbidly obese. *Obes Surg* 2004; 14: 579-88.
28. Kaminsky J, Gadaleta D: A study of discrimination within the medical community as viewed by obese patients. *Obes Surgery* 2002; 12: 14-18
29. Glinsky J, Wetzler S, Goodman E. The psychology of gastric bypass surgery. *Obes Surg*: 2001; 11: 581-8.

ARTIGO 2

The Psychology of Bariatric Patient: What Replaces Obesity? A Qualitative Research with Brazilian Women⁶

Ronis Magdaleno Júnior⁷

Elinton Adami Chaim⁸

José Carlos Pareja⁹

Egberto Ribeiro Turato¹⁰

Abstract

Background: Obesity has serious implications on a woman's quality of life and body image. We propose a qualitative investigation aimed at understanding the post-operative significance of bariatric surgery for women suffering from morbid obesity and how these factors influence the outcomes, with an emphasis on body image and on the possible psychological complications that may jeopardize the operation's success. **Methods:** Clinical-qualitative method, through a semi directed interview with open-ended questions in an intentional sample, closed by saturation, with seven women operated in a period of 1^½ - 3 years, following the definition of emergent categories and qualitative content analysis. **Results:** Bariatric surgery is a procedure that brings about rapid physical, social and emotional changes, and it is seen by patients as a possibility of being reinstated and accepted socially. The re-encounter with the feminine body after surgery is experienced as a means of reinstatement but also with a feeling of defenselessness, which may lead to the development of phobic symptoms. Imbalance in family and conjugal relationships may be factors that discourage the continuation of the treatment. The patient sees the skin folds, flaccidity and the scars as therapeutic failures, which can lead to a constant quest for plastic surgery. **Conclusion:** We observe the necessity of studies that allow the health team to identify those aspects of a patient's psychological make-up which would be expected to improve or worsen their prognosis, and to provide the necessary pre- and post-operative psychosocial interventions.

Key words: Bariatric surgery, obesity, qualitative method, morbid obesity

⁶ Publicado em versão eletrônica em Obesity Surgery, 2009.

Acessível em: <http://www.springerlink.com/content/t1j2u767lk7l574m/fulltext.pdf>

⁷ Department of Medical Psychology and Psychiatry, Faculty of Medical Sciences, University of Campinas – UNICAMP.

Address: Rua Padre Almeida 515, sala 14, Campinas, Brazil. 13025-251. Telephone: 55 (19) 32542103.

e-mail: ronism@uol.com.br

⁸ Department of Surgery, Faculty of Medical Sciences, UNICAMP

e-mail: chaim@hc.unicamp.br

⁹ Department of Surgery, Faculty of Medical Sciences, UNICAMP

e-mail: jcpareja@obesidadesevera.com.br

¹⁰ Coordinator of the Laboratory of Clinical-Qualitative Research, Department of Medical Psychology and Psychiatry, Faculty of Medical Sciences, UNICAMP

e-mail: erturato@uol.com.br

Introduction

In Brazil, as well as worldwide (1,2), the prevalence of obesity has reached epidemic proportions, and has become a national health problem (3,4).

Psychological consequences of extreme obesity are anxiety, depression, low self-esteem, and negative body image (5,6,7). Obesity discrimination, social isolation and stigma experiences (7,8) start in the earliest social contacts (9), and this prejudice may contribute to depression, eating disorders, body image disturbance, and other suffering (2,10,11).

These factors are undoubtedly more marked for women than for men, and some studies suggest that especially for them, the desire to improve their physical appearance and to avoid embarrassment are the most common motivators for the surgery (6,12,13).

The surgical treatment not only leads to substantial weight loss reduction, but also to an improvement in quality of life (14,15,16) and body image (6), diminishing of psychopathology (17) and abnormal eating behavior (18), and enhancement of psychosocial functioning (19,20,21). The most significant psychosocial gain of the surgery is the experience of reinsertion and social acceptance (22).

The impact of this dramatic weight loss brought about by the surgery on the psychological and social well-being of these women is yet to be fully understood. Thus, the objective of the present study is to understand the gamut of meanings for women to undergo bariatric surgery, the

impact that this represents in their lives and the psychosocial complications. By understanding elements of subjectivity of these patients, we would provide the multidisciplinary team with a privileged access to the motivations that enable patients to face the challenge of keeping their weight stabilized.

Subjects and Method

This study had a clinical-qualitative design, a particularization of the qualitative method applied to a specific health framework that permits us to understand the life experiences and the process of the suffering of the individuals in relation to a determined problem in the health-illness process. Thus, this method adopts a humanistic model, seeking to interpret scientifically the meanings that individuals' life experiences acquire (23). Hence, the present work had an exploratory, non-experimental character. We believe that it is extremely useful for physicians themselves to make use of qualitative methods. Qualitative researchers study their subjects in their natural settings, in an attempt to interpret phenomena in terms of the meanings that people attribute to them (24,25). Such methods have their own characteristics in relation to sample composition, data analysis and the possible generalizations from the results. The data collection instrument was the semi directed interview with open-ended questions (26) in an intentional sample, in other words, one which is made up of a small number of people, chosen deliberately in function of

the importance they have in relation to the given theme and considered bearers of social representation (23,26,27). This approach had the aim of ensuring that the matter was discussed in depth with the interviewees. The sampling technique used for qualitative research does not require statistical representation in relation to the subject population, i.e., it does not need the use of randomized studies. This produces data with the aim of reformulating, deflecting, complementing and/or clarifying initial hypotheses. The study sample consisted of seven women operated in the surgical service of the General Hospital of University of Campinas (UNICAMP), a tertiary public university hospital, located in the city of Campinas, state of São Paulo, in the southeast region of Brazil, in a period of one year and six months to three years. This interval was previously established and excludes the first post operative 12 months, during which time strong elements of denial and a disproportional increase of self esteem occur.

The sample was closed at this number by utilizing the saturation criterion (28). Thus, it was considered that the incorporation of additional interviews would make little significant contribution with regard to the objectives initially considered. The interviews were taped with the permission of the patients. The transcriptions from the interviews formed the corpus for the study and were subjected to qualitative content analysis (29). After applying the categorization strategy (23,27), the categories for this

study were selected. Qualitative analysis of a text does not infer categories from the frequencies of the analysis units (or from other mathematical approaches). The phenomena thus identified can then be interpreted so as to generate concepts capable of generalization in other settings. The emerging categories were validated by peer-reviewers from the Laboratory of Clinical-Qualitative Research, UNICAMP.

The research project was approved by the Ethical Research Committee of the Faculty of Medical Sciences of UNICAMP.

Results

Improvement in body image: acceptance and defenselessness

Weight loss after surgery leads to marked improvement in body image and attractiveness, and it would be one of the main reasons for post-surgical psychological improvement, better social integration, and an enhanced quality of life.

The loss of weight is experienced as a valuable opportunity to recover a place in society. However, it is also a motive for apprehension and fear due to the visibility that they begin to have for other people and the loss of the protected position bestowed by their obesity.

“Nowadays I am a more eager person, I feel like doing things and even go out from time to time...But the problem is dating...I just can’t.....I’m ashamed....” P5 (2468)

After all the effort to find their place in the world again and to be admired, they are faced with the reappearance of their feminine bodies: a new situation with which they are unable to cope.

"It was as if I was inside a cocoon, there was no outside world and whatever happened inside that cocoon was good for me.....getting fat, losing weight, getting fat, losing weight, it was fine." P4 (1770)

On leaving the "cocoon", represented by the excess of body fat, there is a feeling of lack of protection and for this reason, at the same time that they achieve this condition of being admired, phobic symptoms appear.

"You feel a little more desired... but I haven't learned to cope with this situation yet." P3 (1245)

The feeling of helplessness is evident in these women who lost their protective place and have to face the world. What obesity justified, that is, their isolation in relation to others, the feeling of rejection, must now be re-expressed in a new structure, in which obesity plays no part.

It is a period in which new life experiences emerge, which go from feelings of genuine happiness to clear expressions of jealousy, mistrust, fear and envy felt by others.

Sometimes it happens that the patient's obesity may serve certain functions which satisfy the needs of the family system. Then, the patient's weight loss is perceived by her most immediate environment as an undesirable and threatening phenomenon.

Partners' jealousy is a new factor, which they are not used to dealing with. Thus, an imbalance is created in the relationship with their partners.

"Now my husband has begun to talk like this: Why are you going out? To show off?" P3 (1219)

When these reactions of others begin to appear, having believed that their social acceptance was guaranteed by the weight loss, they may feel deeply disillusioned, which in turn can be a demoralizing and discouraging factor in the process of weight loss.

The problem of skin folds, flaccidity and scars

After some time, some patients are still discontent with their bodies. The same issue of shame, that had previously been attributed to obesity is, now attributed to flaccidity, skin folds and scars.

"Now I'm no longer fat but I have flab, loose skin and everybody looks at me the same way." P6 (2706)

These marks of obesity are elements that strongly contribute to the frustration of their expectations of once again having a beautiful, healthy and functional body.

"When I'm dressed, I'm no longer ashamed, you know...Now, without my clothes on, that's another story. Because I'm all flaccid. I'm ashamed." P5 (2350)

Due to this perception, the risk of isolation is great, demanding special attention from the psychological team.

"I'm withdrawing....Before it was because I was obese, now am I withdrawing because I'm thin?" P4 (1824)

At this point, the expectation of undergoing corrective plastic surgery is experienced with the same anxiety and urgency as they did when awaiting bariatric surgery. The desire to carry out corrective plastic surgery can lead the medical team to recommend successive plastic surgeries if they misunderstand the emotional needs of these women.

Discussion

Besides psychotherapeutic treatment focusing on helping those with morbid obesity better adjust their eating habits, it should also encompass aspects related to the defensive function obesity has for these women, since the re-encounter with the feminine body involves a re-emergence of conflicts that were hidden by the obesity.

It is important to identify those aspects of a patient's psychological make-up which would be expected to improve or worsen

their prognosis, and to provide the necessary pre- and post-operative psychosocial interventions.

At present, professionals are asked to make decisions about bariatric candidates without empirical support. Our study offers some markers to assist the professional in his decision with regards surgery and can help in developing a specific assessment protocol of the psychosocial aspects of candidates for bariatric surgery, especially those questions specifically related to women.

It allows the health team to identify factors that may negatively or positively affect prognosis, so that an appropriate psychosocial plan can be developed. The results of our study show that special attention from the health team should be given to the conflicts related to patients' sexuality, to their feelings of helplessness and the phobic symptoms that can appear after weight loss.

Excessive concern about the skin folds, flaccidity and scars can lead the medical team to recommend plastic surgery, in order to satisfy patients' demand with regard to their body image rather than emphasize the necessity for psychological care.

References

1. World Health Organization. Obesity and overweight.
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>, accessed 08/28/2006.
2. Buchwald H. Consensus Conference Statement Bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals, and third-party payers. J Am Coll Surg 2005; 200: 593-604.

3. Monteiro C. Epidemiologia da obesidade. In: Halpern A, Godoy Matos AF, Suplicy HL, Mancini MC, Zanella MT. Obesidade. São Paulo: Lemos Editorial 1998, pp 15-31
4. Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade no Brasil: tendências atuais. Revista Portuguesa de Saúde Pública 2006; 24(2): 71-81
5. Dziurawicz-Kozłowska AH, Wierzbicki Z, Lisik, W, Wasiak D, Kosieradzki Z. The objective of psychological evaluation in the process of qualifying candidates for bariatric surgery. Obes Surg 2006; 16: 196-202.
6. van Hout GCM, Fortuin FAM, Pelle AJM, van Heck GL. Psychosocial functioning, personality, and body image following vertical banded gastroplasty. Obes Surg 2008; 18: 115-20.
7. Wadden T, Sarwer DB. Behavioral Assessment of candidates for bariatric surgery: a patient-oriented approach. Obesity. 2006; 14 (Suppl 2): 53S-62S.
8. Papageorgiou GM, Papakonstantinou A, Mamplekou E et al. Pre- and postoperative psychological characteristics in morbidly obese patients. Obes Surg 2002; 12: 534-9.
9. Bocchieri LE, Meana M, Fischer BL. A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. J Psychosom Res 2002; 52: 155-165.
10. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP, Pilkonis PA, Ringham RM, Soulakova JN, Weissfeld LA, Rofey DL. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. Am J Psychiatry 2007; 164: 328-334.
11. Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB. Internalization of weight bias: implications for binge eating and emotional well-being. Obesity 2007; 15: 19-23.
12. Libeton M, Dixon JB, Laurie C et al. Patient motivation for bariatric surgery: characteristics and impact on outcomes. Obes surg 2004; 14: 392-8.
13. Mahony D. Psychological gender differences in bariatric surgery candidates. Obes surg 2008; 18: 607-10.
14. de Zwaam M, Lancaster KL, Mitchell JE, Howell LM, Monson N, Roerig JL, Crosby RD. Health-related quality of life in morbidly obese patients: effect of gastric bypass surgery. Obes Surg 2002; 12: 773-780.
15. Dymek MP, le Grange D, Neven K, Alverdy J. Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en-Y gastric bypass: a brief report. Obes Surg 2001; 11: 32-9.
16. Dymek MP, Le Grange D, Neven K, Alverdy J. Quality of life after gastric bypass surgery: a cross-sectional study. Obes Res 2002; 10: 1135-1142.
17. Maddi SR, Ross Fox S, Khoshaba DM, Harvey RH, Lu JL, Persico M. Reduction in psychopathology following bariatric surgery for morbid obesity. Obes Surg 2001; 11: 680-5.
18. Sarwer DB, Wadden TA, Fabricatore AN. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. Obes Res. 2005; 13: 639-648.
19. van Hout GCM, Vreeswijk CMJM, van Heck GL. Bariatric Surgery and bariatric psychology: evaluation of Dutch approach. Obes Surg 2008; 18: 321-25.
20. van Hout GCM, Boekestein P, Fortuin FA, Pelle AJ, van Heck GL. Psychosocial functioning following bariatric surgery. Obes Surg 2006; 16 (6): 787-94.
21. Delin CR, Watts J. Success in surgical intervention for morbid obesity: is weight loss enough? Obes Surg 1995; 5:189-91.

22. Magdaleno Jr R, Chaim EA, Turato ER. Understanding the life experiences of Brazilian women after bariatric surgery: a qualitative study. *Obes Surg* "In Press"
23. Turato ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação às áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
24. Minayo MCS. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed., São Paulo, Hucitec, 2007.
25. Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. 2nd ed., London, Sage, 1995.
26. Denzin NK, Lincoln YS. The SAGE handbook of qualitative research. 3rd edition. Thousand Oaks Sage Publications; 2005.
27. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde [Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals]. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006; 14 (5): 812-820.
28. Fontanella BJB, Ricas J, Turato, ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas [Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions]. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1): 17-27.
29. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979.

ARTIGO 3

Características Psicológicas de Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica¹¹

Ronis Magdaleno Júnior¹²

Elinton Adami Chaim¹³

Egberto Ribeiro Turato¹⁴

¹¹ Publicado na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, vol.31, no.1, p.73-781, 2009.

¹² Médico Psiquiatra, Membro Associado da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, Doutorando em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

¹³ Médico Cirurgião, coordenador do Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas da Unicamp.

¹⁴ Coordenador do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa da FCM-Unicamp.

Introdução

A obesidade é uma doença crônica, de prevalência crescente, que pelos riscos associados, vem sendo considerada como um dos principais problemas de saúde pública da sociedade moderna (1). Além dos problemas que afetam diretamente a qualidade de vida do portador, acarreta um aumento na incidência de vários outros quadros patológicos.

Segundo relatório de 2006 da Organização Mundial de Saúde (1), "a obesidade alcançou globalmente proporções epidêmicas, com mais de um bilhão de adultos com sobrepeso - pelo menos 300 milhões deles clinicamente obesos - e é a maior responsável pelo aumento global de incapacidades e doenças crônicas".

Estes dados têm alertado as autoridades e requerido grandes esforços por parte dos médicos e outros profissionais de saúde no sentido de encontrar meios de controle e tratamento para a obesidade.

O grande problema dos tratamentos propostos para a obesidade mórbida é a manutenção da perda do peso em longo prazo, e a cirurgia bariátrica surgiu como ferramenta terapêutica eficaz, com reais possibilidades de minimizar as falhas terapêuticas que ocorriam com os tratamentos clínicos e nutricionais (2,3).

A cirurgia bariátrica foi recomendada durante a Conferência de Desenvolvimento de Consenso do National Institutes of Health de 1991 (3), para indivíduos bem-informados, motivados e

com obesidade de Classe 3, que tivessem riscos operatórios aceitáveis, e para aqueles com obesidade de Classe 2 e condições pré-mórbidas de alto risco. Aconselhou-se ainda, como fundamental, uma seleção cuidadosa de candidatos à cirurgia por uma equipe multidisciplinar.

Segal e Fandiño (4), em concordância com a recomendação do NIH avaliaram que "deve ficar clara a necessidade de avaliação clínica, laboratorial e psiquiátrica de forma regular nos períodos pré e pós-operatório", mas advertem que tem se observado "um crescente abandono de critérios psicológicos na seleção de candidatos a estes procedimentos, provavelmente devido a ausência de instrumentos que permitam adequada acurácia prognóstica, mostrando um julgamento clínico baseado em evidências, cada vez menos objetivo".

Um levantamento feito por Appolinário (5) mostra que estudos de seguimento pós-operatório de longo prazo de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica "reportaram várias condições psiquiátricas como causas de morte no pós-operatório, sendo o suicídio a principal ocorrência". Omalu et al. (6) apresentam relatos de casos de suicídio, em pacientes previamente depressivos, após a realização da cirurgia bariátrica. Estes achados apontam para um desequilíbrio no jogo de forças psíquicas no pós-operatório destes sujeitos, e que os novos sintomas que surgem são basicamente de caráter auto-agressivos. Leal e Baldin (7) apresentam relatos de casos onde um

incremento da agressividade é referido pelas pacientes após a cirurgia.

A preocupação desses autores é pertinente, posto que o procedimento cirúrgico tem sido indicado e realizado com uma frequência cada vez maior, e os cuidados com as conseqüências psicológicas e psiquiátricas, ainda pouco conhecidas desta prática, não estão bem definidos.

Kalarchian et al (8), após consistente investigação de transtornos psiquiátricos, tanto do eixo I como do eixo II do DSM-IV (9), concluíram que há "evidências contundentes de que transtornos psiquiátricos são uma preocupação maior para a referida população de pacientes, não apenas por serem relativamente comuns, mas porque também estão associados à gravidade da obesidade e à condição de saúde funcional diminuída".

Magdaleno et al. demonstraram que, apesar das agudas modificações físicas e psíquicas que a cirurgia bariátrica impõe, a aceitação social e o sentimento de reencontro com sua identidade que estava encoberta pelo excesso de gordura corporal, rompe o ciclo vicioso baixa auto-estima – incremento da ansiedade – impulso alimentar, com sensível melhora da qualidade de vida dos pacientes (10).

Do ponto psicodinâmico, a obesidade corresponde a uma estrutura como efeito final de uma complexa trama de dificuldades psíquicas e sua interação com o meio, que parte de problemas em fases precoces do desenvolvimento do ser humano (11,12).

Sabe-se, desde Freud (13,14), que nas fases iniciais do desenvolvimento o ódio da criança em relação ao ambiente que a frustra é predominante, e os ataques que a criança faz são intensos, podendo, caso a resposta do ambiente seja desfavorável, danificar o sistema relacional desta criança com os outros, transtornando suas funções psíquicas básicas. A função simbólica da incorporação expressa pela alimentação é, nesse período, o modelo do qual a criança dispõe para relacionar-se com o mundo. A partir de falhas neste momento fundamental da construção do sistema relacional da criança, que se estruturariam os sintomas mais primitivos que irão se expressar, mais tarde, por comportamentos aditivos, entre eles a obesidade mórbida.

A incapacidade para criar um referencial simbólico que seja suficiente para dar algum destino para a forte pressão de impulsos primitivos, deixa em aberto a via da descarga corporal imediata destes.

Segundo Mahler (11), a identidade coesa da imagem corporal da criança fundamenta-se em suas experiências iniciais nos campos sensorial e motor, experimentados na relação fusional com a mãe. A criança aprende e apreende o mundo por intermédio desta relação. É uma fase na qual o Eu se forma a partir da imagem da mãe. Winnicott (15) chamou este momento do desenvolvimento de "fase do espelho", no qual a criança deve poder reconhecer a si mesma no olhar da mãe, e a partir daí iniciar o processo de formação de sua identidade. Falhas nestes

momentos iniciais da formação do Eu, obrigam o bebê a se defender, estruturando áreas deformadas no psiquismo que o incapacitariam para lidar com a pressão vinda do corpo.

Ainda segundo Winnicott (16), no decorrer do desenvolvimento normal de um bebê, a "mãe devota suficientemente boa" acolhe o bebê em seu "ambiente interno" e o protege das tumultuadas tensões internas e externas, proporcionando assim uma progressiva diferenciação do *soma* da criança em direção a formação de um psicossoma, que fará a intermediação entre as intensas exigências vindas de dentro e as exigências do mundo externo. Assim o psicossoma seria a estrutura que se forma a partir da relação do corpo com suas pulsões e com o ambiente. Caso haja alguma deficiência neste processo de maturação, partes deste corpo continuam funcionando de forma primitiva, sem intermediação organizadora, ficando submetidas à descarga imediata da tensão.

Tustin (12) a partir do estudo de crianças com autismo psicogênico, postula a existência de áreas isoladas da personalidade de adultos com funcionamento autista, que seriam a base estrutural de transtornos mentais como as adições, transtornos alimentares, a obesidade mórbida entre eles.

O problema relevante que se apresenta é que a retirada ou o impedimento cirúrgico do sintoma cria um campo novo de estudo da dinâmica biopsicológica do sujeito, pois a angústia que, de algum modo, se resolvia através do sintoma tem

essa via impedida – aguda e artificialmente - de modo quase que absoluto após a cirurgia bariátrica. Nosso objetivo é, a partir da compreensão das experiências vividas pelos pacientes operados, definir algumas estratégias para o manejo com os pacientes e com a equipe de profissionais de saúde envolvida com a realização da cirurgia bariátrica.

Sujeitos e Método

O presente trabalho é resultado de reflexões clínico-psicológicas provenientes do processo de *aculturação* do pesquisador em campo e refere-se a um projeto de doutorado, em andamento, na Área de Saúde Mental, com sujeitos que foram submetidos à cirurgia bariátrica no Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp. A *aculturação* é procedimento usual em investigações qualitativas com referencial humanístico e visa à construção de amostra representativa em pesquisa no enfoque metodológico clínico-qualitativo (17).

Este artigo traz um relato de observação empírica no atendimento psicológico a pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no HC Unicamp, a partir da aplicação do método clínico em grupo terapêutico aberto. Entendemos por método clínico aquele que procura se adequar aos problemas originados na observação clínica, a partir de instrumentos relacionados à prática clínica, apoiado no empirismo e na teoria ligada à atuação clínica (18). Assim, a origem do método é a atitude clínica do

pesquisador, baseada “na acolhida do sofrimento existencial e emocional do indivíduo alvo dos estudos do pesquisador”. (17)

Arruda (18) complementa que a atitude clínica, somada ao emprego do modelo interpretativo das ciências humanas, possibilita a “compreensão, a conexão de sentidos e a elaboração de conhecimentos”.

Estes autores enfatizam, portanto, a possibilidade de um tratamento qualitativo ao processo de pesquisa e à análise dos dados obtidos quando utilizamos o método clínico (19), e que, portanto, este procedimento situa-se entre as ferramentas científicas de investigação, sendo válidos os resultados obtidos.

Utilizamos-nos da observação clínica dos pacientes em grupos terapêuticos abertos. Estes grupos são semanais, conduzidos por psicólogos do Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HC Unicamp e baseiam-se no convite e na participação espontânea dos pacientes que foram submetidos à cirurgia. O enfoque terapêutico do grupo é amplo, visando esclarecimentos a respeito de problemas práticos que surgem no pós-operatório, identificação de conflitos, compreensão da dinâmica psíquica dos pacientes e, por fim, possibilitar um melhor manejo, pelos pacientes, do desafio que representa o pós-operatório da cirurgia. Tem como objetivo principal situar os pacientes na sua nova condição de vida e, com isto, melhorar a adesão ao tratamento e instrumentalizá-los para manter a perda de peso.

A partir do material que surgiu espontaneamente nos grupos, daquilo que pudemos identificar da dinâmica grupal e na discussão com os pares no Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa, pudemos identificar alguns fenômenos que são constitutivos da realidade psíquica destes sujeitos e que acreditamos ser fenômenos comuns no pós-operatório da cirurgia bariátrica.

Discussão

1. Sobre a Experiência Clínica no Grupo de Pós-operatório

“...mas para nós isto tudo é muito difícil, pois agente pensa com o corpo”

O sujeito que chega ao grupo de pós-operatório já se apresenta de algum modo como um vencedor. Venceu os desafios do período pré-operatório, sobreviveu à cirurgia, suportou o primeiro mês de operado, durante o qual a dieta líquida e pastosa é sempre vivida como “um suplício a ser tolerado por uma causa maior” (frase de uma das pacientes do grupo). Contudo, esta sensação de vitória, pouco a pouco, vai sendo encoberta pela dureza da condição à qual estes sujeitos se expõem. A alimentação, que era anteriormente vivida como prazer incondicional, salvo por certa culpa pelas quantidades de alimento ingeridas, passa a ser um problema a ser enfrentado: o alimento “não desce bem”, “enrosca”, “fica parado”, muitas vezes provoca vômito, *dumping*. O prazer em comer diminui muito. E agora, o que fazer com estes indivíduos que tinham quase como prazer exclusivo em suas vidas o

comer? O que fazer com estes sujeitos que "pensam com o corpo"?

É a partir deste momento, que começam a se apresentar, verdadeiramente para estes sujeitos, os problemas que terão que enfrentar. Até o momento da cirurgia, por mais que tenham sido orientados e esclarecidos quanto às dificuldades, estavam, digamos, fascinados com a certeza de resolverem *todos os seus problemas* a partir da cirurgia (20,21), como que num passe de mágica.

Uma situação clínica durante o grupo pode ilustrar isto. Numa das reuniões discutíamos, como é freqüente nestes grupos, o problema enfrentado pelo obeso em relação a sua dificuldade em se adequar aos padrões sociais. No meio da conversa surge o comentário de um dos pacientes: "nosso problema são as catracas dos ônibus coletivos, se não prestar atenção, fica-se entalado". Esta fala cria um movimento imediato de concordância no grupo, que num clima de brincadeira começa a contar anedotas sobre a vida de cada um em relação às próprias experiências com catracas em ônibus. Certa euforia se instala, misturada com um alívio, porque praticamente todos agora podiam passar pelas referidas catracas dos ônibus.

O terapeuta intervém e diz "mas agora que todos já passam nas catracas, o que fazer?". Certo desconcerto se instala no grupo, uma angústia volta a se fazer presente. A fala do terapeuta remete o grupo à angústia subjacente ao triunfo que este se esforça por sustentar: a idéia de

que a cirurgia poderia, por si só, resolver todos os problemas da vida de cada um. A realidade, contudo, se mostra muito diversa disto. A vida não se resolve ao passar, metaforicamente, a catraca, ou concretamente, pela realização da cirurgia. A fala do terapeuta tem como objetivo estimular o pensamento, proporcionar a estes indivíduos que "pensam com o corpo", uma possibilidade de "pensar com a cabeça", refletir, expandindo suas capacidades elaborativas.

Ao passar este marco, que é a cirurgia, inicia-se uma fase de intensos desafios, talvez até maiores que antes, pois todo o sistema defensivo que era mantido em torno da alimentação e da obesidade fica impedido. O sujeito deve, rapidamente, aprender a lidar com suas angústias através de outros meios. Isto nem sempre é possível, deixando então abertos inúmeros canais patológicos. Pode-se dizer que a obesidade, vivida por todos como um grande problema, é também, no fundo, uma *resposta para todos os problemas*. Daí a conclusão óbvia que aparece tantas vezes: resolvendo o problema da obesidade, estará tudo resolvido. O momento em que esta fantasia se desvanece é crítico, e observamos que o sujeito fica susceptível às complicações emocionais e psiquiátricas que descreveremos a seguir.

2. As Vivências Psicológicas no Pós-operatório

Uma primeira reação que se apresenta na quase totalidade dos pacientes é, como procuramos ilustrar com o material clínico acima, certo "triunfar" sobre a condição

anterior de obesidade. É como se todo o problema houvesse sido *derrotado* pela cirurgia. Esta reação é intensamente reforçada pela perda de peso visível, pelo reforço positivo dado pela equipe, pelos familiares e pelos demais pacientes. Este é um primeiro tempo definido pela própria equipe e pelos pacientes como de *lua de mel*, dentro do qual a perda de peso é tão evidente e o reforço positivo da equipe e dos pacientes é tão presente, que isto acaba compensando qualquer sofrimento. O paciente sente-se na "vitrine da moda" e todo aquele sofrimento advindo da exclusão social, da rejeição por ser gordo, da ferida narcísica que representa um corpo fora dos padrões, de repente se reverte.

Contudo, como toda lua de mel, este período vai pouco a pouco terminando. No lugar dela, vão aparecendo outros sentimentos, que por vezes "parecem vir do nada": uma angústia, uma sensação de tédio indefinida, um vazio, algo que fica faltando, sentimentos de tristeza, uma vontade de ficar beliscando, o tempo todo, alguma coisa... Mas ainda assim a perda de peso continua visível, o trauma físico da cirurgia vai cicatrizando, uma coisa equilibra a outra, e a disposição de continuar lutando permanece.

A ameaça aparece quando a realidade de que o peso pode voltar a aumentar, apesar da cirurgia, se impõe. É neste momento - e aqui já se passou um ano ou um pouco mais da cirurgia - que o sintoma "obesidade", que foi impedido pela cirurgia pode, se não houve um acompanhamento terapêutico satisfatório,

começar a buscar novas vias de expressão. Observamos duas vias principais que podem se formar: a via depressiva e a via da compulsão.

A primeira começa com sintomas vagos: sensação de vazio, perda de interesse por coisas que anteriormente eram muito valorizadas, perda de eficiência no trabalho e angústia. Pode, nos casos mais graves, encaminhar para transtornos depressivos manifestos, como descritos na literatura (22,23).

A segunda via que pode se abrir é a da compulsão. Vemos com muita frequência, que passado o primeiro momento de triunfo sobre o sintoma, o traço impulsivo, existente já na base da personalidade do obeso começa, pouco a pouco, a se fazer presente e pressionar o indivíduo em direção ao alimento. Instala-se o terror e o fascínio pelas bolachas que dissolvem na boca, do biscoito de polvilho, o leite condensado, do sorvete e do chocolate. Uma verdadeira batalha interna se impõe. Um descuido e o peso começa a subir de novo. Disse uma das pacientes, no corredor do ambulatório, após deixar o grupo: "Doutor, eu não sei mais o que faço, não tenho fome, mas fico o dia inteiro beliscando bolachas, e estou voltando a ganhar peso, mas não consigo parar". Esta fala vem fortemente marcada por uma angústia que transborda, em meio ao ar cansado de uma senhora visivelmente aprisionada numa batalha interna, sem descanso. Ou seja, o comportamento compulsivo continua presente, e é a via do corpo, não do

pensamento, que está disponível para esta paciente.

Como proporcionar ou favorecer a atividade de pensamento para sujeitos que, durante quase toda sua existência, tiveram como via preferencial para lidar com conflitos e tensões internas o corpo? Está aí um grande desafio.

A característica peculiar da população atendida coloca a equipe de saúde frente a questões bastante particulares e que demandam atitudes terapêuticas diferenciadas. Como a essência da estrutura psicológica do obeso mórbido é constituída por elementos primitivos, ligados a problemas em fases precoces do desenvolvimento emocional, com intensos sentimentos de ódio frente à frustração e à falta, vemos este universo emocional interno, transbordar para o ambiente do ambulatório e por vezes contaminar o próprio funcionamento da equipe e os profissionais individualmente. Este fenômeno ocorre a partir de identificações projetivas maciças (24) de elementos psíquicos para dentro da equipe. Quantas vezes podemos facilmente identificar atitudes de rejeição a certos pacientes que voltam a engordar, ou que não conseguem cumprir corretamente a dieta, ou em relação àqueles que passam a ter queixas em relação à cirurgia (dores, intolerância alimentar, etc.). Acreditamos que estes sentimentos são a consequência da projeção maciça do mundo interno dos pacientes na equipe. Este fato tem uma importância prática relevante, pois aponta para a necessidade de os membros da equipe de saúde serem orientados, e mais

do que isto, receberem suporte psicoterapêutico que os capacite a identificar e elaborar internamente esta forte carga de afetos que o paciente impõe. Caso este cuidado não seja tomado, podemos incorrer em erros muito facilmente, pois o tipo de sentimentos e reações que o paciente obeso desperta são, muito frequentemente, de rejeição e discriminação (25,26).

Deste modo, as reações emocionais que aparecem no campo de trabalho devem estar no foco da atenção psicológica da equipe multidisciplinar. As condutas de orientação, esclarecimento e de apoio psicológicos, são absolutamente necessárias dentro de um grupo de pacientes que funciona a partir de padrões psíquicos primitivos. Nestes, os sentimentos de desamparo e o vazio são muito freqüentes no pós-operatório, principalmente no pós-operatório tardio, quando se acham já distantes do período inicial de "lua-de-mel" com a cirurgia e com a equipe. É fundamental que a equipe esteja instrumentalizada para lidar com aqueles aspectos da dinâmica emocional dos pacientes que irão contaminar o campo de trabalho da equipe com sentimentos de rejeição (muitas vezes encoberto por formações reativas do tipo "apego excessivo" ou "idealização" da equipe ou de membros dela), dependência e adesão. Estas reações, se não são percebidas, tendem a provocar reações na equipe, correndo o risco de levar o paciente - que é a parte mais fragilizada deste cenário - a reações de rejeição inconsciente à equipe e ao tratamento

proposto, e abandono do seguimento pós-operatório.

Grande parte da dificuldade em lidar com pacientes que funcionam no nível do corpo - e o obeso mórbido é um exemplo disto - é que sua comunicação se dá, prioritariamente, através de elementos não-verbais, que são mais *sentidos* do que *compreendidos* racionalmente (11,24). Deste modo, qualquer tentativa de compreender e responder a esta comunicação a partir da razão tende a gerar uma repetição estéril e que deixa incompreendida a comunicação pré-verbal, o que leva a reações negativas, tanto dos pacientes, como da equipe de saúde.

3. Uma proposta de classificação das estruturas psicológicas dos obesos e seu manejo pós-operatório

Estas experiências nos permitem propor algumas orientações para o funcionamento da equipe multidisciplinar. Em primeiro lugar, vemos como necessária a compreensão da estrutura mental daqueles sujeitos que procuram o serviço.

A partir da observação clínica dos pacientes e de referenciais psicodinâmicos distinguimos três grupos de pacientes: os de estrutura melancólica, os de estrutura desmentalizada e os de estrutura perversa. Cada uma destas estruturas apresenta distintos modos de enfrentar os desafios da cirurgia, com prognósticos e complicações pós-operatórias diferentes.

A partir da descrição da melancolia feita por Freud (27), que seria uma condição na qual o sujeito passa a viver com a “sombra

do objeto” perdido incrustada na própria constituição do Eu e da qual o sujeito não consegue se libertar, postulamos uma *estrutura melancólica*. Estes pacientes, após a cirurgia, terão grandes dificuldades em suportar a falta representada pela restrição alimentar com maior probabilidade de desenvolver quadros depressivos e ansiosos. São os mais propensos a desenvolver táticas de alimentação que compensem a restrição da cirurgia, ou seja, são os que “beliscam” o dia todo, compulsivamente, angustiam-se, mas não conseguem se controlar. A sensação de falta torna-se intolerável ao reativar a vivência de perda do objeto de amor. São os pacientes que respondem, ainda que pobremente, aos medicamentos antidepressivos.

A *estrutura desmentalizada* é, a nosso ver, um grande desafio no pós-operatório, pois são sujeitos que funcionam com muito pouco elemento mental para elaboração, e que, portanto apresentam um contato muito pobre consigo mesmos e com os outros. Atualmente muitos autores psicanalistas têm procurado fundamentar metapsicologicamente as patologias do vazio ou de déficit, entre elas a obesidade mórbida, (28,29,30,31), nas quais existe uma pobreza de representações mentais, com grande prejuízo para a construção de símbolos e, conseqüentemente, para o pensamento elaborativo. Estes pacientes, por faltarem elementos para a elaboração, têm como via preferencial de descarga pulsional o corpo. Para eles, as orientações técnicas e os esclarecimentos representam muito

pouco ou não são aproveitados, por falta de elementos de escuta e de compreensão. Alguns continuam comendo quase como faziam antes da cirurgia, já alguns meses após o procedimento, num ato automático e pouco elaborado. O desafio que a cirurgia representa é muito pouco percebido. A participação destes sujeitos no grupo terapêutico é muito discreta, quase não falam, não emitem opiniões, permanecem atentos à conversa dos outros. O risco de não conseguirem se manter fiéis à proposta inicial, e mesmo de não conseguirem compreender a complexidade do processo de emagrecimento proposto, leva-os muito frequentemente a ganharem o peso perdido em poucos anos, representando o procedimento cirúrgico um risco desnecessário.

Esta postura denuncia aquilo que chamamos de esvaziamento psíquico, e que é o que caracteriza as patologias de déficit. Devemos, pois, questionar a indicação cirúrgica para estes sujeitos, ou melhor dizendo, rever os critérios para indicação cirúrgica, que talvez deveriam ser mais rígidos, limitando-se àqueles nos quais a obesidade causa grandes complicações para a saúde, com iminente risco de vida.

Por fim, baseados nas idéias de Freud sobre o fetichismo (32), propusemos uma *estrutura perversa*. Para este autor existem alguns indivíduos que criam manobras para driblar a percepção dos limites que são impostos pela realidade. Estes, ao se depararem com as inevitáveis faltas que a realidade continuamente

impõe, agem como se elas não existissem e, por fim, os outros devem funcionar simplesmente como coadjuvantes desta farsa da completude. São sujeitos que criam impasses, pois necessitam que a realidade da falta seja o tempo todo burlada, e para isto precisam da complacência dos outros que os rodeiam.

Portanto, serão aqueles pacientes que criarão problemas pós-cirúrgicos em função das exigências que farão à equipe multidisciplinar, sobretudo aos médicos. Como a via do corpo é a mais acessível, serão as queixas corporais, tais como dores abdominais indefinidas, episódios de vômitos inexplicáveis clinicamente, intolerância alimentar, episódios bulímicos, as mais frequentes. São pacientes que causam as mais intensas reações emocionais negativas na equipe e mesmo nos outros pacientes. Exigem a atenção continuamente da equipe, estão constantemente se queixando, colocando a equipe como responsável pelo seu sofrimento, e passando sempre a mensagem que "agora que vocês me operaram, são responsáveis por minha insatisfação". A projeção de seu inconformismo com a realidade que os frustra na equipe é maciça, e geralmente a reação da equipe é de rejeição, quando não de uma agressão velada ao paciente. No grupo terapêutico são disruptivos, jogam o grupo contra o terapeuta, contra a equipe, "denunciam" as falhas do sistema de atendimento, de membros da equipe de trabalho. São aqueles que mais solicitam a equipe de um modo invasivo e

adesivo, o que desperta as mais intensas reações contratransferenciais negativas.

A partir destas especulações teórico-clínicas fica evidente que, idealmente, qualquer candidato a submeter-se à cirurgia bariátrica deveria passar por um processo investigativo de sua estrutura mental e por uma abordagem psicoterapêutica profunda antes do procedimento cirúrgico. Mas isto tornaria o procedimento quase que inviável pela sua complexidade, além da recusa da maioria dos pacientes, que querem uma solução rápida para seu problema. Esta

realidade pode ser contornada pela presença, na equipe, de profissionais especialistas em saúde mental e com boa experiência em práticas psicodinâmicas, bem como na aplicação de técnicas psicoterapêuticas. Estes teriam como papel identificar previamente a estrutura mental de candidatos à cirurgia, propondo estratégias de abordagem psicológica pré e pós-operatórias individualizadas, visando evitar que complicações psicológicas viessem a tornar desnecessário todo o risco assumido pelos pacientes e pela equipe.

Referências bibliográficas

1. World Health Organization. Obesity and overweight.
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>. Acesso em 28 de agosto de 2006.
2. Buchwald H. Consensus conference statement bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals, and third-party payers. *J Am Coll Surg*. 2005; 200: 593-604.
3. Gastrointestinal surgery for severe obesity: National Institutes of Health Consensus Development Conference Draft Statement. *Obes Surg*. 1991; 1: 257-65.
4. Segal A, Fandiño J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24 (supl 3): S68 - 72.
5. Appolinário JC. Transtornos alimentares. In Botega NJ, editor. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 325-40.
6. Omalu BI, Cho P, Shakir AM, Agumadu UH, Rozin L, Kuller LH et al. Suicides following bariatric surgery for the treatment of obesity. *Surg Obes Relat Dis*. 2005; 1(4): 447-9.
7. Leal CW, Baldin N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *Rev Psiquiatr RS*. 2007; 29 (3): 324-327.
8. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP, Pilkonis PA, Ringham RM et al. Psychiatric Disorders Among Bariatric Surgery Candidates: Relationship to Obesity and Functional Health Status. *Am J Psychiatry*. 2007; 164: 328-334.
9. American Psychiatry Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text Revised, DSM-IV-TR. 4th ed. Washington, DC; 2000.
10. Magdaleno Jr R, Chaim EA, Turato ER. Understanding life experiences of Brazilian women after bariatric surgery: a qualitative study. *Obes Surgery* "In press"
11. Mahler M. O processo de individuação e separação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982.

12. Tustin F. Barreiras Autistas em pacientes neuróticos. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul; 1990.
13. Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Freud S. Obras Completas, vol. VII. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1987. p. 129-237.
14. Freud S. O Instinto e suas vicissitudes. In: Freud S. Obras Completas, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1974. p. 129-62.
15. Winnicott DW. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: Winnicott DW. O Brincar e a Realidade. Rio de Janeiro: Imago editora; 1975. p. 153-62.
16. Winnicott DW. A mente e sua relação com o psicossoma. In: Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago editora; 2000. p. 332-46.
17. Turato ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação às áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
18. Arruda SLS. Vivências clínicas de um grupo de mães cujos filhos estão em ludoterapia [tese de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1991.
19. Fontanella BJB. Procura de Tratamento por Dependentes de Substâncias Psicoativas: Um Estudo Clínico – Qualitativo [tese de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2000.
20. Ginsky J, Wetzler S, Goodman E. The psychology of gastric bypass surgery. *Obes Surg*. 2001; 11: 581-8.
21. DeMaria EJ. Bariatric surgery for morbid obesity. *N Engl J Med*. 2007; 356 (21): 2176-2183.
22. Dixon JB, Dixon ME, O'Brien PE. Depression in association with severe obesity. *Arch Intern Med*. 2003; 163: 2058-2065.
23. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Are the obese at greater risk for depression? *Am J Epidemiology*. 2000; 152: 163-170.
24. Klein M. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: Klein M. Inveja e gratidão e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1991. p.17-43.
25. Bocchieri LE, Meana M, Fischer BL. A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *J Psychosom Res*. 2002; 52: 155-165.
26. Kaminsky J, Gadaleta D. A study of discrimination within the medical community as viewed by obese patients. *Obes Surgery*. 2002; 12: 14-18.
27. Freud S. Luto e melancolia. In: Freud S. Obras Completas, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1974. p. 271-291.
28. Levy R. A visão topográfica no processo psicanalítico: o irrepresentável. *Rev Bras Psicanálise*. 2003; 37(4), 1067-77.
29. Botella C, Botella S. Irrepresentável: mais além da representação. Porto Alegre: Editora Criação Humana; 2002.
30. Magdaleno Jr R. A dialética de Eros e o mal-estar na cultura hoje. *Ide*. 2008; 31 (46): 46-51.
31. Lisondo ABD. Na cultura do vazio, patologias do vazio. *Rev Bras Psicanálise*. 2004; 38(2): 335-58.
32. Freud S. Fetichismo. In: Freud S. Obras Completas, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1974. p. 175-185.

ARTIGO 4

Surgical treatment of obesity: some considerations on the transformations of the eating impulse¹⁵

Ronis Magdaleno Júnior¹⁶

Elinton Adami Chaim¹⁷

Egberto Ribeiro Turato¹⁸

Pesquisa realizada junto ao Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas da Unicamp e ao Laboratório de Pesquisa Clínico Qualitativa do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, baseada em tese de doutorado de Ronis Magdaleno Júnior, com o título Vivências emocionais de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica no HC Unicamp: um estudo clínico-qualitativo, a ser defendida no dia 26 de agosto de 2009, no Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM-Unicamp, sob orientação do Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato.

This study aims at understanding the alteration of the eating impulse arising after bariatric surgery. Hunger is transformed after surgery, with satiety being quickly achieved, but not the sensation of satiation. There is an evident misunderstanding between hunger as non-satiety and as dissatisfaction, with anguish emerging as the resulting affect, which surgery does not correct. In-depth psychological treatment is crucial as the surgery creates new emotional demands for the patient.

Este estudo visa compreender as alterações do impulso alimentar após a cirurgia bariátrica. A fome se transforma após a cirurgia, sendo a saciedade alcançada rapidamente, mas não a sensação de satisfação alimentar. Há uma evidente confusão entre a fome enquanto não-saciedade e enquanto insatisfação, sendo a angústia o afeto decorrente e que a cirurgia não corrige. É fundamental um tratamento psicológico profundo já que a cirurgia cria uma demanda de cuidados psicológicos.

¹⁵ Aceito para publicação na Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, agosto de 2009.

¹⁶ Médico Psiquiatra, Membro Associado da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, Doutorando em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Endereço: Rua Padre Almeida, 515, sala 14, Campinas, SP. CEP 13025-251. Telefone: (19) 3254-2103 - e-mail: ronism@uol.com.br

¹⁷ Doutor, Médico cirurgião coordenador do Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas da Unicamp. Endereço: Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Cidade Universitária Zeferino Vaz, Hospital de Clínicas, Barão Geraldo, Campinas, SP. CEP: 13083970 - Caixa-Postal: 6111. Telefone: (19) 35219450 - e-mail: chaim@hc.unicamp.br

¹⁸ Livre Docente, coordenador do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Endereço: Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Cidade Universitária Zeferino Vaz, Barão Geraldo, Campinas, SP. CEP: 13083-970. - Telefone: (19) 3521-9295 - e-mail: erturato@uol.com.br

Cette étude vise à comprendre les altérations de l'impulsion alimentaire après la chirurgie bariatrique. Après la chirurgie, la faim se transforme. La satiété est obtenue rapidement mais ne se produit pas le sentiment de satisfaction alimentaire. Il existe une confusion évidente entre la faim comme non-satiété, et comme insatisfaction. L'angoisse est l'affection que la chirurgie ne peut pas corriger. Un traitement psychologique profond est essentiel, car l'opération crée de nouvelles demandes d'affection pour le patient.

Este estudio apunta a comprender las alteraciones del impulso alimentar derivadas de la cirugía bariátrica. La noción de hambre sufre una transformación, la saciedad es alcanzada rápidamente, pero no ocurre la sensación de satisfacción alimentar. Hay una evidente confusión entre hambre saciado e insatisfacción, siendo la angustia el afecto resultante y que la cirugía no corrige. Es fundamental un tratamiento psicológico profundo pues la cirugía crea nuevas demandas emocionales para el paciente.

Obesity has currently reached epidemic proportions throughout the world (World Health Organization, 2008). The challenge faced by the pharmaceutical industry, increasingly striving to develop new drugs that do not present health risks for the morbidly obese, who in their struggle to lose weight, often encounter poor therapeutic answers, with risks to the patient's health and with the growing vigilance of the authorities concerned with regulating drug commercialization (Teixeira, 2008; Weintraub, 2008). Due to the deficiencies in traditional and conservative methods of treatment, we observe a significant increase in the number of bariatric surgeries (American Society for Bariatric Surgery, 2007).

Bariatric surgery is a procedure which proposes a quick and radical solution to a complex problem of morbid obesity and its clinical, social and psychological complications. However, interfering in the delicate psychological balance in which

obesity is situated provokes post-operative experiences in patients which they are unprepared to deal with (Magdaleno Jr, 2009a, Magdaleno Jr, 2009b).

The challenges presented in the medium and long-term are: how to adopt and maintain new eating habits (Delin, 1995; Bocchieri, 2002) and how to undo the overlap that exists between anguish, helplessness and the impulse to ingest food (Tustin, 1990; Oliveira e Palauro, 2007). It is in this sense that Delin et al. (1995) affirm that surgery does not solve the problem of the patients being incapable of distinguishing between physiological and psychical hunger.

The eating behavior of the morbidly obese is characterized by a rigid control of their food intake, alternating uninhibited and compulsive eating with bulimic attacks and the habit of eating exaggeratedly, not compulsively, highly calorific drinks and food (van Hout, 2004)

Another important question related to obesity and which influences the post-operative evolution is the psychological structure that sustains the obesity, with those having less symbolic elements in their psychological structure showing greater possibilities of regaining weight and of post-operative complications (Magdaleno Jr., 2009).

Of the patients operated, 20 to 50% are unable to achieve the desired weight loss or present a weight increase a few years after the surgery (Benotti, 1995; Magro et al., 2008). These statistics reinforce the need to investigate factors associated with these therapeutic failures. There is evidence that the presence of Binge Eating Disorder (BED) is related to lower weight loss and to regaining weight in the post-operative period, constituting a strong prediction for failure in surgical results (Hsu, 1996; Hsu, 1997; Dymek, 2001; Kalarchian, 2002).

Much less frequent than BED, we find described in the literature cases of Anorexia Nervosa which appear after bariatric surgery (Bonne, 1996; Atchinson, 1998; Cordás, 2004), pointing to transformations in the eating impulse that go beyond the simple restriction of the volumetric capacity of the stomach and the absorption of nutrients.

The aims of the present study are: to endeavor to understand the transformations that take place in the eating habits of women who have undergone bariatric surgery, how they re-adapt to their new anatomical condition after having their eating capacity restricted

by the surgery and how they try to reorganize themselves emotionally.

Psychodynamic of hunger and obesity

Freud (1905, 1914) described the phases of psycho-sexual development of the human being, postulating an initial auto-erotic phase, prior to narcissism and thus before the oral phase, in which there is still no Ego. In this initial phase, the psyche reacts anarchically to the drives and stimuli received from outside. It is in this context that the most primitive symptoms are structured to be expressed later by fusional and addictive attitudes.

Thus, an imbalance in the eating function may be the phenomenon observed that reveals an imbalance in relation to the subject and his environment. The incapacity to create a symbolic referent – that is sufficient to provide a destination for the violent pressure of the primitive impulses – leaves the way for the immediate, corporal discharge of the impulses open, which is at the base of the psychic structure of obesity.

Francis Tustin (1975), when studying cases of infantile psychogenic autism, described the beginnings of mental development as a stage in which physical and psychic phenomenon cannot yet be distinguished from one another. Based on these discoveries, he postulated that many adult patients, even those who present basically neurotic structures and therefore have an adequate social functioning, can present psychic areas that function using defenses as primitive as those used by

autistic children, as a way of protecting themselves from primitive anguish (Tustin, 1990). Oliveira e Palauro (2007) propose that these autistic defenses, frequently found in cases of alcoholism, drug addiction and bulimia, are present in the base of the psychic structure of morbid obesity.

According to Mahler (1967), the cohesive identity of the child's body image is founded on the initial experiences, in the sensorial and motor areas, experienced in the fusional relation with the mother. The child learns and apprehends the world through this relation. It is a phase that this author defines as normal symbiotic, and in which the Self is formed based on the mother's image.

Winnicott (1967) called this moment of development the mirror role, in which the child can recognize itself in the mother's face and, from that, begin the process of forming his/her identity. Failures in these initial moments in the formation of the Self force the baby to defend itself, structuring deformed areas in the psyche or representational holes in the mind, which renders it incapable of dealing with instinctual pressure coming from the body.

It is the mother who, as she cares for the baby, looking after its needs and sheltering it in its anguish, helps it to feel that its amorphous body matter can acquire form and contour, based on the containment she offers (Tustin, 1975).

According to Winnicott (1949), it is the mother who provides a progressive differentiation of the soma of the child

towards the formation of a psyche, when she intermediates between the intense instinctual demands coming from within and the demands of the external world. However, for this author the psyche is that which differentiates itself from the soma, based on the relation with the environment. Should there be a deficiency in this maturing process, parts of the soma do not become psyche and continue to function in a primitive manner, without an organizing intermediation, subjected to the primary process (Freud, 1911) and to the immediate discharge of tension, expressed by the phenomenon of addiction.

When this initial process does not occur in a satisfactory manner, and the food is offered to the baby in a brutal way without being encompassed in the experience of holding given by the mother, the capacity of the baby to symbolize, to dream and to create a world of fantasy is hindered. The child remains imprisoned in a formless world, lacking in meaning and consequently a world of body sensations (Oliveira e Palauro, 2007)

Subjects and methods

This study had a clinical-qualitative design, a particularization of the qualitative method applied to a specific health setting that permits us to understand the life experiences and the process of the suffering of the individuals in relation to a determined problem in the health-illness process. Thus, this method adopts a humanistic model, seeking to interpret scientifically the meanings that

individuals' life experiences acquire (Turato, 2008). Qualitative researchers study their subjects in their natural settings, in an attempt to interpret phenomena in terms of the meanings that people attribute to them (Denzin e Lincoln, 2006; Morse e Field, 1995). The data collection instrument was the semidirected interview with open-ended questions (Turato, 2008) applied to an intentional sample. In other words, one which is made up of a small number of people, chosen deliberately in function of the importance they have in relation to the given theme and considered bearers of representation (Turato, 2008; Denzin e Lincoln, 2005; Fontanella et al, 2006). This approach had the aim of ensuring that the

matter was discussed in depth with the interviewees. This produces data with the aim of reformulating, deflecting, complementing and/or clarifying initial hypotheses (Merton, 1967). The study sample consisted of seven women operated in the surgical service of the General Hospital of University of Campinas (UNICAMP), a tertiary public university hospital, located in the city of Campinas, state of São Paulo, Brazil, in a period of one year and six months to three years. This interval was previously established and excludes the first post operative 12 months, during which time strong elements of denial and a disproportional increase of self esteem occur.

Table 1: Sample characterization by individual: gender, age, marital status and time since surgery

Name	Age	Sex	Time Since Surgery	Civil status
P1	49	F	3 years	Married
P2	33	F	2 years and 2 months	Married
P3	37	F	1 year and 6 months	Married
P4	39	F	1 year and 11 months	Single
P5	45	F	2 years and 11 months	Separated
P6	28	F	1 year and 6 months	Married
P7	49	F	1 year and 11 months	Widow

The sample was closed at this number by utilizing the saturation criterion (Glaser e Strauss, 1999; Fontanella et al., 2008). The interviews were taped with the permission of the patients. The transcriptions from the interviews formed the corpus for the study and were subjected to analysis. After applying the categorization strategy (Turato, 2008;

Minayo, 2007), the categories for this study were selected.

From the material collected, the researcher, a medical doctor and trained psycho-analyst, made use of suspended attention *vis-à-vis* the patients' speech, a fundamental methodological resource in psychoanalysis, and the emotions awakened by it (Hermann, 1989, Magdaleno Jr, 2005). The phenomena thus

identified can then be interpreted so as to generate concepts capable of generalization in order to understand further settings. The emerging categories were validated by peer-reviewers from the Laboratory of Clinical-Qualitative Research, UNICAMP.

The research project was approved by the Ethical Research Committee of the Faculty of Medical Sciences of UNICAMP.

Results and Discussion

a. Transformations of hunger after bariatric surgery

".....I don't feel hungry, I only remember to eat something when my stomach hurts, when I begin to feel an emptiness and it starts to hurt, then I know..." P3 (1432)

We observe how what was described as hunger before the surgery starts to be experienced in a different way, like an emptiness, a pain, a weakness, that are possibly attempts to describe sensations close to the primitive experience of helplessness and lack of psychic representation of the body, that are at the root of the process of obesity.

The complexity that these patients experience and the meanings they give to the sensation of hunger leads us to believe that the volumetric restriction of the stomach unleashes a complex psychological chain of events that are still far from being understood.

"It's like a cramp that starts in the stomach, I don't know if I can call it cramp, but it begins to hurt...I don't know how to

explain this pain I feel, but I know that if I eat something it will pass. I don't really know whether this pain is hunger, you see?" P3 (1434)

The way in which each patient experiences what she feels to be hunger, before the surgery, emerges quite differently after the surgery, which leads us to believe that the hunger of obese patients has a strong emotional element that, when the stomach had a large volumetric capacity, could be fully expressed.

We may surmise that what was described as hunger prior to the surgery was a complex of physical sensations, sensations of emptiness and helplessness and, above all, anguish arising from this sensation of lack of something they cannot define.

"...it's that before it seemed to be anxiety and now I have a pain..." P3 (1454)

After initial success, it frequently occurs that some patients go back to eating greater quantities of food, be it due to the dilatation of the stomach or because they have developed a phenomenon called grazing. (Glimsky, 2001).

"I can't take a plate of food and eat... not any more...but I keep nibbling, nibbling, nibbling." P1 (243)

If no psychological and nutritional support is offered to these women, in the medium and long term, they begin to develop new eating habits that by-pass the physical barrier imposed by the surgery,

putting at risk all the effort spent in the struggle against obesity.

"...I know I'm not eating right. I have no desire to eat food (...), if I could do without, but if I pass in front of the jar of cookies, of honey cake, I go and get one, you see?" P3 (1343)

The compulsive eating impulse is still present in these patients, even after the operation, with the difference that the attitude to seek food in exaggerated quantities diminishes, due to the anatomical limitation and the fear of feeling sick after eating.

"...Look, there are days when I pass in front of the hot-dog stand ...That smell appears and I really feel like eating a hot dog but I'm afraid..." P4 (2041)

b. Hunger as a non-symbolizable element in morbid obesity

"...I have a hole in my head that is bigger than my stomach" P4 (2020)

Hunger for the morbidly obese, is an area of representational emptiness, discharging the eating impulse into paths unmeasured by symbolism and, therefore, out of the subject's control.

We observe the great difficulty these patients have to control their eating impulse and even to describe what they feel, above all when they try to define their physical experiences after surgery. When they attempt to talk about hunger and consequently, obesity, they end up with an imprecise, marginal description, with elements that tend to by-pass the

problem, unable to determine which are the subjective aspects that sustain the symptom. They get lost in interminable explanations, motives and previous vain attempts, all with a view to "combat" obesity.

"Because all this food I eat...my organism, which I operated, had almost stopped, so it doesn't have any calories, it doesn't ingest calories. My organism accumulates all the calories, all the fat, so I need to eat three times less so as not to accumulate so much fat, you see?" P3 (1088)

We can observe how the attempt to find an explanation for the problem of hunger tends to lack sense, with reasoning confined to topics that neither develop nor provide a creative solution. In the end, what one observes is a discourse that borders on superficiality, repetition and sterility, rather inefficient for the psychic elaboration of anguish.

c. Satiety versus satisfaction

One important aspect raised by Hsu et al. (1998) are the alterations relating to satiation and satiety of the patients, and how they are altered in a different way after the surgery. They observe that, in those patients who went back to eating great quantities of food, continually and in smaller portions, satiety is altered by the surgery, whereas satiation is not. These patients learn over time that the frequent ingestion of small quantities of soft food or liquids provides them with a sensation of satisfaction, thus avoiding the discomfort of fullness or dumping (Hsu et al., 1996 Hsu et al., 1997).

"...sometimes I have the sensation that I am hungry...that I feel like(eating something), but I begin to eat and soon get full...so I don't know if the hunger is in my head or not..." P1 (230)

It is important to understand that what the patient calls hunger post-operatively, for there is evidently a confusion between hunger in the sense of non-satiety and hunger as dissatisfaction. Anxiety appears to be the affective representation of the feeling of dissatisfaction that these patients present.

"... if I'm idle, then it seems that I feel like eating. It's anxiety..." P1 (238)

Based on these findings, we believe that the regulatory mechanisms linked to satiety are directly related to the capacity for gastric complacency, thus being anatomical, whereas the regulation of satiation is carried out by mechanisms of another order, possibly metabolic and psychological. It is evident in the operated patients' discourse that satiety is reached quickly whereas satiation is not achieved at the same pace.

"What was operated was the stomach, the head is the same, right...When I was weighing one hundred and thirty kilos, I could serve myself one, two ladles of rice, a load of beans, salad, steak, roast chicken and I would eat. I can serve myself the same amount now, only I won't eat this quantity....But for my eyes, when I see that plate (of food), I have the sensation that I am going to eat all of it." P4 (2004)

Final Comments

According to what is widely reported in the specialized literature, the questions related to the eating impulse in patients with morbid obesity – and their phenomenological expression, hunger – are matters for concern among the team of professionals involved in bariatric surgery.

We observe that the hunger of these patients is transformed, as the ingestion of food is limited, however, the sensation of satiation is not achieved, leading to feelings of anguish, emptiness and weakness, which often end in the patients desperately seeking alternative means to obtain satisfaction.

That which the patients referred to as hunger before the surgery is a complex of physical and emotional sensations. After surgery, these are transformed into vague sensations of emptiness and pain which, through lack of psychic elements that could make an elaboration of the anguish possible, keep the patient imprisoned in a vicious circle of dissatisfaction and pain. In our opinion, from the psychodynamic point of view, this is the etiological substratum of the eating disorders that are so common in the post-operative period, that is, BED, night bingeing and grazing.

From the results obtained in this study, we believe that it is crucial to provide, besides nutritional advice, psychosocial guidance and clinical and psychiatric care, the possibility of in-depth psychological treatment. The aim of this treatment is to develop psychic areas that did not form during the maturation process. These deficiencies in the constitution of the psyche are responsible for the symptoms, that are the expression of areas of the

body that function primitively and express themselves in brutal discharges, not mediated by thought. In this sense, measures of guidance, counseling or those that require the patient's to think so as to be carried out are practically useless because they depend on psychic resources that the patient with morbid obesity has yet to develop.

It is important that the bariatric surgeon, when performing the surgery, be aware that he/she is creating a demand for psychological care related to the psychic structure with areas that function

primitively, and that were kept in balance by the compulsive ingestion of food. For this reason, health teams should be aware that carrying out a surgical procedure should necessarily be accompanied by an efficient psychotherapeutic process. Thus, our study points to new demands that ensue after a medical act and it attempts to shed light on this emerging field of clinical practice. Further studies that aim to increase knowledge on this matter are essential, and we believe we have shown some new paths for future research.

References

- AMERICAN SOCIETY FOR BARIATRIC SURGERY. American Society for Bariatric Surgery web site 2007 < www.asbc.org > Accessed: 2 April 2007
- ATCHISON, Michelle et al. Anorexia nervosa following gastric reduction surgery for morbid obesity. *Int J Eat Disord*, v. 23, p. 111-116, January 1998.
- BENOTTI, Peter N e FORSE, R Armour. The role of gastric surgery in the multidisciplinary management of severe obesity. *Am J Surg*, v. 169, p. 361-7, 1995.
- BOCCHIERI, Lindsey E et al. A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *J Psychosom Res*, v. 52, p. 155-165, 2002.
- BONNE, Omer B et al. Anorexia Nervosa following gastropasty in male: two cases. *Int J Eat Disorder*, v. 19, p. 105-108, January 1996.
- BUCHWALD, Henry. Consensus Conference Statement Bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals, and third-party payers. *J Am Coll Surg* 2005; 200: 593-604.
- CORDÁS, Táki A et al. Transtorno alimentar e cirurgia bariátrica: relato de caso. *Arq Bras Endocrinol Metab*, v. 48, p. 564-71, 2004.
- DELIN, Catherine R et al. An exploration of the outcomes of gastric surgery for morbid obesity: Patients characteristics and indices of success *Obes Surgery*, v. 5, p. 159-70, May 1995.
- DENZIN, Norman K e LINCOLN, Yvonna S. The SAGE handbook of qualitative research. 3rd edition. New York: Thousand Oaks Sage Publications, 2005.
- DENZIN, Norman K. e LINCOLN, Yvonna S.. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed., Porto Alegre: Artmed, 2006.
- DYMEK, Maureen P et al. Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en-Y gastric bypass: a brief report. *Obes Surg*, v. 11, p. 32-9, February 2001.
- FONTANELLA, Bruno José Barcellos et al. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de

- questões abertas por profissionais da saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 14, p. 812-820, 2006.
- FONTANELLA, Bruno José Barcellos et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*, v. 24, p. 17-27, 2008.
- FREUD, Sigmund. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, 1905. In: *Obras Completas*, v. VII. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. 1987. p. 123-250.
- FREUD, Sigmund. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental, 1911. In: *Obras Completas*, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. 1969. p. 273-286.
- FREUD, Sigmund. Sobre o narcisismo: uma introdução, 1914. In: *Obras Completas*, vol. XIV. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. 1987. p. 85-119.
- GLASER Barney G. e STRAUSS Anselm L. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick: Aldine Transaction, 1999.
- GLINSKI, Juliet et al. The psychology of gastric bypass surgery. *Obes Surg*, v. 11, p. 581-588, October 2001.
- HERRMANN, Fábio. Interpretação: a invariância do método nas várias teorias e práticas clínicas. In: Figueira, Sérvulo Augusto. *Interpretação: sobre o método da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1989. p. 13-34.
- HSU, L. K. George et al. Non-surgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosom Med*, v. 60, p. 338-46, 1998.
- HSU, L. K. George et al. Eating disturbances and outcome of gastric bypass surgery: a pilot study. *Int J Eat Disorder*, v. 21, p. 385-90, 1997.
- HSU, L. K. George et al. Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: a pilot study. *Int J Eat Disorder*, v. 19, p. 23-34, January 1996.
- KALARCHIAN, Melissa A et al. Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. *Obes Surg*, v. 12, p. 270-275, April 2002.
- MAGDALENO JÚNIOR, Ronis. A formação da identidade psicanalítica: a apreensão do método como incorporação de uma ética. *Jornal de Psicanálise*, v. 38, p. 229-249, 2005.
- MAGDALENO JÚNIOR, Ronis et al. Understanding the life experiences of Brazilian women after bariatric surgery. A qualitative study. *Obes Surgery*, 2009 (in press).
- MAGDALENO JÚNIOR, Ronis et al. The psychology of bariatric patient: what replaces obesity? A qualitative research with Brazilian women. *Obes Surgery*, 2009 (in press).
- MAGDALENO JÚNIOR, Ronis et al. Características psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev Psiquiatr RS*, 2009 (in press).
- MAGRO, Daniela Oliveira et al. Long-term weight regain after gastric bypass: a 5-year prospective study. *Obes Surg*, v. 18, p. 648-51, June 2008.
- MALHER, Margareth. Observações sobre adaptação e defesa “in status nascendi”, 1963. In: Malher, Margareth. *O processo de individuação e separação*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1982.
- MERTON, Robert K. *On Theoretical Sociology: Five Essays, Old and New*. New York: The Free Press, 1967.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

- MORSE, Janice M e FIELD Peggy-Anne. Qualitative research methods for health professionals. 2nd ed., London, Sage, 1995.
- OLIVEIRA, Marina Trench e PALAURO, Yvogmar Godoy Rossilho. Um estudo das questões mentais no quadro clínico da obesidade mórbida. Trabalho apresentado em reunião científica na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, São Paulo, SP, setembro 2007.
- TEIXEIRA, Mônica. Risco de suicídio é preocupação de agência dos EUA nos textos clínicos de drogas contra a obesidade; gordos resistem a emagrecer, conta artigo. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 11, n.2, p. 265-6, jun. 2008.
- TURATO, Egberto Ribeiro. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação às áreas da saúde e humanas. 3ª ed., Petrópolis: Vozes, 2008.
- TUSTIN, Francis. Autismo e Psicose Infantil. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1975.
- TUSTIN, Francis. Barreiras Autísticas em Pacientes Neuróticos. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1990.
- VAN HOUT, Gerbrand C. M. et al. Psychological profile of morbid obese. Obes Surg, v.14, n.5, p.579-88, May 2004.
- WEINTRAUB, Arlene. No interior da guerra dos fabricantes de drogas contra a gordura. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 267-277, junho 2008.
- WINNICOTT, Donald W. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil, 1967. In: Winnicott, Donald W. O Brincar e a Realidade. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975. p. 153-162.
- WINNICOTT, Donald W. A mente e sua relação com o psicossoma, 1949. In: Winnicott, Donald W. Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2000. p. 332-346.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight.
<<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>> Acesso em: 17 dez 2008.

5. DISCUSSÃO

A aplicação do método clínico qualitativo possibilitou uma expansão do conhecimento relativo às vivências das pacientes obesas mórbidas submetidas à cirurgia bariátrica. A partir da análise minuciosa das entrevistas realizadas, constatou-se que o procedimento cirúrgico leva a importantes modificações psicossociais nestas mulheres e que, além da significativa perda de peso, os efeitos são também expressivos no que se refere à inserção destas pacientes em seu contexto social.

A estrutura psicológica prévia à cirurgia e as manifestações psicopatológicas que as acompanham, são definitivas para o prognóstico da cirurgia em médio e longo prazo. Pacientes com estruturas mais frágeis, com menos recursos simbólicos que favoreçam a elaboração da angústia, são aquelas que após a cirurgia tem maiores riscos de apresentar complicações psicológicas, psiquiátricas e sociais. É neste grupo de pacientes que encontramos freqüentes insucessos terapêuticos, sobretudo o reganho de peso.

Os mais importantes ganhos psicossociais referem-se à experiência de aceitação e re-inserção social decorrentes da perda de peso e da melhora da imagem corporal. A melhora do estado de saúde, objetiva e subjetivamente percebida, a melhora da auto-imagem e a maior liberdade de movimentação física, levam a uma experiência de satisfação pessoal que tem como consequência o incremento da motivação para continuar o desafio de não voltar a ganhar peso. Esta experiência é vivida como um re-encontro com uma identidade pessoal, há muitos anos encoberta pelo excesso de gordura e pelas deformações físicas e psíquicas que ela acarreta. O re-encontro consigo mesma é vivido com enorme alívio e como uma sensação de vitória. Estas experiências interferem de modo muito positivo na recuperação da auto-estima cronicamente rebaixada pela convivência com a obesidade, com a rejeição e com o preconceito vindos dos outros.

Foi identificado que existe um ciclo virtuoso entre o aumento da auto-estima, maior motivação para manter o desafio de perder peso e a manutenção do peso adequadamente. Como a tônica deste processo recai sobre a melhora da auto-estima que acompanha a perda de peso, é possível acreditar ser fundamental que as equipes de saúde que lidam com esta população de pacientes, estejam atentas e instrumentalizadas para focalizar seus esforços em procedimentos psicológicos que

possam promover a melhora da auto-estima destas pacientes. Portanto, neste sentido, o papel do profissional de saúde mental torna-se essencial no acompanhamento pós-operatório visando identificar possíveis indicadores de problemas nesta área específica e intervir de modo adequado quando necessário. Este profissional deve estar apto a compreender a dinâmica psíquica profunda dos pacientes.

Apesar da constatação de importantes benefícios psicossociais para estas pacientes, emergiram desta pesquisa algumas questões de difícil manejo terapêutico no pós-operatório. Com o passar do tempo, sentimentos de desilusão com o alcance da cirurgia em resolver os problemas da vida destas pacientes, podem levar a um enfraquecimento da motivação para continuar a luta para a manutenção da perda de peso.

Pacientes que se submetem à cirurgia sem um adequado preparo psicológico pré-operatório, têm um risco maior de desenvolver expectativas irreais quanto ao alcance da cirurgia, sendo que muitas delas vão para a cirurgia com a crença de resolver todos os problemas de suas vidas ao se livrar da obesidade. O resultado é a frustração consigo mesmas, piora na auto-estima e, muitas vezes, desistência do acompanhamento pós-operatório. Nestes casos, o risco de re-ganho de peso ou de deslizamentos da compulsão alimentar para outras compulsões é muito grande. A preocupação dos profissionais de saúde com o risco de desenvolvimento de outras adições é bastante pertinente, pois o sentimento de insatisfação consigo mesmas, a insatisfação alimentar imposta pela cirurgia que reduz drasticamente a complacência gástrica da paciente, e o desequilíbrio da homeostase psíquica causado pela cirurgia, podem facilmente levar ao aparecimento de níveis elevados de ansiedade e de transtornos psiquiátricos, principalmente transtornos alimentares e depressivos.

Outra questão por nós explorada é a que se refere às vicissitudes do impulso alimentar destas pacientes que, de algum modo, já se achava cronicamente alterado, tendo como conseqüência a obesidade mórbida. Após a cirurgia, este impulso torna-se impedido anatomicamente e de forma radical pela restrição volumétrica do estômago e pela aplicação do anel inelástico que lentifica o esvaziamento gástrico. Nestas pacientes a saciedade é alcançada rapidamente, inclusive com sensação de desconforto gástrico e abdominal, mas a experiência de satisfação alimentar

(cronicamente alterada na obesidade mórbida) não é atingida. Acreditamos estar aqui o substrato psicodinâmico das tendências a novas adições (sobretudo o alcoolismo) e à depressão, já que a experiência psíquica é de vazio e de falta.

Ao ser impedida a expressão física do impulso alimentar pela ingestão copiosa de alimentos, abre-se um novo campo de especulações no que tange ao padrão alimentar dos obesos mórbidos e seus significados psicodinâmicos. Estas pacientes, ao serem impedidas de se alimentar copiosamente e assim tentar resolver a angústia, se vêem frente ao desafio de resolver a angústia através de seus recursos mentais. O que observamos é que existe, em muitos portadores de obesidade mórbida, uma carência de recursos específicos para elaborar a angústia, apontando para uma área de não funcionamento mental, de carência de referencial simbólico necessário à elaboração psíquica. A impossibilidade de alcançar esta elaboração deixa como única opção a via da descarga corporal do impulso, que se expressa por atuações não mediadas pelo pensamento, que é, a nosso ver, o substrato etiológico psicodinâmico da impulsividade nas adições e na obesidade mórbida.

6. CONCLUSÃO

No início desta pesquisa foi proposto responder às seguintes questões: o que significa para uma mulher portadora de obesidade mórbida um procedimento cirúrgico que leva a uma perda rápida e maciça de seu peso corporal? O que fica no lugar da obesidade? Quais os reais ganhos psíquicos da cirurgia? Quais os riscos para a estabilidade emocional destas pacientes? Para tanto, definimos como nosso objetivo principal conhecer as vivências de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica no período entre um ano e meio e três anos após a cirurgia. Foi proposto também, a identificar o surgimento de novos afetos e experiências de vida após cirurgia bariátrica; discutir como essas mulheres lidam com sua nova condição física e psicológica; e propor estratégias para lidar com os indivíduos no pré e no pós-operatório.

Acreditamos ter atingido nossas metas e respondido de forma satisfatória as questões que nos propusemos a partir da experiência clínica com esta população de pacientes. Observou-se que a cirurgia bariátrica é um procedimento que traz importantes implicações emocionais e sociais, sobretudo por se tratar de um tratamento proposto para uma população de indivíduos com disfunções importantes associadas à própria obesidade mórbida, tanto no que se refere à condição psiquiátrica como àquelas relacionadas ao estigma e à inadequação social. O pós-operatório é marcado por intensas alterações físicas, psíquicas e sociais, vivenciadas de um modo bastante rápido, impossibilitando que a paciente tenha tempo suficiente para elaborar estas mudanças, o que se expressa frequentemente por angústia.

Em função da magnitude das modificações físicas e psíquicas impostas pela cirurgia, a avaliação psiquiátrica e psicológica do candidato à cirurgia bariátrica é fundamental para detectar transtornos que possam impedi-lo de suportar estas profundas alterações às quais será submetido. Contudo, o referencial psiquiátrico é insuficiente para avaliar a dinâmica interna do sujeito, suas fantasias, seus conflitos, enfim, sua conformação psíquica. Este estudo permitiu expandir a compreensão deste novo campo da clínica, aprofundando o conhecimento dos significados emocionais e das vivências de mulheres obesas mórbidas que se submeteram à cirurgia bariátrica.

Desse modo, serve como um alerta para as equipes de saúde envolvidas na realização e acompanhamento de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. A equipe

deve instrumentalizar-se a fim de lidar com as novas demandas de cuidados para com o paciente, introduzidas a partir da cirurgia. Portanto, torna-se de fundamental importância a presença de um profissional de saúde mental que tenha conhecimentos aprofundados sobre a dinâmica psíquica destes pacientes e que esteja apto a lidar com a equipe, tanto no sentido de expandir o conhecimento a respeito da estrutura psíquica dos pacientes, como para trabalhar os complexos impactos que estes pacientes causam na equipe e na instituição.

Fica em aberto para posteriores estudos a investigação da população masculina de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e suas especificidades, assim como um estudo das vivências emocionais dos pacientes no pós-operatório tardio, a partir do quinto ano após a cirurgia.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pessoa F. O Livro do Desassossego. São Paulo: Companhia das Letras; 1999. 536 p.
2. Turato ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação às áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003. 688p.
3. World Health Organization. Obesity and overweight [acesso em 17 dez 2008]. Disponível em:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>
4. Godfrey JR, Brownell K. Toward Optimal Health: The Influence of the Environment on Obesity. Journal of Women's Health. 2008; 17 (3): 325 – 330.
5. van Hout GCM, van Oudeheusden I, Krasuska AT, Van Heck GL. Psychological profile of candidates for vertical banded gastroplasty. Obes Surg. 2006; 16: 67-74.
6. Thirby RC, Randall J. A genetic "Obesity Risk Index" for patients with morbid obesity. Obes Surg. 2002; 12: 25-29.
7. Mancini CM, Halpern A. Obesidade. Revista Brasileira de Medicina. 2006; 63(4): 132-143.
8. Buchwald H. Consensus Conference Statement Bariatric Surgery for Morbid Obesity: health implications for patients, health professionals, and third-party payers. J Am Coll Surg. 2005; 200: 593-604.
9. Santry HP, Gillen DL, Lauderdale DS. Trends in Bariatric Surgical Procedures. JAMA. 2005; 294 (15): 1909–17.
10. Garrido Júnior AB, Ferraz EM, Barroso FL, Marchesin JB, Szegő T. Cirurgia da Obesidade. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. 328p.

11. Sorensen TI. The changing lifestyle in the world. Body weight and what else? Diabetes Care. 2000; 23(2): B1-4.
12. Crawford PB, Story M, Wang MC et al. Ethnic issues in the epidemiology of childhood obesity. Pediatr Clin Am. 2001; 48(4): 855-78.
13. Monteiro C. Epidemiologia da obesidade. In: Halpern A, Godoy Matos AF, Suplicy HL, Mancini MC, Zanella MT. Obesidade. São Paulo: Lemos Editorial; 1998. p.15-31.
14. Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade no Brasil: tendências atuais. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2006; 24(2): 71-81
15. Weintraub A. No interior da guerra dos fabricantes de drogas contra a gordura. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. 2008 ; 11: 267-77.
16. American Society for Bariatric Surgery. American Society for Bariatric Surgery web site. www.asbc.org (2007). Acessado em 2 de abril de 2007.
17. Bauchowitz AU, Gonder-Frederick LA, Olbrisch ME, Azarbad L, Ryee MY, Woodson M et al. Psychosocial Evaluation of Bariatric Surgery Candidates: A Survey of Present Practices. Psychosomatic Medicine. 2005; 67: 825-32.
18. Sarwer DB, Cohn NI, Gibbons LM, Magee L, Crerand CE, Raper SE et al. Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. Obes Surg. 2004; 14: 1148-56.
19. Pareja JC, Pilla VF, Callejas-Neto F, Coelho-Neto JS, Chaim EA, Magro DO. Gastroplastia redutora com bypass gastrojejunal em Y-de-Roux: conversão para bypass gastrointestinal distal por perda insuficiente de peso - experiência em 41 pacientes. Arq Gastroenterol. 2005; 42 (4): 196-200.
20. Garrido Junior AB. Cirurgia em obesos mórbidos – experiência pessoal. Arq Bras Endocrinol Metab. 2000; 44 (1): 106-110.

21. Segal A, Fandiño J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. Rev Bras Psiquiatria. 2002; 24 (suppl 3): S68 – 72.
22. National Institutes of Health. Gastrointestinal surgery for severe obesity: National Institutes of Health Consensus Development Conference Draft Statement. Obes Surg. 1991; 1: 257-65.
23. Kremen NA, Linner JH, Nelson CH. Experimental evaluation of the nutritional importance of proximal and distal small intestine. Ann Surg. 1954; 140: 439-48.
24. Fobi MAL, Lee H, Fleming A. The surgical technique of banded Roux-en-Y gastric bypass. J Obesity Weight Reg. 1989; 8: 99-102.
25. Capella RF, Capella J, Mandac H, Nath P. Vertical banded gastroplasty – gastric bypass. Obes Surg. 1991; 1: 423-6.
26. Glinsky J, Wetzler S, Goodman E. The psychology of gastric bypass surgery. Obes Surg. 2001; 11: 581-8.
27. Larsen F. Psychosocial function before and after gastric banding surgery for morbid obesity. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1990; 359: 1-57.
28. Delin CR, Watts J, Bassett DL. An exploration of outcomes of gastric bypass surgery for morbid obesity: patient characteristics and indices of success. Obes Surg. 1995; 5: 159-70.
29. Hsu LK, Benotti PN, Dwyer J, Roberts SB, Saltzman E, Shikora S et al. Non-surgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. Psychosom Med. 1998; 60: 338-46.
30. Bocchieri LE, Meana M, Fischer B. A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. J Psychosom Res. 2002; 52: 155-65.

31. Dziurawicz-Kozłowska AH, Wierzbicki Z, Lisik, W, Wasiak D, Kosieradzki Z. The objective of psychological evaluation in the process of qualifying candidates for bariatric surgery. *Obes Surg*. 2006; 16: 196-202.
32. van Hout GCM, Vreeswijk CMJM, van Heck GL. Bariatric Surgery and bariatric psychology: evaluation of dutch approach. *Obes Surg*. 2008; 18: 321-25.
33. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP, Pilkonis PA, Ringham RM et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry*. 2007; 164: 328-334.
34. Friedman MA, Brownell KD. Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychol Bull*. 1995; 117: 3-20.
35. Fitzgibbon ML, Stolley MR, Kirschenbaum DS. Obese people who seek treatment have different characteristics than those who do not seek treatment. *Health Psychol*. 1993; 12: 342-5.
36. Halmi KA, Long M, Stunkard AJ, Mason E. Psychiatric diagnosis of morbid obese gastric bypass patients. *Am J Psychiatry*. 1980; 134: 470-2.
37. Fandiño J, Benchimol AK, Coutinho Wf, Appolinário JC. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2004; 26 (1): 47-51.
38. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text Revised, DSM-IV-TR. 4th ed. Washington, DC; 2000.
39. Appolinário JC. Transtornos alimentares. In: Botega NJ (org). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 325-40.

40. Omalu BI, Cho P, Shakir AM, Agumadu UH, Rozin L, Kuller LH et al. Suicides following bariatric surgery for the treatment of obesity. *Surg Obes Relat Dis*. 2005; 1(4): 447-9.
41. Leal CW, Baldin N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *Rev Psiquiatr RS*. 2007; 29 (3): 324-327.
42. Magro DO, Geloneze B, Delfini R, Pareja BC, Callejas F, Pareja JC. Long-term weight regain after gastric bypass: a 5-year prospective study. *Obes Surg*. 2008; 18: 648-651.
43. Tolonen P, Victorzon M, Mäkelä J. 11-year experience with laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity – what happened to the first 123 patients? *Obes Surg*. 2008; 18: 251-255.
44. Benotti PN, Forse RA. The role of gastric surgery in the multidisciplinary management of severe obesity. *Am J Surg*. 1995; 169: 361-7.
45. Mitchell JE et al. Long-term follow-up of patients' status after gastric bypass. *Obes Surg*. 2001; 11: 464-68.
46. Kalarchian MA, Marcus MD, Wilson GT, Labouvie EW, Brolin RE, LaMarca LB. Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. *Obes Surg*. 2002; 12: 270-5.
47. Hsu LKG et al. Eating disturbances and outcome of gastric bypass surgery: a pilot study. *Int J Eat Disorder*. 1997; 21: 385-90.
48. Hsu LKG et al. Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: a pilot study. *Int J Eat Disorder*. 1996; 19: 23-34.
49. Pekkarinen T, Koskela K, Huikuri K, Mustajoki P. Long-term results of gastroplasty for morbid obesity: Binge-eating as a predictor for poor outcome. *Obes Surg*. 1994; 4: 248-55.

50. Dymek MP, le Grange D, Neven K, Alverdy J. Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en-Y gastric bypass: a brief report. *Obes Surg.* 2001; 11: 32-9.
51. Cordás TA, Lopes Filho AP, Segal A. Transtorno alimentar e cirurgia bariátrica: relato de caso. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2004; 48 (4): 564-71.
52. Atchison M, Wada T, Higgins B, Slavotinek T. Anorexia nervosa following gastric reduction surgery for morbid obesity. *Int J Eat Disord.* 1998; 23: 111-6.
53. Bonne OB et al. Anorexia Nervosa following gastroplasty in male: two cases. *Int J Eat Disorder.* 1996; 19: 105-8.
54. van Hout GCM, Fortuin FAM, Pelle AJM, van Heck GL. Psychosocial functioning, personality, and body image following vertical banded gastroplasty. *Obes Surg.* 2008; 18: 115-20.
55. van Hout GCM, Boekestein P, Fortuin FA, Pelle AJ, van Heck GL. Psychosocial functioning following bariatric surgery. *Obes Surg.* 2006; 16 (6): 787-94.
56. Fabricatore AN, Crerand CE, Wadden TA, Sarwer DB, Krasucki JL. How do mental health professional evaluate candidates for bariatric surgery? Survey results. *Obes Surg.* 2006; 16: 567-73.
57. Oliveira VM, Linardi RC, Azevedo AP. Cirurgia bariátrica – aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Clin.* 2004; 31 (4): 199-201.
58. Ray EC, Nickels MW, Sayeed S, Sax HC. Predicting success after gastric bypass: the role of psychosocial and behaviora factors. *Surgery.* 2003; 134: 555-63.
59. Magdaleno Jr R, Chaim EA, Turato, ER. Características psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev Psiquiatr RS*, 2009 (no prelo).

60. Magdaleno Jr R, Chaim EA, Turato ER. Understanding the life experiences of Brazilian women after bariatric surgery: a qualitative study. *Obes Surg*. "In Press".
61. Magdaleno Jr R, Chaim EA, Pareja JC, Turato ER. The psychology of bariatric patient: what replaces obesity? A qualitative research with Brazilian women. *Obes Surgery*, 2009 (no prelo).
62. Zeller MH, Roehrig HR, Modi AC, Daniels SR, Inge TH. Health-related quality of life and depressive symptoms in adolescents with extreme obesity presenting for bariatric surgery. *Pediatrics*. 2006; 117 (4): 1155-61.
63. Mamplekou E, Komesidou RD, Bissias C, Papakonstantinou A, Melissas J. Psychological condition and quality of life in patients with morbid obesity before and after surgical weight loss. *Obes Surg*. 2005; 15: 1177-84.
64. de Zwaam M, Lancaster KL, Mitchell JE, Howell LM, Monson N, Roerig JL et al. Health-related quality of life in morbidly obese patients: effect of gastric bypass surgery. *Obes Surg*. 2002; 12: 773-80.
65. Dymek MP, Le Grange D, Neven K, Alverdy J. Quality of life after gastric bypass surgery: a cross-sectional study. *Obes Res*. 2002; 10: 1135-42.
66. Dixon JB, Dixon ME, O'Brien PE. Quality of life after Lap-Band placement: Influence of time, weight loss, and comorbidities. *Obes Res*. 2001; 9: 713-21.
67. Santry HP, Chin MH, Cagney KA, Alverdy JC, Lauderdale DS. The use of multidisciplinary teams to evaluate bariatric surgery patients: results from a national survey in USA. *Obes Surg*. 2006; 16: 59-66.
68. DeMaria EJ. Bariatric surgery for morbid obesity. *N Engl J Med*. 2007; 356 (21): 2176-83.
69. Mahony D. Psychological gender differences in bariatric surgery candidates. *Obes surg*. 2008; 18: 607-10.

70. Kolotkin RL, Crosby RD, Willians GR. Health-related quality of life varies among obese subgroups. *Obes Res.* 2002; 10: 748-56.
71. Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Freud S. *Obras Completas*, vol VII. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda; 1987. p.123-250.
72. Freud S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: Freud S. *Obras Completas*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda; 1974. p.85-120.
73. Klein M. A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego, 1930. In *Amor, Culpa e Reparação*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1996.
74. Klein M. Primeiros estádios do conflito edípico e da formação do superego, 1927. In *Psicanálise da Criança*. 3ª Ed. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1981.
75. Tustin F. *Autismo e Psicose Infantil*, 1972. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.; 1975.
76. Tustin F. *Barreiras Autísticas em Pacientes Neuróticos*, 1976. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.; 1990.
77. Oliveira MT, Palau YGR. Um estudo das questões mentais no quadro clínico da obesidade mórbida. Trabalho apresentado em reunião científica na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo; setembro de 2007.
78. Malher M. Observações sobre adaptação e defesa “in status nascendi”, 1963. In: Malher M. *O processo de individuação e separação*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982.
79. Winnicott DW. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil, 1967. In: Winnicott DW. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1975. p. 153-62.

80. Winnicott DW. A mente e sua relação com o psicossoma, 1949. In: Winnicott DV. Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas. Rio de Janeiro: Editora Imago; 2000. p. 332-46.
81. Assis M. Esaú e Jacó. Rio de Janeiro: Edições Globo, 1997.
82. Minayo MCS. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde, 10^a ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 408p.
83. Denzin N K, Lincoln Y S (editores). Handbook of qualitative research. 3rd edition. New York: Thousand Oaks Sage Publications; 2005.
84. Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals, 2nd ed. London: Sage; 1995.
85. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. London: Sage Publications ; 1990.
86. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. Rev Latino-am Enfermagem. 2006; 14 (5): 812-20
87. Chaui M. Convite à filosofia. São Paulo: Editora Ática, 1999.
88. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10^a Revisão. Tradução: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 7^a ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1999.
89. Fontanella BJB. Procura de Tratamento por Dependentes de Substâncias Psicoativas: Um Estudo Clínico-Qualitativo [Tese de Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2000.

90. Fontanella BJB, Ricas J, Turato, ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008; 24(1): 17-27.
91. Glaser B. G. & Strauss A. L. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. New Brunswick: Aldine Transaction, 1999.
92. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
93. Bleger J. Temas de psicologia: entrevista e grupos. São Paulo: Martins Fontes; 1995.
94. Declaração de Helsinque [acesso em 10 de março de 2008]. Disponível em: www.ufrgs.br/bioetica/helsin5.htm
95. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196 de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. [acesso em 10 de março de 2008]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>.
96. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 340, de 8 de julho de 2004. [acesso em: 10 de março de 2008]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br>
97. Magdaleno R. A formação da identidade psicanalítica: a apreensão do método como incorporação de uma ética. Jornal de Psicanálise. 2005; 38 (69): 229-249.

Anexo 1: *Corpus transcrito das entrevistas. Em CD-Rom anexo à tese.*

Anexo 2: *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

Anexo 3: *Abordagem Inicial*

Anexo 4: *Ficha de Caracterização e Roteiro-Diário de Campo*

Anexo 5: *Pareceres do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos*

Anexo 6: *Autorização para utilização dos artigos publicados no corpo da tese*

Anexo 7: *Fac-símiles dos originais dos artigos publicados*

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Instituição: UNICAMP / Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa

Projeto: Vivências emocionais de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica no HC

Unicamp: *um estudo clínico-qualitativo*

Pesquisador: Ronis Magdaleno Júnior.

Orientador: Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

Telefone: (19) 35219295 (Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria)

O propósito desta pesquisa científica é conhecer os significados emocionais da cirurgia bariátrica através de entrevistas. Para tanto, serão realizadas entrevistas, que podem durar aproximadamente de uma a duas horas. Durante as entrevistas serão feitas perguntas para se alcançar os objetivos da pesquisa.

O seu nome não será comunicado aos demais profissionais que trabalham nesta Instituição, mas o relatório final, contendo citações anônimas, estará disponível para os interessados, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas, sem citar o seu nome.

Poderá não haver benefícios diretos ou imediatos para o informante deste estudo, além da oportunidade de poder conversar sobre suas coisas, mas poderá haver mudanças futuras nos cuidados a pacientes em situações clínicas semelhantes após os profissionais de saúde tomarem conhecimento de suas conclusões.

Este TERMO é para certificar que eu, _____, concordo em participar voluntariamente do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, dou permissão para ser entrevistada e para estas entrevistas serem gravadas em fitas cassetes.

ESTOU CIENTE de que, após cinco anos da pesquisa, as fitas serão apagadas e que os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça associado à pesquisa.

ESTOU CIENTE de que um técnico fará a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que alguns colegas pesquisadores poderão conhecer o conteúdo, tal como foi por mim falado, para discutirem os resultados, sem me identificarem.

ESTOU CIENTE de que não há riscos para minha saúde, resultantes da participação na pesquisa, mas também de que poderei ter lembranças e emoções que me fazem sofrer durante a entrevista.

ESTOU CIENTE de que sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo sem penalidades e sem prejuízo aos atendimentos e tratamentos que recebo.

ESTOU CIENTE de que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas, se possível, deverão ser respondidas a meu contento depois de encerrada a entrevista.

NOME:

ASSINATURA:

Pesquisador: _____ .

Entrevistado: _____ .

Entrevista nº _____ Local: _____ Data: _____ / _____

ANEXO 3

ABORDAGEM INICIAL

Campinas, ____ de _____ de 2006.

Nome do entrevistado

Endereço

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

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

ABORDAGEM INICIAL:

Meu nome é Ronis Magdaleno Júnior. Sou médico psiquiatra, estudante de Mestrado na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e estou pesquisando as pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica, por causa de obesidade mórbida. O seu nome me foi indicado pelo Serviço de Gastrocirurgia do Hospital da Clínicas da UNICAMP. Estou lhe convidando para participar do meu estudo. Se for possível a sua cooperação, teremos de dois a três encontros para falarmos consigo e levantarmos os dados necessários ao estudo. Os encontros ocorrerão no local e horários agendados. Os dois primeiros serão possivelmente de uma hora a uma hora e meia cada um e o terceiro, se houver, mais rápido. Você gostaria de colaborar com este estudo?

Se “Sim”, continuo.

Para o nosso trabalho, é recomendável que gravemos nossas conversas, podemos contar com o seu consentimento?

Esclareço que a sua identidade será mantida em sigilo quando os dados forem apresentados em congressos ou publicados. Seus dados serão usados somente para esta pesquisa.

Apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, lemos conjuntamente e na concordância, coletamos assinatura e entregamos uma cópia do TCLE a participante.

ANEXO 4
FICHA DE CARACTERIZAÇÃO E ROTEIRO-DIÁRIO DE CAMPO

Entrevista Nº ____.

Local (Instituição): _____

Cidade e data: _____, ____ / ____ / _____

Início: _____ : _____ h. Término: _____ : _____ h. Duração em min: _____

Entrevistador: _____ Assinatura: _____

A) Dados de Identificação Pessoal do Entrevistado:

1) Nome Completo: _____

2) Endereço para contato: _____

3) Sexo: _____

4) Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ Idade: _____ anos.

5) Profissão: _____

6) Naturalidade: _____

7) Procedência / Há quanto tempo: _____

8) Estado civil / Situação conjugal atual / Há quanto tempo: _____

9) Com quem mora: _____

10) Atividades de lazer: _____

11) Religião (denominação) / Religiosidades (prática): _____

12) Outros dados afins: _____

B) Questões sobre as vivências emocionais do paciente submetido a cirurgia bariátrica:

13) Questão disparadora: Conte-me um pouco de sua história em relação à decisão de fazer a cirurgia.

14) O que de novo você tem percebido nos seus pensamentos e sentimentos desde a realização da cirurgia?

15) Você tem tido vontade de algo que anteriormente não tinha? Existe atualmente alguma coisa à qual você não tem conseguido evitar?

16) O que você acha que aconteceu com sua fome?

- 17) Tem tido algum sonho recorrente. Conte algum sonho que você se lembre destes últimos meses?
- 18) Como tem sido a sua relação com seus amigos, familiares e colegas de trabalho? Tem percebido algum tipo de sentimento ou emoção que não sentia anteriormente à cirurgia?
- 19) Você acha que o alimento tem sido substituído por alguma outra coisa ou alguma outra atividade na sua vida?
- 20) Qual a emoção predominante desde a cirurgia?
- 21) O que você acha que foi a coisa mais importante na sua vida desde a cirurgia.

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

- 22) Apresentação pessoal do informante, seu comportamento global, expressões corporais, gesticulações, mímica facial, expressões do olhar, estilo e alterações na fala (silêncios, fala embargada, lapsos de língua e outros atos falhos, colocações inibidas e desinibidas, alterações no timbre e volume da voz), risos, sorrisos, choros e manifestações afins:
- 23) Reações/manifestações contratransferenciais:

D) Dados clínicos do paciente, colhidos no prontuário médico e discutidos com a equipe responsável:

- 24) Tempo desde a cirurgia:
- 25) Há quanto tempo está neste serviço:
- 26) Tratamentos médicos recebidos e orientações gerais dadas no serviço:
- 27) Outros problemas de saúde antigos e atuais:
- 28) Outros dados eventualmente pertinentes:

ANEXO 5

Pareceres do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 21/12/06.
(Grupo III)

PARECER PROJETO: N° 534/2006 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0417.0.146.000-06

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “VIVÊNCIAS EMOCIONAIS DE PACIENTES APÓS UM ANO DE CIRURGIA BARIÁTRICA COMPREENDIDAS A PARTIR DE UM REFERENCIAL PSICANALÍTICO”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ronis Magdaleno Júnior

INSTITUIÇÃO: Depto. de Psicologia Médica e Psiquiatria - FCM - UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 11/09/2006

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 21/12/07 (O formulário encontra-se no site acima)

II - OBJETIVOS

Objetivo geral: conhecer as vivências emocionais dos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital de Clínicas/UNICAMP, após um ano de procedimento. Objetivos específicos: a) identificar o surgimento de novos afetos em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica; b) discutir como esses indivíduos têm lidado com sua nova condição física e psicológica, a partir do procedimento cirúrgico; c) propor estratégias para lidar com os indivíduos no pré e no pós-operatório, indicações e contra indicações para a cirurgia.

III - SUMÁRIO

Será utilizado o método clínico qualitativo, o qual busca interpretar os sentidos e os significados da natureza psicológica das experiências sofridas pelas pessoas, partindo de um referencial psicanalítico. Serão entrevistados os pacientes um ano após o procedimento cirúrgico, e o tamanho da amostra será definido pela técnica de saturação de dados. A técnica de coleta de dados será a entrevista semi dirigida de questões abertas. As entrevistas serão gravadas, anotadas no roteiro de campo e transcritas. Cuidados éticos serão tomados seguindo as normas preconizadas pela Declaração de Helsinki e pelas Resoluções 196/96 e 340/2004.

A técnica de tratamento dos dados será a Análise Qualitativa de Conteúdo: transcrição das entrevistas na íntegra, leituras flutuantes, interpretadas a partir de um referencial psicanalítico e sua categorização e subcategorização.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Projeto redigido de maneira adequada. Seus objetivos e justificativas estão claros. Métodos bem descritos e adequados. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido claro, sem uso de palavras técnicas e respeitando a liberdade de participação de participação e identidade dos sujeitos.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas - SP

FONE (019) 3788-8936
FAX (019) 3788-7187
cep@fcm.unicamp.br



V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na IX Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 26 de setembro de 2006.


Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP



LABORATÓRIO DE PESQUISA CLÍNICO-QUALITATIVA – LPCQ

- Programas de Iniciação Científica em Medicina e Enfermagem
- Pós-Graduação em Ciências Médicas - Área de Saúde Mental
- Pós-Graduação em Tocoginecologia
- Programas de Pós-Doutorado em Estudos Clínico-Qualitativos

Campinas, 22 de janeiro de 2008

Exma. Sra.
Profa.Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
Digna Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da
FCM/UNICAMP

ASSUNTO: alteração da amostra no Projeto de Pesquisa nº 534/2006.

Prezada Professora:

Vimos respeitosamente solicitar o consentimento deste comitê de ética para uma alteração na construção da amostra no Projeto de Pesquisa protocolado sob o nº 534/2006 e aprovado em 22/12/2006. A mudança refere-se ao *critério de inclusão* na pesquisa segundo o qual serão inseridos na amostra apenas sujeitos do sexo feminino (que foram submetidas à cirurgia bariátrica após um de pós-operatório) e não sujeitos de ambos os sexos, conforme constava do projeto inicial.

O novo *recorte do objeto* de estudo deve-se ao fato de que a amostra, primeiramente estabelecida, perderia certa especificidade, posto que o modo como homens e mulheres vivenciam a experiência da cirurgia é muito díspar, sobretudo considerando os sentidos que o corpo tem para cada um dos gêneros.

Em discussão do pesquisador com o orientador, bem como em reunião de revisão/validação com os pares em nosso Grupo de Pesquisa, ponderamos que tal modificação não alterará a idéia central da investigação, e ainda menos o enfoque metodológico do trabalho. O ganho teórico e operacional será um mais homogêneo perfil dos dados obtidos em campo e conseqüente maior especificidade para discussão dos resultados.

Deste modo, o título do projeto passa a ser “*Vivências emocionais de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica no HC Unicamp: um estudo clínico-qualitativo*”. Os devidos acertos técnico-metodológicos serão considerados no decorrer da investigação.

Contando com a apreciação favorável deste Comitê, agradecemos pelas providências pertinentes, renovando nossos sentimentos de grande estima.

Ronis Magdaleno Júnior
Mestrando da Área de Saúde Mental/ Pós-Graduação em Ciências Médicas/ FCM/
Unicamp

De acordo,

Prof. Egberto Ribeiro Turato
Orientador da Dissertação



CEP, 26/02/08.
(PARECER CEP: Nº 534/2006)

PARECER

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “VIVÊNCIAS EMOCIONAIS DE PACIENTES APÓS UM ANO DE CIRURGIA BARIÁTRICA COMPREENDIDAS A PARTIR DE UM REFERENCIAL PSICANALÍTICO”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ronis Magdaleno Júnior

II - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou a Emenda que altera os critérios de inclusão (apenas sujeitos do sexo feminino) e o título para “VIVÊNCIAS EMOCIONAIS DE MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA NO HC/UNICAMP: UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO”, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

Homologado na II Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 26 de fevereiro de 2008.

Profa. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

ANEXO 6

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DOS ARTIGOS PUBLICADOS NO CORPO DA TESE

Rightslink Printable License

Página 1 de 3

SPRINGER LICENSE TERMS AND CONDITIONS

Jul 08, 2009

.....

This is a License Agreement between University of Campinas ("You") and Springer ("Springer") provided by Copyright Clearance Center ("CCC"). The license consists of your order details, the terms and conditions provided by Springer, and the payment terms and conditions.

All payments must be made in full to CCC. For payment instructions, please see information listed at the bottom of this form.

License Number	2224360763962
License date	Jul 08, 2009
Licensed content publisher	Springer
Licensed content publication	Obesity Surgery
Licensed content title	Understanding the Life Experiences of Brazilian Women after Bariatric Surgery: a Qualitative Study
Licensed content author	Ronis Magdaleno
Licensed content date	Oct 2, 2008
Type of Use	Thesis/Dissertation
Portion	Full text
Number of copies	15
Author of this Springer article	Yes and you are the sole author of the new work
Order reference number	
Title of your thesis / dissertation	Vivências emocionais de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica no HC Unicamp: um estudo clínico-qualitativo
Expected completion date	Aug 2009
Estimated size(pages)	100
Total	0.00 USD

Terms and Conditions

Introduction

The publisher for this copyrighted material is Springer Science + Business Media. By clicking "accept" in connection with completing this licensing transaction, you agree that the following terms and conditions apply to this transaction (along with the Billing and Payment terms and conditions established by Copyright Clearance Center, Inc. ("CCC"), at the time that you opened your Rightslink account and that are available at any time at <http://myaccount.copyright.com>).

Limited License

With reference to your request to reprint in your thesis material on which Springer Science and Business Media control the copyright, permission is granted, free of charge, for the use indicated in your enquiry. Licenses are for one-time use only with a maximum distribution equal to the number that you identified in the licensing process.

<https://s100.copyright.com/App/PrintableLicenseFrame.jsp?publisherID=62&licenseID...> 8/7/2009

This License includes use in an electronic form, provided it is password protected or on the university's intranet, destined to microfilming by UMI and University repository. For any other electronic use, please contact Springer at (permissions.dordrecht@springer.com or permissions.heidelberg@springer.com)

The material can only be used for the purpose of defending your thesis, and with a maximum of 100 extra copies in paper.

Although Springer holds copyright to the material and is entitled to negotiate on rights, this license is only valid, provided permission is also obtained from the (co) author (address is given with the article/chapter) and provided it concerns original material which does not carry references to other sources (if material in question appears with credit to another source, authorization from that source is required as well). Permission free of charge on this occasion does not prejudice any rights we might have to charge for reproduction of our copyrighted material in the future.

Altering/Modifying Material: Not Permitted

However figures and illustrations may be altered minimally to serve your work. Any other abbreviations, additions, deletions and/or any other alterations shall be made only with prior written authorization of the author(s) and/or Springer Science + Business Media. (Please contact Springer at permissions.dordrecht@springer.com or permissions.heidelberg@springer.com)

Reservation of Rights

Springer Science + Business Media reserves all rights not specifically granted in the combination of (i) the license details provided by you and accepted in the course of this licensing transaction, (ii) these terms and conditions and (iii) CCC's Billing and Payment terms and conditions.

Copyright Notice:

Please include the following copyright citation referencing the publication in which the material was originally published. Where wording is within brackets, please include verbatim.

"With kind permission from Springer Science+Business Media: <book/journal title, chapter/article title, volume, year of publication, page, name(s) of author(s), figure number (s), and any original (first) copyright notice displayed with material>."

Warranties: Springer Science + Business Media makes no representations or warranties with respect to the licensed material.

Indemnity

You hereby indemnify and agree to hold harmless Springer Science + Business Media and CCC, and their respective officers, directors, employees and agents, from and against any and all claims arising out of your use of the licensed material other than as specifically authorized pursuant to this license.

No Transfer of License

This license is personal to you and may not be sublicensed, assigned, or transferred by you to any other person without Springer Science + Business Media's written permission.

No Amendment Except in Writing

This license may not be amended except in a writing signed by both parties (or, in the case of Springer Science + Business Media, by CCC on Springer Science + Business Media's

<https://s100.copyright.com/App/PrintableLicenseFrame.jsp?publisherID=62&licenseID...> 8/7/2009

behalf).

Objection to Contrary Terms

Springer Science + Business Media hereby objects to any terms contained in any purchase order, acknowledgment, check endorsement or other writing prepared by you, which terms are inconsistent with these terms and conditions or CCC's Billing and Payment terms and conditions. These terms and conditions, together with CCC's Billing and Payment terms and conditions (which are incorporated herein), comprise the entire agreement between you and Springer Science + Business Media (and CCC) concerning this licensing transaction. In the event of any conflict between your obligations established by these terms and conditions and those established by CCC's Billing and Payment terms and conditions, these terms and conditions shall control.

Jurisdiction

All disputes that may arise in connection with this present License, or the breach thereof, shall be settled exclusively by the country's law in which the work was originally published.

v1.2

Gratis licenses (referencing \$0 in the Total field) are free. Please retain this printable license for your reference. No payment is required.

If you would like to pay for this license now, please remit this license along with your payment made payable to "COPYRIGHT CLEARANCE CENTER" otherwise you will be invoiced within 30 days of the license date. Payment should be in the form of a check or money order referencing your account number and this license number 2224360763962.

If you would prefer to pay for this license by credit card, please go to <http://www.copyright.com/creditcard> to download our credit card payment authorization form.

Make Payment To:
Copyright Clearance Center
Dept 001
P.O. Box 843006
Boston, MA 02284-3006

If you find copyrighted material related to this license will not be used and wish to cancel, please contact us referencing this license number 2224360763962 and noting the reason for cancellation.

Questions? customercare@copyright.com or +1-877-622-5543 (toll free in the US) or +1-978-646-2777.

**SPRINGER LICENSE
TERMS AND CONDITIONS**

Jul 08, 2009

This is a License Agreement between University of Campinas ("You") and Springer ("Springer") provided by Copyright Clearance Center ("CCC"). The license consists of your order details, the terms and conditions provided by Springer, and the payment terms and conditions.

All payments must be made in full to CCC. For payment instructions, please see information listed at the bottom of this form.

License Number	2224340599524
License date	Jul 08, 2009
Licensed content publisher	Springer
Licensed content publication	Obesity Surgery
Licensed content title	The Psychology of Bariatric Patient: What Replaces Obesity? A Qualitative Research with Brazilian Women
Licensed content author	Ronis Magdaleno
Licensed content date	Mar 21, 2009
Type of Use	Thesis/Dissertation
Portion	Full text
Number of copies	10
Author of this Springer article	Yes and you are the sole author of the new work
Order reference number	
Title of your thesis / dissertation	Vivências emocionais de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica no HC Unicamp: um estudo clínico-qualitativo
Expected completion date	Aug 2009
Estimated size(pages)	100
Total	0.00 USD
Terms and Conditions	

Introduction

The publisher for this copyrighted material is Springer Science + Business Media. By clicking "accept" in connection with completing this licensing transaction, you agree that the following terms and conditions apply to this transaction (along with the Billing and Payment terms and conditions established by Copyright Clearance Center, Inc. ("CCC"), at the time that you opened your Rightslink account and that are available at any time at <http://myaccount.copyright.com>).

Limited License

With reference to your request to reprint in your thesis material on which Springer Science and Business Media control the copyright, permission is granted, free of charge, for the use indicated in your enquiry. Licenses are for one-time use only with a maximum distribution equal to the number that you identified in the licensing process.

<https://s100.copyright.com/App/PrintableLicenseFrame.jsp?publisherID=62&licenseID...> 8/7/2009

This License includes use in an electronic form, provided it is password protected or on the university's intranet, destined to microfilming by UMI and University repository. For any other electronic use, please contact Springer at (permissions.dordrecht@springer.com or permissions.heidelberg@springer.com)

The material can only be used for the purpose of defending your thesis, and with a maximum of 100 extra copies in paper.

Although Springer holds copyright to the material and is entitled to negotiate on rights, this license is only valid, provided permission is also obtained from the (co) author (address is given with the article/chapter) and provided it concerns original material which does not carry references to other sources (if material in question appears with credit to another source, authorization from that source is required as well). Permission free of charge on this occasion does not prejudice any rights we might have to charge for reproduction of our copyrighted material in the future.

Altering/Modifying Material: Not Permitted

However figures and illustrations may be altered minimally to serve your work. Any other abbreviations, additions, deletions and/or any other alterations shall be made only with prior written authorization of the author(s) and/or Springer Science + Business Media. (Please contact Springer at permissions.dordrecht@springer.com or permissions.heidelberg@springer.com)

Reservation of Rights

Springer Science + Business Media reserves all rights not specifically granted in the combination of (i) the license details provided by you and accepted in the course of this licensing transaction, (ii) these terms and conditions and (iii) CCC's Billing and Payment terms and conditions.

Copyright Notice:

Please include the following copyright citation referencing the publication in which the material was originally published. Where wording is within brackets, please include verbatim.

"With kind permission from Springer Science+Business Media: <book/journal title, chapter/article title, volume, year of publication, page, name(s) of author(s), figure number (s), and any original (first) copyright notice displayed with material>."

Warranties: Springer Science + Business Media makes no representations or warranties with respect to the licensed material.

Indemnity

You hereby indemnify and agree to hold harmless Springer Science + Business Media and CCC, and their respective officers, directors, employees and agents, from and against any and all claims arising out of your use of the licensed material other than as specifically authorized pursuant to this license.

No Transfer of License

This license is personal to you and may not be sublicensed, assigned, or transferred by you to any other person without Springer Science + Business Media's written permission.

No Amendment Except in Writing

This license may not be amended except in a writing signed by both parties (or, in the case of Springer Science + Business Media, by CCC on Springer Science + Business Media's

<https://s100.copyright.com/App/PrintableLicenseFrame.jsp?publisherID=62&licenseID=...> 8/7/2009

behalf).

Objection to Contrary Terms

Springer Science + Business Media hereby objects to any terms contained in any purchase order, acknowledgment, check endorsement or other writing prepared by you, which terms are inconsistent with these terms and conditions or CCC's Billing and Payment terms and conditions. These terms and conditions, together with CCC's Billing and Payment terms and conditions (which are incorporated herein), comprise the entire agreement between you and Springer Science + Business Media (and CCC) concerning this licensing transaction. In the event of any conflict between your obligations established by these terms and conditions and those established by CCC's Billing and Payment terms and conditions, these terms and conditions shall control.

Jurisdiction

All disputes that may arise in connection with this present License, or the breach thereof, shall be settled exclusively by the country's law in which the work was originally published.

v1.2

Gratis licenses (referencing \$0 in the Total field) are free. Please retain this printable license for your reference. No payment is required.

If you would like to pay for this license now, please remit this license along with your payment made payable to "COPYRIGHT CLEARANCE CENTER" otherwise you will be invoiced within 30 days of the license date. Payment should be in the form of a check or money order referencing your account number and this license number 2224340599524.

If you would prefer to pay for this license by credit card, please go to <http://www.copyright.com/creditcard> to download our credit card payment authorization form.

Make Payment To:
Copyright Clearance Center
Dept 001
P.O. Box 843006
Boston, MA 02284-3006

If you find copyrighted material related to this license will not be used and wish to cancel, please contact us referencing this license number 2224340599524 and noting the reason for cancellation.

Questions? customerare@copyright.com or +1-877-622-5543 (toll free in the US) or +1-978-646-2777.

<https://s100.copyright.com/App/PrintableLicenseFrame.jsp?publisherID=62&licenseID...> 8/7/2009

ANEXO 7
COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO.

Página 1 de 1



• artigo

De: Dr. Manoel T. Berlinck ✉

Para: ronism@uol.com.br ✉, chaim@hc.unicamp.br ✉, erturato@uol.com.br ✉

Assunto: artigo

Data: 06/07/2009 20:11

Prezados Autores,

Recebi o artigo sobre "Surgical treatment of obesity: some considerations on the transformations of the eating impulse" para ser publicado na *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* e agradeço a preferência.

Ele será encaminhado para um consultor externo emitir comentário e assim que tiver outra novidade entro em contato.

Cordialmente,

Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck

Editor Responsável

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental

Estou utilizando a versão gratuita de SPAMfighter para usuários privados.

Foi removido 5499 emails de spam até hoje.

Os usuários pagantes não têm esta mensagem nos seus emails.

Experimente SPAMfighter de graça agora!

⚠ A senha do assinante Uolmail é secreta. Nenhum funcionário do Uolmail está autorizado a solicitá-la. Trocar senha.

http://mail.uol.com.br/main/print_message?uid=MTk0NTA

12/7/2009