

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS**

Alesandra Freitas Angelo Toledo

Juiz de Fora

2023

Alesandra Freitas Angelo Toledo

**Aspectos atitudinais da imagem corporal de mulheres em processo pré e pós-cirurgia
bariátrica: uma investigação qualitativa**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em parceria com a Universidade Federal de Viçosa (UFV), como requisito à obtenção do título de Mestre em Educação Física. Área de concentração: Esporte e Exercício.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Clara Mockdece Neves

Juiz de Fora
2023

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Freitas Angelo Toledo, Alesandra.

Aspectos atitudinais da imagem corporal de mulheres em processo pré e pós-cirurgia bariátrica: : uma investigação qualitativa / Alesandra Freitas Angelo Toledo. -- 2023.

182 f.

Orientador: Clara Mockdece Neves

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal de Viçosa, Faculdade de Educação Física. Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 2023.

1. Obesidade. 2. Imagem Corporal. 3. Cirurgia Bariátrica. 4. Pesquisa Qualitativa. 5. Grupos Focais . I. Mockdece Neves, Clara , orient. II. Título.

Alessandra Freitas Angelo Toledo

Aspectos atitudinais da imagem corporal de mulheres em processo pré e pós-cirurgia bariátrica: uma investigação qualitativa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Educação Física. Área de concentração: Exercício e esporte.

Aprovada em 02 de março de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Clara Mockdece Neves - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª. Drª. Fabiane Frota da Rocha Morgado
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Profª. Drª. Maria Elisa Caputo Ferreira
Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 02/02/2023.



Documento assinado eletronicamente por **Fabiane Frota da Rocha Morgado**, Usuário Externo, em 07/03/2023, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Clara Mockdece Neves**, Professor(a), em 07/03/2023, às 09:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Elisa Caputo Ferreira**, Professor(a), em 07/03/2023, às 10:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Uffj (www2.uffj.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1136725** e o código CRC **CEDDF02A**.

Dedico este trabalho ao meu pai, presença constante, exemplo de força, determinação e sensibilidade, meu eterno amor. Apesar de não estar presente fisicamente, se faz vivo nas lições de vida, na necessidade despertada de buscar a realização dos meus sonhos sendo a base segura de cada dia da minha vida. Você é o motivo da realização deste trabalho.

“Cada criatura humana traz duas almas consigo: uma que olha de dentro para fora, outra que olha de fora para dentro.”

Machado de Assis, *O espelho*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, que guia e ilumina a minha caminhada.

Aos meus pais, Iran (*in memoriam*) e Dionéia, bases seguras em minha vida, meus eternos amores.

Ao meu marido, Dr. Heglison Toledo, meu eterno professor e companheiro de vida. Você sempre me provoca a buscar novas versões de mim mesma no desenvolver da minha caminhada. Obrigada, pelo apoio e por compartilhar comigo este projeto!

Aos meus filhos, Hugo e Yuri, motivos de tantas alegrias e realizações. Fonte diária de energia, de “suporte técnico” e compreensão atribuída às ausências necessárias mediante a este processo.

Aos meus amigos, que se mantiveram presentes, mesmo diante de minha ausência física aos nossos “cafés terapêuticos”, dos momentos tão significativos de nossas risadas.

À minha cunhada Lílian Toledo, pelo tempo e dedicação à edição desta pesquisa. Sempre disponível e motivadora. Obrigada pelo suporte acadêmico e emocional, você fez e faz a diferença em minha vida.

A todos os meus pacientes, por compartilharem suas experiências, pela compreensão de trocas de horários, pelas ausências necessárias para dedicar-me a esta pesquisa. Vocês são os maiores incentivadores para a conclusão desta dissertação.

Aos profissionais que ao longo desses dezoito anos de trabalho com o público bariátrico estimularam e acolheram meu interesse de atuação e pesquisa. Em especial agradeço à Dr^a. Glauce, Dr. Ivan Rezende, Dr. Marcelo, Dr^a. Paula e Dr^a. Sabrine, os quais propiciaram e acreditaram no desenvolvimento deste trabalho.

À minha professora e orientadora, Clara, pela oportunidade de desenvolver comigo um trabalho tão enriquecedor como este. Você provocou um ressignificar em meu mundo acadêmico, o que gerou, em minha atuação profissional, atitudes mais seguras de intervenção. Eterna gratidão a você.

Aos colegas do LABESC, companheiros e suporte acadêmico desse processo: família LABESC. A contribuição, o acolhimento, a disponibilidade de cada um de vocês fizeram e fazem a diferença em meu trajeto acadêmico e pessoal.

À colega de profissão, de grupo de estudos e amiga Rafaela Russi que, com delicadeza, sabedoria acadêmica e de vida, acolheu e transformou minhas angústias nessa produção. Você é um anjo que Deus colocou no meu caminho.

À minha doutoranda, a revisora, a tradutora, a bonequinha linda dessa tia, Gabriella Kelmer, muito obrigada.

Aos professores, funcionários e colegas do Programa de Pós-Graduação em Educação Física, que tanto contribuíram para minha formação acadêmica.

À direção, coordenadores e colegas da UNIPAC-JF, pelo acolhimento e suporte acadêmico na concretização dessa etapa acadêmica.

Ao meu professor de inglês Lydsson, pelos constantes ensinamentos.

Agradeço, por fim, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por ter me concedido a bolsa de mestrado.

RESUMO

A obesidade é considerada uma doença crônica, que atinge proporções epidêmicas. Um dos tratamentos mais buscados para a obesidade é a cirurgia bariátrica. O estudo da imagem corporal é relevante para pessoas com obesidade em preparação para a cirurgia bariátrica, como também para pessoas que já realizaram a cirurgia, uma vez que a rápida alteração do peso corporal pode ser um fator determinante na construção de sentimentos, comportamentos, pensamentos e crenças relacionadas ao corpo. O objetivo desta pesquisa foi investigar qualitativamente os aspectos atitudinais da imagem corporal de mulheres em processo pré e pós-cirurgia bariátrica, através de grupos focais on-line. Participaram da pesquisa mulheres com idade entre 21 e 62 anos ($40,95 \pm 12,21$), residentes na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, diagnosticadas com obesidade e com indicação para cirurgia ou que já haviam passado pela intervenção cirúrgica. Foi realizado um estudo piloto para testar um roteiro específico, denominado de “Guia do Moderador”, para torná-lo mais coeso e consistente com os objetivos da pesquisa. Na investigação principal, as participantes foram alocadas em quatro grupos e cada grupo participou de uma reunião. Os grupos foram divididos por similaridade ao tempo de tratamento, a saber: Grupo 1) pacientes em processo preparatório para a cirurgia; Grupo 2) pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico até 12 meses de pós-operatório; Grupo 3) pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico entre 12 meses até 36 meses de intervenção; Grupo 4) pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico com mais de 36 meses de intervenção. Os encontros foram conduzidos seguindo o Guia do Moderador, que continha perguntas sobre os significados da obesidade e da cirurgia bariátrica, bem como sentimentos, comportamentos, pensamentos e crenças envolvidas no tratamento cirúrgico e a influência sociocultural percebida pelas mulheres em sua imagem corporal. Além disso, foram coletados dados sociodemográficos e socioeconômicos das participantes. As reuniões foram gravadas, transcritas e, posteriormente, analisadas por meio da análise de conteúdo de Bardin. Os grupos focais propiciaram espaço social para que as participantes estabelecessem momentos de discussões a respeito das atitudes relacionadas a imagem corporal. Como principais desfechos, foram desenvolvidas seis categorias de análise e interpretação a partir das falas das participantes, a saber: 1) Conceituação da obesidade pelas participantes; 2) Sentimentos em relação ao corpo; 3) Comportamentos e limitações em relação ao corpo; 4) Tipos de pensamentos em relação a obesidade; 5) Crenças relacionadas ao corpo; e 6) Influência Sociocultural sobre o corpo. Nesse sentido, investigar os aspectos atitudinais da imagem corporal de mulheres em processo pré e pós-cirurgia bariátrica, trouxe informações úteis para unir os profissionais envolvidos no tratamento e prevenção da obesidade, apoiar as pessoas que

vivem com a obesidade e também desenvolver políticas públicas com o objetivo final de reverter a crise global de obesidade.

Palavras-chave: Obesidade; imagem corporal; cirurgia bariátrica; pesquisa qualitativa; grupos focais.

ABSTRACT

Obesity is considered a chronic disease of global scope with epidemic proportions. In recent years, one of the most sought-after treatments for obesity is the bariatric surgery. The study of body image is relevant for both people with obesity in preparation for bariatric surgery and people who have already undergone surgery since the rapid change in body weight can be a determining factor in the construction of their feelings, behaviors, body-related thoughts, and beliefs. The objective of this research was to investigate qualitatively the attitudinal aspects of the body image of women in the process before and after bariatric surgery through online focus groups. The participants were women aged between 21 to 62 years (40.95 ± 12.21), residing in Juiz de Fora, Minas Gerais, diagnosed with obesity, and with an indication for surgery or who had already undergone surgical intervention. A pilot study was carried out to test a specific script named “the moderator’s guide”, to make it more cohesive and consistent with the research objectives. In the main investigation, the participants were arranged into four groups and each group attended in a meeting. The groups were divided by similarity regarding their time of treatment, considering the time of the interview, namely: Group 1) patients in the process preparing for surgery; Group 2) patients who underwent surgery within 12 months; Group 3) patients who underwent surgery between 12 months and 36 months; Group 4) patients who had surgery more than 36 months ago. The meetings were conducted following the moderator’s guide, which contained questions about the meanings of obesity and bariatric surgery as well as feelings, behaviors, thoughts and beliefs involved in surgical treatment, and the sociocultural influence perceived by women on their body image. Moreover, sociodemographic and socioeconomic data of the participants were collected. The meetings were recorded, transcribed, and analyzed using Bardin’s Content Analysis. The focus groups provided a social space for the participants to establish moments of discussion about attitudes related to body image. As main outcomes, six categories of analysis and interpretation were developed, based on the participant’s speech namely: 1) Conceptualization of obesity by the participants; 2) Feelings about the body; 3) Behaviors and limitations related to the body; 4) Types of thoughts regarding obesity; 5) Beliefs related to the body; and 6) Sociocultural influence on the body. Therefore, investigating the attitudinal aspects of the body image of women in the preparation of bariatric surgery or who have already undergone the surgery brought useful information to unite professionals involved in the treatment and prevention of obesity, support people who live with the disease, and develop public policy with the ultimate goal of reversing the global obesity crisis.

Keywords: Obesity; body image; bariatric surgery; qualitative research; focus groups.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fórmula do cálculo do IMC.....	24
Figura 2 – Esquema do modelo conceitual da imagem corporal.....	51
Figura 3 – Esquema do Modelo de Influência Tripartite da imagem corporal.....	56
Figura 4 – Esquema do Modelo de Influência Quadripartite da imagem corporal.....	57
Figura 5 – Esquema do modelo de Imagem Corporal do Bariátrico.....	63
Figura 6 – Arte de divulgação da pesquisa nas redes sociais.....	71
Figura 7 – Nuvem de palavras atribuídas pelo G1 para o significado da obesidade.....	88
Figura 8 – Nuvem de palavras atribuídas pelo G2 para o significado de obesidade.....	88
Figura 9 – Nuvem de palavras atribuídas pelo G3 para o significado da obesidade.....	89
Figura 10 – Nuvem de palavras atribuídas pelo G4 para o significado da obesidade....	89
Figura 11 – Categoria 1 – Conceituação da obesidade pelas participantes.....	90
Figura 12 – Categoria 2 – Tipos de pensamentos em relação a obesidade.....	98
Figura 13 – Categoria 3 – Sentimentos em relação ao corpo.....	104
Figura 14 – Categoria 4 – Comportamentos em relação ao corpo.....	116
Figura 15 – Categoria 5 – Crenças relacionadas ao corpo.....	121
Figura 16 – Categoria 6 – Influência Sociocultural sobre o corpo.....	128

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificações do IMC, risco de comorbidades e indicação para a cirurgia bariátrica.....	25
Quadro 2 – Efeitos da cirurgia bariátrica sobre as comorbidades relacionadas com a obesidade.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das mulheres participantes do grupo piloto	77
Tabela 2 - Caracterização amostral das participantes do estudo em relação as suas variáveis numéricas (média \pm desvio padrão) e frequência absoluta e relativa das variáveis categóricas (n e %)	84
Tabela 3 - Identificação de cada participante em relação ao seu grupo e códigos de identificação das participantes	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica
ANS	Agência Nacional de Saúde
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
COB	Comissão de Obesidade no Brasil
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
DM-2	Diabetes Mellitus tipo 2
DCNTs	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição
EP	Excesso de peso
G	Grupo
GP	Grupo Piloto
HG	Hiperglicemia
HDL-c	Colesterol de lipoproteínas de alta densidade
IG	Intolerância à glicose
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFSO	<i>International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
Kg	Quilograma
LABESC	Laboratório de Estudos do Corpo
M	Metro
OMS	Organização Mundial de Saúde
P	Participante
RCQ	Relação cintura-quadril
SBCB	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica
SBCBM	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Transtornos Alimentares

TH	Transtornos de Humor
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFV	Universidade Federal de Viçosa
USP	Universidade de São Paulo
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito telefônico
WHO	<i>World Health Organization</i>
WOF	<i>World Obesity Federation</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1 A OBESIDADE	22
3.1.1 <i>Tipos de tratamentos para a obesidade</i>	28
3.2 A CIRURGIA BARIÁTRICA	29
3.2.1 <i>As etapas que compreendem a cirurgia</i>	35
3.2.1.1 O programa pré-operatório para cirurgia bariátrica	35
3.2.1.2 O pós-operatório imediato até 12 meses de cirurgia bariátrica	38
3.2.1.3 O seguimento pós-operatório de 12 a 36 meses de cirurgia bariátrica.....	41
3.2.1.4 O seguimento prolongado de mais de 36 meses de cirurgia bariátrica – manutenção do tratamento.....	43
3.2.2 <i>Aspectos psicológicos e psiquiátricos da cirurgia bariátrica</i>	45
3.3 IMAGEM CORPORAL	49
3.3.1 <i>Perspectiva Sociocultural da imagem corporal</i>	52
3.3.2 <i>Imagem corporal e o sexo feminino</i>	57
3.3.3 <i>Imagem corporal no contexto da obesidade e da cirurgia bariátrica</i>	59
4 MÉTODOS	65
4.1 ASPECTOS ÉTICOS	65
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	65
4.3 GRUPOS FOCAIS	65
4.3.1 <i>Caracterização e conceituação dos grupos focais</i>	66
4.3.2 <i>Grupos focais on-line</i>	67
4.3.3 <i>Membros do grupo focal e suas funções</i>	68
4.4 PARTICIPANTES	70
4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	72
4.5.1 <i>Questionário sociodemográfico</i>	72
4.5.2 <i>Questionário para acessar o nível socioeconômico</i>	72
4.5.3 <i>Guia do moderador</i>	72
4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	73
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	74
5 ESTUDO PILOTO	76
5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO: A PREPARAÇÃO PARA O ESTUDO PILOTO	76
5.2 MÉTODOS – A APLICAÇÃO DO ESTUDO PILOTO	76
5.3 RESULTADOS – OS DESDOBRAMENTOS DO ESTUDO PILOTO	77
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	83
6.1 CARACTERIZAÇÃO AMOSTRAL	83
6.2 CATEGORIZAÇÃO	87
6.2.1 <i>Nuvem de palavras – Significados da obesidade para os grupos</i>	87
6.2.2 <i>Categoria 1 – Conceituação da obesidade pelas participantes</i>	90
6.2.3 <i>Categoria 2 – Sentimentos em relação ao corpo</i>	98
6.2.4 <i>Categoria 3 – Comportamentos e limitações relacionadas ao corpo</i>	104
6.2.5 <i>Categoria 4 – Pensamentos em relação à obesidade</i>	115
6.2.6 <i>Categoria 5 – Crenças relacionadas ao corpo</i>	120
6.2.7 <i>Categoria 6 – Influência Sociocultural sobre o corpo</i>	128

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	138
8 CONCLUSÃO.....	140
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	141
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GRUPOS	160
APÊNDICE B – DECLARAÇÃO 1.....	162
APÊNDICE C – DECLARAÇÃO 2.....	163
APÊNDICE D – DECLARAÇÃO 3.....	164
APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	165
APÊNDICE F – GUIA DO MODERADOR GRUPO PILOTO	166
APÊNDICE G - GUIA DO MODERADOR GRUPO FOCAL.....	168
ANEXO 1 – COMITÊ DE ÉTICA.....	170
ANEXO 2 – CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL	171
ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	172

APRESENTAÇÃO

A busca pela compreensão da imagem corporal é antiga, e as últimas décadas aguçaram essa necessidade de compreender as construções e desconstruções corporais do corpo obeso. Minhas inquietações têm uma motivação pessoal, uma vez que tenho registros da doença obesidade desde a infância. Minha imagem corporal foi passando por influências significativas devido às intervenções dos meus pais, de colegas, da mídia impressa na época e de pessoas significantes. Ao analisar hoje a qualidade dos meus pensamentos, sentimentos e a crença vigente sobre a obesidade da época, é clara e latente a insatisfação corporal com que eu vivia. Comportamentos diversos foram recorrentes em meu desenvolvimento para não aumentar as proporções e contornos do meu corpo.

Quando cheguei à faculdade de psicologia, sempre manifestei um interesse em áreas que abordassem os comportamentos ligados à obesidade. Assim, na busca de analisar o escopo teórico-conceitual e com um olhar as possíveis multicausalidades, dediquei inúmeras sessões de análise a minha obesidade. E apesar de inúmeras tentativas de lidar com o sobrepeso, após duas gestações acompanhadas de quadros consecutivos de pré-eclâmpsia, a obesidade mórbida se instalou em meu corpo. A pressão para a obtenção do emagrecimento foi ainda maior, tendo em vista o perigo eminente de morrer ou perder meus filhos. Um misto de ansiedade, medo e estresse representaram meu psiquismo na época, o que tomou forma na mudança dos famosos “dois dígitos” na balança para “três dígitos”. Os comentários de algumas pessoas muito importantes para mim me encorajaram, no ano de 2004, a buscar o tratamento cirúrgico, após alguns anos de tentativas e resultados insatisfatórios de emagrecimento.

No dia 06 de julho de 2022, fiz 18 anos de intervenção cirúrgica e, por conseguinte, 18 anos de tratamento acompanhado por profissionais especializados. É comum e necessário que pacientes bariátricos recebam atendimento bariátrico. Por já ter na época da minha cirurgia o processo instalado de avaliação psicológica, não tive dificuldades maiores em assimilar as mudanças necessárias ao desenvolvimento do tratamento. Com exatos três meses de cirurgia, fui procurada para fazer a avaliação psicológica de uma paciente. Muitos receios, incertezas e dúvidas surgiram antes de assumir essa responsabilidade, mas eu conhecia profundamente o procedimento e sabia das demandas psíquicas que ele desencadeava, de modo que aceitei o desafio. A busca pelo aprimoramento na atuação da cirurgia bariátrica foi muito solitária, mas constante.

Percebendo essa inquietação acadêmica, meu eterno professor e marido, Dr. Heglison Toledo, apresentou-me o Laboratório de Estudos do Corpo (LABESC). O grupo tem como uma

das gestoras a brilhante pesquisadora Dra. Maria Elisa Caputo Ferreira, a qual já desenvolvia pesquisas nessa área. Provocada metodologicamente a desenvolver minhas capacidades intelectuais e emocionais, formalizei em 2019, minhas intenções de pesquisas com a também representante do mesmo laboratório, Dra. Clara Neves, hoje minha orientadora. Grande incentivadora da pesquisa em imagem corporal, conversamos sobre a minha prática clínica, que necessitava ser aprimorada através do embasamento de pesquisas científicas. Assim sendo, acordamos nesse processo de mestrado a pesquisa sobre os aspectos atitudinais da imagem corporal de mulheres em processo pré e pós-cirurgia bariátrica: uma investigação qualitativa.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada uma doença crônica, de abrangência global, que atinge proporções epidêmicas (IFSO; WHO, 2021). Sua etiologia é complexa, envolvendo causas múltiplas, tais como predisposição genética e fatores ambientais, socioeconômicos, psicossociais e culturais. Com índices de cerca de 18,9% de acometimento em adultos (BRASIL, 2019), a obesidade pode desencadear diversas questões relacionadas à saúde do indivíduo obeso, dentre as quais estão problemas vinculados à imagem corporal, baixa autoestima, dificuldade no relacionamento social, dificuldade nos relacionamentos afetivos e na realização de atividades diárias. Além disso, a doença também pode ocasionar alterações ligadas a fatores psicológicos. Por isso, o tema desperta interesse e investigações sistemáticas sobre aspectos psicológicos, psicossociais e psiquiátricos, demandando a articulação de várias áreas do conhecimento (MARESE; TANAKA; LINARTEVICH, 2019; MULLER; SILVA; VARGAS, 2019; SEGAL; CARDEAL; CORDÁS, 2002; THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2019).

Nos últimos anos, um dos tratamentos para a obesidade que mais tem sido buscado é a intervenção cirúrgica, conhecida como cirurgia bariátrica (PEREIRA *et al.*, 2019). A cirurgia tem atraído muitos pacientes, uma vez que os resultados no emagrecimento se tornam evidentes de maneira rápida (O'BRIEN *et al.*, 2019). No entanto, a realização da cirurgia requer diversos procedimentos, tanto de ordem clínica quanto de ordem psicológica. Assim, diferentes elementos são abordados na condução do paciente para a intervenção cirúrgica. Isso, por sua vez, requer alguns cuidados, pois tal condução afeta as percepções e atitudes dos pacientes obesos (MOLINER; RABUSKE, 2008).

No que tange à parte psicológica, ressalta-se a importância para realização da cirurgia bariátrica da avaliação psicológica do candidato à cirurgia, bem como de investigar os aspectos emocionais, psiquiátricos e cognitivos que podem influenciar no resultado da cirurgia. Como também, o acompanhamento pós-intervenção cirúrgica, com o objetivo de estimular o paciente a ser ativo e consciente na busca por melhores resultados em seu tratamento. A cirurgia bariátrica pode gerar representações mentais significantes ao impacto psicológico potencial para refletir positivamente sobre baixa autoestima, ansiedade, depressão, percepção negativa do sujeito e distúrbios da imagem corporal (FLORES, 2014; SANTOS *et al.*, 2012; SARWER, *et al.* 2019).

A imagem corporal se desenvolve no contexto de uma consciência das normas sociais sobre os tipos de corpos que são considerados atraentes e desejáveis (BAIR *et al.*, 2014). E tem

por definição, a representação mental das experiências tanto positivas quanto negativas, as quais são manifestadas por elementos cognitivos, comportamentais e afetivos do sujeito. Assim, nesse construto, faz-se presente a representação mental que o indivíduo tem com relação às medidas, os contornos e a forma do próprio corpo, acoplada às respostas emocionais associadas (CASH; SMOLAK, 2011). Estudos em imagem corporal vêm sendo realizados sob diferentes perspectivas, tais como a cognitiva, a cognitiva-comportamental, a psicodinâmica, a sociocultural, a feminista, entre outras. Cada uma delas conceitua a imagem corporal de maneira específica, de acordo com os seus próprios preceitos, estabelecendo, por conseguinte, também uma forma específica de investigação (NEVES *et al.*, 2017).

A presente pesquisa se desenvolveu sob a Perspectiva Sociocultural, modelo este apoiado por décadas de pesquisas (ALLEVA *et al.* 2015; MILLS, MINISTER, SAMSON, 2022; TIGGEMANN, 2011), e que continua a oferecer uma estrutura útil nos estudos feitas na área da imagem corporal. Assim, a escolha foi norteadada pelo fato de que a imagem corporal dos sujeitos é construída por meio da interação de aspectos sociais e, especificamente no caso do indivíduo bariátrico, esse aspecto se torna ainda mais relevante, como veremos ao longo do texto.

Dentro da Perspectiva Sociocultural, no que tange à imagem corporal, o corpo é ator e autor da cultura, enquanto produto e produtor do meio em que está inserido (AMARAL; CARVALHO; FERREIRA, 2014). Partindo dessa concepção, este trabalho investigou os aspectos atitudinais da imagem corporal de mulheres em processo pré e pós-cirurgia bariátrica. A primeira, refere-se à percepção da pessoa sobre o seu próprio corpo (acurácia); a segunda está relacionada às atitudes que o indivíduo tem em relação ao próprio corpo, decorrentes da satisfação ou insatisfação corporal (AMARAL; CARVALHO; FERREIRA, 2014).

O estudo da imagem corporal é relevante nos casos de pacientes submetidos à cirurgia para o tratamento da obesidade, uma vez que, a rápida alteração do peso corporal pode ser um fator determinante de como o sujeito lida com o próprio corpo. Assim, o processo de tratamento cirúrgico para obesidade pode ter benefícios positivos, especialmente em relação à melhoria do bem-estar e da qualidade de vida dos pacientes. Por isso, esse processo deve ser observado com atenção, levando em consideração os ajustes na imagem corporal dos pacientes que passam por um processo de transição (GILMARTIN *et al.*, 2016).

Há relatos de que a satisfação e a insatisfação corporal oscilam entre as diferentes fases do tratamento cirúrgico para a obesidade (MARCHESINI; NUNES, 2019). Ao visualizar o próprio corpo, é possível que ocorra inabilidade por parte do sujeito de atualizar a imagem conforme as mudanças. Por isso, é importante ressaltar que, nos tratamentos para a obesidade,

em específico no caso da cirurgia bariátrica, a adesão do paciente é imprescindível para se obterem resultados satisfatórios. As mudanças de comportamento e de estilo de vida podem desencadear que o indivíduo tenha novas relações com o seu corpo, caracterizando, por conseguinte, novos pensamentos e crenças. Assim, devido à complexidade dos fatores envolvidos no processo cirúrgico, o acompanhamento deve acontecer de forma multidisciplinar e em todas as etapas, ou seja, pré-operatório e pós-operatório da cirurgia bariátrica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2020).

Neste sentido, a investigação das atitudes relacionadas à imagem corporal de indivíduos no pré e pós-tratamento cirúrgico da obesidade visou trazer contribuições relevantes à compreensão pela decisão pelo tratamento cirúrgico como, por conseguinte, seus impactos, uma vez que a cirurgia bariátrica apresenta riscos tanto no âmbito da saúde física quanto da psicológica do sujeito (ARATANGY; BUONFIGLIO, 2020; ELDAR *et al.*, 2011; FANDIÑO, 2004; O'BRIEN *et al.*, 2019). Acredita-se que proporcionar momentos de discussão a respeito do tratamento pré e pós-cirúrgico, por meio de uma investigação qualitativa com grupos focais, pode beneficiar os participantes com relação ao constituir do corpo e às crenças corporais. Nesse sentido, investigar as atitudes da imagem corporal das participantes da pesquisa poderá revelar informações úteis para se estabelecerem métodos e formas de intervenção psicológica para os pacientes de maneira segura (BARROS, 2015; FONSECA, 2017; SCHERER, *et al.* 2017).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar qualitativamente os aspectos atitudinais da imagem corporal de mulheres em processo pré e pós-cirurgia bariátrica, através de grupos focais on-line.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender a conceituação atribuída à obesidade pelas mulheres participantes da investigação.
- Identificar sentimentos, comportamentos, pensamentos e crenças relacionados ao corpo de mulheres em tratamento cirúrgico da obesidade;
- Observar como se dá a influência sociocultural sobre a construção da imagem corporal de mulheres em tratamento cirúrgico da obesidade.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão abordados os principais tópicos relacionados ao objeto de estudo deste trabalho, a saber: a obesidade, a cirurgia bariátrica, a imagem corporal e a imagem corporal no contexto da obesidade e da cirurgia bariátrica. Além disso, serão abordados os principais desdobramentos desses temas, sendo eles: os tipos de tratamentos para obesidade; as etapas que compreendem a cirurgia (1 – o programa pré-operatório para cirurgia; 2 – o pós-operatório imediato de até 12 meses de cirurgia; 3 – o pós-operatório de 12 a 36 meses de cirurgia; e 4 – o seguimento prolongado de mais de 36 meses de cirurgia/manutenção do tratamento); e os aspectos psicológicos e psiquiátricos da cirurgia bariátrica. Ademais, ainda consideramos necessário abordar a Perspectiva Sociocultural da imagem corporal e as especificidades da imagem corporal e do sexo feminino.

3.1 A OBESIDADE

A obesidade é descrita desde as sociedades pré-históricas, por meio de representações artísticas de 25.000 anos a.C. Os achados arqueológicos da literatura e da arte já referenciavam e enalteciam os corpos volumosos como símbolo de poder, elevação social e riqueza. O desenvolvimento do pensamento sobre a obesidade está intimamente ligado ao contexto social, sendo marcado por significações culturais (SEIXAS, 2009).

A obesidade é uma doença crônica, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal, o qual pode comprometer a saúde do sujeito (REIS; PRADO; PITITTO, 2019; OMS, 2022). Projeções para 2030 indicam que 29,7% da população brasileira poderá estar com obesidade, de acordo com dados da *World Obesity Federation* (WOF, 2022). Diante desse cenário, a obesidade se tornou um grave problema de saúde pública por ser um fator desencadeante ou agravante de outras doenças, configurando-se como uma das suas principais causas de mortalidade (JIMÉNEZ, 2013).

De acordo com Monteagudo e Triches (2019), estudos epidemiológicos indicam que a presença da obesidade na idade adulta gera uma redução na expectativa de vida tanto em homens quanto em mulheres. A obesidade representa uma das principais causas de morte no mundo, matando duas vezes mais que a subnutrição. Dentre as doenças passíveis de prevenção, ocupa o segundo lugar, ficando atrás apenas do tabagismo (MIRANDA *et al.*, 2019; TAVARES *et al.*, 2010). Aproximadamente 2,8 milhões de pessoas morrem a cada ano devido a quadros de complicações associadas à obesidade (TIRTHANI *et al.*, 2022). Com o avançar dos anos,

principalmente a partir dos 40 anos, a expectativa de vida em pessoas com obesidade pode chegar a diminuir em até 7 anos. No entanto, o risco de morte associado ao Índice de Massa Corporal (IMC) tende a decrescer com o passar dos anos, ainda que significativo na faixa dos 75 anos ou mais. Dado o exposto, podemos apontar que obesos que se dispõem a perder peso alongam a vida e minimizam os riscos de comorbidades associadas (MANCINI; ABDO; SOARES, 2015).

Pesquisas apontam (ALANIZ *et al.*, 2006; WOF, 2022), a obesidade como uma doença heterogênea, caracterizada por múltiplos fatores de risco e que afeta de maneira diferente cada indivíduo, apresentando, por conseguinte, manifestações clínicas variáveis. O desenvolvimento da obesidade pode ser assintomático e lento, intercalando períodos de remissão e de exacerbação. Todavia, é importante ressaltar que as lesões celulares podem ser irreversíveis, gerando diferentes níveis de incapacidade e até mesmo a morte. Assim, é relevante desenvolver uma conscientização acerca da doença, para que ações mais assertivas possam assessorar e gerenciar o cuidado voltado à saúde da população com obesidade.

Segundo dados da VIGITEL (BRASIL, 2019), a prevalência da obesidade na população brasileira acima de 18 anos aumentou 72% nos últimos treze anos. A taxa de obesos em 2006 era de 11,8% e, em 2019, passou para 20,3%, totalizando uma população de 55,4% de adultos com excesso de peso (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS, 2020). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020) complementa que cerca de 96 milhões de pessoas apresentaram $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$.

Nesse sentido, é relevante apontar pesquisas (POULAIN, 2013; SILVA *et al.*, 2021) que tem significativa importância na definição, como também na compreensão do desenvolvimento da obesidade. Dentre alguns aspectos que podem influenciar tal desenvolvimento, destacam-se fatores etários, genéticos, ambientais, psicológicos, aumento da inatividade física, sociais, culturais e socioeconômicos. Assim, ao abordar a etiologia da obesidade, é importante investigar essas causas em conjunto, não podendo, por conseguinte, ser explicada por uma única visão.

Outro fator relevante na compreensão da obesidade é a idade, a qual tem um fator de prevalência para o aumento de peso em ambos os sexos (IBGE, 2020). Entre as faixas etárias, a obesidade chega a ultrapassar 50% nas pessoas entre 25 a 39 anos, sendo a prevalência um pouco mais elevada entre os homens (58,3%) do que entre as mulheres (57,0%). Com o passar dos anos, há um declínio dessa prevalência entre idosos acima de 60 anos ou mais. Nessa faixa etária, há uma inversão e o excesso de peso se torna mais prevalente entre as mulheres (IBGE, 2020).

Assim sendo, o estudo de pessoas com obesidade perpassa pela compreensão e análise das vivências sociais desse indivíduo, as quais devem ser exploradas mediante a subjetividade de possíveis impactos na constituição da obesidade. Mancini e Melo (2015) apontam que, de acordo com a carga genética recebida pelo sujeito, ele se torna mais suscetível a desenvolver doenças metabólicas. Logo, por maiores que sejam os esforços do indivíduo para evitar o desenvolvimento de doenças metabólicas como por exemplo a obesidade, o fator genético é significativo no desenvolvimento de algumas doenças.

Quanto ao diagnóstico da obesidade em adultos, Vivolo e Sarno (2015) apontam os seguintes critérios como forma de avaliação: medidas antropométricas, densitometria de composição corporal, impedância bioelétrica, ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultrassonografia, IMC, entre outros. Ainda de acordo com os autores, cada método apresenta suas vantagens e limitações, já que algumas técnicas são mais onerosas e requerem equipamentos complexos e treinamento para avaliação. Neste trabalho, adota-se a definição da obesidade pelo IMC, sendo este um cálculo de mensuração que tem validade científica e determina a composição corporal total do indivíduo. Daniels *et al.* (2020) salientam que essa ferramenta é reconhecida como padrão internacional para avaliar o grau de sobrepeso e obesidade. O IMC também é adotado pela OMS e, assim, seguiremos suas diretrizes. Por isso, não nos aprofundaremos em outras ferramentas de mensuração do grau de obesidade¹.

O IMC é calculado através da divisão do peso corporal (em quilogramas - Kg) pela altura (em metros - M) ao quadrado (kg/m^2) (CONITEC, 2020), conforme fórmula a seguir:

Figura 1 – Fórmula do cálculo do IMC

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso}}{\text{altura} \times \text{altura}} = (\text{kg/m}^2)$$

Fonte: elaborado pela autora (2023), com base nas diretrizes da OMS (2015).

Embora o IMC não forneça uma visão precisa da composição corporal que afeta os riscos de saúde do excesso de peso (tais como a proporção de peso corporal e a distribuição da gordura), ainda assim é hoje o método padrão aceito internacionalmente e usado por pesquisadores e outros profissionais que trabalham com a saúde humana (CHOOI; DING; MAGKOS, 2019; SARWER; DILKS; RITTER, 2012; WAHAB *et al.*, 2022). De acordo com a OMS (2021), a obesidade é definida a partir do IMC acima de 30 kg/m^2 e se subdivide em

¹ Para outras fórmulas/ ferramentas, cf. o Relatório de Recomendação, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, Sobrepeso e Obesidade em Adultos (CONITEC, 2020).

graus (I, II e III). A presença da obesidade grau III está associada à piora da qualidade de vida, alta frequência de comorbidades e redução da expectativa de vida. O Quadro 1 reúne todos os valores considerados pela OMS para os diferentes valores de IMC, bem como sua classificação, seu risco para comorbidades e sua indicação de tratamento.

Quadro 1 – Classificações do IMC, risco de comorbidades e indicação para a cirurgia bariátrica

Valor de IMC	Classificação	Risco de comorbidades	Indicação de tratamento
Menor que 18,5	Baixo peso	Baixo	-
18,5 - 24,9kg/m ²	Intervalo normal	Médio	-
25,0 - 29,9kg/m ²	Sobrepeso	Normal	Tratamento conservador
30,0 - 34,9kg/m ²	Obesidade grau I	Aumentado	Tratamento conservador ou farmacológico
35,0 - 39,9kg/m ²	Obesidade grau II	Moderado	Tratamento cirúrgico, caso tenha comorbidades associadas
40 ou acima de 40kg/m ²	Obesidade grau III	Severo	Tratamento cirúrgico

Fonte: elaborada pela autora (2022), com base nas informações de OMS (2021) e ABESO (2016).

Conforme apontam Silva *et al.* (2021), a obesidade pode ter sua origem ainda no período fetal, quando processos nutricionais, hormonais, físicos e psicológicos seriam ativados. Assim, um mecanismo de programação, que atua como um gatilho para o desenvolvimento da doença, pode ser ativado em períodos críticos da vida, moldando certas funções fisiológicas (ALBUQUERQUE, 2017; SILVA *et al.*, 2021). Isso pode sugerir que alguns indivíduos são mais suscetíveis ao ganho de peso do que outros, ainda que expostos ao mesmo ambiente (BOSELLO; CUZZOLARO, 2010). Essa diferença pode ser resultado do perfil genético individual.

Nesse cenário, Tirthani *et al.* (2022) também apontam que a obesidade está intimamente ligada a fatores genéticos e ambientais e, por conseguinte, aos efeitos do ambiente na genética (epigenética)². Portanto, é de extrema importância acessar o histórico pessoal e familiar, o histórico psicossocial e também a trajetória de dietas, atividade física e ganho de peso do

² De acordo com Ling e Rönn (2022), a epigenética é o estudo de mudanças hereditárias na expressão gênica que ocorrem sem mudanças na sequência do DNA. Esse conceito auxilia na compreensão da hereditariedade da obesidade, uma vez que fornece uma explicação melhor de como o ambiente desempenha um papel significativo por afetar a forma como os genes são expressos.

indivíduo para se obter uma compreensão mais apurada dos fatores específicos de desenvolvimento da obesidade.

A investigação da condição física do indivíduo obeso também é de grande importância, já que os exames laboratoriais são capazes de detectar possíveis causas endócrinas da obesidade. Entre elas podemos citar o hipotireoidismo, a deficiência de hormônio do crescimento e a obesidade hipotalâmica, entre outras (TIRTHANI *et al.*, 2022). Nicolaidis (2019) aponta o sedentarismo, em particular relacionado ao uso de *smartphones* e *videogames*, e o consumo de *fast-foods* (comidas rápidas) como desreguladores do peso corporal dependente do ambiente (EMERY *et al.*, 2015; NICOLAIDIS, 2019).

Pesquisas (BERGE, *et al.* 2014; BOSELLO; CUZZOLARO, 2010; DANTAS, SILVA, 2019) sugerem que o ambiente familiar pode ocasionar impacto significativo no desenvolvimento do comportamento alimentar, o que fomenta a necessidade de um bom modelo de comportamento alimentar para as crianças. DANTAS e SILVA (2019), corroboram com seus estudos ao apontarem a atuação dos pais e/ou cuidadores como os responsáveis pelo comportamento alimentar não saudável apresentado pelos filhos. Assim sendo, de acordo com as autoras, o ambiente familiar tem impacto significativo no desenvolvimento do comportamento alimentar, uma vez que, transmite modelos de comportamentos para as crianças.

Diante disso, é importante analisar a influência do ambiente no processo de desenvolvimento da pessoa com obesidade, posto que se trata de “uma doença genética, metabólica, modificada por fatores ambientais” (FISBERG *et al.*, 2016, p. 31). O ambiente no qual o indivíduo se torna propenso a desenvolver ou acentuar a obesidade é denominado “ambiente obesogênico” (BOSELLO; CUZZOLARO, 2010; DANTAS, SILVA, 2019). Evidências recentes de pesquisas sugerem que o aumento global da obesidade se deve em grande parte a fatores ambientais (PARISE, 2020; ZANG, 2019). Albuquerque *et al.* (2017) afirmam que a ocorrência de um dos pais ser obeso aumenta o risco em sete vezes de o filho sofrer de obesidade severa. Nesse sentido, o estudo do histórico familiar demonstra índices de herdabilidade da gordura corporal total variando de 20% a 80%; da relação cintura-quadril (RCQ) variando de 29% a 82%; e da circunferência abdominal e da distribuição da gordura corporal de 28% a 61% (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017; JIMÉNEZ, 2013).

Fischler (2011) aponta que a modernização das sociedades desencadeou uma reorganização no modo de vida do homem. Por meio do desenvolvimento das tecnologias, passou a haver uma maior oferta e consumo de alimentos. Isso levou a uma mudança nos hábitos alimentares, caracterizada por uma ingestão rica em gordura, açúcares e alimentos refinados.

Paralelamente, houve uma redução da atividade física e um aumento da privação de sono, do uso de medicamentos, das disfunções hormonais, do estresse, da obesidade materna e do estilo de vida sedentário. Tudo isso se deve a alterações na esfera do trabalho, do lazer e do modo de vida moderno, entre outros fatores, conforme aponta o Fórum Intersetorial de Combate às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (FÓRUM DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS, 2022).

Na estruturação do homem moderno, constata-se uma ambivalência na constituição do contexto histórico da obesidade. Durante algum tempo, observava-se uma aparente simpatia para com os indivíduos de corpos mais arredondados; o obeso era descrito como um *bon vivant* que sabia aproveitar os prazeres da vida com alegria, bom humor, gosto pela boa mesa e pelo convívio. Entretanto, foi introduzida posteriormente a imagem negativa do corpo gordo; a jovialidade passou a ser vista como suspeita de uma fachada por trás da qual se escondia um sofrimento e/ou tristeza. Essa transformação no estereótipo do gordo, com a valorização da magreza, tornou a gordura um símbolo de falência moral, e o gordo, mais do que apresentar um peso socialmente inadequado, passou a carregar um caráter pejorativo, desumanizado (FISCHLER, 1995).

Contextualizando a obesidade na sociedade, é importante ressaltar que se faz necessário, para uma melhor compreensão do assunto, abordar a dinâmica individual do obeso, a dinâmica social da obesidade e o momento histórico. Esses sistemas se retroalimentam e podem gerar tanto o fortalecimento como o enfraquecimento de crenças centrais do indivíduo obeso sobre seu corpo. Segundo Franques e Benedetti (2021), o corpo é um aspecto marcante da sociedade: grande parte da população sonha em ser magra, porém, vive como gorda. Essa contradição social gera um duplo estereótipo sobre o obeso:

O primeiro é de homem roliço, extrovertido, apto às relações sociais, que gosta de parecer brincalhão, conta histórias no fim dos banquetes, sofrendo provavelmente em seu foro íntimo, mas sem nada deixar transparecer. O segundo é bem diferente. É um doente ou um indivíduo deprimido, um egoísta desenfreado ou um irresponsável sem autocontrole. O primeiro é um gordo simpático. O segundo, um obeso que só suscita reprovação, quando não aversão (FISCHLER, 1995, p. 71).

Além disso, é importante colocar que o neologismo *globesidade* apareceu pela primeira vez em fevereiro de 2001, em um relatório da OMS (BOSELLO; CUZZOLARO, 2010), referindo-se a uma grave ameaça para a saúde pública causada pelo excessivo aumento do peso corporal dos seres humanos em todo o mundo. A obesidade é condenada de forma implacável

pela sociedade contemporânea e é representada, muitas vezes, como um problema moral, uma falha de conduta ou um sinal de desorganização da vida pessoal e emocional (BOSELLO; CUZZOLARO, 2010; WHO, 2021).

Essa realidade vivenciada pelo obeso pode conduzir o mesmo a buscar tratamento para essa condição, seja com profissionais de saúde ou até mesmo por vias alternativas. Nesse sentido, alguns pesquisadores, como Beyruti e Vidigal (2015), apontam o surgimento de novas dietas com a promessa de redução de peso, conhecidas como “dietas da moda”. Entre as principais, destacam-se as seguintes: dieta da “USP”, dieta Dukan, dieta da lua, dieta da sopa, dieta do biotipo, dieta dos pontos, Vigilantes do Peso, entre outras (BEYRUTI; VIDIGAL, 2015). Esse fenômeno demonstra o quanto a obesidade abala o indivíduo em nossa sociedade. Diante dessas dietas “milagrosas”, a pessoa com obesidade renova a esperança de alcançar a sonhada perda de peso; a maioria dos obesos tem em seu histórico de tratamento inúmeras tentativas de emagrecimento sem sucesso. Tendo em vista todos os problemas associados à obesidade, a comunidade científica tem buscado alternativas para o tratamento dessa doença.

3.1.1 Tipos de tratamentos para a obesidade

Para uma perda de peso eficaz, é necessário estabelecer um balanço energético negativo, seja pela diminuição da ingestão calórica e/ou pelo aumento do gasto energético. Os principais objetivos dos tratamentos para a obesidade vão além da simples perda de peso; associada a ela, devem ocorrer mudanças no estilo de vida do indivíduo, para garantir a melhoria na sua qualidade de vida (SEGAL; FANDIÑO, 2002). Nesse sentido, profissionais de saúde devem identificar e intervir no tratamento da pessoa obesa para que a ela seja possível alcançar a diminuição da gordura corporal, preservar ao máximo a massa magra, manter a perda de peso, inibir o ganho de peso futuro e reduzir os riscos cardiovasculares associados à obesidade (CONITEC, 2020).

Entre as terapêuticas para o tratamento da obesidade, incluem-se as práticas conservadoras e as cirúrgicas. As primeiras contemplam a mudança do estilo de vida, com orientação nutricional conciliada à atividade física e, dependendo do aumento do IMC, o uso de medicamentos. As segundas envolvem a intervenção gástrica via cirurgia bariátrica. A abordagem conservadora é a primeira opção recomendada de tratamento, e a intervenção cirúrgica deve ser realizada quando seus resultados são insatisfatórios (VASCONCELOS; COSTA NETO, 2008; COSENHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018). Não há um consenso quanto ao tratamento mais indicado, o que se justifica pelos constantes fracassos em se

alcançarem as perdas de peso necessárias de forma duradoura, em particular na obesidade severa (KASHYAP; KHENISER; SAXON, 2021)

O tratamento conservador pode ser estruturado sob um conjunto de práticas não farmacológicas ou um conjunto de práticas farmacológicas. O primeiro modelo, considerado como o tripé das práticas não farmacológicas, é constituído por acompanhamento nutricional, modificação dos padrões alimentares e indicação de atividade física. No segundo modelo, adotado quando o obeso não consegue atingir as metas de perda de peso por meio da dieta e do exercício físico, acrescenta-se a terapia farmacológica (ZANELLA; FILHO, 2019).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) recomenda que o tratamento de pessoas com sobrepeso, de IMC ≥ 25 kg/m², deve ser iniciado pela mudança de hábitos alimentares, exercícios físicos e psicoterapia. Em índices de IMC ≥ 27 kg/m², com comorbidades, ou ≥ 30 kg/m², não necessariamente com comorbidades, a farmacoterapia é indicada, pois as drogas podem ampliar a aderência a mudanças de comportamento (BRASIL, 2013). Ricci *et al.* (2016) apontam a necessidade de uma avaliação mensal da eficácia e segurança durante os três primeiros meses e, depois, pelo menos a cada três meses em pacientes que estão tomando medicamentos para emagrecer. Em casos em que a resposta dos pacientes é considerada ineficaz, isto é, perda de peso $< 5\%$ ao longo de três meses, abordagens de tratamento alternativo devem ser consideradas (RICCI *et al.*, 2016).

Caso esses tratamentos conservadores não tragam os benefícios esperados, é indicado o tratamento cirúrgico. A realização da cirurgia bariátrica, contudo, requer diversos procedimentos preparatórios, tanto de ordem clínica quanto de ordem psicológica, uma vez que os resultados da intervenção afetam as percepções e atitudes dos pacientes obesos. Nesse sentido, é necessária uma abordagem detalhada desse procedimento, o que será feito na próxima seção.

3.2 A CIRURGIA BARIÁTRICA

Os relatos de tentativas médicas que objetivavam o emagrecimento a partir de procedimentos cirúrgicos não são recentes. A primeira atuação cirúrgica com objetivo de tratar a obesidade foi relatada em 935-966 d.C., com D. Sancho I, rei de Leon, na Espanha. Com um grau de obesidade severa, o rei tinha suas atividades diárias comprometidas, o que o impedia, por exemplo, de montar a cavalo, manejar armas e até caminhar. Em busca de ajuda para tratar sua obesidade, o rei procurou o médico judeu Hasdai Ibn Sharput, o qual executou por seis meses uma sutura nos lábios de D. Sancho. Sua alimentação era realizada através da ingestão

de um polifármaco constituído por diversos ingredientes, os quais estimulavam a perda de peso. O emagrecimento se consolidou e o paciente recuperou sua funcionabilidade diária, bem como o trono perdido por sua doença. Em 1954, Kremen iniciou pesquisas com animais e, subsequentemente, aplicou essas técnicas em humanos, almejando grandes perdas de peso (TAVARES *et al.*, 2011).

No âmbito da ciência moderna, os primeiros debates sobre procedimentos e práticas aplicadas ao tratamento da obesidade grave se iniciaram em 1950 e se consolidaram no final dos anos 1980 e início dos anos 1990. O conjunto de procedimentos e práticas clínico-cirúrgicas que posteriormente resultariam na cirurgia bariátrica se iniciou com a observação de pacientes gastrectomizados, ou seja, que tinham parte do estômago retirada por situações como úlcera gástrica. Esses pacientes evoluíam com restrição gástrica e consequente perda de peso (PEREIRA *et al.*, 2019).

Apesar de não haver ainda um consenso sobre o pioneiro da cirurgia bariátrica no mundo, no século XX, mais precisamente no ano de 1954, nos Estados Unidos, tem-se o registro da primeira publicação da experiência com a cirurgia bariátrica por Kremen e Linner. A técnica descrita foi a *By-pass* jejunoileal, baseada na má absorção dos nutrientes pelo intestino delgado. Nessa perspectiva de intervenção cirúrgica, Richard Varco realizou o mesmo procedimento técnico, o que fez com que fosse difundido de forma consistente na década de 1960. No entanto, apesar da perda de peso obtida com a intervenção, a técnica foi abolida posteriormente, devido ao número excessivo de complicações significativas, o que fomentou o estudo de novas formas de intervenção, mais eficientes (GARRIDO JR *et al.*, 2015). A esse respeito, Tavares *et al.* (2010) complementam que:

Apesar de na história existirem vários relatos referentes a técnicas para a perda de peso, a cirurgia bariátrica é a cirurgia do século XXI (...). Esta cirurgia permitiu grandes avanços, não só no tratamento da obesidade, com bons resultados, mas também no tratamento de outras patologias (TAVARES *et al.*, 2010, p. 114).

No Brasil, a cirurgia bariátrica tem seus primeiros relatos em 1960. Porém, ela chegou a ser abandonada temporariamente no país por insucesso das técnicas. O pioneiro da cirurgia bariátrica no Brasil foi Salomão Chaib, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), que realizou mais de uma centena dessas operações. Outros médicos começaram a se dedicar ao desenvolvimento da técnica, mas enfrentaram problemas na época, como o não

entendimento da obesidade mórbida como doença, tanto por parte da comunidade médica quanto da população em geral, além de dificuldades técnicas (BERTI; CARAVATTO, 2019).

Atualmente, devido à necessidade de uma intervenção mais eficaz na condução clínica de obesos graves, a indicação da cirurgia bariátrica tem crescido. A cirurgia bariátrica é também conhecida como gastroplastia ou cirurgia de redução de estômago (ZEVE; NOVAIS; JÚNIOR, 2012). De acordo com Berti *et al.* (2015), a nomenclatura caminha para uma denominação mais adequada: “cirurgia metabólica”. Mancini e Melo (2015, p. 1577) complementam que “esta nova denominação não só demonstra melhor entendimento do mecanismo de ação das operações, mas também sua função no controle de doenças como diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemias”. Sendo assim, ela é eficaz no controle de peso a longo prazo e na melhora e remissão das comorbidades. Pesquisas apontam que a intervenção cirúrgica é considerada uma ferramenta estratégica em indivíduos com obesidade mórbida que já tenham percorrido tratamentos conservadores por um período mínimo de dois anos de desenvolvimento da obesidade e que não tenham obtido resultados satisfatórios (BRASIL, 2013; MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

De acordo com a SBCBM (2019), o Brasil é o segundo país onde mais se realizam cirurgias bariátricas, atrás apenas dos Estados Unidos. A quantidade dessas cirurgias entre brasileiros chegou a 68.530 procedimentos em 2019, sendo 7% a mais do que no ano anterior (2018), quando foram feitas 63.969 cirurgias (SBCBM, 2022). Em 2020 e 2021, com a suspensão das cirurgias eletivas, devido à pandemia da COVID-19, esse número teve uma redução significativa, chegando a 80%. Por outro lado, a fila pela espera da autorização da cirurgia pelo Sistema Único de Saúde (SUS) chegou a contabilizar mais de 5 mil pacientes em 2021 (SBCBM, 2022). Além disso, 4,5 milhões de brasileiros estariam elegíveis para realizar a cirurgia bariátrica. Entretanto, são operados apenas 2% dos possíveis pacientes elegíveis no País (SBCBM, 2019).

A indicação para o tratamento cirúrgico ocorre para pessoas que tenham excesso de peso em decorrência do tecido adiposo. Sendo assim, são candidatos ao tratamento cirúrgico os pacientes com valores de IMC acima de 35kg/m² com doenças associadas, tais como: hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, dificuldades respiratórias, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade masculina e feminina, esteatose, infarto de miocárdio, apneia do sono, hérnias disciais, ovários policísticos, infertilidade, doenças articulares, estigmatização social e depressão, entre outras (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA, 2016; SARWER; DILKS; RITTER, 2012). Pacientes com

IMC \geq 40 kg/m² também têm recomendada a intervenção mesmo sem doenças associadas. Quanto maior for o grau de obesidade e comorbidades associadas, maior será o benefício esperado da intervenção cirúrgica.

Para que o tratamento cirúrgico ocorra, Berti (2015) recomenda que a pessoa com obesidade seja avaliada por uma equipe multiprofissional composta de endocrinologista, cirurgião, nutricionista/nutrólogo, psicólogo, cardiologista e pneumologista. Esse processo é necessário para que, por meio de seus conhecimentos técnico-científicos, os profissionais possam planejar uma assistência de intervenção. Entre as incumbências principais da equipe assistencial está a educação e promoção da saúde, a qual proporcionará ao paciente o esclarecimento necessário para uma hospitalização tranquila e isenta de sentimentos negativos, que possam influenciar potencialmente no autocuidado e no processo de recuperação (APARECIDA; OSTI, 2014; BERTI *et al.*, 2015).

Nos últimos 50 anos, as técnicas cirúrgicas evoluíram muito (GARRIDO JR *et al.*, 2015). Seu aprimoramento, combinado com os avanços nos cuidados pré e pós-operatórios, resultou na redução das taxas de morbidade e mortalidade. Com o advento da laparoscopia e da robótica, as cirurgias bariátricas tornaram-se amplamente seguras. A técnica cirúrgica gera menos complicações pós-operatórias, maior índice de hospitalização breve e recuperação mais rápida. Associadas a um aprimoramento nos cuidados do paciente obeso, as cirurgias bariátricas promoveram resultados satisfatórios na perda de peso, no controle das comorbidades e na melhora da qualidade de vida. Por isso, se consolidaram como padrão ouro no tratamento da obesidade mórbida não passível de controle clínico (BARROS; NEGRÃO; NEGRÃO, 2019; GARRIDO JR *et al.*, 2015; LIBANORI; OLIVEIRA, 2015; RICCI *et al.*, 2016).

De acordo com Sallet, Monclaro e Pizani (2019), em termos de técnicas, as formas de intervenção cirúrgica se diferenciam de acordo com o mecanismo de ação. Elas podem ser de dois tipos: restritivas, isto é, aquelas que reduzem o tamanho do estômago; ou disabsortivas, aquelas que, além da redução, promovem uma alteração na forma de absorção do alimento – sendo, por isso, também chamadas de mistas. Assim, as técnicas se estruturam com base na predominância da restrição ou da absorção (ANDRADE, 2017; ZEVE; NOVAIS; JÚNIOR, 2012). No Brasil, as intervenções de caráter restritivo e disabsortivo mais realizadas são, respectivamente, a *By-pass* gástrico em Y de Roux e a Gastrectomia Vertical ou *Sleeve*. Hoje elas correspondem a cerca de 90% das cirurgias bariátricas no país (SALLET, MONCLARO, PIZANI, 2019).

A cirurgia por *By-pass* gástrico é o procedimento mais utilizado entre os tipos de cirurgias bariátricas e metabólicas em todo o mundo. Associada a grandes e duradouras perdas

de excesso de peso, ela segue dois passos. O primeiro é a divisão gástrica por meio de um grampeador cirúrgico, para que haja a redução do estômago, que passará a ter capacidade de cerca de 30ml a 50ml para contato com o alimento. Por conseguinte, o consumo de alimento pelo paciente será reduzido. O segundo passo é o desvio do intestino inicial, que resulta na concentração dos hormônios que promovem a saciedade e diminuem a fome. O paciente perde cerca de 70% a 80% do excesso de peso inicial, emagrece e controla suas possíveis comorbidades (BRILMANN, 2016; SALLET; MONCLARO; PIZZANI, 2019).

A *Sleeve* trata-se de uma redução no estômago, mas não envolve nenhuma intervenção intestinal. Em suma, ela equivale ao primeiro passo da *By-pass* gástrico. Ela começou a ser realizada nos anos 2000, apenas como uma primeira etapa de uma cirurgia em dois tempos para pacientes superobesos (com $IMC \geq 60\text{kg/m}^2$). Primeiramente, a *Sleeve* era implementada para alcançar redução do peso e redução do risco cirúrgico, para então o paciente ser submetido a um *By-pass* gástrico. Com resultados eficientes apresentados quanto à perda de peso e ao controle das comorbidades, a cirurgia vem ganhando credibilidade pelos seus resultados e, com isso, sendo aceita como técnica primária de cirurgia bariátrica. Além disso, é ainda considerada na escolha para tratamento de pacientes com alto risco cirúrgico e em candidatos ao transplante renal e hepático (SALLET; MONCLARO; PIZZANI, 2019).

Independentemente de qual das duas técnicas é adotada, há a restrição de ingestão de alimentos, a qual induz a perda do excesso de peso. Dessa forma, o principal objetivo do tratamento cirúrgico é atingido com a eliminação de aproximadamente 25-35% do peso corporal inicial com a técnica *By-pass* e 20-25% com a técnica *Sleeve* (SARWER; DILKS; RITTER, 2012). Como resultado, a qualidade de vida do paciente melhora. Porém, por ser um tratamento contínuo, é preciso estabelecer mudanças estratégicas para que essa redução do peso permaneça ao longo dos anos.

Logo, é importante salientar os aspectos relacionados aos desdobramentos da cirurgia bariátrica, sejam eles positivos ou negativos. Diversos fatores influenciam no prognóstico da cirurgia, bem como nas incidências e complicações.

Dentre as consequências negativas, Berti *et al.* (2015) destacam possíveis riscos no processo pós-operatório, que podem acarretar complicações imediatas ou tardias, como queda de cabelos, mudanças nos hábitos alimentares e deficiência nutricional. Pereira *et al.* (2019) apontam ainda a probabilidade considerada de lesão ou morte. Com o avanço da medicina e o refinamento da técnica, a taxa de mortalidade atual para os pacientes chega a ser inferior a 1% até 30 dias do pós-operatório (ARASAKI; GONDELBERG, 2019). Já a taxa de eventos adversos sérios fica em torno de 3% após a intervenção. Dentre os principais eventos associados

à cirurgia, destacam-se algumas complicações típicas do procedimento cirúrgico, como, por exemplo: perfuração, sangramento interno (hemorragia), infecções, fistula e embolia pulmonar (PEREIRA *et al.*, 2019).

Outras possíveis consequências adversas do procedimento incluem a permanência de cicatrizes e a presença de um excesso de pele, as quais, embora não sejam caracterizadas como complicações cirúrgicas, também afetam o paciente e o processo pós-operatório. Sarwer, Dilks e Ritter (2012) analisam também o desenrolar do tratamento e apontam como variante preocupante a adversidade de cerca de 20-30% dos pacientes que não atingem a perda de peso pós-operatória ou começam a recuperar grandes quantidades de peso nos primeiros anos pós-operatórios. Esses resultados são tipicamente atribuídos à baixa adesão à dieta pós-operatória ou a um retorno de comportamentos alimentares desadaptativos.

Por outro lado, como fatores positivos advindos do tratamento, destacam-se os benefícios mecânicos, como a carga reduzida de peso sobre as articulações e a melhora na obstrução de via respiratória superior. Além disso, “há importante melhora da ‘doença da alma’, com melhora do humor, da autoestima e da qualidade e quantidade de vida” (BERTI *et al.*, 2015, p. 1574). O Quadro 2 aborda as principais comorbidades ligadas à obesidade no pré-operatório e apresenta dados quanto à remissão pós-intervenção.

Quadro 2 – Efeitos da cirurgia bariátrica sobre as comorbidades relacionadas com a obesidade

Comorbidades	Incidência pré-operatória %	% remissão após a cirurgia (Atendimento > 2 anos)
DM-2, IG, HG	34	85
Hipertensão	26	66
Hipertrigliceridemia e HDL-c reduzido	40	85
Apneia do sono	22 (homens)	40
Síndrome de Hipoventilação do obeso	12	76

Legenda: DM-2 = diabetes mellitus tipo 2; IG = Intolerância à glicose; HG = hiperglicemia; HDL-c = colesterol de lipoproteínas de alta densidade.

Fonte: adaptado de Berti *et al.* (2015).

O Quadro 2 evidencia os benefícios metabólicos atingidos com o procedimento bariátrico. À medida que o tratamento cirúrgico se desenvolve, o indivíduo com obesidade obtém melhorias significativas no grau de obesidade, com a remissão parcial ou total das suas comorbidades e com aumento da sua qualidade e até expectativa de vida (BERTI *et al.*, 2015; SHENG *et al.*, 2017).

3.2.1 As etapas que compreendem a cirurgia

Segundo Souza *et al.* (2014), os resultados da cirurgia bariátrica nem sempre são satisfatórios e uniformes. Por ser um procedimento complexo, assim como a própria obesidade, requer atenção a uma variedade de aspectos. Desse modo, a cirurgia é dividida em várias etapas, a começar pelo pré-operatório. Vale ressaltar que os cuidados associados à doença se estenderão por toda a vida do paciente.

Ao longo desse processo, alguns períodos são marcantes para o paciente operado. Por exemplo, a maior quantidade de peso perdido ocorre especialmente logo após a cirurgia e ao longo dos dois primeiros anos, mantendo-se ou mesmo aumentando após esse período. No entanto, alguns pacientes não atingem a perda de peso desejada e podem até mesmo ter um ganho de peso após a perda inicial. Essas alterações de peso devem-se a inúmeras causas, incluindo fatores não cirúrgicos que parecem influenciar os resultados da cirurgia bariátrica (SOUZA *et al.*, 2014). Para explorar essa complexidade, as seções seguintes abordarão as principais etapas que compreendem o processo da cirurgia bariátrica, que são: 1 – o pré-operatório; 2 – o pós-operatório imediato, até 12 meses; 3 – o pós-operatório de 12 a 36 meses; e 4 – a manutenção do pós-operatório/acompanhamento prolongado.

3.2.1.1 O programa pré-operatório para cirurgia bariátrica

O processo pré-operatório compreende o intervalo de tempo da primeira consulta até o momento da cirurgia. De acordo com Gonçalves *et al.* (2021), a equipe multidisciplinar, nessa etapa, avalia a pessoa com obesidade de forma antropométrica (IMC, circunferência abdominal, bioimpedância, entre outros), bioquímica (principalmente a composição do sangue, mas também outros aspectos que se julgarem necessários), dietética (qualidade e quantidade de ingestão da alimentação) e psicológica (diagnóstico psiquiátrico, motivações e expectativas, aceitação e compromisso para a mudança do estilo de vida) (ABESO, 2016; GONÇALVES *et al.*, 2021). A equipe multidisciplinar é composta por seis profissionais: cirurgião, cardiologista, endocrinologista, pneumologista, psicólogo e nutricionista (CFM, 2017). Uma abordagem com equipe multidisciplinar para o cuidado pré-operatório é obrigatória, com atenção especial às questões nutricionais e metabólicas.

Os profissionais seguem os critérios gerais para a realização da cirurgia bariátrica (CFM, 2015, protocolo n° 2.131/2015). Candidatos a cirurgia bariátrica devem ser submetidos a um processo pré-operatório para avaliar possíveis comorbidades relacionadas à obesidade. Assim,

para desenvolver essa etapa, os membros da equipe multidisciplinar precisam analisar as evidências para a autorização da cirurgia. A pessoa com obesidade precisa ter $IMC \geq 40\text{kg/m}^2$ ou IMC de $\geq 35\text{kg/m}^2$ com comorbidades; histórico clínico estabelecido de obesidade com tratamento prévio insatisfatório de, pelo menos, dois anos (tratamento conservador); e idade entre 18 e 65 anos ou avaliação médica e autorização especial para a realização da cirurgia (ABESO, 2016; CFM, 2015; SARTORETTO *et al.*, 2019).

Quando são apontadas contraindicações, elas podem ser relativas ou absolutas. As relativas são geralmente ressalvas iniciais, as quais podem ser sanadas via intervenção clínica. Podem-se citar situações endócrinas, nas quais o candidato pode ser submetido a um procedimento e ser liberado para continuar o processo pré-operatório. As contraindicações absolutas são as que, por serem mais graves, impedem que o candidato avance para a efetivação da cirurgia. Entre elas, encontram-se a ausência de um período de gestão médica identificável, os quadros de transtorno psiquiátrico grave não controlado, incluindo o abuso de álcool e/ou dependência de drogas ilícitas, a falta de suporte familiar adequado e a limitação intelectual significativa, o que pode dificultar a compreensão do processo psicoeducativo – o conhecimento do paciente quanto aos riscos da cirurgia, aos resultados esperados e às mudanças no estilo de vida requeridas após o procedimento (ABESO, 2016; SEGAL; CARDEAL; CORDÁS, 2016; SARWER, DILKS; RITTER, 2012; SEGAL *et al.*, 2002). Quanto à adesão ao tratamento cirúrgico, é necessário considerar todo o processo de vínculos formados entre o paciente e a equipe multiprofissional durante as avaliações e orientações no pré e pós-bariátrico – ou seja, o *rapport* (OLIVEIRA; SIQUEIRA, 2021). Autores destacam a necessidade de se gerar confiança durante a comunicação, fazendo com que o paciente fique mais receptivo (BRITO, 2020; OLIVEIRA; SIQUEIRA, 2021; SARWER; DILKS; RITTER, 2012). Esse processo tem impacto significativo na adesão do paciente à continuidade dos atendimentos pós-intervenção. Assim, ele e a equipe precisam fortalecer essas bases motivacionais, sendo a cirurgia e seus resultados grandes fatores de motivação por si mesmos (PAEGLE; SILVA, 2019).

De acordo com Troisi (2022), a avaliação pré-operatória não se limita aos diagnósticos psiquiátricos e deve ser estendida aos motivos e expectativas do paciente quanto à busca por esse tratamento. Assim, a psicoeducação quanto à gastroplastia nessa etapa se justifica pela proposta de reduzir expectativas irreais de uma possível cura da doença. O paciente precisa ressignificar suas crenças quanto ao tratamento para obesidade, reduzindo, portanto, danos no pós-operatório, como depressão e até resistência à implementação de mudanças comportamentais. Ainda nas avaliações psicossociais, Sheets *et al.* (2015) sugerem que pontos

fortes do paciente, como, por exemplo, a atividade física regular, e os pontos frágeis, como a compulsão alimentar, sejam localizados e trabalhados nessa etapa do tratamento. O paciente precisa receber dos profissionais especializados treinamento e educação sobre estratégias de mudança de estilo de vida. Essas intervenções no programa de pré-tratamento podem facilitar melhores resultados no pós-cirúrgico (SHEETS *et al.*, 2015; TROISI, 2022).

Outro aspecto importante no processo pré-operatório é a tomada de decisão pelo tratamento cirúrgico por parte do próprio paciente. Algumas pessoas com obesidade, em função das limitações na psicoeducação relacionada ao tratamento cirúrgico, não aderem ao procedimento, determinadas a perder peso por outros meios. Alguns pacientes – por exemplo, portadores de Diabetes Mellitus do tipo 2 (DM-2) – estão diminuindo suas chances de sucesso no tratamento devido à demora para a realização da cirurgia. Entidades de saúde também devem se preocupar com essa situação e considerar um planejamento do tratamento desses pacientes, em especial aqueles com doenças cujo tratamento atrasado resulta em piores resultados, não só aumentando as complicações, como também gerando uma sobrecarga ainda maior ao sistema de saúde (CFM, 2020).

Ainda nessa etapa do tratamento, a família do paciente também deve ser convocada e orientada com vistas à sua participação no pré-operatório e no pós-operatório. Os familiares desempenham um papel importante no pré-operatório, uma vez que são fontes de relatos sobre o significado da alimentação e da obesidade para o paciente. Assim, os familiares precisam estar cientes da decisão pelo tratamento cirúrgico por parte do paciente, bem como das suas expectativas com relação ao pós-cirúrgico (FRANQUES; ARENALES-LOLI, 2011). É essencial que a família entenda a importância do procedimento e as possíveis complicações, dentre as quais podem estar tromboembolismo pulmonar; fistula; infecções e hemorragia (mais comuns no pós-operatório precoce); hérnia interna e obstrução intestinal (mais comuns no pós-operatório tardio); diarreia com flatulência excessiva e desnutrição proteica; anemia ferropriva; deficiência de vitaminas; síndrome de *dumping*³; e queda de cabelos (ABESO, 2016). Naturalmente, nem todos os pacientes sofrerão efeitos como esses, mas é imprescindível conhecer devidamente os riscos envolvidos (ABESO, 2016).

Outra parte importante da etapa de preparação para a gastroplastia é que o paciente deve ser informado sobre todos os fatores envolvidos. Um dos principais instrumentos para garantir

³ A síndrome de *dumping* é promovida pela passagem rápida do alimento do estômago para o intestino, carregando grandes quantidades de gordura e açúcar. É uma disfunção comum ao paciente bariátrico após a ingesta da alimentação e pode levá-lo a apresentar alguns sintomas, tais como sonolência, palpitação, sudorese, fraqueza, náuseas, cólicas intestinais, desmaios e diarreia (BOSETTO, 2017).

o acesso às informações é o “consentimento informado”. De acordo com a Portaria nº 424 do Ministério da Saúde, de 19 de março de 2013, ele é obrigatório (BRASIL, 2013). O documento deve ser assinado por um familiar do paciente depois da conclusão do processo informativo sobre a escolha do cirurgião e da instituição e conter os riscos e benefícios do tratamento (SARTORETTO *et al.*, 2019).

3.2.1.2 O pós-operatório imediato até 12 meses de cirurgia bariátrica

Realizada a intervenção cirúrgica, inicia-se um novo momento da cirurgia bariátrica: o pós-operatório. Para fins desta dissertação, essa etapa foi subdividida em três, de acordo com o número de meses decorridos desde o procedimento. Nessa primeira parte, foi explorado o período desde o momento da intervenção cirúrgica até os primeiros 12 meses pós-cirurgia. O primeiro ano de cirurgia é considerado um marco na vida do paciente, visto que, durante esse período, ocorre a perda de peso mais significativa (MÜLLER; OLIVEIRA, 2021, NASCIMENTO; BEZERRA; ANGELIM, 2013). Um dos sentimentos mais expostos pelos pacientes submetidos à cirurgia é a sensação de vitória por ter sobrevivido. Variáveis como a técnica cirúrgica, o hospital, o nível de experiência do cirurgião que executa o procedimento e, principalmente, as atitudes do paciente quanto ao tratamento podem representar riscos de morbidade e até mortalidade (OLIVEIRA; SIQUEIRA, 2021; SARWER; DILKS; RITTER, 2012).

O momento posterior é marcado pelas eventuais dificuldades com as fases nutricionais iniciais e com os novos hábitos comportamentais. O entalo e a síndrome de *dumping*, entre outras dificuldades, são elucidadas nessa etapa cirúrgica, assim como as fantasias quanto ao emagrecimento no primeiro mês: expectativa *versus* realidade. Devido a essas questões, é possível que, no período entre 6 e 12 meses, a “fase de lua de mel” seja substituída por sentimentos de outra dimensão, como a tristeza, a angústia e a insatisfação com os excessos de pele, dentre outros (BRITO, 2020). Dessa maneira, são essenciais as avaliações da equipe quanto ao tratamento proposto e a adesão do paciente. O bariátrico deve ser monitorado no desenvolver dessa etapa, evitando o risco de complicações pós-operatórias atuais e futuras.

Outro aspecto relevante nesse momento é a necessidade de o paciente adaptar seu comportamento alimentar à sua nova fisiologia gastrointestinal. Bosetto *et al.* (2017) ressaltam que as modificações fisiológicas produzidas pela gastroplastia exigem cuidados. Portanto, o acompanhamento nutricional é fundamental para evitar desidratação, vômitos, síndrome de

dumping, déficit nutricional, entre outras intercorrências. Pereira *et al.* (2019) dividem o tratamento nutricional em duas fases: de 0 a 3 meses e de 3 a 12 meses de pós-cirurgia.

A primeira fase da dieta se subdivide em quatro momentos. O primeiro, dos dois dias pós-cirurgia, é geralmente realizado dentro do ambiente hospitalar e se consolida na ingestão de líquidos (claros) e hidratação venosa. Com a alta hospitalar, inicia-se o segundo momento da dieta, período que se estende do 3º ao 20º dia. O paciente, já psicoeducado na etapa pré-cirúrgica, deve ingerir nessa fase 50ml de líquidos por vez, em pequenos goles, com intervalos de 20 a 30 minutos, mantendo assim a hidratação. O terceiro momento, que se inicia após os 21 dias, pode durar mais ou menos tempo a depender do paciente. Isso se relaciona com a sua evolução: uma vez adaptado às fases anteriores, o paciente pode ingerir alimentos semissólidos e macios. O paciente precisa ter destreza na forma de mastigar e deglutir os alimentos, bem como consciência do estilo alimentar. Ainda de acordo com as autoras, temos o quarto e último momento da dieta, de 0 a 3 meses, que também varia em tempo, mas geralmente vem após os 30 dias. Nesse momento, o paciente precisa praticar uma alimentação rica em proteínas, vitaminas e minerais, retomando a ingestão de alimentos sólidos e a mastigação. Assim, objetiva-se que o paciente esteja consciente e seguro de que deve manter hábitos saudáveis de maneira duradoura (BOSETTO *et al.*, 2017; PEREIRA *et al.*, 2019).

Ao longo desse processo de tratamento, ocorrerá uma evolução nutricional quanto aos tipos de alimentos permitidos e os não permitidos no primeiro ano de tratamento cirúrgico. O paciente iniciará com a ingestão exclusivamente líquida nos primeiros dias de cirurgia e avançará para alimentação pastosa de forma gradual, até a reinserção de alimentos sólidos. Ao longo do processo, a pessoa em tratamento precisa criar novos hábitos alimentares, tais como mastigar muito bem os alimentos, comer devagar, não ingerir líquidos com os alimentos sólidos, respeitar o número de 5 a 6 refeições diárias, detectar com a equipe possíveis intolerâncias quanto a certos alimentos (por exemplo, carnes e arroz). Também se recomenda a devida atenção à necessidade de reposição, no pós-operatório imediato, de vitaminas D3 e do complexo B, através de polivitamínicos (injetáveis ou não). Adicionalmente, os bariátricos são orientados a ingerir quantidades específicas de proteína, comer porções de tamanho pequeno, fazer refeições frequentes, tomar suplementos e retornar para consultas de acompanhamento periódicas (MOLIN NETTO *et al.*, 2017).

As demandas pós-operatórias mudam à medida que o tratamento avança. Com o passar do tempo, as transformações corporais e mentais e os outros fatores decorrentes do procedimento adquirem novas facetas, que, por sua vez, exigem outros tipos de cuidados. Uma das principais exigências no período pós-cirúrgico imediato até os seis meses, por exemplo, é

a adesão a regimes rigorosos autocontrolados, os quais apresentam grandes demandas (CFM, 2017; LOBO, 2019; MEDEIROS *et al.*, 2021). A atenção aos aspectos nutricionais e à ingestão é imprescindível, pois a cirurgia promove uma grande e rápida perda de peso. Após o período de seis meses, essas exigências se tornam mais brandas, e a dieta passa a ser mais livre. Devido a isso, alguns pacientes podem ter dificuldade para manter a redução de peso a longo prazo.

Assim, os pacientes no pós-operatório devem ser regularmente acompanhados. O tratamento está em constante evolução, de acordo com o tempo de intervenção. Consultas ambulatoriais, orientações nutricionais e exames laboratoriais são essenciais para que sejam detectadas as complicações e manifestações clínicas mais comuns da cirurgia bariátrica. Também são comuns dificuldades em lidar com as orientações pós-operatórias e com a nova dieta e a recorrência de episódios depressivos. O reaparecimento de quadros psiquiátricos, como transtornos alimentares, também é recorrente, relevante e deve ser trabalhado (CAPASSI; TOMELIN; COSTA, 2021).

Devido a tudo isso, o paciente deve continuar o seu processo de conscientização quanto às mudanças provocadas pelo procedimento, tanto no âmbito físico quanto mental. O emagrecimento é também considerado um trabalho de desapego, devido à necessidade de alterações nos hábitos de vida. No entanto, a mente do operado pode não acompanhar o ritmo rápido das mudanças corporais que ocorrem nesse período (MÜLLER; OLIVEIRA, 2021). A pessoa em tratamento deve ser capaz de compreender e atuar ativamente na sua própria evolução e, para isso, são necessárias medidas de monitoramento da sua ingestão alimentar e da sua relação consigo mesma (CAPASSI; TOMELIN; COSTA, 2021; SARWER; DILKS; RITTER, 2012).

Lobo (2019) ressalta que a adesão aos seguimentos clínicos do pós-operatório imediato e prolongado está diretamente associada ao maior índice de sucesso a longo prazo. A definição de sucesso para o tratamento cirúrgico de obesidade é debatida na literatura, mas condições mínimas seriam a perda de ao menos 50% do excesso de peso e a manutenção dessa condição pelo período de cinco anos. Após a cirurgia é esperada a diminuição do percentual de gordura e, por conseguinte, a melhora ou até a remissão das comorbidades do paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Todavia, é importante demarcar que, com redução do excesso de peso, ocorre a perda substancial de massa muscular, que pode chegar a 35% nos primeiros seis meses. Como consequência, é possível que o paciente desenvolva certa letargia e passe a ter menos disposição física. Logo, aderir a um programa de atividades físicas é imprescindível para que se obtenha uma melhora na composição corporal e na movimentação (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Ademais,

a cirurgia promove o desenvolvimento de um excesso de pele significativo, que as pessoas descrevem como incômodo e esteticamente desagradável (COLQUITT *et al.*, 2009; MECHANICK *et al.*, 2013).

Com isso em vista, a tarefa de definir padrões de sucesso ou de insucesso da intervenção cirúrgica é bastante complexo e tem sido muito discutido. De acordo com Berti *et al.* (2015), ainda não há na literatura um consenso do perfil de sucesso do paciente em tratamento cirúrgico. Um mesmo resultado pode ser considerado como favorável por um autor e desfavorável por outro. Berg (2019), por sua vez, destaca que os parâmetros de sucesso do paciente são ajustados pelo tempo e pelo contexto de vida.

Também não há unanimidade sobre qual terapêutica seria mais adequada no resgate de uma falha de cirurgia bariátrica (BERG, 2019). A redução ponderal também varia de acordo com a técnica e a dieta equilibrada, em função da perda de peso proposta pelo método. Os pacientes tendem a reduzir cerca de 25% do seu excesso de peso nos primeiros 12 meses pós-cirurgia. Os cuidados nutricionais pós-operatórios variam de acordo com a técnica utilizada, pois algumas características, como deficiência de determinados micronutrientes, ocorrência ou não de vômitos, aversões e intolerâncias, muitas vezes se modificam, isto é, estão presentes ou não no pós-operatório.

Como tentativas de definição, Berti *et al.* (2015) agruparam a obesidade em três categorias, a saber: obesidade controlada, obesidade parcialmente controlada e obesidade não controlada. Configura-se como obesidade controlada a perda de peso total acima de 20% em seis meses; como obesidade parcialmente controlada, a perda de peso total de 10% a 20% em seis meses; como obesidade não controlada, a perda de peso total de menos de 10% em seis meses. Entretanto, segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2016) só se pode efetuar avaliação de sucesso após, no mínimo, 24 meses do pós-operatório, pois pode haver reganho ponderal entre dois e cinco anos após a cirurgia.

3.2.1.3 O seguimento pós-operatório de 12 a 36 meses de cirurgia bariátrica

Outro momento da cirurgia bariátrica a destacar são os resultados quanto aos possíveis benefícios que podem e necessitam ser avaliados nessa fase do tratamento. Neste período, o paciente pode chegar a atingir cerca de 35% do seu peso inicial, com a técnica Bypass (Lynch, 2015). A autora também ressalta que entre 12 e 15 meses após a cirurgia bariátrica, o paciente tende a mudar sua seleção alimentar, o que pode estar associado a efeitos da intervenção como

a síndrome de *dumping* e/ou hipoglicemia já que, após o consumo de alimentos com alto teor de açúcar ou gordura, o paciente pode sentir-se mal (Overs *et al.*, 2012).

Alguns estudos (Benson-Davies *et al.*, 2013; Wood e Ogden, 2015) apontam que alguns pacientes tendem a modificar suas experiências com a comida como também sua forma de alimentação após a cirurgia. Haja vista, situações em que o sujeito manifesta uma consciência mediante ao seu comportamento alimentar. Ogden *et al.* (2006) ressaltam que pacientes após um período de adaptação, tendem a desenvolver mais controle ao lidarem com a alimentação emocional, como também maior consciência sobre seu comportamento alimentar. De acordo com suas pesquisas de Lynch (2015), a fase de gerenciamento dietético, em que há a necessidade de monitoramento do bariátrico de tudo o que come e bebe, demanda aderência para desenvolver o tratamento cirúrgico. Assim, as progressões da dieta fase a fase, pesagem, seleção e até extinção temporária de certos alimentos, podem ser construir um novo modelo cognitivo alimentar e psicossocial.

Outro aspecto pertinente a esse momento do tratamento é a rápida perda de peso, o que pode acontecer entre 12 e 15 meses após a cirurgia bariátrica (Gilmartin *et al.*, 2016; Lynch, 2015). Alguns pacientes podem ficar preocupados com essa perda intensa, mas ela tende a se estabilizar entre 12 a 24 meses após a cirurgia. Essa estabilização do peso também é conhecida como efeito platô, ou seja, processo em que o emagrecimento para devido a adaptação da taxa metabólica basal ao novo estilo de vida (STIVAL *et al.*, 2019).

Lynch (2015, p.243) define esses primeiros 15 meses como “lua de mel” do paciente com o tratamento cirúrgico. No entanto, à medida que a estabilização do peso acontece, o bariátrico pode manifestar sentimentos e comportamentos de frustração, acreditando por vezes que o período de celebração com o tratamento tenha acabado. Essa estabilização, convoca muitas vezes o paciente a “começar o trabalho” (Lynch, 2015, p.244) de reorganização cognitiva e comportamental necessária para controlar e não mais a perda de peso. Uma vez que, se objetiva que o paciente assegure a continuidade do tratamento não mais pela perda de peso, mas pela manutenção da redução do percentual corporal.

Outro aspecto importante a se destacar, segundo Gilmartin *et al.* (2016), é a velocidade da perda de peso. Alguns pacientes podem ficar preocupados com essa perda intensa, mas ela tende a se estabilizar de 12 a 24 meses após a conduta cirúrgica. Essa estabilização do peso também é conhecida como efeito *platô* (STIVAL *et al.*, 2019). Além disso, é nesse período que o paciente tende a obter melhorias significativas nas comorbidades (como DM-2, hipertensão, dislipidemia e apneia do sono, entre outras), que podem chegar até a remissão completa (GILMARTIN *et al.*, 2016). Nesse momento do tratamento, o paciente, com o suporte

multidisciplinar, já consegue compreender que o peso pode voltar a aumentar. Por isso, é importante que ele também se mantenha consciente da importância da preservação de hábitos alimentares adequados. A manutenção da perda de peso costuma ocorrer até o terceiro ano após a cirurgia bariátrica (BRITO, 2020).

O acompanhamento durante esse período é determinante, inclusive para os parâmetros de sucesso e insucesso da cirurgia. O paciente e a equipe multidisciplinar precisam avaliar juntos a evolução do tratamento, a perda de peso e/ou remissão de possíveis comorbidades. Logo, a perda insatisfatória ou satisfatória do obeso, não está condicionada apenas a uma cirurgia questão de não aderência, a subjetividade do paciente demanda investimentos científicos que possam nortear o tratamento cirúrgico para obesidade. Assim, os profissionais de saúde podem orientar melhor os pacientes por meio dessas experiências em direção ao seu objetivo de perda de peso permanente (Soares e Silva, 2022).

Por sua vez, observamos também nessa fase, a presença de psicopatologias significantes como a depressão grave, a qual pode inibir a capacidade dos bariátricos de fazer as mudanças alimentares e comportamentais necessárias para obter o resultado satisfatório no pós-operatório (SARWER; DILKS; RITTER, 2012). Como também é pertinente nessa etapa do tratamento, a constatação de excesso e frouxidão da pele pós-emagrecimento rápido, o que pode levar a uma insatisfação com esse corpo. Lynch, (2015) A preocupação com esses efeitos pós-intervenção no corpo do indivíduo levou a uma crescente procura e aceitação das intervenções cirúrgicas reparadoras. Com o propósito de trabalhar esse “excesso de pele”, as intervenções cirúrgicas pós-bariátricas trazem benefícios em relação ao novo ressignificar dos contornos corporais do sujeito bariátrico.

Müller e Oliveira (2021) destacam a necessidade de programas de educação que incluam informações sobre a cirurgia e o que esperar no pós-operatório. Esses programas podem aumentar a compreensão do paciente sobre a importância do envolvimento na mobilização pós-operatória e abordar comportamentos desadaptativos em relação à dieta e atividade física. Informar aos pacientes o que esperar e como se preparar para cada uma das fases do tratamento pode resultar em inúmeros benefícios.

3.2.1.4 O seguimento prolongado de mais de 36 meses de cirurgia bariátrica – manutenção do tratamento

O desenvolver das etapas da cirurgia (pré-operatório, pós-operatório imediato até 12 meses, pós-operatório de 12 a 36 meses da cirurgia bariátrica) culmina num quarto momento

do tratamento: o acompanhamento prolongado. Para efeitos da exploração desta pesquisa, abordaremos a fase a partir do 36º mês. Autores como Karmali *et al.* (2013) e Lobo (2019) apontam que pacientes submetidos à cirurgia bariátrica precisam compreender que o tratamento cirúrgico é vitalício, o que justifica a necessidade da aderência clínica pós-cirurgia. Aspectos dietéticos, fisiológicos e psicossociais do paciente gastromizado precisam ser constantemente mensurados. Para isso, tem-se a proposta de acompanhamento com a equipe multidisciplinar, por meio de consultas em todas as etapas do tratamento.

Um ponto a se ressaltar quanto às perspectivas e o desenvolvimento do tratamento cirúrgico é que, mesmo sendo considerado eficiente, há questões individualizadas quanto ao perfil do obeso que aderir à gastroplastia. Bastos *et al.* (2020) apontam variáveis que são relevantes na aderência ao processo, como o perfil sociodemográfico, o estilo de vida, a cor de pele autodeclarada, a escolaridade, a idade e o sexo. Perdue e Neil (2019) destacam que a aderência maior ao tratamento é observada em pessoas com maior nível socioeconômico, maior nível de escolaridade e indivíduos na faixa etária de adultos jovens (20 a 36 anos). Quanto ao sexo do paciente bariátrico, Fagundes *et al.* (2016) ressaltam a maior procura pela cirurgia bariátrica por parte das mulheres. Assim, ao se abordar a obesidade e a cirurgia bariátrica, é relevante analisar dados demográficos, socioeconômicos e educacionais, dentre outros, pois tais informações podem auxiliar no enfrentamento do sobrepeso e da obesidade por meio de medidas psicoeducativas (BASTOS *et al.*, 2020).

A reincidência de peso em pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico tem sido explorada em alguns estudos (BRADLEY *et al.*, 2016; JAVORSKY *et al.*, 2015; KAOUK *et al.*, 2019). Entretanto, ainda não foram estabelecidos caminhos para o tratamento dos casos de reincidência e para a identificação de pacientes com maior probabilidade de recuperar o peso após a cirurgia, uma vez que as causas latentes do ganho de peso são, de acordo com Karmali *et al.* (2013), complexas, multifatoriais, muitas vezes sobrepostas e estão relacionadas a fatores específicos do paciente bem como à técnica cirúrgica utilizada. Por essa razão, uma abordagem clínica dedicada de recidiva de peso, que ofereça aos pacientes um método estruturado e um plano organizado e multidisciplinar, pode servir como um modelo útil para profissionais que trabalham com pacientes com reincidência de peso após a cirurgia bariátrica (KARMALI *et al.*, 2013).

De acordo com Barros *et al.* (2015), o paciente, nessa fase do tratamento, já consegue estabelecer mudanças permanentes na sua rotina, desenvolvendo um novo estilo de vida pós-cirurgia. O comportamento do sujeito em tratamento precisa evoluir, mantendo a aderência à atividade física, às mudanças seletivas nutricionais e à atualização cognitiva da fase do

tratamento em que se encontra. As dietas prescritas ainda são restritivas, e alguns pacientes podem ter dificuldades de desenvolver uma evolução satisfatória diante dos aspectos da vida urbana contemporânea, como a falta de tempo, o que prejudica a capacidade de se alimentar conscientemente e de forma seletiva.

O parâmetro de sucesso do tratamento transcende a perda de peso nessa fase. As crenças limitantes presentes antes da cirurgia são ressignificadas, dando lugar a pensamentos e atitudes funcionais. A remissão e até a cura de algumas comorbidades promove uma mudança na qualidade de vida do bariátrico. A autopercepção, agora de ex-obeso, propicia comportamentos como a manutenção de atividade física, melhora no desempenho no trabalho e nas atividades diárias, inserção social, habilidades sociais e uma vida sexual ativa (BARROS *et al.* 2015).

Odom *et al.* (2010) apontam que, após a cirurgia bariátrica, permanece uma ameaça vitalícia de reganho de peso. As mudanças comportamentais desempenham um papel modulador no tratamento. Entre os preditores de manutenção do peso perdido no pós-operatório prolongado, destacam-se o controle dos impulsos alimentares, o aumento do bem-estar, a mudança dos hábitos alimentares e o automonitoramento (pesagem regular). Já entre os preditores de recuperação de peso, evidenciam-se a falta de controle sobre os impulsos alimentares, a falta de monitoramento, a diminuição do bem-estar geral pós-operatório e a menor aderência ao acompanhamento clínico.

Com isso, os estudos sugerem que os preditores comportamentais e psicológicos podem auxiliar os profissionais de saúde na triagem de pacientes. A psicoeducação sobre o tratamento cirúrgico é fundamental para a manutenção da perda de peso e para a qualidade de vida (DUCHESNE, DIAS, 2019; ODOM *et al.*, 2010). Nessa etapa do tratamento, é importante destacar a aderência do paciente, como também é relevante trabalhar esse indivíduo vinculando-o a uma rede de apoio profissional. Estudos como o de Santiago *et al.* (2021) ressaltam que determinados sentimentos – por exemplo, a angústia e a ansiedade – são possíveis dificultadores da manutenção das mudanças comportamentais. Os profissionais envolvidos mais uma vez precisam ter empatia profissional, a fim de incentivar a persistência do paciente, auxiliando nas dificuldades e motivando a aderência ao tratamento. Ribas (2013) indica que o atendimento profissional, o acolhimento e a confiança nos profissionais são alicerces para as mudanças e a continuidade necessárias.

3.2.2 Aspectos psicológicos e psiquiátricos da cirurgia bariátrica

O prejuízo psicossocial é a principal motivação do paciente obeso mórbido para realizar a cirurgia bariátrica. Esse fator compreende 66% dos casos, em comparação com apenas 10% de razões médicas (MODARRESSIET, 2013). Assim sendo, a cirurgia bariátrica representa a possibilidade de inúmeras melhorias psicossociais, dentre as quais podemos citar a melhoria da qualidade de vida, da depressão, da ansiedade, da autoestima e da imagem corporal relacionada à obesidade. Esse processo geralmente ocorre no primeiro ano após a cirurgia e dura vários anos do pós-operatório. Contudo, é relevante apontar que a presença de uma psicopatologia significativa, independentemente do grau de obesidade, como depressão maior, pode dificultar a capacidade do paciente de fazer as mudanças alimentares e comportamentais necessárias para obter o resultado pós-operatório mais bem-sucedido possível (SARWER; DILKS; RITTER, 2012).

Apesar da perda de peso drástica e melhorias na saúde física experimentadas ao longo do tempo pelos pacientes bariátricos, alguns problemas psicológicos ainda se fazem vigentes. De acordo com Sarwer, Dilks e Ritter (2012), entre 20% a 60% das pessoas com obesidade extrema sofrem de uma doença psiquiátrica. Os autores ainda destacam que aproximadamente 40% dos pacientes têm um diagnóstico psiquiátrico no momento em que se apresentam para a cirurgia. Assim sendo, é relevante avaliar a possibilidade de aspectos psicológicos e psiquiátricos que possam impactar negativamente o resultado pós-operatório.

O papel e a função dos mecanismos psíquicos associados à obesidade têm evidenciado uma relação entre obesidade e disfunção psiquiátrica (BRILMANN, 2016). Entretanto, a complexidade heterogênea desse mecanismo, aliada à etiologia, não está bem compreendida. Portanto, a obesidade ainda não pode ser incluída como um transtorno mental distinto no atual Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (APA, 2014).

A relação desordenada com a comida, presente desde o pré-operatório até o pós-operatório prolongado, também pode causar impactos significativos na saúde psíquica do indivíduo (JUMBE; HAMLET, MEYRICK, 2017). Em muitos casos pós-cirurgia, o hábito alimentar pode ser substituído por comportamentos intensos, como alcoolismo, transtornos alimentares, jogos, compras, atividade física, remédios, compulsão alimentar, entre outras dependências. Também é relevante apontar, no âmbito psíquico, a ocorrência em alguns casos de desregulação emocional, depressão e até suicídio no sujeito bariátrico. Logo, o acompanhamento psicológico se faz necessário, visto que as consequências psicológicas da cirurgia bariátrica são facilmente ignoradas se não forem rotineiramente rastreadas (CAETANO, 2016; CANETTI *et al.*, 2015; GREGORIO *et al.*, 2016; SARWER; DILKS; RITTER, 2012).

Constata-se um crescente reconhecimento da importância dos aspectos psicológicos vinculados à cirurgia (FALCÃO; VIEIRA, 2021). Cada vez mais, as evidências sugerem que os fatores psicológicos têm impacto nos resultados cirúrgicos, tanto no curto quanto no longo prazo. De acordo com Bosetto *et al.* (2017), apesar de hoje os candidatos à cirurgia bariátrica precisarem de uma liberação de um psicólogo para o procedimento, os distúrbios psiquiátricos subjacentes podem permanecer ou recorrer no pós-operatório. À intervenção psicológica avaliativa cabe, portanto, o aprimoramento das habilidades de enfrentamento do sujeito obeso, como a psicoeducação do processo. Nesse sentido, Heneghan *et al.* (2012) ressaltam um risco aumentado de suicídio entre os pacientes bariátricos. Esses achados são apoiados por Tindle *et al.* (2013), que documentaram um excesso de suicídios no pós-operatório, com 30% ocorrendo nos primeiros dois anos e quase 70% até três anos após a cirurgia. A intensificação do acompanhamento pós-cirurgia bariátrica, especialmente por mais tempo do que os seis meses recomendados, permitiria avaliar os fatores que podem estar relacionados aos suicídios pós-cirúrgicos (BOSETTO *et al.*, 2017; HENEGHAN *et al.*, 2012).

O acompanhamento psicoterapêutico no pré e pós-bariátrico tem por objetivo auxiliar o sujeito a desenvolver recursos internos que o capacitem a lidar com todas as transformações vivenciadas após a cirurgia bariátrica. De acordo com cada momento do tratamento, o obeso precisa trabalhar aspectos específicos, como as mudanças alimentares, a ansiedade, a insegurança, as frustrações, os limites, o reconhecimento do funcionamento do novo corpo, as relações interpessoais, entre outros (PAEGLE; SILVA, 2019). Berti *et al.* (2015) apontam que é importante conscientizar o obeso de que o tratamento cirúrgico, apesar de demonstrar superioridade em relação ao clínico, exige cuidados para que alcance efetivamente os resultados esperados.

Segundo Camargo (2021), nem sempre foi abordado, em correlação com a obesidade, o aspecto emocional. A obesidade era vista apenas como algo físico e não como doença. Todavia, na segunda metade do século XIX, o aspecto psicossomático passou a ser considerado de maneira mais efetiva. Franques e Levy (2019) relatam que foi a literatura francesa que começou a correlacionar a obesidade com alterações emocionais, tendo em vista o estresse emocional. Mulheres que passavam por um longo período de incertezas ou perdiam entes queridos na Primeira e na Segunda Guerra Mundial desenvolviam de forma somática a obesidade. A tendência a aumentar de peso não podia ser explicada somente pela ingestão calórica, o que promoveu as primeiras relações entre a obesidade e o aspecto emocional. Essa condição ficou conhecida como *Kummerspeck*, “gordo de tristeza” (FRANQUES e LEVY, 2019).

Autores como Meleiro (2021), Segal e Kusunoki (2021) apontam correlações entre a obesidade e alguns transtornos psiquiátricos, como depressão, transtornos do humor (TH), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtornos alimentares (TA), entre outros. Sarwer, Dilks e Ritter (2012) ressaltam a vinculação entre o excesso de peso corporal e a depressão, uma vez que pessoas com obesidade extrema têm predisposição cinco vezes maior a desenvolver episódios ou transtornos depressivos. No entanto, é relevante apontar que a incidência diverge quanto ao sexo, sendo mais forte para as mulheres do que para os homens, visto que a sociedade impõe mais pressão sobre a aparência física feminina. Seagal e Kusunoki (2021, p. 44) afirmam, ainda, que

a obesidade teve um efeito protetor contra depressão em homens enquanto previa depressão em mulheres jovens. O sexo como moderador da associação obesidade-depressão também foi observado em outra metanálise, com um risco significativamente maior (150%) entre as mulheres.

Outro aspecto de impacto é o uso abusivo de substâncias, em especial, o consumo de álcool, antes e após a intervenção cirúrgica. Pacientes bariátricos podem se tornar mais sensíveis ao álcool diante das alterações digestivas que promovem o aumento da absorção da substância no sangue (GORDON; KAIO; SALLET, 2011; SARWER; DILKS; RITTER, 2012). Durante os seis primeiros meses pós-intervenção, o paciente é proibido de ingerir bebidas alcoólicas. Entretanto, após esse período de restrição, há casos em que o indivíduo retorna ou até desenvolve o hábito alcoólico, o que pode ocorrer pela intensificação da vida social, pela intolerância alimentar ou pela manutenção do comportamento compulsivo (BOSETTO *et al.*, 2017; IVEZAJ *et al.*, 2019). Como consequência, pode haver uma “transferência de dependência”, ou seja, o alimento é substituído pela bebida (ODOM *et al.*, 2010, p. 352)⁴. Isso é mais comum no segundo ano do pós-operatório. Quanto ao sexo, essa característica está mais associada ao comportamento do sexo masculino.

Assim, a avaliação psicológica e psiquiátrica serve ao propósito de identificar e avaliar possíveis desafios pré e pós-operatórios do candidato à cirurgia, uma vez que há risco de se instalar um sofrimento psicológico pós-cirúrgico no paciente, que pode se sentir frustrado caso os resultados da cirurgia não alcancem suas expectativas – por vezes irreais – com relação à

4 Essa “transferência de dependência” (SARWER; DILKS; RITTER, 2012) pode estar relacionada ao “Transtorno do Controle dos Impulsos”. Nesse transtorno, há a falência em resistir aos impulsos de diversas ordens, e isso pode ocorrer com outros estímulos além do álcool – por exemplo, compras, jogos de azar, sexo, atividade física, abuso de substâncias em geral (CAETANO, 2016).

aparência. Isso pode levá-los a um descontentamento diante do resultado estético do procedimento (SARWER; DILKS; RITTER, 2012; TINDLE *et al.*, 2013). Dessa forma, também tem sido observada uma preocupação crescente com a imagem corporal e, por conseguinte, com o excesso de pele após a cirurgia bariátrica (MULLER *et al.*, 2019). Por essa razão, a seguir, no desenvolver desta pesquisa, daremos ênfase à importância da imagem corporal diante do desenvolvimento psicossocial do bariátrico.

3.3 IMAGEM CORPORAL

De acordo com Cash e Smolak (2011), para compreender as perspectivas sobre a imagem corporal vigentes hoje, é necessário o entendimento das origens e definições do termo. Os primeiros estudos acerca do tema datam do século XIX, início do XX, quando neurocientistas já estudavam e tratavam danos cerebrais de seus pacientes. Entre eles, estavam as vivências sensoriais, como o “membro fantasma” – membro perdido pelo paciente cuja sensação persiste. Os avanços feitos nesses estudos permitiram, já na época, um desenvolvimento da concepção de imagem corporal (CASH; SMOLAK, 2011).

Entre as décadas de 1920-1930, o médico e psicanalista Paul Schilder (1999) introduziu uma das primeiras definições de imagem corporal, relacionando-a a aspectos fisiológicos, sociológicos e libidinais em uma abordagem biopsicossocial. Dessa maneira, entende-se a imagem corporal como a figuração que a mente faz sobre o próprio corpo, ou seja, o modo pelo qual este se apresenta para cada sujeito. Essa figuração pode ser alterada ao longo do tempo, conforme a relação e a integração do corpo às situações vividas, sofrendo influência do meio externo (SCHILDER, 1999). A conceituação inicial de Schilder é ainda hoje amplamente aceita e diversos trabalhos a tomam como referência.

Além do autor, podemos destacar outros que, ao longo do tempo, contribuíram para a conceitualização da imagem corporal, como Cash e Smolak (2011), Slade (1994) e Thompson *et al* (1999). A disseminação do conceito só aconteceu na década de 1990, quando se tornou um foco de investigação científica (FERREIRA *et al.*, 2014) e recebeu novos olhares. Tavares e Campana (2012), por exemplo, exploram a imagem corporal sob a perspectiva de sua dependência de uma estrutura orgânica, embora deva ser compreendida singularmente. As autoras afirmam que

A imagem corporal inclui aspectos conscientes e inconscientes que estão inter-relacionados e interagem com o mundo externo a todo o instante, conferindo à imagem corporal um caráter variável e dinâmico. Nessa perspectiva, os

variados aspectos – sociais, fisiológicos, psicológicos e ambientais – se conectam de forma integrada em experiências de percepção de nosso corpo como um todo, ou seja, forma nossa imagem corporal (TAVARES; CAMPANA, 2012, p. 27).

Autores de grande relevância no tema apontam que a imagem corporal é um construto multifacetado e complexo, que envolve a figura mental que o sujeito tem das medidas, dos contornos e da forma do seu corpo, bem como os sentimentos diante dessas características (GARDNER, 1996; KAKESHITA; ALMEIDA, 2006). Por conseguinte, essa imagem é constantemente construída e (des)construída (CASH; SMOLAK, 2011; SLADE, 1994). Essa modificação constante se dá sob o cerne da identidade, que dá ao sujeito referências primordiais de si (NEVES; HIRATA; TAVARES, 2015; SLADE, 1994). Assim, a representação mental do corpo não é estática, constituindo-se tanto como uma estrutura quanto como um processo. No constante desenvolvimento da imagem corporal, o indivíduo tem a possibilidade de ressignificar elementos da sua vida (NEVES; HIRATA; TAVARES, 2015).

De acordo com estudos relevantes (CARVALHO; CASTRO; FERREIRA, 2014; CASH, 2011), o corpo humano muda desde o nascimento até a morte, o que promove alterações na imagem corporal do indivíduo. As experiências são distintas e, a depender da fase de desenvolvimento do sujeito, algumas características podem alterar suas adequações pessoais e sociais quanto à imagem corporal. Desse modo, o corpo é concebido como um “alvo móvel” que envolve um processo contínuo de adaptação às mudanças físicas (CASH, 2011).

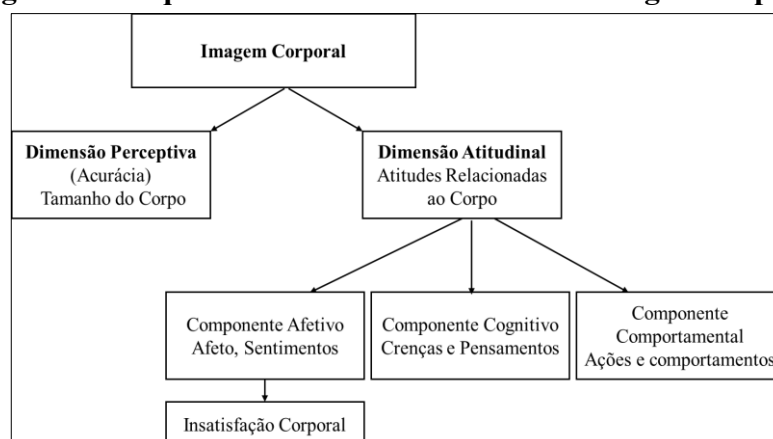
Conforme as relevantes pesquisas de Cash e Pruzinsky (2002), Cash e Smolak (2011), Castro e Morgado (2014) e Ferreira e Gardner (2012), é possível abordar a imagem corporal por duas grandes dimensões: a perceptiva e a atitudinal. A dimensão perceptiva está relacionada à análise (acurácia) no julgamento do corpo por parte do indivíduo, ou seja, ao tamanho, ao peso e à forma como o sujeito percebe seu próprio corpo (FERREIRA; CASTRO; MORGADO, 2014; NAZARÉ; MOREIRA; CANAVARRO, 2010). Gardner (2012) aponta, ainda, que o foco perceptivo inclui as sensações que o corpo recebe dos vários órgãos dos sentidos, bem como os processos psicológicos pelos quais o cérebro reconhece, organiza e interpreta as percepções. Isso se vincula ao conceito de crença, segundo o qual os indivíduos desenvolvem determinadas visões acerca de si mesmos, outras pessoas e outros contextos desde a infância. As crenças centrais são aqueles entendimentos fundamentais, nucleares e profundos de uma pessoa, consideradas verdades absolutas articuladas por ela. Elas surgem da necessidade de o ser humano extrair sentido do seu ambiente desde os estágios mais primitivos do desenvolvimento

(BECK, 1997). Quando as crenças do indivíduo o levam a desenvolver uma percepção pouco acurada do tamanho ou da forma do seu corpo, isso pode gerar no sujeito também uma distorção da sua imagem corporal. Assim, a compreensão desses processos pode auxiliar profissionais a tratarem os transtornos alimentares (GARDNER, 2012).

No desenvolver do construto da imagem corporal, os estudos da dimensão perceptiva foram predominantes até a década de 1980, quando a proposta era investigar a consolidação da imagem corporal por meio de métodos que permitissem compreender com exatidão como o sujeito estimava o tamanho, a forma e o peso de seu corpo (CASH; PRUZINSKY, 2002; THOMPSON, 2004; VAN DEN BERG, 2002). Todavia, ao longo do tempo, estudos da dimensão atitudinal ganharam mais espaço, sendo hoje os mais difundidos, tendo em vista o desenvolvimento de trabalhos com escalas atitudinais focadas nos aspectos afetivos, cognitivos e comportamentais (CAMPANA; TAVARES, 2009; CASH; PRUZINSKY, 2002; CASH; SMOLAK, 2011; SLADE, 1994).

A dimensão atitudinal da imagem corporal está associada às atitudes do sujeito, incluindo as emoções, as estratégias de enfrentamento, as cognições e ações quanto ao corpo e à aparência de acordo com os contextos sociais. Dessa forma, dentro da dimensão atitudinal da imagem corporal, autores apontam três componentes a considerar: (1) cognitivo, constituído pelos pensamentos e crenças sobre o corpo e revelador de um senso crítico mental a respeito dele; (2) comportamental, formado pelas ações sobre ou relacionadas ao próprio corpo, como evitação de situações de exposição e adoção de comportamentos de checagem corporal; (3) e afetivo, vinculado às emoções e aos sentimentos direcionados ao corpo, incluindo a insatisfação corporal/avaliação negativa do próprio corpo (CASH; PRUZINSKY, 2002; CASH; SMOLAK, 2011; FERREIRA; CASTRO; MORGADO, 2014; THOMPSON, 2004). Ambas dimensões da imagem corporal são representadas no esquema abaixo:

Figura 2 – Esquema do modelo conceitual da imagem corporal



Fonte: elaborado pela autora (2023), segundo Cash e Pruzinsky (2002)

Ao empreender uma análise da sociedade, constata-se, de acordo com cada cultura, uma diversidade de informações e significados sobre a aparência humana. Por meio dessa miríade de perspectivas, modelos e/ou expectativas relacionados à aparência são desenvolvidos e transmitidos ao indivíduo. Na busca por uma compreensão dessas variáveis relacionadas ao impacto dos padrões de beleza no indivíduo, observa-se um crescimento significativo das pesquisas em imagem corporal, especialmente no que tange ao desenvolvimento de formas de avaliação e de visões conceituais. Para os fins deste trabalho, foi adotada a Perspectiva Sociocultural (THOMPSON *et al.*, 1999; TIGGEMANN, 2011), a qual será conceituada a seguir.

3.3.1 Perspectiva Sociocultural da imagem corporal

Diante da vasta produção científica sobre imagem corporal (AMARAL; CARVALHO; FERREIRA, 2014; CARVALHO, 2016; GRAY, FREDERICK, 2012; JANKAUSKIENE, BACEVICIENE, 2020; THOMPSON, 2004), é relevante demarcar a existência de modelos de corpos ideais particulares a cada cultura. A Perspectiva Sociocultural reforça seu princípio de corpo ideal por meio da investigação das redes sociais, dos discursos presentes em postagens de Instagram, das vitrines, das revistas, entre outros. Quanto mais avançado o processo de internalização e assimilação do sujeito do padrão a ser atingido, maior será o tempo e esforço investidos na busca da beleza por meio de mudanças corporais, bem como o potencial aparecimento de transtornos alimentares nascidos da insatisfação (THOMPSON *et al.*, 1999; TIGGEMANN, 2011).

As normas culturais relacionadas à aparência afetam os indivíduos de maneira diferente, gerando respostas distintas. O meio sociocultural interfere na aparência física de uma pessoa. Os estímulos provenientes da sociedade geram respostas particulares nos indivíduos, dado que, enquanto seres sociais, o meio determina nossas ações e comportamentos. Nesse sentido, o sujeito tende a apresentar uma resposta em conformidade com as expectativas do meio, já que se busca a aceitação como ser sócio-histórico (TIGGEMANN, 2011). De acordo com Jankauskiene e Baceviciene (2020), os modelos socioculturais são dominantes na explicação de como as influências socioculturais afetam as mulheres e os homens. Além disso, os autores apontam que as associações entre as pressões socioculturais percebidas – oriundas da família, dos colegas e da mídia – são mediadas pela internalização do ideal de corpo magro e de níveis baixos de gordura/níveis elevados de tecido muscular.

Ampliando a base conceitual sobre a Perspectiva Sociocultural, identificamos que ela é estruturada em torno de quatro premissas principais, descritas por Thompson *et al.* (1999). A primeira delas aponta que os ideais sociais de beleza existem na nossa sociedade e podem apresentar particularidades de acordo com cada cultura; a segunda expõe como esses ideais são difundidos por diferentes canais socioculturais; terceira postula que, com a transmissão dos ideais de corpo, os indivíduos passam a internalizá-los, tomando como verdade absoluta o modelo de corpo ideal; e a quarta assinala que é a partir dessa internalização que os indivíduos tendem a desenvolver insatisfação com a própria aparência (AMARAL; CARVALHO; FERREIRA *et al.*, 2014; THOMPSON *et al.*, 1999; TIGGEMANN, 2011).

A primeira premissa é primordialmente vinculada ao ideal de beleza. Partindo do pressuposto de que os ideais de corpos são constituídos de acordo com cada cultura, os indivíduos são conduzidos a viver em constante conflito entre seus desejos e as expectativas sociais. Dessa forma, estabelecem-se variáveis de satisfação ou insatisfação com a aparência, as quais serão constituídas em função de os indivíduos atenderem ou não à prescrição ideal (AMARAL; CARVALHO; FERREIRA, 2014; THOMPSON *et al.*, 1999; TIGGEMANN, 2011). A insatisfação corporal com esses ideais é identificada em todas as regiões do mundo e, embora cada cultura apresente um padrão de corpo ideal, pesquisadores de diversos países estão em conformidade ao dizer que esse padrão corporal existe (AMARAL; CARVALHO; FERREIRA 2014; NEVES *et al.*, 2017; TIGGEMANN, 2011).

Ainda dentro do que consiste a primeira premissa, é relevante destacar a complexa interação de fatores evolutivos, econômicos e socioculturais vigentes em cada contexto e momento histórico (FREDERICK; REYNOLDS, 2021). Entre os processos evolutivos podemos destacar a distribuição social da gordura, a qual mudou totalmente do passado para os tempos atuais. Nas sociedades ocidentais antepassadas, o *popolo grasso* (“burguês obeso”) ocupava os extratos superiores, e o *popolo magro*, as camadas mais baixas da hierarquia social (FISCHLER, 1995, p. 77). Havia, portanto, uma prevalência de indivíduos obesos sobre os mais magros no prestígio social. Entretanto, com o passar do tempo, o ideal de magreza se tornou consenso nos países em desenvolvimento, impulsionado pela mídia dentro do sistema capitalista. Assim, os apontamentos de Mauss (1974) são respaldados ao confirmarmos que há um padrão de beleza em cada cultura, em cada tempo histórico. Por meio da “imitação prestigiosa”, os indivíduos de cada cultura constroem seus corpos e comportamentos.

A segunda premissa do modelo sociocultural é a difusão de ideais corporais nos indivíduos, a qual acontece por diferentes canais, dentre os quais estão três fontes culturais: os pais, os amigos e a mídia. Esses sujeitos podem influenciar a satisfação corporal e o

comportamento alimentar por duas vias: a internalização de um ideal corporal e a comparação social do corpo. Assim, conversas, pressões e provocações relacionadas à aparência corporal podem ser fontes de influência na imagem corporal do sujeito (THOMPSON *et al.*, 1999), conduzindo-o a possível insatisfação corporal e, por conseguinte, ao risco de desenvolver transtornos alimentares e a obesidade.

Os pais/família são considerados os vínculos primários no desenvolvimento dos filhos. Assim, exercem influência no desenvolvimento das crenças do indivíduo, seja de forma direta (como comentários sobre a aparência) e indireta (por meio de seus hábitos) (TIGGEMANN, 2011). Seguindo a análise da influência dos familiares, Keery *et al.* (2005) destacam que, à medida que as meninas passam da infância para a adolescência, ocorrem, decorrentes da puberdade, mudanças em seus corpos e nas relações com familiares e pares. Interações de membros do complexo familiar das jovens podem gerar efeitos negativos. A figura paterna está associada a níveis maiores de provocações, com efeitos diretos sobre a imagem corporal, o que não invalida a interação de irmãos mais velhos e mães, os quais, de forma indireta, podem também produzir impacto negativo para as meninas durante esse período. De acordo com Menzel (2012), as provocações recebidas dentro do complexo familiar transmitem informações relevantes sobre a aparência do indivíduo. Essa influência familiar – ou *feedback* – corrobora o desenvolvimento da satisfação ou insatisfação corporal.

A família é considerada, por alguns autores (AMARAL *et al.*, 2012; MENZEL, 2012), o primeiro contato social da criança. É nesse contexto que importantes conceitos são assimilados. Ferreira *et al.* (2014) apontam que, quando os pais tecem comentários sobre o peso corporal dos filhos, seja de forma direta ou indireta, estes sofrem transformações em sua percepção corporal. Os hábitos alimentares do complexo familiar vigente da criança também exercem influência (CABROL, 2011; PAXTON, 2011; RODGERS, 2012).

A terceira premissa é representada pela transmissão de ideais de corpos propagados, os quais são internalizados pelos indivíduos como modelo de corpo ideal. Tiggemann (2011) aponta que a aceitação desse ideal acontece pelas vias já citadas da internalização e da comparação social. Na busca por atingir esse modelo de corpo internalizado, o sujeito se coloca a desenvolver comportamentos que podem afetar sua saúde física e mental (AMARAL; CARVALHO; FERREIRA, 2014).

A mídia reflete os ideais socioculturais. Considerada, dentre os demais fatores, o mais pervasivo (AMARAL; CARVALHO; FERREIRA, 2014), ela está ativa enquanto influência constante em todas as faixas etárias: crianças, adolescentes, adultos e idosos. As tecnologias de comunicação e informação impulsionam a construção de um corpo ideal como estereótipo de

cuidado corporal (FERREIRA, *et al.* 2014; SERRA, 2001). Quanto maior a quantidade de tempo que as pessoas, mulheres especialmente, dispõem com o acesso a diferentes mídias focadas na aparência, maior tende a ser a internalização do ideal de corpo e a insatisfação corporal, levando à busca de estratégias para modificações corporais. Tiggemann (2011, p. 12) ressalta que

os padrões sociais atuais para a beleza feminina enfatizam excessivamente o desejo da magreza (...). Apesar de ser impossível para a maioria das mulheres atingir o ideal de magreza por meios saudáveis, ele é aceito e internalizado por muitas; ou seja, é adotado e incorporado pela mulher como ponto de referência para se julgar. Como é virtualmente impossível para as mulheres corresponderem a esse ideal de magreza, elas ficam invariavelmente decepcionadas, resultando em insatisfação corporal. Isso, por sua vez, pode levar a dietas e outras tentativas geralmente fúteis (e na maioria das vezes prejudiciais à saúde) de buscar a magreza, resultando em sintomas alimentares desordenados.

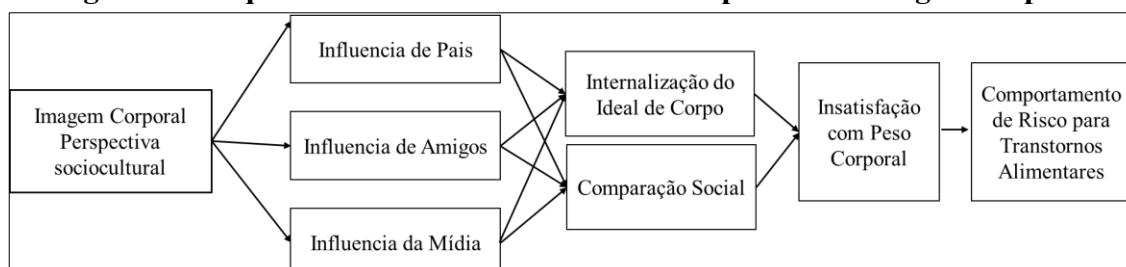
Tendo ainda como base a Perspectiva Sociocultural de estudos sobre imagem corporal, Thompson *et al.* (1999) desenvolveram o modelo teórico *Tripartite Influence Model*, traduzido para o Português como Modelo de Influência Tripartite. O termo original, *thin-ideal internalization*, pode ser traduzido como “internalização do ideal de magreza” e tem por proposta avaliar fatores de risco associados à insatisfação corporal e a reações sintomáticas em mulheres. Entretanto, é importante apontar que o processo de internalização de magreza interage com outros fatores, como, por exemplo, os culturais, que podem proteger ou colocar minorias em maior risco de patologia alimentar. Dentre esses fatores, podemos destacar a etnia e a raça nas relações de internalização do ideal de magreza (THOMPSON *et al.*, 1999).

A internalização do corpo ideal pela mídia e a aceitação, por parte dos indivíduos, especialmente pelos mais jovens, desse ideal podem afetar atitudes e comportamentos. Sabe-se que o padrão de beleza, em comparação ao próprio corpo, pode ser inferior ou superior. No caso de o modelo ser superior, isso pode levar à perda de autoestima, por se ter um modelo inatingível, o que pode gerar frustração e insatisfação. Em casos em que o modelo é considerado inferior ao seu próprio, pode-se ter uma análise positiva e um aumento da autoestima (TIGGEMANN, 2011).

Por fim, a quarta premissa é representada pela internalização e a comparação que os indivíduos tendem a desenvolver na relação entre a influência sociocultural e a insatisfação com a sua própria aparência (AMARAL; CARVALHO; FERREIRA, 2014). Tiggemann (2011) aponta ainda, a esse respeito, a tendência ao desenvolvimento da insatisfação corporal e de

distúrbios alimentares pelo sujeito. Todavia, é importante destacar que fatores como a genética, o psicológico e o ambiente podem influenciar no grau de vulnerabilidade do indivíduo. Logo, é fundamental estabelecer uma análise individualizada de cada pessoa mediante às pressões socioculturais.

Figura 3 – Esquema do Modelo de Influência Tripartite da imagem corporal



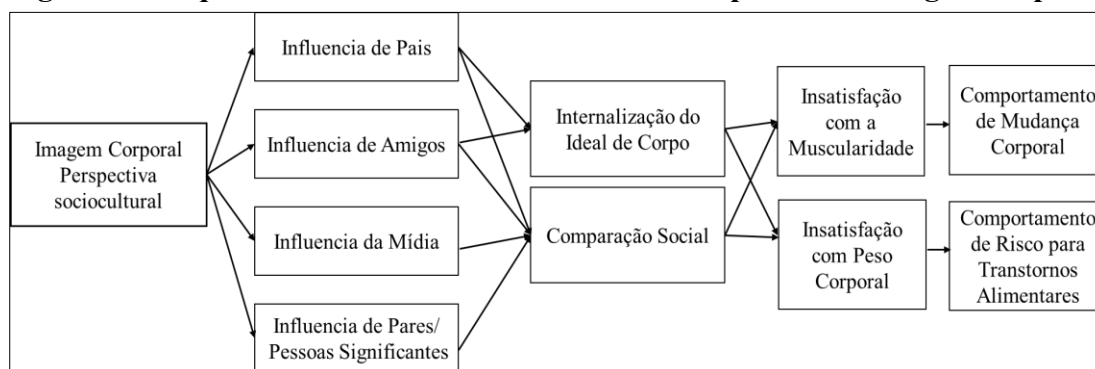
Fonte: elaborado pela autora (2023), segundo Thompson *et al.* (1999).

O Modelo de Influência Tripartite foi desenvolvido para avaliar os fatores de risco associados à insatisfação corporal e ao desenvolvimento de transtornos alimentares em mulheres. O referido modelo aponta que os pais, os amigos e a mídia são fontes de influência e pressão (THOMPSON *et al.*, 1999). Assim, o modelo teórico permite a compreensão sustentável e comprovada da imagem corporal vigente (TIGGEMANN, 2011).

O modelo foi adaptado inúmeras vezes, mantendo como base os conceitos de Thompson *et al.* (1999). No entanto, alguns autores (SCHAEFER *et al.*, 2016) apontam e incluem os pares românticos e/ou pessoas significantes como uma variável de influência sociocultural, renomeando o modelo como Modelo de Influência Quadripartite. Quando aplicado à insatisfação corporal, os pares amorosos e/ou pessoas significantes podem influenciar os indivíduos potencialmente propensos a terem crenças de desvalor sob seus corpos, muitas vezes, levando em consideração comentários depreciativos para manter a proximidade no relacionamento (CARRIERE; KLUCK, 2014). Assim, Ogden e Taylor (2000, p. 26) apontam que:

Os resultados desses estudos sugerem que as crenças dos pais, irmãos e colegas de um indivíduo podem contribuir para explicar os níveis de insatisfação corporal. Outra fonte de informação é o parceiro sexual de um indivíduo. Pode-se supor que, de acordo com a influência de familiares e pares, o parceiro sexual de um indivíduo contribuiria para sua insatisfação corporal, seja positivamente por meio de elogios ou negativamente por meio de críticas. Em consonância com isso, o grau de influência se refletiria nos níveis de concordância sobre o tamanho do corpo dentro do casal.

Figura 4 – Esquema do Modelo de Influência Quadripartite da imagem corporal



Fonte: elaborado pela autora (2023), segundo Thompson *et al.* (1999).

De acordo com Amaral, Carvalho e Ferreira (2014), a Perspectiva Sociocultural permite “discutir o corpo como ator e autor da cultura, enquanto produto e produtor do meio em que vive” (AMARAL; CARVALHO; FERREIRA, 2014, p. 173). A proposta deste estudo é avaliar a perspectiva do corpo obeso das mulheres frente ao ideal social de beleza enquanto assimilação e reflexo do contexto cultural (AMARAL; CARVALHO; FERREIRA, 2014). Assim, a Perspectiva Sociocultural tem mostrado um quadro geral muito útil para a visualização da imagem corporal contemporânea (TIGGEMANN, 2011).

3.3.2 Imagem corporal e o sexo feminino

No que tange aos ideais corporais transmitidos tanto para mulheres quanto para os homens, uma vasta produção científica demonstra a ênfase na aparência feminina em maior proporção do que na masculina. De acordo com Murnen (2011), até a década de 1970, não havia diferença significativa entre a satisfação corporal de mulheres e homens. Porém, nos anos seguintes, por volta da década de 80, essas diferenças de sexo tornaram-se significativas, tomando proporções maiores a partir de 1990.

Várias pesquisas (CASH; SMOLAK, 2011; DEMAREST; ALLEN, 2000; LATNER, 2012; MURNEN, 2011; TIGGEMANN, 2011) apontam que homens e mulheres experimentam algum grau de insatisfação corporal. Ao explorarmos as teorias socioculturais, encontramos os mesmos fatores de pressão (pais, colegas, mídia e pares) exercendo influência sobre mulheres e homens, mas em proporções distintas. As pesquisas de Murnen (2011) corroboram essa diferença ao apontarem a mídia como a influência mais pervasiva sobre as mulheres do que sobre os homens. É notório um foco maior na beleza feminina, bem como uma maior variação nas transformações do padrão de beleza feminino ocorridas ao longo da história. Um exemplo dessa resignificação estética é o padrão corporal que vigorava nos séculos XIV-XVII, quando

o corpo feminino, para ser considerado sexualmente atraente e bonito, precisava ser um corpo volumoso (TIGGEMANN, 2011).

Murnen (2011) ressalta que o estereótipo do corpo feminino vem se modificando ao longo dos anos, o que é notório ao acessarmos as imagens corporais de mulheres da década de 1950, representados por quadris e seios mais volumosos. Com o passar do tempo, mais precisamente nas décadas de 1970 e 1980, esses corpos foram se tornando mais magros e sexualizados, divulgados em revistas de moda e também na mídia voltada ao público masculino. A pressão estabelecida pela mídia às mulheres as encorajava a aceitar uma imagem acoplada à aquisição do *status* de objeto sexual, de modo que as atitudes femininas se empenhavam em ser cada vez mais sensuais, ao usar biquínis, roupas justas e penteados diferentes e realçar partes específicas do corpo, como os seios. Ainda segundo a autora, pesquisas da mesma época observaram que, para se sentirem *sexy*, os homens só se preocupavam em estar limpos e perfumados. Essas diferenças refletem a ideia de que as mulheres são mais pressionadas a obter uma “sensualidade” corporal (MURNEN, 2011, p.175).

Explorando mais a imagem corporal de homens e mulheres, e de acordo com Murnen, (2011), é possível encontrarmos algumas diferenças. A autora, associa o o corpo feminino à magreza e à sensualidade, e o corpo masculino à magreza com ênfase na musculatura. O conceito de mulher ideal é personificado por partes de seu corpo, representados culturalmente por cintura fina, nádegas arredondadas, lábios carnudos, cabelos compridos, pernas longas – partes que enfatizam um modelo de corpo atraente. E em busca desse sucesso social, as mulheres tendem a investir tempo, energia e dinheiro por acreditarem que, uma vez magras, terão uma vida melhor. O corpo perfeito está associado ao sucesso no emprego, maior competência e até satisfação nos relacionamentos românticos (MURNEN, 2011).

Na revisão dos estudos de Grogan (2011) e Murnen (2011), foi possível identificar que a exposição ao ideal de imagem corporal magro na mídia está associado a transtornos alimentares, enquanto as evidências de insatisfação corporal atingem um número tão representativo entre as mulheres que chegam a ser descritas como normativas. Menzel (2012) aponta que mais de 70% das mulheres americanas universitárias, em algum momento de suas vidas, passaram por algum estigma relacionado à sua aparência física. Ainda de acordo com as pesquisas do autor, algumas particularidades como nariz, olhos e cabeça receberam cerca de 45% de provocações, seguido por 36% de discriminações quanto ao peso e forma dos corpos femininos (MENZEL, 2012). As normas e expectativas Socioculturais ocidentais colocam uma pressão importante na magreza das mulheres, por isso, quando comparadas aos homens, elas são mais propensas a vivenciar sua forma e peso corporal de forma negativa.

Assim, Gelsleichter e Zucco (2017, p. 112). apontam:

“A face feminina da obesidade situa a necessidade pungente de discussões com recorte de gênero para a prevenção da doença e a prestação dos serviços. A predominância crescente de mulheres com excesso de peso no cenário atual demonstra que as iniquidades e atribuições de gênero determinam a identidade da obesidade. Destaca-se que tal realidade não é uma particularidade vivida por mulheres, fazendo-se presente também entre a população masculina, embora de forma diferenciada e projetando outros marcadores sociais, que reafirmam a importância dos estudos feministas e de gênero serem considerados nas análises sobre obesidade.

Diante de um modelo Sociocultural vigente, que enfatiza a magreza para mulheres, os homens, diferentemente, tendem a apresentar um funcionamento psicológico mais saudável, com maior aceitação de si e mais relações positivas com os outros, o que se evidencia inclusive em indivíduos magros, que desejam ser maiores do que seu tamanho atual devido a preocupações com a falta de musculatura (LATNER, 2012). Nota-se, assim, que os homens tendem a padrão de imagem corporal mais flexível (ARAÚJO *et al.*, 2018; GILLEN, 2015).

3.3.3 Imagem corporal no contexto da obesidade e da cirurgia bariátrica

A questão de base para a condução da presente pesquisa são os aspectos atitudinais da imagem corporal de mulheres em processo pré e pós-cirurgia bariátrica. Definida mediante aos aspectos perceptivos (tamanho do corpo) e atitudinais (cognitivas, comportamentais e afetivas) do sujeito, a imagem corporal se constitui de forma multidimensional. Alguns estudos (Grilo *et al.*, 2005; Heinberg *et al.* 2020; Rosenberger, Henderson, Grilo, 2006) destacam a necessidade de abordar a imagem corporal durante todas as etapas de desenvolvimento da cirurgia bariátrica. Williams *et al.* (2017) corrobora com essa proposta ao sugerir que as pessoas com obesidade tendem a apresentar distúrbios na maneira como sentem, comportam, pensam e experimentam seus corpos. Tal situação pode justificar a busca pelo tratamento cirúrgico, uma vez que candidatos à cirurgia bariátrica demonstram altos níveis de insatisfação corporal.

Inserido no contexto de uma lógica social da magreza, o indivíduo obeso é tratado, não raro, com discriminação e preconceito. Sentimentos de baixa autoestima, dificuldades nos relacionamentos sociais e afetivos, privações na realização de atividades diárias, além de diversas outras questões ligadas a fatores psicológicos perfazem as atitudes e percepções do obeso. Além disso, de acordo com Janet *et al.* (2011), há evidências de que a obesidade está

relacionada a doenças crônicas e ao encurtamento da vida útil do sujeito. Em consonância com isso, cria-se um estigma severo na sociedade.

O preconceito público e a discriminação direcionados aos obesos por causa de seu peso podem gerar comportamentos e pensamentos disfuncionais, como, por exemplo, o sentimento de medo ou humilhação ao comer em locais públicos. Outro exemplo dessa distorção cognitiva se faz presente quando esses sujeitos se sentem julgados pelo conteúdo de seu carrinho de supermercado (LEWIS *et al.*, 2011). O estigma social pode por vezes passar despercebido por determinadas pessoas, no entanto, pode ser expresso por outras. Atitudes disfuncionais do sujeito obeso podem refletir um encadeamento de significados, perfazendo um descontentamento ao se verem em espelhos e fotografias (VARNS; FISH; FAHA, 2018).

De acordo com Castro, Pinhatti e Rodrigues (2017), pesquisas identificam que, no que tange à avaliação da imagem corporal em indivíduos candidatos à cirurgia bariátrica, há prevalência de foco na avaliação da dimensão atitudinal do processo. A dimensão atitudinal vem sendo abordada por meio da mensuração da satisfação em relação ao próprio corpo. Tavares, Campana e Campana (2010) afirmam que são poucos os estudos que investigam efetivamente a dimensão perceptiva da imagem corporal na literatura. Os pesquisadores mostraram que pessoas “com IMC alto e com imagem corporal distorcida tendem a desenvolver mais prejuízos para sua saúde do que aqueles com IMC elevado, sem distorções de imagem corporal. Ou seja, indivíduos obesos com o mesmo peso terão desfechos de imagem corporal distintas, a depender da forma como percebem o próprio corpo” (CASTRO *et al.*, 2017).

Pona *et al.* (2017) sugerem que pessoas com obesidade tendem a passar por traumas psicossociais que influenciam negativamente sua imagem corporal, pois, uma vez que a magreza representa, em determinadas sociedades, felicidade e sucesso, isso afeta diretamente o autovalor de indivíduos obesos, geralmente envergonhados de si mesmos. A pessoa considerada gravemente obesa descreve emoções como estar “presa” em um corpo enorme (KNUTSEN *et al.*, 2011; PONA, *et al.*, 2017). De acordo com Blasco *et al.* (2020), a depressão na obesidade também está associada à preocupação com a imagem corporal, pois o estigma relacionado ao peso nas pessoas obesas pode estar associado ao aparecimento da sintomatologia depressiva. Diante de tal contexto, apesar de a cirurgia bariátrica ser o tratamento mais eficaz para a obesidade grave, é fundamental considerar o papel das preocupações com a imagem corporal na abordagem clínica da pessoa que se submeteu à cirurgia bariátrica, de modo a otimizar o funcionamento psicológico desses indivíduos (SOUSA *et al.*, 2014).

De acordo com os estudos realizados por Gilmartin *et al.* (2016), o processo de tratamento cirúrgico mostra ter benefícios positivos, especialmente em relação à melhoria do

bem-estar e da qualidade de vida dos pacientes. Entretanto, o processo é, ao mesmo tempo, desafiador e empoderador, visto que, os ajustes na imagem corporal dos pacientes que passam por um processo de transição. No âmbito dos desafios enfrentados, Marchesini e Nunes (2019) apontam que a recidiva de peso cumpre o papel de diminuir a distância entre a imagem do corpo atual e a imagem corporal idealizada, mas que os motivos particulares que levam o sujeito obeso ao tratamento cirúrgico divergem significativamente e impactam nas expectativas, muitas vezes irrealistas, quanto à perda ponderal. O sujeito pode acreditar que, com o emagrecimento alcançado com a cirurgia, tudo na sua vida mudará para melhor quando atingir perdas significativas de peso. A não concretização das expectativas pode desencadear pensamentos automáticos limitantes e promover atitudes disfuncionais.

A maior parte dos pacientes submetidos à cirurgia evolui com excessos de pele após a grande perda de peso, o que pode acarretar problemas físicos e psicológicos (MARCHESINI; NUNES, 2019). Nesse sentido, deve-se ressaltar que percepções como a de “flacidez”, “aparência de doente” e “falta de contorno corporal” estão presentes na avaliação negativa quanto à imagem. Assim, esse momento do tratamento pode desencadear sintomas psicopatológicos, levando até mesmo a um prognóstico ruim, além de insucesso no tratamento. Tudo isso demonstra que os bariátricos em geral não estão preparados para as sequelas da perda maciça de peso (KITZINGER, *et al.*, 2012).

O paciente precisa trabalhar a satisfação corporal após o processo cirúrgico, porque a melhora da satisfação não necessariamente se estende para um melhor contentamento com o corpo. No caso das mulheres, é comum que se desenvolva um incômodo com as áreas dos seios, abdômen, coxas e braços (LUNA; FERREIRA, 2022; SARWER; DILKS; RITTER, 2012). Diante de tal cenário, é importante ressaltar que o paciente tem direito assegurado de utilizar de tecnologias de reparo do corpo. A percepção do indivíduo para com uma área específica pode melhorar após a cirurgia para redução da flacidez, mas o foco de insatisfação pode então se deslocar para outra região não operada. Com isso, os pacientes submetidos à cirurgia pós-bariátrica tendem a desejar mais intervenções. Outro ponto importante a ressaltar é a correlação direta entre quantidade de excesso de pele removida e ganho de cicatrizes (FERREIRA; GARCIA; PEDROSO, 2018), pois elas também constituem um foco de mudança na imagem corporal.

Uma outra questão que se manifesta na percepção do pós-bariátrico é a chamada “gordura fantasma” (*phantom fat*), que foi descrita em algumas pesquisas (ADAMI *et al.*, 1998; ANNIS, CASH, HRABOSKY, 2003; CASH *et al.*, 1990, 1994; FOSTER, MATZ, 2002; MARCHESINI; NUNES, 2019), com base no conceito de membro fantasma de Cash (1994).

De maneira análoga, as autoras observam que diversos pacientes bariátricos permanecem com a sensação de obesidade mesmo após a perda de peso – isto é, como uma “gordura imaginária” ou um “órgão fantasma”.

Como já discutido, a perda rápida de peso e, por conseguinte, de medidas gera no sujeito dificuldades de enxergar-se magro. Assim, a percepção de si mesmo oscila, em momentos distintos, entre estar mais magro ou mais gordo, de maneira por vezes desconectada da etapa do processo. A imagem corporal perde sua continuidade no tempo e no espaço e a pessoa desenvolve dificuldades para transformar a visão que tem de si, na qual o corpo permanece aprisionado ao “fantasma” do que foi (MARCHESINI; NUNES, 2019).

Esse fenômeno não é incomum. Segundo Marchesini e Nunes (2019, p. 386), “a observação clínica mostra que é frequente a queixa da dificuldade de enxergar-se magro apesar da consciência da magreza que o pós-bariátrico atinge”. Afirmam, ainda, que

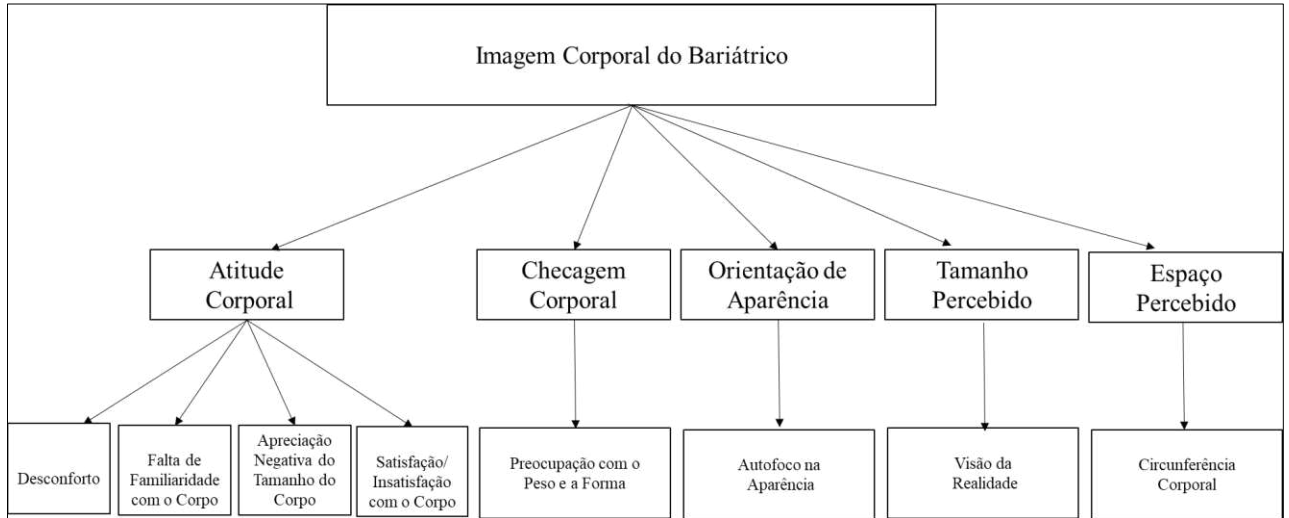
a percepção que a própria pessoa tem de seu corpo não depende apenas do aspecto visual observado no espelho – depende de seu aparato perceptivo das influências do ambiente, da cultura em que vive, entre outros fatores. Assim, essa imagem corporal pode já estar perturbada em diferentes graus e níveis antes da cirurgia, o que não está diretamente ligado à cirurgia bariátrica enquanto causa pontual dessa dissociação entre o corpo percebido e o corpo mensurado (MARCHESINI; NUNES, 2019, p. 384).

Além disso, de 20 a 50% dos pacientes começam a recuperar parte do peso entre os primeiros 18 e 24 meses após a cirurgia. Isso pode ser percebido como uma espécie de regressão, o que gera quebra de expectativas. Ansari e Elhag (2021) ressaltam, também, que é necessário abordar os dois tipos de falha na perda de peso. A primeira possibilidade é a de que o paciente tenha perda de peso insuficiente, ou seja, < 50% do seu peso inicial ao longo de 18 meses pós-cirurgia. A segunda é que a perda de peso seja bem-sucedida (isto é, > 50%), mas que ocorra uma recuperação progressiva posteriormente. Ambos os tipos de falha podem gerar uma percepção errônea de fracasso e levar o indivíduo a desistir ou recair em comportamentos disfuncionais para seu tratamento, resultando em recuperação de peso adicional (BRILMANN, 2016).

Observa-se, então, que são muitos os aspectos que podem influenciar ou contribuir para oscilações na imagem corporal. Varns, Fish e Faha (2018), em um estudo específico sobre a imagem corporal em bariátricos, identificam uma rede de interações por meio da qual se

estabelece um modelo da organização da imagem corporal nesses indivíduos. A figura a seguir apresenta uma adaptação desse modelo.

Figura 5 – Esquema do modelo de Imagem Corporal do Bariátrico



Fonte: adaptado e traduzido de Varns, Fish e Faha (2018, p. 56)⁵.

O modelo de Varns, Fish e Faha (2018) contempla os diversos conceitos discutidos ao longo desta seção, quais sejam: a “atitude corporal”; a “checagem corporal”; a “aparência”; o “tamanho percebido” e, por fim, o “espaço percebido”. Desse modo, apresenta-se como uma ferramenta importante para o entendimento da imagem corporal do paciente bariátrico.

Diante dos apontamentos levantados sobre imagem corporal, evidencia-se que a relação do indivíduo com o seu próprio corpo é revisitada e reanalisada a todo instante, já que é por meio dele que se interage com o mundo e vice-versa. O meio, pelo contato social, faz com que novas ressignificações aconteçam quanto às expectativas, às percepções e às sensações, constituindo um (re)construir da identidade bariátrica a todo momento. As evidências indicam que, após a cirurgia bariátrica, os pacientes têm sentimentos, pensamentos e comportamentos mistos sobre sua imagem corporal. As modificações corporais geram sentimentos ressignificados expressos através de uma satisfação (ou insatisfação) mental (VARNS; FISH; FAHA, 2018).

A avaliação da equipe multidisciplinar também pode ajudar a identificar potenciais desafios pós-operatórios e inibir alterações comportamentais que possam gerar o reganho de peso a longo prazo. A esse respeito, a avaliação assume um componente mais psicoeducativo.

⁵ O modelo original de Varns *et al.* (2018) inclui duas camadas adicionais, que subdividem as informações em outros conjuntos. Não reproduzimos essas camadas porque seu conteúdo não é relevante para os propósitos do trabalho.

Embora existam recomendações publicadas sobre sua estrutura e seu conteúdo, ainda têm de ser estabelecidas diretrizes consensuais. Quase todas as avaliações se baseiam em entrevistas clínicas com pacientes; aproximadamente dois terços delas incluem também instrumentos ou medidas do questionário de sintomas psiquiátricos e/ou testes objetivos de personalidade ou psicopatologia. Avaliações mais abrangentes avaliam os conhecimentos do paciente sobre cirurgia bariátrica, histórico de peso e dieta, alimentação, atividades e hábitos, assim como os potenciais obstáculos e recursos que possam influenciar os resultados pós-operatórios (MARCHESINI; NUNES, 2019; SARWER; DILKS; RITTER, 2012).

Frederick e Reynolds (2021) apontam dois pontos sobre as contribuições dos modelos socioculturais: (i) a identificação dos fatores que contribuem para a insatisfação corporal e (ii) a identificação de pontos de intervenção para pesquisadores, o que em muito norteia e abre a possibilidade de intervenção para os profissionais da saúde. Ainda de acordo com os autores, as “conversas sobre gordura” configuram um modelo Sociocultural do ideal de magreza. À medida que as mulheres “internalizam” essas mensagens relacionadas ao corpo, há uma internalização de crenças que englobam aspectos cognitivos, afetivos e perceptivos, constituindo a insatisfação corporal e as necessidades de modificação da aparência.

4 MÉTODOS

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, de acordo com a Resolução nº 466/12. O parecer consubstanciado de aprovação foi registrado sob o número de identificação 50971221.8.0000.5147 e parecer número 5.005.666 e pode ser verificado no Anexo I.

Todos as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) *on-line*, que consta no Apêndice A, aceitando participar voluntariamente da pesquisa. No termo, consta a explicação dos objetivos e procedimentos do estudo e ressalta-se que as participantes não tiveram nenhum custo, ou receberam qualquer vantagem financeira. Também foi garantido o anonimato de todas as participantes, podendo elas retirarem seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. Todos os dados ficarão arquivados por cinco anos e, após esse tempo, serão descartados.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este trabalho caracteriza-se como qualitativo, uma vez que objetiva elucidar a experiência de participantes em tratamento de emagrecimento cirúrgico por meio da análise de relatos individualizados. A coleta de dados foi realizada por meio de grupos focais *on-line*, os quais propiciaram a troca de opiniões e vivências, criando condições para que as participantes expressassem suas experiências, sentimentos, comportamentos, pensamentos e crenças a respeito do tema (FIELDING, LEE, BLANK, 2017; RICHARD *et al.*, 2021). Ao mesmo tempo, este é um estudo descritivo, pois se propõe a estabelecer um levantamento amplo da situação analisada, considerando as fases de desenvolvimento do tratamento bariátrico e os pensamentos, sentimentos e as atitudes das mulheres com obesidade.

4.3 GRUPOS FOCAIS

4.3.1 Caracterização e conceituação dos grupos focais

Os grupos focais são considerados como uma técnica de pesquisa qualitativa na qual se reúne um grupo de pessoas com características em comum para discutirem e compartilharem experiências a respeito de um determinado tema (BARBOUR, 2009). De acordo com Giordan

e Sarti (2021, p. 707), é “um procedimento afinado (...) voltado à produção de conhecimentos que nos auxiliem na interpretação da realidade vivida pelos sujeitos”. Considerado um bom instrumento para levantamento de dados em investigações e intervenções educativas, terapêuticas e motivacionais, tem por potencial metodológico gerar dados que contribuam para ações voltadas ao bem-estar e à qualidade de vida.

A técnica permite que os participantes verbalizem seus *insights* e experiências, além de prover dados a respeito de como membros típicos de um determinado grupo cultural geralmente lidam com impasses e discordâncias daquele grupo em particular (BARBOUR, 2009; SOUZA, 2020). Ainda de acordo com Barbour (2009), os encontros grupais possibilitam aos participantes explorarem seus pontos de vista a partir de reflexões sobre um determinado fenômeno social em comum, atingindo um nível reflexivo que outras técnicas podem não alcançar. Além disso, os grupos focais podem ser usados para examinar não somente o que as pessoas pensam, mas como e por que pensam. Pode facilitar, ainda, a discussão de temas que normalmente são pouco explorados ou até mesmo evitados, por gerarem comentários mais críticos (KIND, 2004).

O grupo focal tem como uma de suas maiores riquezas basear-se na tendência humana de formar opiniões na interação com outros sujeitos. Nas entrevistas e questionários, o participante por vezes é convocado a emitir opiniões sobre assuntos nos quais talvez nunca tenha pensado anteriormente, sendo esse mais um contraste entre as duas técnicas metodológicas. Outro benefício é que os participantes mais extrovertidos, geralmente, conseguem envolver e estimular os demais (KIND, 2004).

Quanto às suas limitações, em alguns casos, a discussão grupal pode reprimir determinadas posturas que sejam dissidentes dos demais participantes, podendo ocorrer dificuldades de total anonimato, interferências quanto aos juízos de valores por parte do pesquisador e riscos de que as discussões sejam desviadas ou dominadas por poucos participantes. No entanto, o grupo focal vem se consolidando como uma ferramenta que proporciona resultados confiáveis e, por isso, continua a ser uma das mais utilizadas em pesquisas qualitativas (DANGERFIELD *et al.*, 2021; HOFFMANN *et al.*, 2022; MORGADO *et al.*, 2012; WONG *et al.*, 2021). Ademais, a abordagem dos grupos focais tem sido adotada em estudos internacionais em um contexto de investigação da imagem corporal em pacientes bariátricos (BUTT; WAGNER; RIGBY, 2020; LEHOUX *et al.*, 2006).

Tendo em vista os aspectos abordados sobre o grupo focal, justificamos a escolha desta ferramenta metodológica como maneira de promover a interação dos participantes e fomentar respostas mais aprofundadas. Buscou-se investigar como as participantes dos grupos focais

projetavam e ressignificavam sua imagem corporal diante das transformações que a intervenção cirúrgica pode desencadear em seus corpos e em suas vidas, de acordo com as etapas do tratamento. Nesse sentido, a metodologia dos grupos focais tem, em nossa pesquisa, como temas de interesse principal: a obesidade; a cirurgia bariátrica; o momento em relação à cirurgia; os pensamentos, sentimentos, crenças e comportamentos a respeito da imagem corporal; a influência de pais, amigos, pessoas significantes e mídia.

4.3.2 Grupos focais on-line

De acordo com Veloso (2020), a ciência vem trazendo mudanças metodológicas substanciais, tendo em vista os avanços tecnológicos da sociedade. As tecnologias digitais de informação e comunicação propiciam um novo olhar metodológico. De acordo com Bordini e Sperb (2011), o uso da técnica dos grupos focais *on-line* tem se tornado cada vez mais presente na prática de pesquisas científicas. A metodologia possibilita aos participantes compartilharem em tempo real suas experiências, independentemente da localização geográfica em que se encontram (RICHARD *et al.*, 2021).

De acordo com Mineiro *et al.* (2019) e Richard *et al.* (2021), as pesquisas comparativas entre grupos focais presenciais e grupos focais *on-line* (ou síncronos) têm permitido apontamentos que impulsionam as pesquisas virtuais. A estruturação do funcionamento dos grupos focais *on-line* tem apresentado diferenças positivas em sua realização, entre elas: maior liberdade para se expressar no grupo; dispensa de um local físico de reunião; economia com viagens; economia do tempo de locomoção; economia de equipamentos de gravação de vídeo ou áudio específicos, uma vez que os próprios *softwares* de chamada de vídeo fazem a gravação; variedade de opções quanto a plataformas *on-line* para desenvolver o grupo; possibilidade de mensagens simultâneas orientando os componentes da pesquisa; e maior reflexão das respostas.

Todavia, é importante ressaltar que, para garantir a qualidade, efetividade e privacidade nas coletas de dados *on-line*, são necessários alguns pré-requisitos, tanto para o pesquisador como para o participante, tais como: o acesso e estabilidade à rede de Internet (conexão *wi-fi* doméstica ou rede de dados móveis); equipamentos (celular, computador, câmera, microfone e fones de ouvido); ambiente privativo e silencioso, a fim de assegurar o mínimo de interrupções; e estabelecimento de regras de confidencialidade com os participantes antes do início da discussão (KRALIK *et al.*, 2006; SCHIMIDT *et al.*, 2020).

Considerando os benefícios e limitações da coleta de dados *on-line*, evidencia-se que grupos focais *on-line* geram dados equivalentes aos presenciais. A presente pesquisa propõe a

utilização do *WhatsApp* para a comunicação e o recrutamento e do *Google Meet* para o espaço virtual da discussão grupal. Essas ferramentas foram o alicerce metodológico para a coleta de dados dos quatro grupos focais desenvolvidos. Salienta-se que o *Google Meet* permite aos pesquisadores conduzir o grupo de forma síncrona com a gravação simultânea da discussão, a qual é posteriormente analisada por meio da transcrição dos discursos de cada integrante (MINEIRO *et al.*, 2019; RICHARD *et al.*, 2021).

4.3.3 *Membros do grupo focal e suas funções*

Segundo Morgado, Campana e Tavares (2012), para constituir o planejamento estrutural de funcionamento de grupo focal, é importante ajustar o objetivo para a realização da pesquisa. O delineamento segue, então, a etapa de estruturação dos membros da equipe técnica que compõem o grupo. São eles: o(s) moderador(es), o(s) observador(es) e, por fim, o(s) auxiliar(es) de pesquisa.

De acordo com Barbour (2009), o moderador pode ser o próprio pesquisador ou outro profissional, o qual precisa ter experiência prévia de grupo focal para que a discussão entre os participantes possa fluir. O uso de apenas um moderador para cada grupo focal é o mais utilizado. Entretanto, alguns pesquisadores têm realizado a sessão do grupo focal com a participação de dois moderadores (GORDON; KAIO; SALLET., 2021; KADIMPATI, 2014; SYDORA *et al.*, 2020). A conversa precisa ser liderada de forma imparcial, proporcionando intervenções que facilitem as trocas de opiniões. Além disso, o moderador deve ter a habilidade de conduzir o grupo, administrando ambiguidades e inspirando confiança; enfatizar que não há respostas certas ou erradas; elaborar estratégias para contornar situações difíceis e inusitadas; propiciar momentos de fala a todos os participantes; despertar a confiança do grupo e gerar empatia entre os membros; parafrasear ou reutilizar comentários. Além disso, o moderador deve ter excelente memória de curto prazo, podendo ser capaz de lembrar comentários que os participantes fizeram no início do grupo e, então, correlacioná-los com aqueles feitos no meio e final (BARBOUR, 2009).

A presença do moderador é significativa na dinamização dos grupos e está relacionada ao preparo e instrumentalização em todas as fases do processo. No decorrer do encontro, o moderador deve conduzir cada etapa, realizando esclarecimentos sobre a dinâmica de discussões e os aspectos éticos vinculados ao estudo e ao processo interativo (BARBOUR, 2009). O papel do moderador deve ser menos diretivo e mais centrado no processo de discussão

(GONDIM, 2002). Além disso, é função do moderador criar um ambiente relaxado e propício para que diferentes percepções e pontos de vista venham à tona, sem pressão para que seus participantes cheguem a um consenso ou estabeleçam algum plano conclusivo (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

O observador também desempenha um papel relevante no desenvolvimento dos encontros (SOUZA, 2019). Barbour (2009) aponta que o observador tem a função de registro tanto descritivo como reflexivo. Os observadores devem ser apresentados ao grupo no contato inicial com os participantes, no entanto, deve-se esclarecer que eles não participarão das discussões. Esses cuidados são fundamentais para que consigam obter as observações necessárias à pesquisa. A eles cabe a descrição detalhada do comportamento dos participantes, sendo considerados elementos não verbais, muitas vezes expressos por meio de expressões faciais, aparência física, modo de vestir, modo de falar e de agir, além de aspectos que possam diferenciar os participantes. De acordo com Spink *et al.* (2014), contar com um ou mais observadores amplia as possibilidades e execução de registros no momento da pesquisa. Os autores enfatizam o quão importante é estar atento às relações dentro do grupo e, por conseguinte, fazer o registro dessas particularidades. O posicionamento do observador precisa assegurar a observação de rostos e a escuta do que todos dizem.

O auxiliar de pesquisa no grupo focal exerce a função de suporte na condução das discussões. Dentre as atribuições do auxiliar estão a colaboração com o moderador no controle do tempo e monitoramento do equipamento de gravação. Além disso, o auxiliar ainda pode fazer anotações rápidas e de destaque das principais falas, bem como de momentos em que há embates ou discordâncias. Também podem colaborar para retomada de tópicos durante a mesma sessão, caso percebam que houve um desvio do assunto principal (SOUZA, 2019).

Moderador, observador e auxiliar devem estar em sintonia no uso de estratégias para interferir na discussão, mudanças de tema, dentre outros movimentos do grupo (BARBOUR, 2009). Para o desenvolvimento desta pesquisa, a equipe técnica que atuou durante as coletas dos grupos focais contou com cada um dos membros recomendados pela literatura. O papel do moderador principal foi conduzido pela mestrandia, autora deste trabalho (A.F.A.T). A orientadora atuou como moderadora auxiliar (C.M.N), por possuir experiência na condução de grupos focais. Cinco outros pesquisadores membros do LABESC/UFJF fizeram parte da coleta de dados, atuando como observadores e/ou técnico/auxiliar de pesquisa (L.M.; C.X.C.; M. R. S.; E. B. S.; R.P.).

4.4 PARTICIPANTES

A população do estudo foi composta por mulheres, com idade igual e/ou superior a 18 anos, que tinham como característica central comum estarem em processo pré ou pós-operatório para o tratamento da obesidade por meio da cirurgia bariátrica.

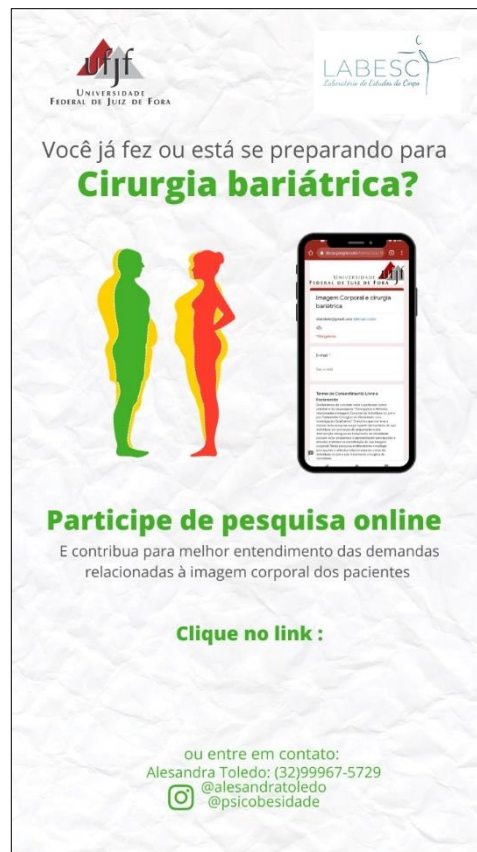
Foram considerados como critérios de elegibilidade a inclusão de mulheres que soubessem ler e escrever, aquelas que tivessem acesso às tecnologias de informação, comunicação e familiaridade com a plataforma *on-line* para coleta de dados (*Google Meet*) e disponibilidade para participar do grupo focal *on-line* no dia e horário previamente agendados. Elas também precisavam aceitar participar voluntariamente da pesquisa, assinando eletronicamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi considerado como critério de exclusão as mulheres que não conseguissem estar presentes ou tivessem algum empecilho para a realização do grupo focal.

Buscando manter características homogêneas entre as participantes e maior aproximação com as etapas do tratamento, a amostra foi dividida em 4 grupos, de acordo com o momento em que se encontravam em relação à cirurgia, conforme a descrição a seguir: Grupo 1 – mulheres em processo preparatório para a cirurgia; Grupo 2 – mulheres já submetidas ao tratamento cirúrgico com até 12 meses de pós-operatório; Grupo 3 – mulheres submetidas há mais de 12 até 36 meses de pós-operatório; e Grupo 4 – mulheres com mais de 36 meses de pós-operatório (acompanhamento prolongado). Quanto ao tamanho dos grupos, foi estabelecido um mínimo de 3 (três) e máximo de 8 (oito) pessoas em cada reunião. A premissa foi possibilitar a participação de todas.

O recrutamento das participantes foi realizado por meio de três estratégias distintas. Primeiramente, foram recrutadas pacientes em clínicas médicas especializadas no tratamento da obesidade por intervenção cirúrgica. Para tal, foram estabelecidos contatos com três clínicas no município de Juiz de Fora/MG, nas quais os médicos e/ou responsáveis pelas clínicas consentiram com a realização da pesquisa por meio da assinatura da declaração de infraestrutura (Apêndices B, C e D). Ressalta-se ainda que as clínicas especializadas (clínicas de cirurgia de gastroplastia, clínica de endocrinologia e psicologia clínica) foram considerados os locais de maior acesso ao público-alvo desta pesquisa.

Num segundo momento, e visando ampliar o recrutamento, o convite para a participação na pesquisa foi divulgado por meio de *Websites*, *blogs*, grupos de *WhatsApp*, *Facebook* e *Instagram* direcionados ao público-alvo. A imagem da arte de divulgação está representada na Figura 6.

Figura 6 – Arte de divulgação da pesquisa nas redes sociais



Fonte: elaborado pela autora (2023)

E por fim, contou-se ainda com a fonte primária de participantes, as quais indicaram outras pacientes que se encaixavam nos critérios estabelecidos para o desenvolvimento da presente pesquisa. Naderifar, Goli, Ghaljaei (2017), apontam o método *Snowball sampling* - conhecido como “bola de neve” - como um método de amostragem importante já que, está baseado em referências em cadeias, proporcionando ao pesquisador gerar uma amostra.

As autoras apontam:

Nesse método, o pesquisador pede as primeiras amostras, que geralmente são selecionadas por conveniência de amostragem, caso conheçam alguém com visões ou situações semelhantes para participar da pesquisa. O método bola de neve não só leva pouco tempo, mas também fornece ao pesquisador a oportunidade de se comunicar melhor com as amostras, pois são conhecidos da primeira amostra, e a primeira amostra está vinculada ao pesquisador (NADERIFAR, GOLI, GHALJAEI, 2017, p. 02).

Assim, também foi utilizada a amostragem por bola de neve para compor as fontes de dados com características específicas da amostra, o que foi satisfatório visto que, as próprias

entrevistadas, recrutaram novas participantes para o estudo (NADERIFAR; GOLI; GHALJAEL, 2017).

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

4.5.1 Questionário sociodemográfico

Com a intenção de coletar dados sociodemográficos para descrição amostral, foi aplicado um questionário elaborado pelos próprios pesquisadores (Apêndice E). Este instrumento é composto por perguntas diretas e objetivas, a fim de acessar dados pessoais como nome, data de nascimento, idade (em anos), cidade/estado onde mora, escolaridade, estado civil, cor da pele, se tem filhos (quantos), peso atual (kg), peso máximo atingido antes da cirurgia (kg), estatura (m), tempo passado desde o diagnóstico de obesidade, tratamentos para a obesidade antes da cirurgia e, por fim, qual a data da cirurgia (ou previsão para a cirurgia).

4.5.2 Questionário para acessar o nível socioeconômico

A situação socioeconômica foi avaliada de acordo com os critérios da Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), que leva em consideração o quantitativo de itens de conforto na residência da participante, bem como a infraestrutura de saneamento do local de sua residência e o grau de instrução do chefe de família. Os critérios para classificação econômica atribuem pontos em função de cada característica e realizam a soma das pontuações variando de 0 a 100. A classificação é dada da seguinte forma: A (100-45 pontos); B1 (44-38 pontos); B2 (37-29 pontos); C1 (28-23 pontos); C2 (22-17 pontos); D/E (16-0 pontos). Pontuações mais altas indicam níveis socioeconômicos mais elevados (ABEP, 2020; ANEXO 2).

4.5.3 Guia do moderador

Um roteiro de questões pode ser utilizado como ferramenta para conduzir as entrevistas em grupo. Considerando a natureza interativa e problematizadora das entrevistas focais, sugerem-se algumas questões para a elaboração do roteiro: questões de abertura, questões introdutórias, questões de transição, questões principais e questões de fechamento (FONSECA, 2017; KRUEGER, 1994).

O guia do moderador de cada grupo é essencial para que a interação entre os investigados seja conduzida e estimulada para discussão do tópico proposto. A comunicação entre os participantes permite a coleta de dados de diversas pessoas concomitantemente e o reconhecimento da interação grupal para o fortalecimento de diferentes tipos de dados (POPE; MAYS, 2009).

De forma a atender aos objetivos da presente investigação e para estar coerente com a composição de cada um dos grupos focais, foi elaborado um roteiro para servir de guia para as discussões. No desenvolver do grupo piloto, os integrantes do elaborado um guia do moderador para os grupos focais, sendo necessário a seleção das perguntas de acordo com interesse do grupo focal on-line (APÊNDICE F). Vale ressaltar ainda que os roteiros foram submetidos à apreciação dos integrantes do grupo de pesquisas LABESC, sendo avaliado por 13 pesquisadores.

A reunião do grupo de estudos serviu como análise de especialistas, já que contou com a participação de pesquisadores em diferentes níveis de formação (professores e alunos de Pós-graduação e Graduação), os quais fizeram apontamentos item a item de forma a aprimorar o instrumento. Assim, o Guia do moderador foi reorganizado de acordo com as orientações e reformulações dos temas abordados. Nesse sentido, houve o refinamento do roteiro e, por conseguinte, o melhor aprofundamento metodológico da temática.

4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O processo da coleta de dados foi realizado em duas etapas. Na primeira, foi realizado o recrutamento das participantes pelo contato com as clínicas médicas, profissionais especializados no público-alvo e divulgação da pesquisa pelas redes sociais. Posteriormente, foi realizado o contato telefônico para convidar as potenciais participantes da pesquisa e reforçada a divulgação do *link* da pesquisa por meio de mídias sociais.

Subsequentemente, as mulheres elegíveis foram convidadas a participar da pesquisa com data e hora agendadas para a realização das reuniões *on-line* por meio da plataforma *Google Meet*, com duração estimada de 60 a 150 minutos. Aquelas mulheres que concordaram em participar da pesquisa receberam um lembrete do convite para o grupo focal no dia anterior ao agendamento. Uma vez recrutadas as participantes, elas foram informadas sobre os objetivos da pesquisa.

No momento da reunião *on-line*, foi disponibilizado o TCLE (APÊNDICE L) para leitura e assinatura digital. No mesmo link, as participantes responderam ao questionário

sociodemográfico e socioeconômico. Em seguida, as moderadoras, observadores e participantes interagiram e discutiram sobre o tema. A reunião foi conduzida pelas moderadoras com base no roteiro preestabelecido para cada grupo. É importante destacar que o ambiente dos encontros foi acolhedor e seguro, facilitando o debate e aprofundamento das discussões. A moderadora conduziu e estimulou a interação entre as investigadas, para que discutissem sobre o tópico proposto. As participantes tiveram a possibilidade de comunicar suas percepções diante da constituição de sua imagem corporal no cenário da obesidade.

Os grupos focais foram gravados e transcritos na íntegra e, posteriormente, submetidos à análise. Foi reforçado o anonimato e assegurada a concordância dos membros do grupo sobre confiabilidade.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para as análises dos dados, foi realizada de forma sistemática a organização de todo o material produzido nos grupos focais, a saber: as anotações dos pesquisadores e transcrições de áudio e gravações.

Para realização da análise do material obtido nos grupos focais, foi utilizada a metodologia da Análise de Conteúdo de Bardin (1977), o software *Microsoft Office Excel*, versão 2016, para a organização das informações sociodemográficas e socioeconômicas, e a ferramenta *on-line* e gratuita *Google Docs* em sua função de digitação por voz. Ainda de acordo com a conceitualização de Bardin, a análise de conteúdo pode ser entendida como um conjunto de técnicas e análises de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens.

As análises foram realizadas em quatro etapas, sendo a primeira a pré-análise, em que foi realizada uma leitura flutuante dos documentos coletados. Sequencialmente, procedeu-se na exploração do material por meio da releitura dos documentos, estabelecendo a construção de operações de codificação. Na terceira etapa, foi realizada a categorização conceitual, na qual os resultados foram tratados e foi estabelecida a criação de categorias e agrupamento de dados semelhantes, de acordo com os critérios definidos no processo. Por fim, na quarta etapa, procedeu-se com a inferência e interpretação dos conteúdos manifestos e latentes, contidos em todo o material coletado.

Após o processo de leitura, seleção, interpretação e análise das unidades de significado de cada discurso das participantes da pesquisa, foi realizada uma síntese das entrevistas. Elas

foram agrupadas de acordo com os aspectos da imagem corporal e as fases do tratamento da participante.

Mediante as propostas de preservar a identidade das mulheres participantes da pesquisa e melhor organização do material coletado, seus nomes foram ocultados. Códigos de identificações para cada mulher foram criados, considerando o momento da cirurgia em vigor. A letra “G” representou o grupo no qual a participante estava incluída de acordo com o momento da cirurgia (GP, G1, G2, G3 ou G4). Cada participante foi identificada pela letra “P” seguida por uma sequência numérica (P1, P2, P3, (...) a P23), acompanhada pela idade em anos. O código completo pode ser exemplificado como: “G3, P15, 37 anos”.

5 ESTUDO PILOTO

5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO: A PREPARAÇÃO PARA O ESTUDO PILOTO

O estudo piloto ou projeto-piloto é considerado uma versão de pequena escala da pesquisa e tem por objetivo reproduzir os meios e métodos planejados para uma coleta de dados definitiva (SILVA; OLIVEIRA, 2015; ZACCARON *et al.*, 2018). Diante disso, a presente pesquisa realizou um estudo piloto com o objetivo de testar a adequação de todos os procedimentos e instrumentos contidos no método de pesquisa, a fim de possibilitar as adaptações necessárias na coleta final de dados dos grupos focais. Canhota (2008) destaca que, apesar de serem tomados todos os possíveis cuidados na fase de planejamento da pesquisa, é no momento do delineamento e implementação do piloto que falhas antes imperceptíveis podem emergir.

Assim, com a implementação do grupo piloto com pacientes bariátricas pós-operatório até 12 meses de intervenção, foi possível testar o guia do moderador (APÊNDICE J); testar a aplicação, compreensão e tempo gasto despendido respondendo os questionários sociodemográfico e socioeconômico: testar a metodologia de funcionamento para recrutar os participantes (amostra); treinar o pesquisador na coleta de dados, norteados quais comentários fazer e quando fazer para que nada fosse perdido enquanto registro; testar os equipamentos de mídia; e, por fim, estabelecer a dinâmica dos componentes do grupo focal (moderador, observador e auxiliares).

5.2 MÉTODOS – A APLICAÇÃO DO ESTUDO PILOTO

Com relação ao número de participantes, foi acordado um número mínimo de três e máximo de oito. Para evitar um número insuficiente de participantes, um telefonema e uma mensagem via *WhatsApp*, com as informações de participação do *Google Meet* e o *link* da videochamada, foram elaborados pelo moderador (C.M.N.) e distribuídos a um número de seis pessoas, as quais confirmaram presença no grupo piloto (GP). Assim, no dia 25 de março de 2022, às 19 horas, o acesso à pesquisa foi divulgado. Houve, portanto, um lembrete sobre o aceite em participar da pesquisa.

O grupo piloto foi realizado às 10 horas do dia 26 de março de 2022. Considerando que o tamanho ideal de um grupo focal é aquele que permita a participação efetiva dos componentes e a discussão adequada dos temas, o estudo piloto contou com quatro pacientes de duas clínicas, ambas localizadas na cidade de Juiz de Fora, MG. A seleção dos participantes foi feita por

conveniência e de acordo com os critérios do Grupo 2, pacientes já submetidas ao tratamento cirúrgico até 12 meses de intervenção. A reunião foi gravada pelo auxiliar; a utilização deste recurso foi condicionada à expressa permissão das participantes dos grupos.

No momento da abertura da reunião do grupo focal foram enfatizadas as informações: (1) a apresentação das quatro integrantes da pesquisa e dos membros da equipe de pesquisa; (2) o caráter voluntário da participação mediante a assinatura do TCLE; (3) os objetivos gerais da pesquisa e do grupo focal piloto; (4) o Questionário Sociodemográfico; (5) o Questionário Socioeconômico; (6) e a condução das questões previamente elaboradas. O moderador (C.M.N.) e o auxiliar (A.F.A.T.) asseguraram que as participantes preenchessem os questionários propostos. A complexidade do tema, conciliada ao guia do moderador, permitiu que a atividade fosse executada com uma média de aproximadamente 140 minutos.

5.3 RESULTADOS – OS DESDOBRAMENTOS DO ESTUDO PILOTO

O grupo piloto foi composto por quatro mulheres que já haviam sido submetidas à cirurgia bariátrica em um período de até 12 meses. Em relação às características sociodemográficas, as participantes tinham idades entre 23 e 37 anos (média de idade = $30,25 \pm 7,80$ anos). Todas se autodeclararam brancas. Quanto à escolaridade, duas (50%) tinham Ensino médio e duas (50%) Pós-graduação. A maioria delas era casada ($n=3$), duas (50%) tinham filhos e duas (50%) não tinham filhos. Quanto à classificação ABEP, duas (50%) participantes tinham classificação A, uma classificação B1 (25%) e uma classificação C1 (25%). A Tabela 1 apresenta a caracterização das participantes do grupo focal piloto.

Tabela 1 – Caracterização das participantes do grupo piloto

Variáveis	N	%
Cor da pele		
Branco	4	100
Negro	-	-
Pardo	-	-
Amarelo e indígena	-	-
Escolaridade		
Ensino Fundamental	-	
Ensino médio	2	50
Ensino superior	-	-
Pós-graduação	2	50

Continua

Continuação

Estado civil		
Solteira	1	25
Casada	3	75
Divorciada/Viúva	-	-
Filhos		
Sim	2	50
Não	2	50
Nível socioeconômico		
A	2	50
B1	1	25
B2	-	-
C1	1	25
C2	-	-
D/E	-	-
IMC máximo atingido	46,62	-
Peso máximo atingido	36,61	-
Perda de peso	27,5	-

Legenda: IMC = índice de massa corporal.

Fonte: elaborado pela autora (2023)

No que diz respeito às características das participantes quanto ao tratamento cirúrgico, como mencionado *a priori*, todas as participantes estavam alocadas na fase pós-operatório imediato até 12 meses de cirurgia bariátrica. A média de IMC máximo (kg/m²) foi de 46,62, de IMC atual (kg/m²), de 36,61, e a média de perda de peso foi de 27,5 kg. A Tabela 4 apresenta as características das mulheres quanto ao tratamento cirúrgico da obesidade.

Mediante as discussões que decorreram durante a realização do grupo piloto, as quais foram bastante proveitosas, e embora não tenha sido adotado no corpo da pesquisa principal, gostaríamos de ressaltar algumas falas das participantes, as quais foram muito marcantes para essa investigação. Assim, os assuntos analisados foram revisitados ao longo do desenvolvimento da pesquisa principal. Seguem as falas selecionadas no grupo piloto on-line:

[Dores físicas] “Então eu cresci já com a dificuldade da obesidade. Dor no corpo, dificuldade para fazer alguma atividade.” (GP, P4, 37 anos)

[Cansaço/fraqueza/excesso de peso] “E a obesidade para mim significa peso.” (GP, P4, 37 anos)

“As pessoas acham que pelo nosso corpo ser grande, ele aguenta tudo, mas não é assim.” (GP, P4, 37 anos)

[Dor psíquica] “Mas até então a obesidade para mim era estética, questão de autoestima, e nisso daí eu posso dizer que a obesidade fez estragos assim que

eu sinceramente não sei se são reparáveis, mesmo emagrecendo. Porque é uma vida né, uma vida se sentindo inferior porque você não tem o corpo no padrão, né. Então, obesidade é isso, é limitação, limitação para muitos física e para mim, muito emocional mesmo.” (GP, P1, 37 anos)

[Imagem Corporal negativa] “Quando fala imagem corporal, a primeira coisa que me vem à mente é espelho. E é o que eu enxergo no espelho. E aí tem as questões da distorção, que eu acho assim, até há pouco tempo achava que acontecia só comigo.” (GP, P1, 37 anos)

“Quando eu saí dos 100 kg por exemplo, eu pensava assim: nunca mais vou voltar. Aí já vinha uma dúvida: será que eu nunca mais vou voltar? Porque eu posso ter reganho. Se eu me descuidar, eu posso ter reganho.” (GP, P1, 37 anos)

[Vergonha] “E toda vez que eu saía, eu sentia que tinha alguém debochando de mim, ou fazendo uma brincadeirinha. Eu era chamada para aniversário de amigo meu da escola, e eu não queria ir, sempre dava uma desculpa, porque se eu chegasse lá todo mundo ia ficar, assim: ‘Nossa gente, olha o tamanho da (GP, P2, 24 anos)!’

[Solidão] “É uma luta muito solitária. As pessoas tendem a reduzir a obesidade. Já me disseram inúmeras vezes: é só fechar a boca. Como só fechar a boca? E o que a gente vive, o que a gente sente?” (GP, P1, 37 anos)

[Exclusão social] “(...) eu me fechei. Eu não saía... Como veio a pandemia também. A última imagem que as pessoas tiveram de mim foi um pouco mais magra. Então nos últimos 3 anos que eu engordei, teve 2 anos de pandemia. Então me tranquei, não queria que as pessoas vissem a que ponto eu cheguei. (...) eu não queria sair de casa. Eu chegava até mesmo a chorar pra não sair de casa. Então, eu acho que o que mais me afetou foi o estético, não querer que as pessoas vissem a que ponto eu cheguei.” (GP, P3, 23 anos)

[Satisfação corporal] “Eu tô me achando a coisa mais gostosa da vida. Ontem eu tava falando com meus amigos que a bariátrica tá me devolvendo aos poucos uma coisa que eu não tinha, que é a autoestima, prazer em me arrumar, prazer em comprar uma roupa, me maquiar, tirar uma foto.” (sic) (GP, P2, 24 anos)

[Libido e Sexualidade] “Eu estava fechada pra balanço antes da cirurgia, mas agora eu estou me sentindo!” (GP, P2, 24 anos)

[Fracasso após tratamento cirúrgico] “Eu luto com o sentimento de: nossa, eu mutili meu corpo porque eu não tive força de vontade, sabe?” (GP, P1, 37 anos)

[Pesar (checagem) ou não (evitação)] “E eu tenho que parar com outra coisa que (...) é pesar toda hora. É isso que eu acho que acaba comigo. Eu tento, eu falo assim: vou pesar uma vez no dia, só que aí depois! Ah, deixa eu ver a diferença se eu tomar água, aí eu me peso. E eu fico fazendo essas coisas.” (GP, P3, 23 anos)

[Olhar no espelho (checagem) ou não (evitação)/ comparar] “Eu tenho espelho espalhado para tudo que é lado da minha casa, só no meu quarto, se não me engano eu tenho três.” (G4, P21, 36 anos)

“Porque eu pedia pra quem estava comigo, (...) quando eu via alguém mais gordinha na rua ou coisa assim, eu falava assim: meu corpo é igual ao daquela pessoa? Porque eu não tinha essa noção do meu corpo, sabe?” (GP, P4, 37 anos)

[Comportamento sedentário] “eu comecei a sentir mais a questão do peso no corpo mesmo assim, de ficar cansado e tal. Mas eu devo isso e muito mais ao sedentarismo do que à própria obesidade, no meu caso.” (GP, P1, 37 anos)

[Abaixar e levantar/cruzar as pernas] “Eu não podia brincar com meu filho, é muita limitação (...). E como você explica isso pra uma criança de 1 ano, que você não consegue abaixar pra brincar com ele?” (GP, P2, 24 anos)

[Desleixo] “(...) que a nossa imagem é tida como desleixada. Às vezes eu queria determinados cargos que a aparência, a questão física, o padrão físico eram olhados. (...) Eu me sentia muito mal e queria realmente mudar o meu corpo.” (GP, P4, 37 anos)

[Transferência de dependência] “Não vai ficar alcoólatra não, hein?! Se não conserta um e atrapalha outro.” (sic) (GP, P1, 37 anos)

[Comportamento alimentar inadequado] “(...) já que eu comi isso, eu vou engordar, então tenho que deixar de comer aquilo pra não piorar. São coisas que eu fazia na dieta restritiva, eu achava que deixar de comer uma certa refeição ia compensar, ou ia me fazer perder bastante peso.” (GP, P2, 24 anos)

[Ir a evento ou não ir] “Eu não saía... (...) A última imagem que as pessoas tiveram de mim, foi um pouco mais magra. (...) Eu chegava até mesmo a chorar pra não sair de casa.” (GP, P3, 23 anos)

[Engajar em tratamentos convencionais e/ou farmacológicos] “Então, (...) eu fui no médico que (...) me passou uns medicamentos. (...) Eu emagreci 15kg em 40 dias. Eu fiquei igual a um urso panda, eu tinha umas olheiras pretas embaixo, assim. E uma tremedeira, não conseguia comer nada que eu fazia vômito. Aí eu abandonei o tratamento, vi que era uma loucura.” (GP, P1, 37 anos)

[Ficar de pé/ andar/ subir escadas] “(...) eu não conseguia andar. Teve uma vez que eu travei a coluna por conta do meu peso, (...) às vezes meu joelho virava e tudo por conta desse excesso de peso.” (GP, P2, 24 anos)

[Atribuição de culpa/culpa] “Então eu saí da casa da minha mãe e comecei a morar com meu namorado. E lá, querendo ou não, eu tinha a alimentação que minha mãe fazia e tal. Mas quando eu vim pra cá, meu namorado começou a pedir muita comida, e aí sim que foi meu disparo. Em 3 anos eu ganhei muito peso. Eu fui de 85Kg, 90Kg, para 142,8Kg, que foi o peso que eu operei.” (GP, P3, 23 anos)

[Estigma de inferioridade] “Querendo ou não me sujeitaram, só porque eu era acima do peso. É bem pesado, é uma vida que eu não quero ter nunca mais.” (GP, P2, 24 anos)

[Estigma dos profissionais de saúde] “E muitas vezes falam assim: vou te passar um remedinho, e você tem que emagrecer para poder melhorar essa

questão. (...) Aí eu abandonei o tratamento, vi que era uma loucura.” (GP, P4, 37 anos)

[Apelido] “E toda vez que eu saía, toda vez, eu sentia que tinha alguém debochando de mim, ou fazendo uma brincadeirinha, (...) eu não queria ser a piada.” (GP, P2, 24 anos)

[Pensar gordo e gordura fantasma] “Então uma coisa que eu ainda não sei é identificar meu corpo. (...) as meninas falam: ‘Nossa, você já tá magra, você ainda quer emagrecer mais? Você já tá bem’. E eu falo: Gente, eu ainda tô gorda, né? (...). É uma coisa que parece até meio contraditório, né? Então essa questão de imagem corporal é uma coisa muito maluca. Eu não sei definir não.” (sic) (GP, P1, 37 anos)

[Pais/família – ambiente obesogênico] “(...) a obesidade vem desde a infância, ter uma mãe alimentadora, lá em casa até os cachorros foram obesos.” (GP, P4, 37 anos)

“Minha família gosta muito de festas, tem natal come, tem páscoa come, tem aniversário come, tudo é motivo pra comer.” (GP, P1, 37 anos)

[Pais/família – comentários negativos sobre a obesidade] “(...) é muita coisa que a gente passa, dentro de casa a gente escuta muita piada, coisa que isso faz você ter complexo com seu corpo.” (GP, P2, 24 anos)

[Amigos] “E aí eu tinha muita vergonha de encontrar com as pessoas que eu conhecia antes, sabe aquelas pessoas que você não vê há muito tempo, da sua adolescência, da sua juventude?” (GP, P3, 23 anos)

Após a realização do grupo piloto, os membros do grupo (moderador, observador e auxiliares) se reuniram logo após o encerramento do grupo piloto, a fim de acessar as notas das falas e comentários das participantes. O guia do moderador norteou as discussões nos grupos, porém, foi identificada a necessidade da realização de alguns ajustes. O roteiro inicialmente formulado continha muitos itens, fazendo com que a discussão se prolongasse e exigindo flexibilidade na condução dos debates, tendo em vista as inúmeras pontuações sobre o tema. Apesar da flexibilidade, os roteiros constituem a espinha dorsal da condução dos debates, visto que é fundamental ter dimensões de comparabilidade entre os diversos grupos focais. Sendo assim, o guia do moderador passou por algumas modificações para a versão aplicada na pesquisa principal, a qual pode ser visualizada no Apêndice H.

Outro aspecto relevante foi a dificuldade de reunir um número suficiente de participantes no grupo, conciliando o período de tratamento em que a participante estava, a data, o horário e a disponibilidade para execução da pesquisa. Portanto, ficou acordado o recrutamento de um número maior de mulheres em cada grupo, para que o mínimo de três

participantes fosse atingido, não comprometendo a realização do grupo por número insuficiente de participantes.

Exercer a moderação de um grupo focal requer do moderador e do apoio algumas habilidades específicas no manejo de discussões em grupo. Foi necessário ter sensibilidade na condução do grupo, de modo a manter o foco sobre os interesses do estudo sem negar aos participantes a possibilidade de expressarem-se espontaneamente. A flexibilidade na utilização do guia do moderador e a garantia da participação de todos os integrantes durante a entrevista evitaram o estabelecimento de um membro dominante.

O grupo piloto foi de grande relevância para a realização da pesquisa principal. Os apontamentos dos integrantes do grupo focal piloto (moderador, observador e auxiliares) propiciaram a revisitação de alguns pontos para maior organização e controle de alguns vieses que poderiam comprometer a qualidade dos grupos focais principais.

Por fim, destaca-se que o conteúdo das informações provenientes do grupo piloto, expresso por meio das falas das participantes, também foi considerado na análise do estudo principal. Isso significa que as categorias apresentadas a seguir também englobaram as locuções das mulheres participantes do estudo piloto.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O capítulo da presente dissertação apresenta os resultados e discussão provenientes da pesquisa principal desenvolvida. Optou-se por separar o capítulo em outros 2 subcapítulos; o primeiro deles apresenta dados de caracterização da amostra, e o segundo se propõe a discutir as categorias criadas a partir das falas das participantes nos grupos focais.

Reforçamos aqui que o conteúdo das informações provenientes dos quatro grupos (G1, G2, G3, G4) foram analisados simultaneamente, sem haver separação quanto às principais falas/queixas de cada grupo de acordo com a fase do tratamento cirúrgico.

6.1 CARACTERIZAÇÃO AMOSTRAL

Participaram da pesquisa principal 19 mulheres com idade entre 24 e 62 anos, provenientes de três estados brasileiros: a maioria de Minas Gerais (n=17), seguido por São Paulo (n=1) e pelo Rio de Janeiro (n=1). Ressalta-se que não houve participantes excluídas por nenhum dos critérios de exclusão estabelecidos.

Em relação às características sociodemográficas, a média de idade das participantes foi de 40,95 anos. A maioria se autodeclarou branca (73,3%). No que diz respeito à escolaridade, das 19 participantes, sete (36,9%) relataram ter terminado o Ensino Médio, sete (36,9%), a Pós-Graduação e cinco (23,2%), o Ensino Superior. Quando perguntadas sobre o estado civil e se tinham ou não filhos, a maioria das participantes afirmaram ser casadas (63,2%) e terem filhos (63,1%), respectivamente. Quanto ao nível socioeconômico, de acordo com a classificação da ABEP, a maioria das participantes tinha classificação A, o que corresponde a uma pontuação de 45 a 100 pontos.

Em relação às características das participantes quanto ao tratamento cirúrgico da obesidade, a média do peso máximo atingido antes da cirurgia (em kg) em cada um dos quatro grupos foi 136kg, 119kg, 107kg e 109kg, respectivamente. O IMC máximo atingido em cada um dos quatro grupos foi de 47,32, 43,68, 41,94 e 41,20, respectivamente. Quando perguntadas sobre o máximo de quilos perdidos com tratamentos conservadores ou cirúrgicos, a média foi de 25,95 kg. A Tabela 2 apresenta a caracterização das participantes em relação às variáveis descritivas.

Tabela 2 – Caracterização amostral das mulheres em tratamento cirúrgico da obesidade participantes da investigação principal em relação às suas variáveis numéricas (média \pm desvio padrão) e frequência absoluta e relativa das variáveis categóricas (n e %)

	G1(n=3; 15,7)	G2 (n=4; 21,1)	G3 (n=5; 26,4)	G4 (n=7; 36,8)	Total (n=19; 100)
Idade	30 \pm 7,81	46,5 \pm 8,34	34,6 \pm 7,33	53,14 \pm 9,22	40,95 \pm 12,21
IMC máximo atingido	47,32 \pm 5,02	43,68 \pm 6,45	41,94 \pm 5,81	41,20 \pm 2,46	42,88 \pm 4,90
Peso máximo atingido	136 \pm 2,0	119,07 \pm 16,27	107,8 \pm 13,84	109,42 \pm 9,86	115,26 \pm 14,94
Perda de peso	-	25,85 \pm 13,24	42,8 \pm 11,14	35,14 \pm 19,7	35,21 \pm 16,30
Cor da pele					
Branco	2 (66,7%)	4 (100%)	2 (40%)	6 (85,7%)	14 (73,3%)
Negro	1 (33,3%)	-	-	-	1 (5,2%)
Pardo	-	-	3 (60%)	1 (14,3%)	4 (21,5%)
Amarelo e indígena	-	-	-	-	-
Escolaridade					
Ensino fundamental	-	-	-	-	-
Ensino médio	2 (66,7%)	1 (25%)	1 (20%)	3 (42,8%)	7 (36,9%)
Ensino superior	1 (33,3%)	1 (25%)	1 (20%)	2 (28,6%)	5 (23,2%)
Pós-graduação	-	2 (50%)	3 (60%)	2 (28,6%)	7 (36,9%)
Estado civil					
Solteira	3 (100%)	1 (25%)	1 (20%)	1 (14,3%)	6 (31,6%)
Casada	-	3 (75%)	4 (80%)	5 (71,4%)	12 (63,2%)
Divorciada/Viúva	-	-	-	1 (14,3%)	1 (5,2%)
Filhos					
Sim	-	3 (75%)	3 (60%)	6 (85,7%)	12 (63,1%)
Não	3 (100%)	1 (25%)	2 (40%)	1 (14,3%)	7 (36,9%)
Nível socioeconômico					
A	1 (33,3%)	1 (25%)	4 (80%)	4 (57,2%)	10 (52,6%)
B1	1 (33,3%)	2 (50%)	1 (20%)	2 (28,6%)	6 (31,6%)
B2	1 (33,3%)	1 (25%)	-	-	2 (10,6%)
C1	-	-	-	-	-
C2	-	-	-	1 (14,3%)	1 (5,2%)
D/E	-	-	-	-	-
Local de residência					
Minas Gerais	3 (17,6%)	3 (17,6%)	4 (23,5%)	7 (41,1%)	17 (89,4%)
São Paulo	-	1 (100%)	-	-	1 (5,2%)
Rio de Janeiro	-	-	1 (100%)	-	1 (5,2%)

Legenda: G1 = Grupo 1 (Pré-cirúrgico); G2 = Pós-imediato até 12 meses; G3 = Pós-cirúrgico de 12 a 36 meses; G4 = Pós-cirúrgico prolongado acima de 36 meses; IMC = Índice de Massa Corporal.

Fonte: elaborado pela autora (2023)

Pelos resultados, é possível perceber um predomínio de mulheres brancas, com maior nível de escolaridade e maior classificação de nível socioeconômico. Tais características corroboram o fato de todas as participantes terem sido atendidas em clínicas particulares e todas estarem credenciadas a algum convênio ou plano de saúde complementar. Por terem obesidade

em classe I, II ou III, elas tiveram o direito de realizar o tratamento pelo plano complementar. todavia, é importante ressaltar que, o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria nº 424/2013, garante o direito à cirurgia bariátrica para as seguintes indicações: indivíduos que com $IMC \geq 50 \text{ Kg/m}^2$; indivíduos com $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$, com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos; e indivíduos com $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$ e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido os protocolos clínicos (BRASIL, 2013). É importante destacar que nenhuma das participantes realizou o tratamento cirúrgico pelo SUS.

A partir dos resultados relativos ao pós tratamento cirúrgico da obesidade (G2, G3 e G4), foi possível perceber as variações de peso entre as integrantes dos grupos focais on-line. Segundo as pesquisas de Neta (2019), há uma dualidade expressa entre a perda de peso no primeiro ano de pós-operatório e a continuidade do tratamento ao longo dos anos. Assim, algumas mulheres relataram ter reganho de peso após 24 meses de cirurgia bariátrica. Apesar de ser considerada o tratamento padrão ouro entre os tratamentos, a cirúrgica não é uma solução definitiva para a obesidade.

Outro aspecto investigado no presente estudo diz respeito aos dados clínicos quanto ao tempo (em anos) de convivência com a obesidade, como também quanto ao momento do diagnóstico da doença crônica. O que evidenciou diferenças significativas entre os quatro grupos visto que: a maioria das participantes relatou ter recebido o diagnóstico de obesidade na vida adulta ($n= 9$; 47,3%), seguido pelo diagnóstico na adolescência ($n= 6$; 31,6%) e na infância ($n= 4$; 21,1%).

Em relação aos diversos tipos de tratamento para obesidade, com exceção de uma participante, que relatou nunca ter feito nenhum tipo de tratamento, todas as demais já tinham realizado tratamentos conservadores, conservadores e/ou farmacológicos e cirúrgicos. Destacamos ainda o processo de tratamento da obesidade de duas participantes; (G2, P11, 47 anos), no G2, que se submeteu pela segunda vez à cirurgia bariátrica há 11 meses, e (G4, P23, 57 anos), no G4, que passou a dois anos pelo procedimento de Plasma de Argônio.

Mediante ao reganho de peso após a sua cirurgia bariátrica, algumas pessoas relataram ter se submetido a processos complementares ao tratamento cirúrgico, seja repetindo o procedimento ou recorrendo a aplicação de Plasma de argônio. Este procedimento se apresenta

como uma forma de perda e subsequente perda de peso através da inserção de um gás na cavidade gástrica que diminui a anastomose e consequentemente acaba por restringir a ingestão de alimentos (VAZ, BERBERI, MARTINS, 2022). Em face do cenário da pesquisa, apresentamos a seguir, a Tabela 3, a qual esboça a diversidade das participantes de acordo com variáveis como: idade, momento em relação a cirurgia, IMC máx. (kg/m²) e IMC atual (kg/m²).

Tabela 3 – Identificação de cada participante em relação ao seu grupo e códigos de identificação das participantes

Indivíduo	Idade	Momento em relação a cirurgia	IMC máx. (kg/m²)	IMC atual (kg/m²)
P5	39	G1	51,94	50,06
P6	26	G1	41,98	40,43
P7	25	G1	48,05	45,18
P8	42	G2	52,05	45,36
P9	58	G2	45,14	31,21
P10	39	G2	37,29	33,09
P11	47	G2	40,22	27,38
P12	24	G3	42,24	25,34
P13	36	G3	37,32	23,12
P14	32	G3	51,52	26,78
P15	37	G3	41,28	27,01
P16	44	G3	37,34	24,01
P17	59	G4	41,67	33,95
P18	45	G4	39,63	38,87
P19	62	G4	42,06	29,24
P20	57	G4	45,55	24,61
P21	36	G4	41,52	22,49
P22	57	G4	37,58	24,13
P23	56	G4	40,40	23,51

Legenda: P = Participante; G1 = Grupo 1 – pré-cirúrgico; G2 = Grupo 2 – pós-cirúrgico até 12 meses; G3 = Grupo 3 – pós-cirúrgico de 12 a 36 meses; G4 = Grupo 4 – pós-cirúrgico acima de 36 meses.

Fonte: elaborada pela autora (2023)

6.2 CATEGORIZAÇÃO

De acordo com autores como Colucci (2007) e Krueger (1994), alguns fatores precisam ser utilizados na análise dos dados coletados em grupos focais. Entre os principais aspectos a considerar, destacam-se o contexto, as palavras, a frequência/extensividade das falas, a intensidade dos comentários e a extensão e especificidade das respostas. O pesquisador precisa explorar o grau de similaridade e analisar as respostas utilizadas nas entrevistas, sendo possível abordar a intensidade das falas e o tom da voz dos participantes, bem como a extensividade – quando alguns tópicos são discutidos por vários participantes por um período de tempo considerável – e a frequência de alguns comentários (FONSECA, 2017).

A presente pesquisa explorou, primeiramente, o contexto pesquisado. Por meio dele, foi possível identificar o que ocasionou a contribuição dos participantes nas entrevistas. Os grupos foram compostos por participantes similares umas às outras, mas que não se conheciam.

Para executar as diferentes fases da análise dos dados, foram criadas 6 categorias a considerar: (1) Significados da obesidade para os grupos; (2) Sentimentos em relação ao corpo; (3) Comportamentos e limitações relacionados ao corpo; (4) Pensamentos em relação à obesidade; (5) Crenças relacionadas ao corpo; e (6) Influência Sociocultural sobre o corpo. Iremos explorar cada seção citada por meio do suporte teórico e das falas coletadas das pacientes.

6.2.1 Nuvem de palavras – Significados da obesidade para os grupos

A fim de explorar o significado da obesidade de cada grupo, as pesquisadoras utilizaram uma dinâmica de “quebra de gelo” para a atividade de aquecimento, realizada antes do início da dinâmica central. Essa estratégia visou à interação entre as participantes e o envolvimento e cooperação das integrantes do grupo (XIMENES *et al.*, 2016). A dinâmica escolhida foi a “nuvem de palavras” disponibilizada pela plataforma de interação *Mentimeter*⁶. Para o desenvolvimento da dinâmica, foram dadas instruções de funcionamento.

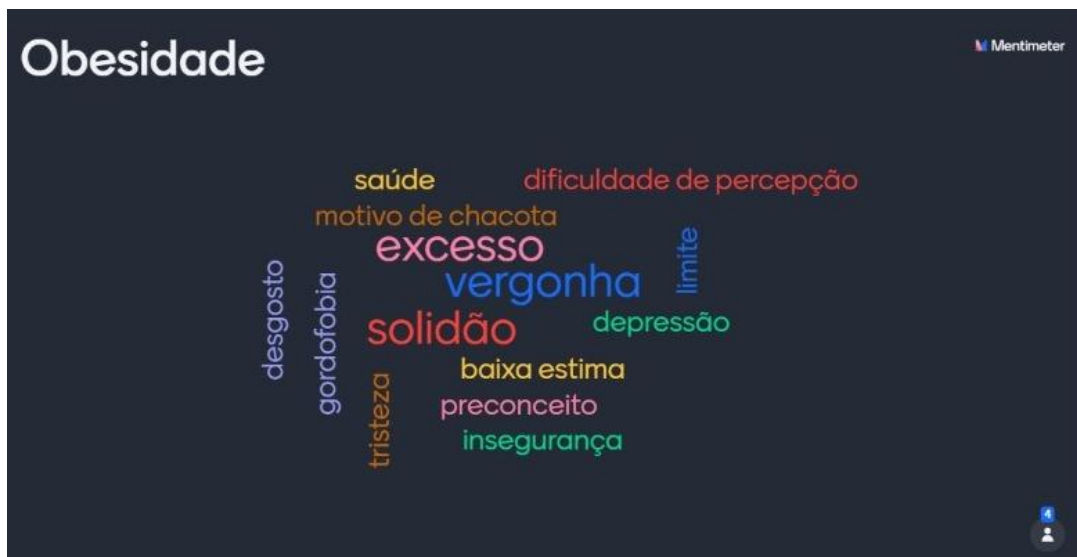
A pesquisadora questionou cada participante: “para você, o que é obesidade?”. Assim, cada participante escolheu até 5 palavras que melhor representassem a obesidade. A colaboração de cada paciente gerou resultados para a presente pesquisa, além de servir como técnica de aproximação entre o grupo. Por fornecer uma visualização rápida das respostas –

⁶ Disponível em: <https://blog.b2bstack.com.br/o-que-e-mentimeter/> acessado em 08/10/2022. Acesso em: 12fev. 2022.

slide que representou o significado de obesidade para cada grupo –, a técnica propiciou as primeiras discussões sobre o tema.

O exercício foi produtivo, apesar de ser a primeira experiência das participantes no aplicativo *Mentimeter*. As palavras mais repetidas foram filtradas e apresentadas em tempo real para participantes e pesquisadores. Estes, munidos da figura, puderam apontar às participantes as semelhanças e diversidades de significados particulares. Assim, o aplicativo propiciou o levantamento de diversas reflexões sobre a obesidade. As Figuras 7, 8, 9 e 10 correspondem aos grupos 1, 2, 3 e 4, respectivamente.

Figura 7 – Nuvem de palavras atribuídas pelo G1 para o significado da obesidade



Fonte: dados gerados pelos grupos focais (2022).

Figura 8 – Nuvem de palavras atribuídas pelo G2 para o significado de obesidade



Fonte: dados gerados pelos grupos focais (2022).

Figura 9 – Nuvem de palavras atribuídas pelo G3 para o significado da obesidade



Fonte: dados gerados pelos grupos focais (2022)

Figura 10 – Nuvem de palavras atribuídas pelo G4 para o significado da obesidade



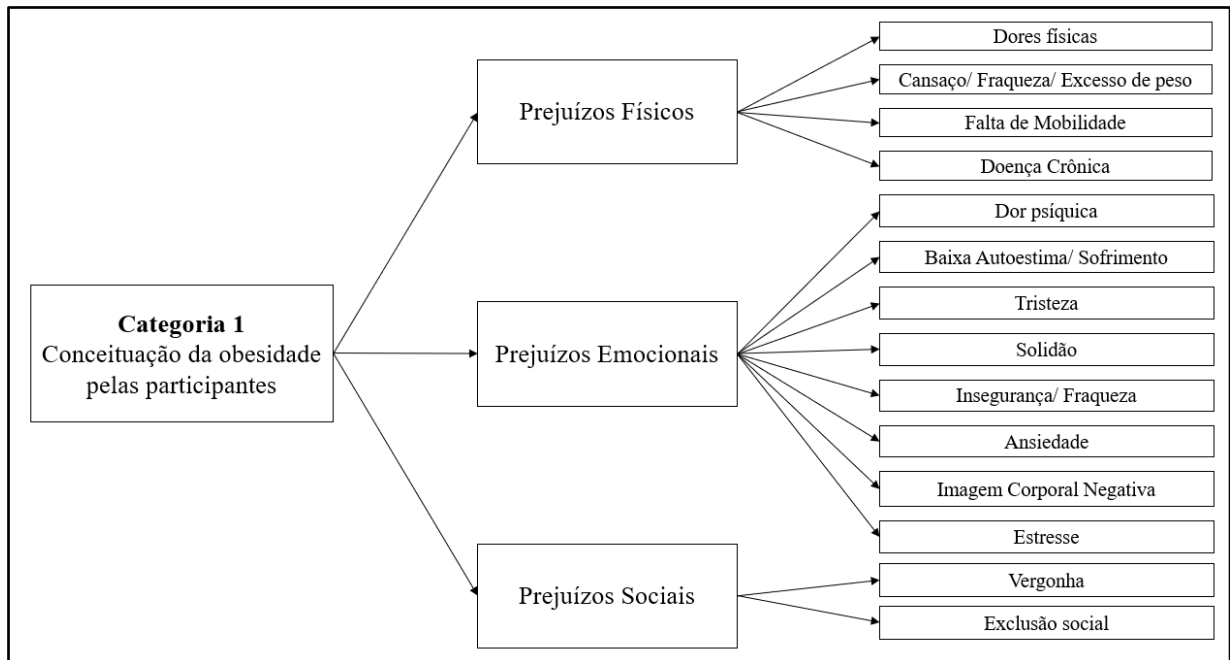
Fonte: dados gerados pelos grupos focais (2022)

A nuvem de palavras projetou os significados da obesidade para cada participante. As palavras empregadas pelas participantes foram marcadas principalmente por aspectos negativos. Os significados da obesidade convergem na produção de significados de restrição, de discriminação e de sofrimento, os quais transcendem a questão fisiológica. Assim, a dinâmica conduziu às expressões e emoções de cada membro do grupo (FRANCISCO; DIEZ-GARCIA, 2015).

6.2.2 Categoria 1 – Conceituação da obesidade pelas participantes

Esta categoria foi analisada de acordo com a apreciação que cada mulher fez sobre o significado da obesidade, uma vez retratadas situações e eventos da vida de cada uma (SCHULTHEISZ; APRILE, 2013).

Figura 11 – Categoria 1 – Conceituação da obesidade pelas participantes



Fonte: elaborado pela autora (2023)

O conceito de obesidade para as mulheres participantes deste estudo esteve associado a três tipos de prejuízos: físicos, emocionais e sociais. Foi possível ainda inferir desdobramentos de cada um desses prejuízos. Ressalta-se que isso reforça o entendimento apresentado pelas participantes de um sentido negativo para a obesidade em suas vidas.

Em relação aos prejuízos físicos, as participantes se queixaram da presença de dores em uma ou mais parte(s) do corpo, que acreditavam estar relacionadas ao excesso de peso. Dentre as principais regiões citadas, estavam as pernas, os joelhos, os pés e a coluna. De acordo com DeSantana *et al.* (2020) e Raja *et al.* (2020), a terminologia comunica informações sobre o sujeito. Dessa forma, o relato verbal e situacional de cada mulher sobre sua experiência com a obesidade e a dor retrata os efeitos na funcionabilidade do corpo e no bem-estar social e psicológico.

[Dores físicas] “(...) quando eu comecei a ter essas consultas com os médicos, eu achava que exercício físico, fazer uma dieta, ia ajudar sabe, ia ser o caminho ideal. Só que cara, é muito ruim você fazer o exercício físico sentindo dor, sabe? Até hoje para mim, eu tava fazendo pilates uns meses atrás e eu sentia dor na coluna, eu sentia dor física né, em várias partes do corpo.” (sic) (G1, P7, 25 anos)

“Eu senti muita dor física, eu tive que fazer uma prótese total de joelho esquerdo por conta do peso, do sobrepeso é um desgaste de artrose né, que é progressivo. E em 2013 eu fiz uma artroscopia, 2014 eu fiz a prótese (...)” (G4, P19, 62 anos)

Outra queixa relatada diz respeito à qualidade de vida do obeso. Os discursos marcaram sensações como fraqueza, cansaço e excesso de peso significativos no funcionamento físico e ocupacional. Estudos como o de Sarwer, Dilks e Ritter (2012) corroboram a vinculação entre o excesso de peso corporal e diminuição do bem-estar e funcionalidade física. O acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal pode comprometer a saúde do sujeito, uma vez que pode desencadear ou agravar outras comorbidades (JIMÉNEZ, 2013; REIS; PRADO; PITTITO, 2019; WHO, 2022), o que foi apontado por algumas participantes como o motivo de buscarem o tratamento cirúrgico.

[Cansaço/fraqueza/excesso de peso] “Eu acho que uma coisa que todos nós notamos também né, é o cansaço né gente? Ninguém fica mais tão cansada. O cansaço era uma coisa para mim, que pelo menos melhorou muito. Eu ficava cansada, eu transpirava muito. Tudo que eu fazia eu tinha que parar um pouquinho, porque eu transpirava muito.” (sic) (G4, P21, 36 anos)

“Sou condutora socorrista, (...) então eu pego peso, pego maca, ajudo a socorrer pessoas na chuva, no sol, é muito intenso! E hoje eu tenho essa disponibilidade de poder me locomover, de poder me exercitar. E se eu não tivesse feito a bariátrica? Eu não tinha forças para carregar o meu peso mais o paciente, sempre terminava exausta no final de um dia de trabalho.” (G4, P20, 57 anos)

“Quando eu fui pesar eu levei susto! Gente, caraca, é isso tudo mesmo? Essa balança não tá com defeito, não doutora? (...) e ela respondeu: “Não, a balança está certa.” (sic) (G1, P5, 39 anos)

Ainda em relação aos prejuízos físicos, as reuniões dos grupos focais trouxeram comportamentos diários como a dificuldade de calçar ou amarrar os próprios sapatos. As entrevistadas relataram ter falta de flexibilidade e amplitude de movimentos ao executar algumas ações. Assim, as atividades relacionadas aos processos cotidianos foram consideradas limitantes, já que a sobrecarga articular diminui a funcionabilidade física do obeso (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

[Falta de mobilidade] “Eu não conseguia pegar um objeto no chão. Às vezes eu fingia que não tinha visto que caiu alguma coisa só pra não ter que pegar.” (G2, P11, 47 anos)

“E amarrar o tênis? É uma dificuldade amarrar o tênis.” (G1, P5, 39 anos)

Por serem os grupos compostos por pessoas que já estavam em processo de preparação ou pós-cirurgia bariátrica, a conceituação e conscientização da obesidade enquanto doença crônica também foi elucidada. Algumas falas retrataram o acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal como prejuízo físico, o qual pode comprometer a saúde do sujeito, uma vez que pode desencadear ou agravar outras comorbidades (JIMÉNEZ, 2013; REIS; PRADO; PITTITO, 2019; OMS, 2022). Independentemente de ter comorbidades associadas ou não à obesidade, o sujeito com IMC igual ou maior do que 30 deve considerar seu quadro como doença crônica (BARROS *et al.* 2015).

[Doença crônica] “No meu caso eu coloquei também muitas doenças associadas. Eu tenho 39 anos e quando eu fui fazer um check-up, eu fiquei um pouco chocada, eu estava hipertensa, com pressão 18, uma média assim 18/17 e pré-diabética. E assim, eram muitas, eu acho que devo ter umas 7 ou 8 comorbidades, e pra uma pessoa de 39 anos eu fiquei um pouco assustada.” (G2, P10, 39 anos)

“Eu fui vivendo e esquecendo do meu peso. (...) E quando foi agora, agora tá pesando. (...) Ou eu faço alguma coisa agora, ou eu me mudo agora, ou vou ficar doente no futuro. Vou ser uma pessoa doente, uma idosa doente, uma coroa doente, alguma coisa assim. Então preciso mudar.” (G1, P5, 39 anos)

Quanto aos prejuízos emocionais causados pela obesidade na vida das participantes, elas relataram sentimentos diversos. Para efeitos de análise, destacamos algumas alterações psíquicas diretamente ligadas à obesidade e suas formas corporais. Melo *et al.* (2014) sinalizam que obesos mórbidos tendem a expressar manifestações emocionais vinculadas ao excesso da gordura corporal. Machado (2017) corrobora com a mesma conclusão em seus estudos, ao destacar a tendência do obeso a buscar uma estetização de corpo ideal, o que pode afastá-lo de sua subjetividade pessoal e de sua história.

Assim, de acordo com a literatura (KAUFMANN, 1996; SANTOS, RUDGE, 2014), há associações da dor com o estado psíquico do sujeito, o que é reforçado por Le Breton (2003) ao apontar a condição de existência do indivíduo como indissociável das suas formas corporais. Ou seja, a condição humana se estabelece através da condição corporal, e o sujeito busca possuir um corpo aprovado pelas pressões da sociedade à qual pertence. Caso esse corpo se encontre

em desacordo com os parâmetros culturais, a frustração pode levar a uma desorganização e perseguição egóica. As participantes dos grupos relataram sentir uma dor que difere da dor física, uma dor que não apresenta qualquer indício orgânico, mas psíquico. As falas a seguir expressam esse sentimento. No G4, alguns episódios foram narrados sob profunda emoção, choro e principalmente empatia das demais mulheres ao acolherem as mais fragilizadas diante da dor subjetiva de ser obesa.

[Dor psíquica] “Então, eu concordo com o que elas falaram a respeito da tristeza, eu me sentia triste o tempo inteiro em relação ao meu corpo, a minha saúde, a minha vida. (...) Então tudo que aconteceu, eu descontava na comida, e comia, comia. Quando eu vi, já tava cheia de problema de saúde, com a indicação para cirurgia. E aquilo foi acabando comigo, foi acabando com a minha autoestima, acabando com a minha vida assim, no geral.” (sic) (G3, P13, 36 anos)

“(...) tenho medo de voltar a engordar porque eu sofri tanto enquanto eu era obesa; a gente sofre muito.” (G4, P21, 36 anos)

Palmeira *et al.* (2020) destacam o peso corporal como um importante atributo da aparência física na sociedade contemporânea. Assim, não só há o crescimento do número de pessoas com sobrepeso e obesidade, como também o aumento da estigmatização e discriminação associada à doença. Desse modo, a relação sujeito, obesidade e estigma promove a baixa autoestima e sofrimento quanto às suas potencialidades. Os grupos propiciaram a análise de representações quanto à baixa autoestima e ao sofrimento de cada participante. A forma como cada discurso elucidou a doença em seus corpos permitiu observar estados psicológicos e emocionais variados. Rosa e Campos (2008) asseveram o papel sociocultural em que as mulheres entendem seus corpos obesos como defeituosos. Nesse contexto, a insatisfação corporal e o sentimento de inadequação perfazem danos significativos ao sujeito, o que se expressa nos discursos a seguir.

[Baixa autoestima/sofrimento] “Então tudo que aconteceu, eu descontava na comida, e comia, comia. Quando eu vi, já tava cheia de problema de saúde, com a indicação para cirurgia. E aquilo foi acabando comigo, foi acabando com a minha autoestima, acabando com a minha vida assim, no geral.” (sic) (G3, P13, 36 anos)

“Então eu vivo nessa neurose de medo de voltar a engordar porque eu sofri tanto enquanto eu era obesa, tanto que eu prefiro ser mais magra.” (sic) (G4, P21, 36 anos)

Outro significado atribuído à obesidade pelas participantes foi o de fonte de tristeza. Ao explanarem o sentimento enquanto sinônimo da obesidade, as mulheres relataram, em dados momentos, a inexistência da sensação de bem-estar. Oliveira e Silva (2014) corroboram essa ideia quando ressaltam a redução e até a inexistência de uma vida social. As mulheres revelaram se privar de sair de casa, de dançar, de fazer sexo, dentre outras coisas, diante do estado de tristeza. Os autores argumentam que o excesso de peso pode abalar as funções psíquicas do sujeito, matando subjetivamente os desejos do sujeito obeso.

[Tristeza] “Então, em grande parte desse momento eu estive sim, triste por conta da obesidade.” (G3, P12, 25 anos)

“Antes eu tava obesa, eles me olhavam com olhar de tristeza (...), as vezes eu não tava nem triste, eu ficava triste por ver os olhares das pessoas em relação a mim. (sic) (G3, P16, 44 anos)

Ao analisar os prejuízos emocionais da obesidade, outra queixa analisada é o sentimento de solidão. Indivíduos com excesso de peso sofrem discriminação em uma ampla variedade de ambientes. Nesse contexto, alguns obesos tendem ao isolamento social, manifestando dificuldades em interagir com outras pessoas (LIMA, OLIVEIRA, 2016; PUHL, PETERSON, 2012). Algumas integrantes relataram ter tido ou ainda ter comportamento de evitação social por se sentirem inseguras e vulneráveis. Assim sendo, o isolamento social desencadeia um prejuízo social significativo na vida, na forma de um desenvolvimento solitário, dificultando muitas vezes o acesso e, por conseguinte, o tratamento da saúde física e psíquica do indivíduo obeso. Seguem falas representativas dessa solidão:

[Solidão] “Eu me sentia muito solitária. No auge da minha obesidade eu ficava o tempo todo deitada na minha cama, não saía do quarto. Tempos difíceis!” (G2, P11, 47 anos)

“Minha vida sempre foi mais solitária, eu sou mais reservada, não sou muito de ficar de papo com as pessoas, nem mesmo com as pessoas da minha família. A minha psicóloga vem trabalhando isso comigo, e eu descobri que no auge da minha obesidade, antes da cirurgia, era pior. Hoje eu converso um pouco mais, como agora, estou achando ótimo conversar com todas vocês.” (G4, P23, 56 anos)

Outra variável apontada como definidora da obesidade pelas componentes dos grupos diz respeito à insegurança e fragilidade psíquica, ocasionada muitas vezes pela depreciação da imagem física. Ferriani *et al.* (2005) afirmam que as pessoas obesas tendem a desmerecer seus corpos, o que foi retratado nos pensamentos e falas disfuncionais. Yilmaz, Povey e Dalglish

(2011) ainda retratam a associação de atitudes alimentares a uma perspectiva psicológica. Por não atingirem as metas propostas pelo modelo sociocultural e nutridas pela pressão, alguns discursos representaram sentimentos de desprezo e hostilidade em relação aos outros.

[Insegurança/fraqueza] “Até hoje eu sou insegura. A psicóloga fala comigo: ‘olha o que você já conseguiu?’ Mas te confesso que tenho medo de engordar tudo de novo.” (G4, P23, 56 anos)

“A obesidade acomete a gente de diversas formas: eu me sentia fraca, fraca fisicamente, fraca mentalmente.” (G2, P9, 58 anos)

Partindo da correlação apresentada pelas participantes entre obesidade e distúrbios emocionais, as participantes destacaram a ansiedade como um fator de prejuízo psíquico. Casselli *et al.* (2021) apontam a ansiedade como um dos possíveis fatores para o consumo de alimentos calóricos e até a compulsão alimentar. Nesse processo, ansiedade e alimentação se retroalimentam, gerando complicações no tratamento, uma vez que esse comportamento interfere no tratamento para emagrecimento.

[Ansiedade] “Então, tudo que acontecia eu descontava na comida, e comia, comia. Quando eu vi, já estava cheia de problema de saúde, com a indicação para cirurgia.” (G3, P13, 36 anos)

“Eu tenho compulsão alimentar, se deixar eu como até o reboco da parede, mas não é sempre.” (G4, P17, 59 anos)

Conforme observado ao longo da pesquisa, a imagem corporal é construído multidimensional, subjetivo e dinâmico. Ela interage com aspectos variados do sujeito, como fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais (MARCHESINI, 2021; TAVARES; CAMPANA, 2012). Mediante esse contexto, uma pergunta muito representativa da pesquisa foi “Como você se sente em relação à sua imagem corporal atual?”. Pelas respostas ao questionamento, foi possível acessar a representação do corpo de cada mulher. Para Schilder (1999), a imagem corporal é o reflexo dos desejos, das emoções e da interação com os outros e com o meio. Latner e Wilson (2011) salientam que o tamanho e o formato corporal não são dimensões fixas, pois sofrem alterações ao longo do desenvolvimento da pessoa. Assim, dentre os vários sentimentos expressos pelas participantes nas entrevistas, destacamos sentimentos como: descontentamento, inferioridade e depreciação diante o risco de julgamentos externos negativos. Seguem os discursos:

[Imagem corporal negativa] “Então, estou vivendo novas possibilidades de conseguir me enxergar bem. Hoje eu sinto que eu tô resgatando e sei que já resgatei muito essa parte de autoimagem, de autoestima. Não é fácil, é uma vida se sentindo mal com você mesma.” (sic) (G2, P9, 58 anos)

“Uma coisa que me incomodava muito (...) e hoje me deixa muito feliz, é poder cruzar as pernas. (...) Porque não conseguia fazer o movimento de cruzar as pernas, uma coisa tão básica. Eu não conseguia cruzar as pernas e abotoar minha sandália. Ter que pedir para o meu filho ou para meu esposo pra abotoar meu sapato, ah, isso acabava comigo; ficava muito mal com meu corpo.” (G4, P19, 62 anos)”

Já em relação aos prejuízos sociais apontados pelas participantes, destacaram-se a pressão pela perda de peso e a conquista de um corpo fino e esbelto (FILHO; LIVRAMENTO, 2015). Persuadidas pelo contexto sociocultural vigente, as participantes retrataram a busca de inúmeras formas de atingir esse apelo social, sendo unânimes em dizer que utilizaram estratégias variadas para obter a perda de peso, ainda que essas tentativas muitas vezes não fossem indicadas para seus casos. Isso desencadeou, para elas, uma visão negativa e depreciativa de seus esforços para reduzir peso.

Algumas pesquisas (ADAM; EPEL, 2007; LIMA; OLIVEIRA, 2016; MANCINI; MELO; ROSA, 2021) associam o estresse ao ganho de peso e à busca pela perda de peso, o que configura um cenário que se retroalimenta. As situações abaixo evidenciam os tipos de estresse em momentos distintos.

[Estresse] “Já fiz várias dietas, conseguia fazer sem uso de medicação, fiz dietas só com a reeducação alimentar, com acompanhamento de nutricionistas, perdia mais depois de um tempo ganhava até mais do que havia perdido. Então a vida inteira foi uma luta, muito grande. Um estresse só.” (G2, P9, 58 anos)

“Na verdade, a gente já sabe o que pode ou não pode comer, fato. O problema é que nem sempre a gente tá bem pra desenvolver alguma dieta. Eu tenho pavor de papel de médico, nutricionista te dizendo o que comer. Aquele papel na geladeira me estressa num nível absurdo!” (G4, P17, 59 anos)

Outra queixa recorrente das participantes quanto aos prejuízos sociais do excesso de peso diz respeito ao sentimento de vergonha e insegurança. Quando questionadas se “Existe algum evento social (como, por exemplo, festas) que você já deixou de participar devido à sua obesidade? O que você poderia nos contar sobre isso?”, as participantes acoplaram a esquiva de exposições sociais à falta de segurança e até mesmo proteção. Movidas pelo receio de expor seus corpos obesos e vivenciarem algum tipo de constrangimento, algumas mulheres relataram

se sentirem envergonhadas e inseguras por seus corpos. Latner e Wilson (2011) analisaram a visão marginalizada do corpo obeso no contexto sociocultural. Segundo os autores, corpos obesos representam uma imagem corporal negativa, independentemente de ocorrer ou não o controle do peso, o que pode ser observado por algumas mulheres em processo de emagrecimento. A vergonha e a insegurança ocorreram também quanto à exposição dos corpos depois da cirurgia. Os discursos a seguir são alguns exemplos dessas alusões:

[Vergonha] “(...) depois da cirurgia, eu ainda tava me encontrando. Eu tinha (...) um preconceito de me mostrar pro mundo, como eu estava magra. Então eu tinha vergonha, eu até falava com a psicóloga: como vai ser agora sair na rua estando muito magra, o que as pessoas vão falar? Porque antes falavam da gordura, e eu me sentia mal, mas eu também vivi um momento que eu me sentia mal estando muito magra.” (sic) (G3, P12, 25 anos)

“Não queria ir numa festa, eu não queria ir no jantar num aniversário, e com isso eu fiz pessoas às vezes até próxima a mim sofrer. Eu sentia vergonha, porque não tinha uma roupa bonita, para mim vestir.” (sic) (G4, P23, 56 anos)

Outra insatisfação social relatada nos grupos focais diz respeito à discriminação e, por conseguinte, exclusão social. As regras, os padrões e os valores sociais vigentes na cultura atual pressionam o obeso a se integrar a um modelo. Quando não ocorre essa modulação, a pessoa obesa é desqualificada. Na tentativa de evitar julgamentos negativos, algumas participantes relataram reduzir e, até mesmo, evitar a convivência com outras pessoas (PUHL *et al.*, 2010). Assim sendo, o isolamento social desencadeia um prejuízo social significativo na vida do obeso, representado, aqui, pela palavra “exclusão”.

[Exclusão social] “Eu ia jogar com a turma de vôlei da escola e era a última a ser chamada por que era gordinha, você não tem aquela mobilidade, entendeu?” (sic) (G2, P8, 42 anos)

“Já teve pessoas que falaram comigo: “não, senta aqui na frente porque você tá mais fortinha” isso no carro né, para não falar que eu tava gorda e me doeu tanto quanto. Era melhor ter falado que você tá mais gorda, você vai à frente porque aí as pessoas a atrás vão mais confortáveis. Então quando eu ouvi isso eu falei: não, agora eu vou fazer uma bariátrica e eu não vou deixar ninguém falar isso comigo mais.” (sic) (G4, P23, 56 anos)

Tendo em vista o exposto, a categoria 1 ressaltou a conceituação da obesidade para as participantes do presente estudo. É possível entender que essas concepções estão associadas a aspectos negativos, caracterizados aqui enquanto “prejuízos”, físicos, emocionais e sociais. Além disso, ressaltamos que o entendimento do conceito de obesidade para essas mulheres é

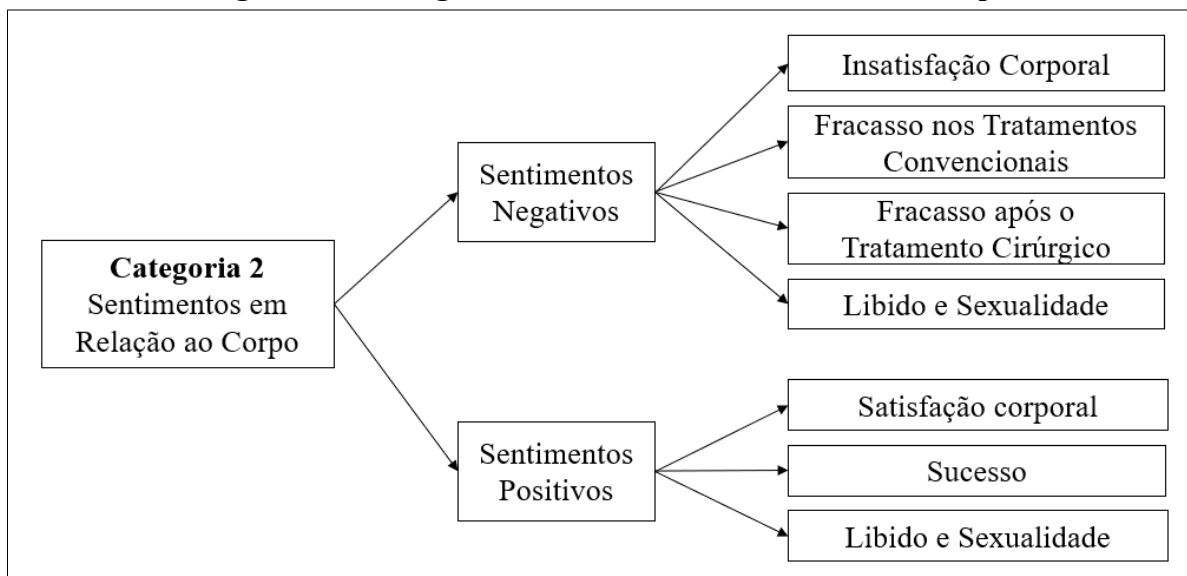
elaborado no âmbito cognitivo. Assim, se justifica analisarmos na próxima categoria, os sentimentos que as participantes nutrem sobre o seu próprio corpo.

6.2.3 Categoria 2 – Sentimentos em relação ao corpo

A presente categoria se desenvolve de acordo com os pressupostos da teoria cognitiva, visto que tem por objetivo analisar as interpretações das participantes em relação ao corpo e, por conseguinte, acessar os sentimentos expressos por elas (LEAHY, 2006). Os conceitos de Doré (2017) fundamentam a análise da categoria, apontando ser a autoestima a avaliação subjetiva que a pessoa tem sobre si mesma, perpassando contextos como o valor atribuído a si mesmo, a autoaceitação, o sentimento de competência, a atitude em relação a si mesmo e o autorrespeito. Logo, o ajuste do indivíduo no contexto sociocultural no qual está inserido está ligado diretamente à autoestima. Portanto, os sentimentos em relação ao corpo retratam a forma como o indivíduo percebe e conseqüentemente age e reage às situações socioculturais (DORÉ, 2017).

Perante tais considerações, analisaremos como as mulheres com obesidade denotaram enfraquecimentos (sentimentos negativos) e fortalecimentos (sentimentos positivos) quanto à sua autoestima, considerando esta como um aspecto importante para desenvolvermos também a promoção de saúde.

Figura 12 – Categoria 2 – Sentimentos em relação ao corpo



Fonte: elaborado pela autora (2023)

Ao analisarmos os sentimentos relacionados ao corpo do indivíduo com obesidade, encontramos tanto sentimentos negativos como positivos quanto a imagem corporal. De acordo com Carvalho, Castro e Ferreira (2014), a satisfação corporal da pessoa tende a diminuir ao longo dos anos, o que pode ser justificado por alguns fatores como: as funções fisiológicas, o afastamento do ideal corporal vigente, a vida profissional, a família, os filhos e a qualidade de vida. Silva *et al.* (2015), também corrobora com essa alternância ao apontar os padrões de beleza muitas vezes inalcançáveis e disseminados pela mídia. Por se tratar de uma amostra de mulheres adultas, que trabalham, possuem famílias, filhos, entre outros fatores, foi possível coletar falas que representavam essa insatisfação corporal em muitos momentos.

Cash, Westheim e Paxton (2011) apontam que o modelo sociocultural vigente enfatiza a cultura do corpo magro e estigmatiza o corpo obeso. Esses desdobramentos acarretam prejuízos no construto negativo da imagem corporal principalmente de mulheres obesas. Assim, as falas representam o retrato mental do corpo, como também dos sentimentos relacionados à obesidade (ALMEIDA *et al.*, 2002; BOSI *et al.*, 2006; DAMASCENO *et al.*, 2005).

Ao serem questionadas sobre “Como você se sente em relação a sua imagem corporal atual? Quais aspectos em sua aparência física que realmente gosta? Quais aspectos em sua aparência física que realmente não gosta?”, as participantes explanaram com várias falas, o sentimento de insatisfação corporal ao longo de suas vidas.

[Insatisfação corporal] “(...) na vida adulta, que eu comecei a ver com mais dificuldades o meu corpo, porque vem os filhos, eu tenho dois filhos (...) sendo um de 22 e outro 3 anos. O de 22, eu o tive com 20 anos, estava gordinha, mas não tive nenhum problema, mas o de 3 anos, ah! Por conta da idade, já estou com 42 anos, eu já comecei a sentir mais o peso da obesidade, físico e social. Foi quando eu optei por fazer a cirurgia.” (sic) (G2, P8, 42 anos)

“A minha resposta é muito óbvia. Eu não tô satisfeita ainda com meu corpo, porque como eu falei, eu ainda não tive aquele resultado do 100%, mas tô na luta. Tô muito melhor, hoje eu consigo ficar muito melhor do que eu tava antes da bariátrica, isso é inegável a condição. Mas tô satisfeita, tô feliz? Não. Eu tô buscando. Não sei se vou conseguir, mas tô fazendo.” (sic) (G4, P18, 45 anos)

Obesos podem apresentar insatisfações relacionadas ao corpo como um todo ou somente a partes do seu corpo. De acordo com as análises de Grogan (2011) e Murnen (2011), o corpo ideal feminino está relacionado à magreza. Tendo isso em vista, algumas áreas do corpo feminino recebem um foco excessivo em detrimento de outras partes. Pessoas obesas tendem a focar em partes do corpo vinculadas a afetos negativos, demonstrando excessiva verificação

corporal e comparação social desfavorável. As falas a seguir expressam algumas dessas insatisfações.

[Insatisfação corporal - partes do corpo] “Mas existem algumas partes do meu corpo que eu não gosto muito, tipo a minha coxa, a parte mais de baixo assim, sabe? A canela, cara, canela é um negócio que ninguém repara, mas às vezes eu dou uma reparada sim.” (G1, P7, 25 anos)

“Eu tenho um bumbum grande, sabe? (...) quando eu engordei ficou maior ainda. Aí vem aquelas brincadeiras indesejáveis né: vai viajar pra onde? Desnecessário! (G3, P15, 37 anos)

No que tange aos tratamentos para emagrecimento, foi indagado “Quais os tipos de tratamento para a obesidade você já se submeteu?”. Diante esse questionamento, muitas falas expressaram o sentimento de fracasso mediante os tratamentos convencionais. Zanella e Filho (2019) destacam que o obeso precisa ter esclarecido que tem uma doença crônica e há uma demanda contínua de tratamento. Por ser a amostra composta por pessoas obesas mórbidas, é importante ressaltar que tratamentos convencionais podem não atingir o objetivo do sujeito obeso. Nesse sentido, os autores reforçam que as expectativas muitas vezes irrealistas de emagrecimento da pessoa com obesidade favorecem ao abandono do tratamento. As falas reportam o histórico de tratamentos de emagrecimento como fracassados, o que é internalizado pelo obeso.

[Fracasso nos tratamentos convencionais] “Eu já tentei de tudo: fazer dieta, malhar, remédios, (...), mas não adianta, o negócio é lidar com a realidade.” (G2, P8, 42 anos)

“Eu tinha uns 17 anos quando eu fiz uma dieta por conta própria. Emagreci bastante, acho que cheguei aos 70 kg, aí eu passei a me sentir melhor. Desde então é uma luta, eu emagreço, engordo, emagreço, engordo e nunca consigo perder. Na época, toda essa tentativa de emagrecer, nunca passou de 12, 15 kg. Eu emagrecia e voltava a engordar, então isso sempre foi uma luta, uma constante na minha vida.” (G2, P10, 39 anos)

Ainda sobre sentimentos negativos em relação ao corpo, é relevante destacar que após o tratamento cirúrgico, algumas mulheres dos grupos G2, G3 e G4 expressaram o sentimento de fracasso em relação ao corpo em tratamento cirúrgico. De acordo com os estudos de Kim (2023), ainda não há um padrão claro para avaliar se houve falha no tratamento cirúrgico. Todavia, localizar o momento exato em que ocorreu a maior perda de peso, pode ser um fator norteador para o aconselhamento do paciente quanto à continuidade do tratamento. (El Ansari¹, Elhag, 2021; Kim, 2023) há uma prevalência de falha na perda de peso após a cirurgia bariátrica,

variando entre 20-30%, e dependendo da definição, categoria e tipo de cirurgia, podendo variar entre 3,9 a 71% dos casos.

Mediante as variáveis mencionadas e as falas coletadas nos grupos focais, destacamos também os estudos de Francisco e Diez-Garcia (2015), os quais contribuem na análise dos sentimentos de fracasso após a cirurgia bariátrica. Os autores destacam que pacientes em tratamento cirúrgico podem persistir com sentimentos de insucesso no pós-intervenção cirúrgico, independente da perda de peso atingida, estabelecendo um ciclo vicioso.

O questionamento “Quais comentários recebidos você poderia relatar quanto ao estigma de ser bariátrico/obeso?” coletou discursos diversos. Porém, nessa sessão, destacamos os sentimentos negativos de algumas mulheres por se sentirem fracassadas ao realizar a cirurgia e/ou não atingirem os resultados desejados. Além dos comentários pejorativos quando comunicaram ter feito o tratamento cirúrgico para obesidade, a fala da participante (G3, P15, 37anos) foi representativa com o desafio que enfrentam em muitos casos, de um senso comum de que “a cirurgia bariátrica é o caminho mais fácil, e que não requer esforço da pessoa no processo de emagrecimento”. (G3, P15, 37anos). Aqui destacamos três dentre algumas as falas coletadas:

[Fracasso após tratamento cirúrgico] “Bariátrica, dizem que não engorda de novo. Mentira, engorda sim. Eu sou a prova viva disso. Eu cheguei a 119 quilos de novo. Na primeira vez eu tinha 109, na segunda vez eu tinha 119. E por conta desse peso eu fui entubado, no final de 2020, porque não tinha a vacina ainda. Realmente fiquei ali entre a vida e a morte, fiquei entubada 5 dias, depois mais 12 dias UTI e não sei mais quantos no hospital. E aquilo me assustou muito, porque a médica me falou que eu fui entubada por conta do peso.” (G2, P11, 47 anos)

“Quando eu fui comunicar a algumas pessoas que já estavam me elogiando meu emagrecimento, fiquei muito decepcionada ao escutar coisas do tipo: “a cirurgia bariátrica é o caminho mais fácil, e que não requer esforço da pessoa no processo de emagrecimento, né?”. Isso foi muito agressivo pra mim, e eu confesso, cheguei a duvidar do meu processo. Ainda bem que eu me trato, aí a psicóloga logo me fez ressignificar esse sentimento. Mas gente, eu fiquei mal.” (G3, P15, 37anos)

“A minha colaboração, eu acho que ela vai ser até bem rica. Porque a gente quando vai fazer uma dissertação, tem a tese, e tem uma antítese. E então eu acho que eu vou para o caminho da antítese. (...) Então eu não consegui finalizar, chegar no pódio da vitória. Eu não tive esse prazer de poder dizer: “Olha, eu consegui chegar até o final e emagrecer tudo que eu queria, porque eu parei no meio.” (G4, P18, 45 anos)

Uma característica importante na obesidade diz respeito à libido e à sexualidade. Rodrigues (2021) salienta que o obeso tende a apresentar sentimentos conflituosos quanto ao seu corpo, por isso, apresenta a crença de incapacidade de dar e receber prazer sexual. De acordo com Mancini, Abdo e Soares (2015), o sujeito obeso tende a deslocar a libido suprimida para a comida. Algumas falas representaram a perspectiva de um corpo em condição desviante do modelo sexual desejado, e as pacientes, antes do tratamento cirúrgico, indicaram retraimento social e sexual, maior vulnerabilidade aos estigmas sociais.

[Libido e sexualidade] “As pessoas dizem que aparência não importa, importa sim. Eu vejo claramente os olhares pra mim, como mudaram. Quando eu era gorda, era algo assim: tadinha (...) tá tão gorda! Eu fui reduzida a um corpo gordo. Confesso que preferia não receber olhares e nem críticas.” (G3, P14, 32 anos)

“Gordo não tem como ser sexy, desculpa quem discorda, mas é minha opinião. A gente fica no máximo ‘ajeitadinha’.” (G4, P21, 36 anos)

Enquanto sentimentos positivos em relação ao corpo, observamos que muitos deles se transformaram com o tratamento cirúrgico da amostra. Barros (2005) faz considerações significativas ao destacar que a imagem corporal abarca os processos psicológicos, fisiológicos e sociais do indivíduo. De acordo com suas contribuições, o corpo do bariátrico se encontra em um dinâmico processo de construção e desconstrução no que tange à imagem corporal; a todo tempo, transforma suas relações com o mundo e é transformado por elas.

De acordo com Sarwer, Dilks e Spitzer (2011), a perda de peso após a cirurgia bariátrica está associada a melhorias significativas no funcionamento físico e psicossocial do obeso. Os primeiros anos pós-cirurgia bariátrica são os mais representativos dessa satisfação corporal ou da insatisfação ocasionada pela regressão nos casos de aumento de peso. As considerações dos pesquisadores foram confirmadas ao observarmos as falas dos G2 e G3 com maior intensidade de perda de peso e consequente melhora na satisfação corporal. No G4, as mulheres que relataram conseguir manter a perda de peso também manifestaram uma imagem corporal positiva, diferente das participantes que não conseguiram manter a perda de peso. As falas representam esses momentos de acordo com cada grupo:

[Satisfação corporal] “(...) tem 8 meses que eu fiz a cirurgia, e hoje eu falo pra mim: tô muito feliz pela escolha que eu fiz, pelos resultados que eu estou colhendo. Por incrível que pareça, é só alegria, é só satisfação, felicidade, minha vida mudou radicalmente.” (sic) (G2, P9, 58 anos)

“(...) Aquela palavra lá da tristeza que eu coloquei no começo da obesidade, aí você coloca tudo ao contrário. Hoje em dia sou uma pessoa felicíssima. Com meu corpo, com as pessoas. Tenho um bom relacionamento com a comida. Eu tô ótima, graças a Deus. Tô me sentindo maravilhosa. (sic) (G3, P16, 44 anos)

“Eu vou fazer 7 anos de bariátrica, estou feliz. (...) Eu pesava 126 kg, hoje eu peso 67, e já cheguei até 61, mas eu acho que emagrecer demais não é sinônimo de qualidade, entendeu?! Mas também não quero passar disso.” (G4, P20, 57 anos).

Um sentimento positivo relatado nas entrevistas em relação ao corpo diz respeito à perda de peso e/ou manutenção do emagrecimento a longo prazo. Algumas falas definiram o tratamento cirúrgico como um fator de sucesso, uma vez que algumas participantes conseguiram atingir uma grande perda de peso, alcançando a meta proposta por si próprias e pela equipe de saúde. Angelucci e Mancini (2015) destacam que, quando o indivíduo estabelece um novo estilo de vida, com monitoramento alimentar, suporte clínico e social, a capacidade de lidar com a doença crônica é fortalecida. Os discursos a seguir simbolizam esse sucesso no tratamento bariátrico:

[Sucesso] “Sigo há 8 meses, com bastante empenho, muita felicidade, eu encontrei a felicidade e a alegria em viver. Hoje eu já perdi 39 quilos em 8 meses, é muita coisa, (...) O choro é de emoção, não por tristeza. Eu tô com 58 anos, eu falei assim, eu quero viver melhor, eu quero buscar qualidade de vida, e minha cirurgia foi um sucesso do início ao fim.” (sic) (G2, P9, 58 anos)

“No meu caso quando eu comecei a perceber que eu realmente tava emagrecendo, aí foi o máximo! Eu ficava me sentindo! (sic) (G3, P16, 44 anos)

Como abordado no desenvolver da pesquisa, mulheres obesas tendem a desenvolver uma imagem corporal negativa, a qual está intimamente ligada a aspectos sexuais (MANCINI; ABDO; SOARES, 2015). Uma vez instalado o processo de emagrecimento, no caso da presente pesquisa, pela cirurgia, as entrevistadas retrataram se sentirem mais atraentes ao se perceberem mais magras. Isso também exposto por seus pares diante da ressignificação de sua imagem corporal obesa. Assim, é notória a contribuição da cirurgia bariátrica nos aspectos libidinais, aumentando inclusive a frequência de atividade sexual das mulheres gastrectomizadas (MANCINI; ABDO; SOARES, 2015; MORENO *et al.*, 2011). Algumas mulheres destacaram uma mudança em sua energia libidinal, seguem as falas:

[Libido e Sexualidade] “Eu tô me achando a última bolacha do pacote. Linda, gostosa, tudo de bom. Agora com esses peitões então, lá pra cima que tava lá

pra baixo, (...) tô doida pra botar esses peitões pra jogo.” (sic) (G3, P13, 36 anos)

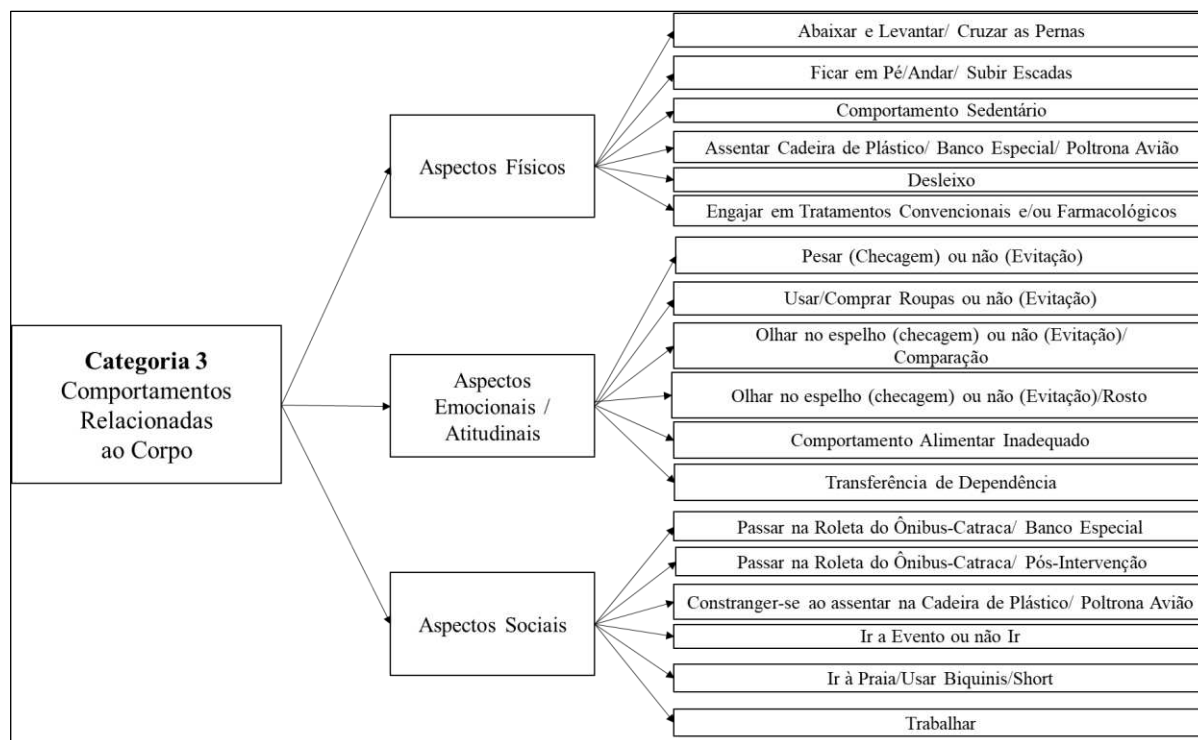
“Eu acho que isso é muito importante: eu agora voltei a dançar eu danço eu gosto muito de dançar! Depois da cirurgia ficou muito mais fácil me movimentar né, muito mais fácil! (...) Antes eu estava fechada pra balanço antes da cirurgia, mas agora eu estou me sentindo!” (G4, P19, 62 anos)

A presente categoria analisou os sentimentos das participantes em relação aos seus corpos, sob diversos temas, localizando ora discursos negativos, ora positivos. Assim, destacamos que, ao analisarmos os sentimentos, automaticamente acessamos as interpretações de cada mulher frente a obesidade. Logo, em casos de ressignificação da imagem corporal negativa, é relevante modificar essa interpretação a fim de gerar sentimentos positivos.

6.2.4 Categoria 3 – Comportamentos e limitações relacionadas ao corpo

A terceira categoria a ser analisada abarca comportamentos e limitações relacionadas ao corpo. Ações do dia a dia, comportamentos de checagem e evitação, comportamentos compensatórios, desleixo e autocuidado e o uso de remédios e sedentarismo representam as atitudes dessa divisão. As falas foram coletadas diante do seguinte questionamento da pesquisadora: “Existem atividades ou situações particulares que você tenha dificuldade(s) em executar por conta da obesidade? O que você poderia nos contar sobre isso?”. O esboço a seguir abarca os comportamentos físicos, atitudinais e sociais limitantes expressos pelas participantes.

Figura 13 – Categoria 3 – Comportamentos e limitações relacionados ao corpo



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Os grupos focais elucidaram dificuldades ou limitações físicas impostas pelo corpo obeso, como, por exemplo, abaixar e levantar e cruzar as pernas. As mulheres que já obtiveram emagrecimento trouxeram esses comportamentos limitantes como memórias. As participantes em preparação para cirurgia já apontaram essas dificuldades como atuais em suas vidas devido à falta de flexibilidade. Por ser uma doença multifatorial, a obesidade está relacionada a uma série de complicações, as quais podem acarretar um prejuízo significativo na vida do obeso.

De acordo com Marcelino e Patrício (2011), pessoas com obesidade mórbida são acometidas por inúmeras complicações, as quais podem comprometer e até colocar em risco a sua saúde do indivíduo, como as complicações ortopédicas, endócrinas, cardiovasculares, entre outras. Durante os encontros, as participantes apontaram dores nas pernas, bem como a impossibilidade de realizar alguns movimentos com as pernas, como cruzá-las. Esse último comportamento foi muito valorizado pelas participantes ao perceberem ser possível realizá-lo.

[Abaixar e levantar/cruzar as pernas] “Pegar as coisas no chão, eu tento pegar com o pé pra não ter que abaixar. E eu acho que essa aí é uma das principais coisas que eu vou gostar de viver depois da cirurgia, depois que eu perder o peso.” (G1, P5, 39 anos)

“Até um simples sentar no chão, era uma maratona. Eu não sei, porque eu fui sempre gordinha, pesei quase 140 quilos, então eu pra sentar no chão era uma maratona. Levantar do chão, quase que tinha que chamar um guincho, meu

Deus do céu, eu tinha que apoiar em 300 mil coisas para conseguir me levantar. Então eu preferia nem sentar no chão.” (sic) (G2, P8, 42 anos)

“(…) eu cheguei com dores nas pernas, eu não podia sentar e cruzar as pernas, (...) eu ficava muito queixosa de dores, né.” (G4, P22, 57 anos)

“Uma coisa que me incomodava muito e hoje me deixa muito feliz é poder cruzar as pernas. Porque é difícil, sempre quando eu tava perto de alguém estava sempre na mesma postura, com as pernas abertas.” (sic) (G4, P19, 62 anos)

Outra queixa trazida nos grupos está relacionada aos aspectos físicos, a qual teve como iniciou após o questionamento: “Existem atividades ou situações particulares que você tenha dificuldade(s) em executar por conta da obesidade?”. As participantes apontaram dificuldades em comportamentos como ficar em pé, andar e subir escadas. As falas representaram sofrimento físico e psíquico diante das dificuldades ou limitações físicas impostas pela doença, destacando também o preconceito e a cobrança social a partir de comentários de terceiros sobre seu desempenho físico. Nesse sentido, estudos como os de Carneiro, Silva e Vieira (2009) e de Francisco *et al.* (2009) apontam que o excesso de peso corporal provoca desvantagens mecânicas que, por consequência, limitam as atividades do sujeito obeso. As vivências a seguir comprovam essa limitação:

[Ficar em pé/ Andar/ Subir escadas] “Show é um negócio que sempre me marcou muito porque enquanto você tá ali querendo curtir o show, você tá sentindo uma dor absurda na sua coluna, uma dor no joelho. Não consigo ficar tanto tempo em pé.” (G1, P6, 26 anos)

“Eu perdi habilidades muito simples com a obesidade. O simples fato de andar um pouco mais me fazia ficar cansada e mal humorada. Hoje tenho um Pik enorme pra tudo: andar, subir, descer, correr, até pular, coisas que antes eu não fazia.” (sic) (G3, P13, 36 anos)

“Eu que tenho uma casa que é cheia de escada, antes eu tinha muitas dificuldades em circular pela casa. (...) Eu sentia muita dor física, eu tive que fazer uma prótese total de joelho esquerdo por conta do peso, do sobrepeso é um desgaste de artrose, né, que é progressivo.” (G4, P19, 62 anos)

De acordo com Damâso e Sanches (2015), a obesidade, na maioria dos casos, está associada ao comportamento sedentário do obeso. Alguns discursos trouxeram o sedentarismo como um fator fortalecedor do ganho de peso. Algumas pesquisas (ABESO, 2016; WHO, 2016) destacam que o comportamento alimentar e os hábitos de vida sedentários são determinantes no crescimento da obesidade no mundo. As falas a seguir representam a atitude do obeso:

[Comportamento sedentário] “Eu ficava só deitada na minha cama, passava o dia inteiro assim, dentro do quarto. Às vezes eu não saía nem pra comer, comia na cama mesmo pra poupar esforço ao meu corpo. (...) O médico dizia que eu tinha que me exercitar, e eu perguntava: como se meu corpo estava todo paralisado?” (G2, P11, 47 anos)

“Porque eu era uma pessoa antes da cirurgia, eu era mais preguiçosa, né? (...) e tudo, por causa do tamanho e tal.” (G3, P15, 37 anos)

Murnen (2011) marca, em seus estudos, o quanto o cuidado com o corpo feminino é valorizado pelo contexto sociocultural. A pesquisadora reforça que há uma pressão maior sobre a aparência das mulheres, as quais devem preencher o estereótipo de corpo perfeito. Espera-se que a mulher preencha todos os pré-requisitos de beleza na família, no trabalho, no meio social, com seus pares amorosos e significantes. Assim, de acordo com Latner e Wilson (2011), quando analisamos o corpo obeso das mulheres, localizamos experiências de estigmatização pelo excesso de peso corporal que podem ter um impacto adverso em vários resultados físicos e psicológicos, incluindo a imagem corporal da pessoa. As falas das participantes reforçam o estereótipo de que o sujeito obeso é tido como preguiçoso, incapaz, desleixado e até sujo. Considerado um comportamento atípico ao sexo feminino, devido à pressão constante pela manutenção da aparência física, algumas mulheres relataram não cuidar do seu corpo e de sua aparência diante do sentimento de insatisfação corporal. Essa dualidade entre corpo ideal e corpo real faz com que pessoas obesas passem, por vezes, a ignorar seus corpos. Isso foi confirmado em alguns discursos que exemplificaram atitudes aversivas de autocuidado.

[Desleixo] “Ontem eu ouvi uma pergunta assim: “pessoas importantes para você?”, e eu falei um monte de gente, mas não falei eu. Só eu que não sou importante pra mim.” (sic) (G1, P5, 39 anos)

“(...) nem num salão eu ia para fazer as unhas, arrumar os cabelos. Arrumar pra quê?” (G3, P13, 36 anos)

Dentre as insatisfações relatadas pelas mulheres quanto aos tratamentos convencionais e farmacológicos, destacamos a atitude de alguns profissionais diante do quadro a ser tratado de obesidade. Algumas participantes narraram suas experiências com os prestadores de cuidados de saúde primários como imediatista já que, não encontravam espaço para descrever sobre seu estilo de vida e tão pouco sobre suas dificuldades de engajamento aos tratamentos propostos. As frases a seguir, representam como a obesidade é por vezes, tratada por alguns especialistas, os quais podem priorizar a perda de peso, não provocando a aderência do paciente

ao tratamento convencional e/ou farmacológico. As pesquisas de Forhan *et al.* (2010) reforçam as queixas quanto as limitações muitas vezes encontradas pelo obeso no desenvolver de seu tratamento.

[Engajar em tratamentos convencionais e/ou farmacológicos] “Eu não tinha um médico constante, eu trocava bastante. Primeiro eram as dietas: corta isso, corta aquilo. É muito difícil, você sai do consultório animada, mas isso não é sua realidade. E voltar no médico e dizer que não conseguiu emagrecer é muito ruim, então eu trocava de profissional. E assim foi, então o médico daquela época falou que eu ia fazer uns meses com ele tentando com o remédio. Eu emagreci vinte quilos em dois meses com os remédios que ele passou. Só que eu emagreci assim, sem comer quase nada. Não tava fazendo atividade física naquela época, tava na faculdade na época que fiz isso. Então hoje eu entendi, buscando mais informação, entendendo mais, que eu ia perder músculo, ia perder água no corpo. Não foi uma coisa de emagrecer gordura, com foco, saúde, nem nada do tipo. E pra ele tava bom, porque o número na balança tava descendo. Então tem muito profissional que às vezes passa a importância só para o número. Você vai no médico e ele não chega a passar nenhum tipo de dieta, só passa remédio, viu os números diminuindo e tals. Interrompi o tratamento, como vários outros, e recentemente meu outro médico indicou a cirurgia, e eu já tava mais madura esse ano, então fui afundo. Eu busquei, entendi, conversei com psicólogo, conversei com outros profissionais, e foi mais ou menos isso quando cheguei na questão da bariátrica em si.” (sic) (G1, P6, 26 anos)

“Então, eu encomendava drogas de fora e isso colocou minha vida em risco diversas vezes. Porque a gente realmente não sabia os efeitos colaterais.” (G4, P21, 36 anos)

Entre os comportamentos relacionados ao corpo no que tange a aspectos emocionais e atitudinais, o guia do moderador explorou a questão: “Como você se sente quando se pesa?”. Campana e Tavares (2009) apontam que a checagem corporal compulsiva, em que há um dispêndio de tempo e energia do indivíduo, pode indicar uma imagem negativa do corpo. Walker e Murray (2012) também trazem suas contribuições na análise desses dados, ao destacarem que a concepção de aparência do corpo é desenvolvida por meio do exame. As participantes relataram atitudes distintas, algumas com excesso de checagem, outras com comportamento de evitação. As falas a seguir exemplificam essa questão:

[Pesar (checagem) ou não (evitação)] “Eu confesso que já cheguei a pesar mais de três vezes no mesmo dia. Comia, ficava preocupada, corria lá e pesava. (...) Levei muita bronca da minha psicóloga e da minha nutri, mas era mais forte que eu.” (G3, P16, 44 anos)

“(...) eu até hoje peso de costas para a balança, e falo com minha médica: não quero saber quanto deu.” (G4, P17, 59 anos)

O ato de comprar ou não roupas antes de serem submetidas à cirurgia bariátrica também foi uma das queixas expressas. Sarah e Grogan (2011) tratam da questão em seus estudos, relatando que mulheres obesas têm dificuldades para encontrar roupas que se ajustem ao corpo obeso. O questionamento “Como lida com as roupas que a fazem notar as formas de seu corpo?” permitiu localizar comportamentos diversos quanto ao vestuário das mulheres com obesidade. Algumas participantes revelaram que deixaram de usar peças femininas e passaram a usar roupas masculinas por terem dificuldade de encontrar sua numeração.

Outras falas representaram o comportamento de evitação de usar e/ou comprar roupas por se sentirem à margem socialmente. Walker e Murray (2012) reforçam que o modelo sociocultural segue ideais de corpos magros, sendo representado, muitas vezes, por tamanhos discrepantes da realidade da maior parte das pessoas. Assim, o comportamento de evitar expor ao social suas inadequações físicas foi manifestado pela compra ou evitação de comprar roupas. Os estudos de Cardoso e Costa (2007) e de Marcuzzo, Pich e Dittrich (2012), confirmam as falas de que roupas para obesos não seguem as variações da moda atual. As mulheres relataram não terem a liberdade de escolher modelos devido à escassez de oferta, pagarem preços maiores por peças consideradas feias e terem a preocupação de disfarçarem a sua gordura.

[Usar/comprar roupas ou não (evitação)] “Eu uso bastante roupa masculina, (...). Hoje costuma ser mais tranquilo (...), mas quando eu era adolescente era complicado isso, porque era praticamente uma obrigação usar uma roupa naquele estilo, e não tinha aquele estilo pro meu corpo.” (G1, P6, 26 anos)

“(...) porque sabia que ia ser julgada. o meu sofrimento de sentir vergonha, porque não tinha uma roupa bonita. Eu não conseguia me ver bonita, porque a gente não consegue comprar uma roupa que serve na gente.” (G4, P23, 57 anos)

É relevante apontar, de acordo com Campana e Tavares (2009), que a checagem e a evitação corporal podem representar uma imagem negativa do corpo obeso ou durante o emagrecimento. De acordo com (WALKER; MURRAY, 2012), a hipervigilância sobre o corpo, como outras estratégias de mudança relacionadas à aparência, podem consumir os recursos emocionais e atitudinais de uma pessoa. Mediante o exposto, as participantes foram questionadas: “Como se sente ao ver o reflexo do seu corpo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja)?”. As falas mostraram vinculação com o momento vivido por cada participante, antes e após o processo de emagrecimento decorrente da cirurgia. Algumas

mulheres tiveram atitudes de evitação, atribuída na maioria das ocorrências ao momento em que o excesso de peso era maior. Outras relataram evitar espelhos, balanças, situações em geral que pudessem expor seu corpo obeso. No entanto, checagens constantes também foram descritas tanto no momento imediato pós-intervenção quanto ao longo do tratamento prolongado. Assim, os comportamentos descritos de checagem intensa ou evitação constante, podem refletir uma insatisfação corporal do indivíduo (CARVALHO *et al.*, 2013; SHAFRAN *et al.*, 2004; TELES, MEDEIROS, 2020).

Quando explorado “Como você se sente ao comparar seu corpo ao corpo de outras pessoas?”, as respostas negativas se apresentaram dominantes às participantes que ainda vivenciavam corpos obesos. Muitas delas, para estabelecerem um referencial corporal, escolhiam outros corpos como referência para o seu. De acordo com Mountford, Haase e Waller (2006), o questionamento sobre a própria aparência com consulta a outras pessoas também é representativo de checagem corporal. As falas das participantes exemplificam a adoção desses comportamentos sociais.

[Olhar no espelho (checagem) ou não (evitação)/ comparação] “Quando eu olho no espelho, gosto muito de mim, mas quando eu vejo meu peso, poxa! Eu penso assim, sei lá, me incomoda. Quem gosta de mim, incomoda. E eu não sei. Eu gosto de tudo, mas ao mesmo tempo tenho vontade de trocar tudo.” (sic) (G1, P5, 39 anos)

“Então eu não tinha espelho na minha casa, eu só tinha o espelho do banheiro que eu olhava o meu rosto, e eu não me olhava o corpo inteiro, né.” (G4, P19, 62 anos)

“Eu sempre usei o meu marido como suporte para saber qual meu tamanho, é sério gente! Eu via uma mulher na rua, desconhecida mesmo, e perguntava pra ele se eu estava mais ou menos naquele tamanho. E acreditem, eu ainda faço isso hoje, tudo bem que é pra saber se eu emagreci mesmo, mas eu faço.” (G2, P11, 47 anos)

Ainda a respeito de olhar-se no espelho ou ver o reflexo do seu corpo num espelho ou na vitrine de uma loja, os discursos divergiram de acordo com a fase de tratamento de cada participante. Algumas mulheres apontaram que, antes da cirurgia, evitavam se ver refletidas de corpo inteiro, priorizando o rosto como parte a ser projetada. No entanto, com o desenvolver do tratamento cirúrgico, essas imagens foram ressignificadas, ampliando a checagem para mais áreas do corpo. Segundo Schilder (1999, p. 264), o rosto “é a parte mais expressiva do corpo e aquela que pode ser vista por todos”. Os discursos referenciaram o rosto no momento da obesidade mórbida como potencial de imagem corporal, sendo considerado à parte do corpo,

que é visto como feio e até mesmo indesejável. Já no processo de emagrecimento, o rosto é acoplado a um todo e, em alguns relatos, passa a ser alvo de crítica e de preocupação do surgimento de rugas e excesso de pele. Os discursos ilustram essa visão, demonstrando a ressignificação de uma mesma parte corporal, sendo uma das categorias mais referenciadas nos grupos.

[Olhar no espelho (checagem) ou não (evitação) - rosto] “Eu tenho uma irmã gêmea, ela é bem mais magra. Agora eu até acho que a gente realmente se parece, antes eu não achava tanto, por conta do meu rosto ser mais cheio do que o dela.” (G3, P12, 24 anos)

“É interessante, antes eu ouvia que tinha um rosto bonito, agora eu me preocupo com esse bigode chinês, com as rugas, né?! Às vezes eu até desvio o olhar do meu rosto e foco no meu corpo que agora está magro.” (G4, P20, 57 anos)

Ainda no que cabe aos aspectos emocionais, as mulheres trouxeram queixas relacionadas ao comportamento alimentar e a obesidade. De acordo com as falas coletadas, o corpo obeso desencadeou em algumas participantes o sentimento de insatisfação corporal, o que foi correlacionado a pressão social e a necessidade de emagrecimento. Assim, neste ciclo que se retroalimenta, várias participantes narraram ter, em seu histórico de tratamentos para obesidade, atitudes alimentares inadequadas mediante ao objetivo de emagrecer. Franques e Benedetti, (2015) apontam que o obeso tende a desenvolver atitudes automáticas, sem avaliar possíveis efeitos negativos dos tipos de tratamentos para emagrecimento, como por exemplo, os transtornos alimentares.

Os relatos apresentaram uma diversidade de atitudes alimentares inadequadas, tanto no pré-cirúrgico como no pós-cirúrgico. Entre as atitudes apontamos omissões de refeições, inapetência, uso abusivo de medicamentos para controlar a fome, vômitos autoinduzidos, distorções alimentares, entre outros. A seguir falas de participantes antes e após intervenção bariátrica:

[Comportamento alimentar inadequado].” Eu sei que não é correto, mas eu comia muito escondido da minha família, das pessoas com quem eu convivía na época. (...) Eu já fiz muitas coisas para emagrecer, inclusive o uso daquele laxante que eu sei que todo obeso já usou.” (G4, P20, 57 anos)

“(…), mas até hoje eu tenho esse bloqueio, essa preocupação com a comida. (...) Eu sei que não me alimento adequadamente. (...) Porque eu tenho muito medo de engordar, muito mesmo.” (G4, P21, 36 anos)

No que tange a transferência de dependência, as participantes dos grupos focais G2, G3 e G4 identificaram possíveis trocas de comportamentos pós-cirurgia. Pesquisas (CAETANO, 2016; CANETTI *et al.*, 2015; GREGORIO *et al.*, 2016; SARWER; DILKS; RITTER, 2012) reforçam que o hábito alimentar pode ser substituído por comportamentos outros como o excesso de compras, de álcool, entre outros. Assim, em face desse cenário, destacamos a necessidade do acompanhamento psicológico para que o paciente tenha ciência do desenvolvimento de seu tratamento, visto que, as consequências psicológicas da cirurgia bariátrica podem ser facilmente ignoradas se não forem rotineiramente rastreadas.

Algumas falas confirmaram o processo de psicoeducação instalado sobre o tratamento cirúrgico, repercutindo na identificação de alguns comportamentos compensatórios desenvolvidos após a cirurgia bariátrica. Dentre as falas, destacamos a transferência do comportamento alimentar inadequado para a dependência por compras e ao álcool. Seguem algumas falas coletadas:

[Transferência de dependência] “Ah, eu compro muitas coisas, compro mesmo, a psicóloga já sabe. Não posso ver algo diferente. É celular, é roupa, é coisas pra casa, é presente, (...)” (sic) (G2, P11, 47 anos)

“Eu me reservo ao direito de não tomar bebida alcoólica. Mas num evento, faço aquele social com uma taça na mão, mas é só isso. Se você comer demais, você sabe que tem algo que vai te fazer mal. Tem que se policiar. E vida que segue. (sic) (G4, P20, 57 anos)

As entrevistadas foram questionadas ainda sobre os aspectos sociais da obesidade no que tange a atividades do dia a dia. Uma queixa recorrente nos quatro grupos focais tem relação com a obesidade e a falta de acomodação de seus corpos diante a dimensões maiores e as dificuldades físicas de transitar por diferentes espaços sociais, como, por exemplo, o transporte público. Neste cenário social, comportamentos como passar na roleta ou catraca dos ônibus e a utilização de bancos prioritários para obesos geram a percepção de inadequação, sendo expressa a exclusão social do corpo obeso (FORHAN *et al.*, 2010; NOSSUM *et al.*, 2017).

As participantes relataram se sentirem constrangidas quando da utilização de cadeiras de plástico e assentos preferenciais. Todas as histórias foram acompanhadas de sofrimento, constrangimento e do sentimento de inadequação de seus corpos no contexto social. Essas situações diárias afetam as pessoas obesas em decorrência da atitude de terceiros, da falta de acessibilidade e igualdade social, da segurança e do direito de ir e vir em transportes públicos. Seguem os trechos coletados nos grupos focais on-line:

[Passar na roleta do ônibus-catraca/banco especial] “(...) subir no ônibus, eu tinha dificuldade. Já teve pessoas que falaram comigo: ‘não, senta aqui na frente porque você tá mais fortinha’, isso no carro, né, ‘você vai aqui na frente porque você tá mais fortinha’ (...) (sic).” (G4, P23, 56 anos)

“O nosso tamanho não convém com a catraca do ônibus. Podia ser um pouco maior, né. (...) Que nem ia atrapalhar quem é mais magrinho, né.” (sic) (G1, P5, 39 anos)

“Eu acho que a bariátrica vai além do aspecto físico, não é só conseguir subir no ônibus, tinha outras dificuldades. Já teve pessoas que falaram comigo: ‘não, senta aqui na frente porque você tá mais fortinha’ (...) para não falar que eu tava gorda e me doeu tanto quanto. Era melhor ter falado que você tá mais gorda você vai à frente porque aí as pessoas atrás vão mais confortáveis.” (sic) (G4, P23, 56 anos)

Por outro lado, após o emagrecimento, algumas mulheres conseguiram identificar as alterações ao transitar pelos mesmos espaços sociais, como, por exemplo, o transporte público. A ação que antes gerava constrangimento e percepção de inadequação, como passar na roleta ou catraca dos ônibus e utilizar de assentos prioritários para obesos (FORHAN *et al.*, 2010; NOSSUM *et al.*, 2017), foram alteradas após o emagrecimento, com falas de alívio expressando sensação de liberdade e satisfação corporal. A fala abaixo representa o exposto:

[Passar na roleta/catraca do ônibus/banco especial – pós intervenção]
 “Acho que pra mim o melhor foi passar na roleta do ônibus e ainda ter um espaço de folga, que antes eu agarrava. E agora passo com a bolsa, com a mochila, com computador e ainda tem espaço.” (G3, P12, 25 anos)

Puhl e DePierre (2012) destacam que os serviços públicos não estão equipados para acomodar indivíduos acima do peso, seja em ônibus, trens ou aviões. Os autores exemplificam o fato através da política de “Customer of Size”, ou seja, “cliente de tamanho” da Southwest Airlines. Conforme as leis da empresa, o passageiro que não se encaixar fisicamente entre os braços de apoio e o assento do passageiro, ou que ocupe o assento vizinho, deve comprar um segundo bilhete (PUHL; DEPIERRE, 2012, p. 31). As mulheres que trouxeram constrangimento em relação às poltronas de avião acrescentaram serem os cintos insuficientes para sua circunferência abdominal, sendo necessário solicitar um extensor. O tratamento depreciativo e discriminatório de pessoas obesas denota a inexistência de políticas públicas de acessibilidade e igualdade (CURI; PASQUARELLI, 2015; RIGO; BARBOSA, 2012). Dentre tantas falas e situações representativas dessa queixa, destacamos algumas:

[Constranger-se ao assentar na cadeira de plástico/poltrona avião] “Eu acho que cadeira de plástico é um negócio que incomoda muito, né? Às vezes

a gente só quer sentar no bar e beber uma cerveja e ficar tranquila. E aí você pensa assim: nossa, mas será que essa cadeira me aguenta? (...) É triste, vamos falar a verdade, é triste. Eu acho que a sociedade, ela não tá preparada, eu não sei nem quando ela vai estar preparada para ter essa acessibilidade para os obesos. Eu acho que as pessoas não pensam muito nelas, isso que é triste.” (G1, P7, 25 anos)

“(...) teve uma vez que viajei e tive que pedir aquele extensor de cinto, muito ruim.” (G3, P15, 37anos)

Abordando ainda questões pertinentes aos aspectos emocionais atitudinais, ressaltamos a questão: “Existe algum evento social (como, por exemplo, festas) que você já deixou de participar devido à sua obesidade? O que você poderia nos contar sobre isso?”, a grande maioria das mulheres relatou já ter evitado algum evento social mediante a depreciação de seu corpo. Lima e Oliveira (2016) contribuem com essa análise ao apontarem que a alteração da imagem corporal diante do aumento de peso desencadeia sentimentos de baixa autoestima e depreciação no indivíduo. Assim, estudos como os de Forhan *et al.* (2010) e Nossum *et al.* (2017) reforçam que esse tipo de evitação social é frequente no comportamento de pessoas obesas. O medo dos olhares, dos julgamentos, bem como comentários e falta de acessibilidade, foram itens relatados como limitantes para a participação em eventos sociais. Seguem alguns desses relatos:

[Ir a evento ou não ir] “Não, eu nunca fugi de nenhuma festa, mesmo gorda, eu só não ficava feliz, mas eu ia. Só não estava bem, mas eu ia assim mesmo.” (sic) (G2, P11, 47 anos)

“Bom, a minha vida antes da bariátrica, era bem complicada. Já deixei sim de ir a alguns eventos com amigos, ou com amigos do meu marido porque eu estava envergonhada.” (G2, P10, 39 anos)

Questionadas sobre “Como você lida com situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banho de piscina)?”, identificamos fatores significativos atrelados a esses locais (praia, cachoeira ou piscina). Dentre eles, destacamos a autoconsciência do excesso de peso, a exposição de partes específicas do corpo e os comentários do contexto social. Menzel (2012) destaca que a aparência é tema frequente de conversa, logo, é importante considerar o impacto de comentários relacionados a ela. Assim sendo, as participantes relataram essas situações como muito expositivas, o que representa rápido *feedback* em relação à sua aparência de qualquer forma (positivo, negativo, ambíguo). As mulheres trouxeram em sua grande maioria a apreciação negativa, o que foi avaliado por elas como motivo de não se submeterem a essas vivências sociais.

[Ir à praia/usar biquinis/short] “Eu também assim, antes da bariátrica, eu viajava, mas assim eu ia pra praia mais sempre com roupa, nunca fiquei de biquíni, dificilmente ia pra praia e desfilava de biquíni ou maiô. Eu sempre fui, mas sempre fui mais reservada.” (sic) (G2, P8, 42 anos)

“(...) é tanta coisa que a gente quer fazer na vida e a gente não faz porque a gente tem vergonha ou a gente às vezes não gosta do nosso corpo em algum momento ou alguma situação.” (G1, P7, 25 anos)

Uma outra configuração trazida pelas participantes quanto ao peso diz respeito à atividade profissional. O mundo laboral se tornou mais um veículo para expressar o estigma do sujeito obeso, havendo desigualdade no emprego, recusa de contratação, rescisão do contrato de trabalho e até negação de promoção a indivíduos com excesso de peso (PIERRE, 2012). Outro fator apontado por Gaspar (2003, p. 64) é a ideia de que “o ser humano se reconhece muito mais pelo que faz do que pelo que é. E, nesse sentido, a frustração é dupla, pois o trabalhador obeso sofre ambas as discriminações”. As falas a seguir expressam exatamente essa circunstância.

[Trabalhar] “Eu trabalho em portaria, né. Trabalho de noite. É um serviço que a gente usa cadeira vinte quatro horas por dia. Eu não sou a única porteira que tem sobrepeso e tudo mais. Então acaba forçando, estragando as cadeiras mais rápido. A gente comprou uma cadeira confortável, mas ela estragou, teve que comprar outra cadeira mais confortável. Então até as cadeiras que vem escrito que elas aguentam até certo peso, mas acabam estragando rápido, meio mal feita, né? (sic) (G1, P6, 26 anos)

“É um pouco ruim a gente pensar que, no mercado de trabalho, se eu tivesse uns quilos a menos as coisas poderiam ser diferentes. Numa entrevista de emprego, em qualquer oportunidade, financeira ou profissional, na vida.” (G1, P7, 25 anos)

Esta categoria buscou salientar os comportamentos relacionados ao corpo, analisando as subcategorias: aspectos físicos, emocionais e atitudinais, e por fim, sociais. A categoria foi organizada nessa mesma ordem, sendo composta por 15 temas, analisados de acordo com cada subcategoria.

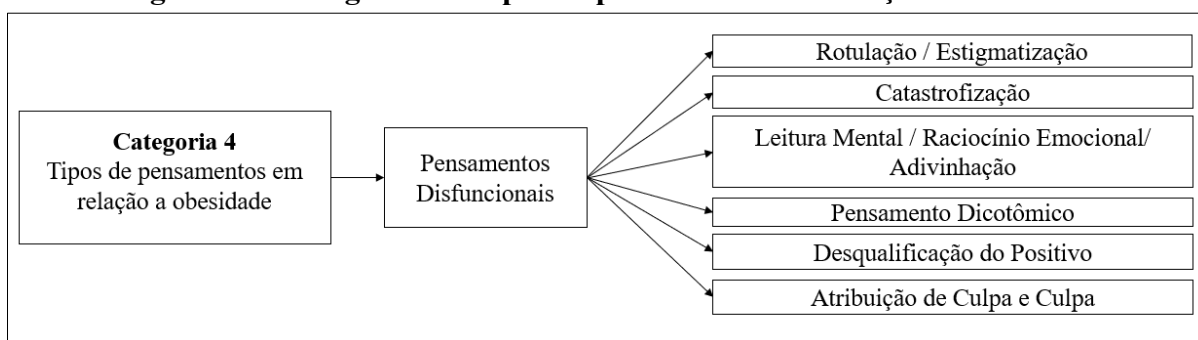
6.2.5 Categoria 4 – Pensamentos em relação à obesidade

De acordo com Vereza (2010), o pensamento perpassa pelo ato de pensar uma coisa em termos de outra sem necessariamente verbalizar esse processo. A autora aponta ser o

pensamento uma forma de “metaforizar” introspectivo sobre algo (VEREZA, 2010, p. 204), o que justifica a interpretação que nossa mente faz mediante a um fato. Assim, para analisarmos alguns tipos de pensamentos sobre a obesidade relatados pelas participantes nos grupos focais *on-line*, recorreremos mais uma vez aos conceitos da Teoria Cognitiva Comportamental. Vários estudos (BAHLS, NAVOLAR, 2004; BECK, 2013; KNAPP, BECK, 2008) apontam que a forma como o indivíduo interpreta como uma situação se configura para ele define não só o pensamento como também sua qualidade. Assim, as participantes expressaram uma diversidade de interpretações sobre a obesidade, condizentes com a forma como cada uma vive a doença. Ao longo das interações dos grupos focais, foi observada uma tendência, no que diz respeito aos tipos de pensamentos sobre a obesidade, como predominantemente disfuncionais (DUCHESNE, ALMEIDA, 2002; LEWIS *et al.*, 2011).

Em seus estudos sobre transtornos emocionais, Knapp e Beck (2008), reforçam a necessidade de analisar, reestruturar e corrigir pensamentos distorcidos. Por considerarem que alguns pensamentos ocorrem espontaneamente e de forma automática, o indivíduo muitas vezes não estabelece um raciocínio reflexivo, pois a acurácia desse processo é geralmente muito rápida, impedindo que o indivíduo reflita e avalie a veracidade sobre seu pensamento.

Figura 14 – Categoria 4 – Tipos de pensamentos em relação à obesidade



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

A estigmatização do peso e da imagem corporal foi relatada como uma angústia pelas mulheres entrevistadas. De acordo com as falas, foi possível observar a permanência da estigmatização da imagem corporal pelas participantes, mesmo quando houve o controle do peso corporal. Essa permanência é notória em pessoas com obesidade e em tratamentos para emagrecimento como o bariátrico. A imagem corporal negativa não existe apenas em função do peso, mas está diretamente relacionada à estigmatização internalizada pelo sujeito (LATNER; WILSON, 2011). Neste cenário, o pensamento de rotulação e estigmatização

estiveram presentes em vários momentos, expressos por modelos rígidos em relação à obesidade (KNAPP; BECK, 2008).

[Rotulação/estigmatização] “Porque na minha adolescência eu era a gordinha da turma, todo mundo falava.” (G1, P5, 39 anos)

“Meu corpo chegou a esse ponto: não é possível que a gente tem necessidade de fazer uma bariátrica.” (G3, P14, 32 anos)

O pensamento de catastrofização, por sua vez, também foi detectado na fala de algumas participantes em decorrência da pressão para perder peso. Algumas delas relataram o constante temor de falharem em seu processo de emagrecimento, chegando a pensar

que o pior pudesse acontecer. Nessa associação de pensamentos, não há a resignificação de atos isolados como comer de forma errada ou algo inapropriado ao objetivo de emagrecimento. As situações relatadas foram vividas com grande intensidade em alguns casos. Os discursos marcaram a angústia vivida pela associação do erro com a destruição total, ao invés da compreensão de um desvio temporário (KNAPP; BECK, 2008).

[Catastrofização] “Eu comi muito rápido e me deu uma dor absurda no estômago! Aí, eu pensei: arrebentei meus grampos e eu vou morrer.” (G2, P11, 47 anos)

“Eu faço qualquer coisa para me manter com esse peso. Eu sei que não estou saudável, mas engordar de novo?! Nunca mais. Eu prefiro morrer.” (G4, P21, 36)

Alguns participantes afirmaram presumir o que os outros estavam pensando quanto às suas imagens, o que intitulamos “leitura mental”. Acopladas a essa interpretação negativa da realidade, apresentaram-se também racionalizações emocionais, o que, no contexto desse trabalho, implica a cristalização de sentimentos e visões de mundo tidos como verdades absolutas. Tanto a leitura mental como o raciocínio emocional são práticas que se retroalimentam e inibem a pessoa de construir uma nova denotação cognitiva, ignorando, por conseguinte, evidências que podem representar outras perspectivas sobre a obesidade (KNAPP; BECK, 2008).

[Leitura mental/ raciocínio emocional/ adivinhação] “O gordo é discriminado até no supermercado, as pessoas olham para as minhas compras e pensam assim: ah lá, tá vendo, não emagrece porque só compra porcaria.” (G4, P19, 62 anos)

“(…) A minha psicóloga falou comigo: podemos avaliar juntas esses grupos de bariátricos que está participando? Ali eu vi que eu estava fazendo uma programação cerebral para não comer certos alimentos e até quando eu devia passar mal. Esses grupos são uma loucura!” (G3, P12, 24 anos)

“Eu sabia quando as pessoas estavam rindo nas minhas costas. Eles até tentavam disfarçar, mas eu sabia.” (G4, P21, 36 anos)

Ao abordar as dificuldades na manutenção da perda de peso após tratamentos de emagrecimento, através das questões “Quais aspectos em sua aparência física que realmente gosta?” e “Quais aspectos em sua aparência física que realmente não gosta?”, as participantes interpretaram a dificuldade de manutenção e a não obtenção de suas metas de forma polarizada, sem flexibilidade cognitiva, o que chamamos de “pensamento dicotômico”. Knapp e Beck (2008) apontam que, nesse tipo de racionalização, há apenas duas categorias excludentes entre si, que não comportam a continuidade ou a mútua convivência. São elas o sucesso ou o insucesso. Desse modo, os tratamentos executados foram desconsiderados por muitas mulheres, apresentando-se inviabilizada a conscientização de aspectos intermediários do processo de emagrecimento.

[Pensamento dicotômico] “Eu não gosto de nada. Quando eu olho no espelho, gosto muito de mim, mas quando eu vejo meu peso, poxa! Eu penso assim, sei lá, me incomoda. Quem gosta de mim, se incomoda. E eu não sei. Eu gosto de tudo, mas ao mesmo tempo tenho vontade de trocar tudo. (G1, P5, 39 anos)

“Meus tratamentos para emagrecer nunca deram certo. Dieta da lua, jejum intermitente, atividade física, enfim, nada deu certo. (...)” (G4, P17, 59 anos)

A “desqualificação do positivo” consiste em perceber que eventos positivos aconteceram, de fato; porém, em função da distorção cognitiva, a pessoa os considera obra do acaso. Ou seja, não reconhece a experiência positiva como algo de valor, algo que conte como evidência de uma habilidade, por exemplo.

[Desqualificação do positivo] “Eu sempre achava que as pessoas estavam me olhando como se eu fosse um monstro, na minha cabeça.” (G3, P13, 36 anos)

“Eles vêm falar com a gente: ‘ah, mas eu conheço tanta pessoa que engordou, cuidado hein!’, ‘Cuidado que o povo engorda depois da bariátrica’. São esses desavisados que acabam com a nossa cabeça.” (G3, P14, 32 anos)

Ao analisar os tipos de pensamentos das participantes em relação à obesidade, foi notório em várias falas o atribuir de culpa a terceiros e/ou situação vividas como também a tomada de responsabilidade para si da obesidade, ou seja, da culpa de ser obesa. Os grupos focais permitiram observar que as mulheres obesas em grande maioria convivem com o próprio julgamento e o alheio. No entanto, para darmos continuidade à análise dos discursos, é relevante diferenciarmos o pensamento de atribuição de culpa do pensamento de culpa. Segundo Knapp e Beck (2008), na atribuição de culpa, o sujeito tende a eleger situações e/ou culpados para justificar suas falhas. No pensamento de culpa, a pessoa tende a justificar tudo o que acontece como sua responsabilidade, não levando em consideração as interações sociais, genéticas – no caso da obesidade – e situacionais as quais possa estar vivendo.

Caracterizada por se desenvolver mediante a múltiplos fatores como por exemplo, genéticos, ambientais, comportamentais, socioculturais, sedentarismo e psicossociais, a obesidade (WOF, 2022), é frequente a investigação do estilo de vida do obeso para nortear o tratamento da doença. De acordo com Franques e Benedeti (2015), há a necessidade a responsabilidade pela obesidade é justificada diante às atitudes do sujeito. As autoras apontam ainda que, há o pensamento vigente de que o obeso não consegue controlar sua alimentação, reforçando os pensamentos disfuncionais de tomada de responsabilidade sobre o desenvolvimento e também tratamento da obesidade.

Assim, algumas mulheres atribuíram o ganho de peso aos pais, familiares, fatores ambientais e pessoas significantes, como por exemplo, os profissionais de saúde. Todavia, outras participantes se responsabilizaram pelo excesso de peso, como também pela dificuldade de emagrecer, esboçando em algumas falas a falta de determinação em obterem os resultados desejados. Desse modo, destacamos as duas queixas que representam cada tipo de pensamento disfuncional:

[Atribuição de culpa/culpa] “a minha mãe conta que eu nasci de 7 meses e só mamava leite do peito, tem fotos minhas que eu parecia um buda, de tantas dobrinhas que eu tinha. Minha avó por parte de pai é bariátrica, meu tio também é, o meu pai também é obeso, minha mãe também é obesa, inclusive ela fez a segunda cirurgia bariátrica há pouco tempo. Então, tenho obesidade dos dois lados.” (sic) (G1, P7, 25 anos)

“quando eu falo de obesidade vem um filme da minha família. Eu tenho que contar quem não é gordo. É sério! Eu sempre soube o que é sofrer com obesidade, desde pequena. Via a minha mãe fazendo dietas, minhas tias, minhas primas, eu. A minha irmã operou há 4 meses, também é bariátrica. Então, eu já sabia que minha obesidade era de família.” (G2, P10, 39 anos)

“Eu ia no doutor e ele falava: “daqui seis meses quando você voltar, você já vai estar com setenta quilos”, e eu respondia: vou estar não, tenho certeza eu que não vou estar. (...) vou passar é vergonha, vou chegar aqui e vai pensar logo que eu tô fazendo alguma coisa errada, que tem coisa errada aí, ou não está comendo direito. Já começou a conseguir comer, já tá comendo errado de novo. Ele sempre pensava positivo, mas eu não.” (sic) (G3, P14, 32 anos).”

“Eu sou aquela pessoa que sempre fez dieta, tomei remédios, coloquei balão intragástrico. Emagreci e engordei três vezes mais depois (...). Eu nunca fiz os tratamentos direito, engordava tudo que perdia.” (G3, P15, 37 anos)

Diante de tal contexto, observa-se que a análise da categoria 4 foi realizada com presença notória de pensamentos disfuncionais relacionados à obesidade e, por conseguinte, com interpretações distorcidas da realidade. Os pensamentos, muitas vezes automáticos, evidenciaram as alterações cognitivas e a falta de raciocínio reflexivo para avaliar a veracidade dos mesmos, sendo presente a pressão sociocultural na qualidade destes. Assim, no contínuo da análise dos dados, introduz-se a categoria 5, representada pelas crenças em relação ao corpo obeso.

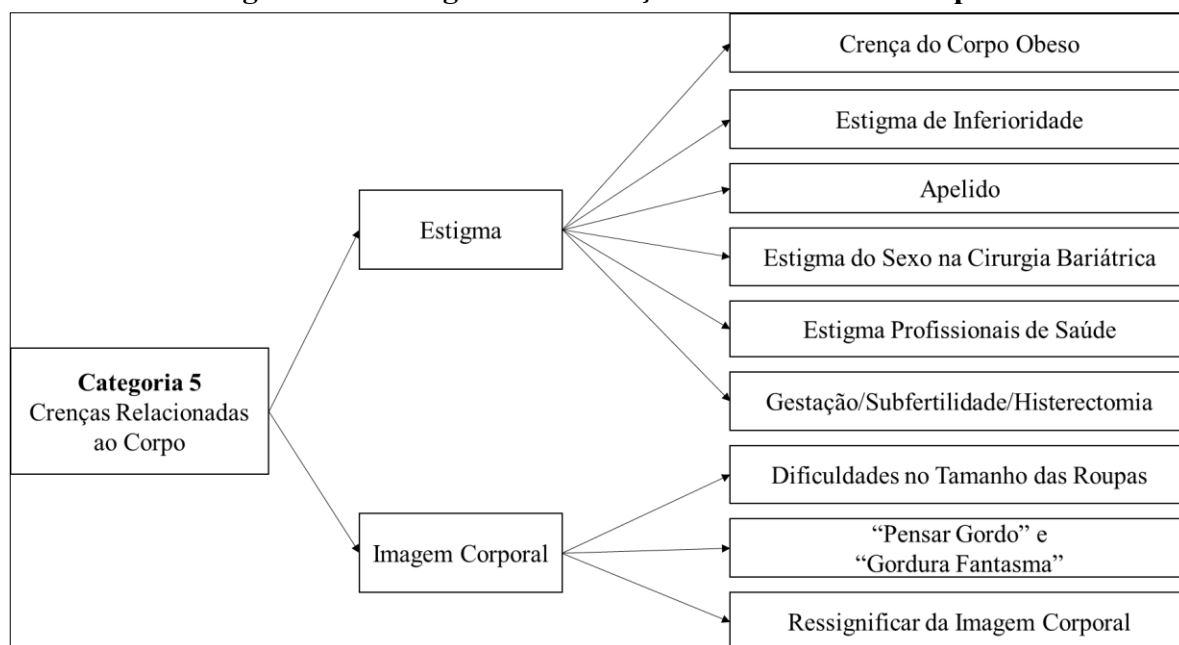
6.2.6 Categoria 5 – Crenças relacionadas ao corpo

De acordo com Azevedo e Lemos (2018), o ato de crer e acreditar é algo próprio e inerente ao homem. Cada sujeito é composto por um conjunto de percepções psicológicas, físicas, culturais e sociais, as quais orientam como cada pessoa compreende a realidade social. Assim, para compreensão desse modelo mais complexo do funcionamento cognitivo, destacamos as pesquisas de Beck (2013) e Leahy (2006), que elucidam o desenvolvimento das crenças centrais ou nucleares do indivíduo. Para esses autores, o indivíduo estabelece interações com pessoas significativas desde os primeiros anos de vida, desenvolvendo percepções e atitudes compreendidas como a sua verdade. Esse conjunto de entendimentos sobre o ambiente é chamado de crenças centrais ou nucleares e, de acordo com sua natureza, estabelecem e modelam o funcionamento do indivíduo no meio cultural.

Assim sendo, de acordo com Beck (2013), as crenças nem sempre são fundamentadas em conhecimento; elas podem ser constituídas com base em experiências pessoais, serem herdadas do complexo familiar e até serem resultado de situações traumáticas vividas pela pessoa. Desse modo, as entrevistas dos grupos focais propiciaram acessar as crenças centrais das participantes, sendo possível qualificar esse material cognitivo como rígido, sem articulação, generalizado. Por conseguinte, a presente categoria se justifica por analisar as crenças sobre o corpo enquanto um nível mais complexo.

É relevante correlacionarmos ao conceito de crenças dessa categoria as pesquisas de Marcuzzo, Pich e Dittrich (2012) que destacam ser o sistema de crenças de pessoas com obesidade mórbida um estereótipo físico e cognitivo diverso mediante a configuração sociocultural.

Figura 15 – Categoria 5 – Crenças relacionadas ao corpo



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

A respeito das crenças vinculadas ao corpo obeso, Beck (1997) aponta que, ao analisarmos os modelos cognitivos da pessoa, é possível acessar que essa percepção se desenvolveu mediante certos eventos. No caso das entrevistadas, é relevante destacar o impacto da perda de peso expressa de formas diversas, com o aparecimento de aspectos ora positivos, ora negativos sobre a imagem corporal. Em face desse cenário, evidencia-se que pessoas com obesidade em tratamento cirúrgico podem apresentar dificuldades quanto ao reconhecimento de seu contorno corporal, caracterizando um quadro de estigmatização e distorção cognitiva quanto à imagem corporal.

Estudos como o de Palmeira *et al.* (2020) corroboram que as pesquisas existentes correlacionam a obesidade à depreciação do modelo sociocultural vigente na atualidade. Assim, há uma crença generalizada na sociedade de que o peso corporal está sob o controle da pessoa com obesidade. No entanto, pesquisas sobre a etiologia da obesidade confirmam ser ela uma doença causada por múltiplos fatores, demandando tratamento contínuo e sendo difícil a manutenção da perda de peso, principalmente por bariátricos (CASAS BLANCO *et al.* 2022; DUCHESNE, ALMEIDA, 2002).

A cirurgia bariátrica é considerada um tratamento eficaz para a obesidade grave, no entanto, há variabilidade quanto aos resultados de perda de peso. Pesquisas (PATEL, S.; SZOMSTEIN, S.; ROSENTHAL, 2011; PINTO-BASTOS, CONCEIÇÃO, MACHADO, 2018), ressaltam que alguns pacientes podem ter dificuldades em atingir uma quantidade significativa de perda de peso, como também podem vivenciar a recuperação de peso após a perda satisfatória no tratamento ao longo dos meses e até anos após intervenção cirúrgica.

Assim, procedimentos e até cirurgias são realizadas em pacientes com resultados insatisfatórios de perda de peso ou aumento significativo de IMC. O que leva muitos pacientes a recorrerem a procedimentos como o Plasma de Argônio e às vezes, a cirurgias bariátricas reoperatórias (PATEL, S.; SZOMSTEIN, S.; ROSENTHAL, 2011; PINTO-BASTOS, CONCEIÇÃO, MACHADO, 2018). O que foi evidenciado no G2, em que uma participante – (G2, P11, 47 anos) – realizou duas intervenções cirúrgicas bariátricas e no G4, outra mulher – (G4, P23, 57 anos) submetida ao procedimento de Plasma de Argônio para tratar o ganho de peso após a cirurgia bariátrica. Os relatos abaixo exemplificam a questão:

[Crenças do corpo obeso] “Eu fiz a primeira bariátrica, acho que uns 10,11 anos atrás. (...) perdi 40 kg, (...). Com a pandemia, sem o acompanhamento que era necessário, que eu achava que era besteira, (...) fui ganhando peso. Hoje estou com 5 meses da segunda cirurgia. (...) Dizem que bariátrico não engorda de novo. Mentira, engorda sim. Eu sou a prova viva disso. Eu cheguei a 119 kg de novo. Na primeira vez eu tinha 109, na segunda vez eu tinha 119 kg.” (G2, P11, 47 anos)

“Eu emagreci, mas voltei a engordar. Precisei dar continuidade ao tratamento(...). Engordei muito depois da cirurgia e fui de novo buscar algo para emagrecer. (...) Eu fiz o Argônio em 2020, já eliminei 30 kg.” (G4, P23, 56 anos)

Em relação ao estigma que o obeso sofre por seus atributos corporais, cabe destacar que os preconceitos tecidos aos obesos podem ser tão ou mais prejudiciais do que os problemas de saúde decorrentes da doença (GONÇALVES, 2004). As falas coletadas confirmam essa perspectiva, uma vez que algumas mulheres acreditam que seus corpos obesos foram reduzidos exclusivamente a um corpo marginalizado. De acordo com Goffman (1982, p.7), a pessoa obesa é colocada “na situação de indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena”. Uma das maneiras pelas quais nossos esquemas de imagem corporal se desenvolvem é por meio de interações sociais, que servem como um “espelho” por meio do qual observamos nós mesmos e, mais especificamente, nossa aparência.

[Estigma de inferioridade] “E a grande surpresa e algo que talvez tenha surpreendido muito, realmente é conseguir me olhar no espelho, isso pra mim foi uma coisa que me marcou muito, porque eu não conseguia me olhar no espelho com o corpo inteiro. Eu me sentia com uma imagem distorcida, que eu não conseguia me ver, doía essa sensação de ter uma imagem distorcida. Eu não conseguia comprar uma roupa, nada me servia, eu ficava muito triste! (...) Hoje, com essas novas possibilidades, (...) eu já resgatei essa parte de autoimagem, de autoestima, mas a palavra que talvez esteja presente ainda, seja inferioridade. (...) eu tô conseguindo vestir uma roupa, comprar uma roupa, né. (...) É uma assim, que me causa assim uma profunda alegria, mas sempre foi o oposto, né? Então, a princípio, a superação e a alegria de poder se sentir normal. (G2, P9, 58 anos)

“(...) uma coisa muito interessante que é o olhar do outro, né?! Alguém que olhava pra mim, conversava comigo, nem olhava no meu olho, olhava pro meu corpo.” (G3, P15, 37 anos)

Ao abordar as crenças relacionadas ao corpo obeso, as participantes dos quatro grupos focais disseram que, em algum momento, sentiram ou sentem insatisfação perante seus corpos. Os pensamentos expressos foram correlacionados à forma como a sociedade trata o corpo de uma pessoa obesa, condição esta que desencadeia uma desvalorização como também a crença de ser justo o estigma, sendo então merecedoras de discriminação. Menzel (2012) ressalta que os comentários pejorativos feitos a uma pessoa, podem contribuir para o desenvolvimento da insatisfação corporal e até comportamentos de risco para transtornos alimentares. O que corrobora com os estudos de Brochu e Esses (2011) ao apontarem que o termo “gordo” pode denotar significados depreciativos ao sujeito.

A pesquisa trouxe como um dos questionamentos as participantes: “Você tem ou já teve algum apelido? Como você se sente com isso?”. Segundo o Dicionário Escolar da Língua Portuguesa (2015, p. 435), a palavra “apelido” pode ser definida como o ato de nomear alguém, por vezes, de forma depreciativa. Assim sendo, os apelidos podem criar marcas no indivíduo e por conseguinte, nas relações desse com outras pessoas. Os diálogos a seguir exemplificam essa nomeação como uma forma de estigmatização.

[Apelido] “Eu sempre tive apelidos, (...), mas quanto ao fato do meu peso, eram diferentes. Mas eu também não ligava. (...) Então, deixa eu pensar quais eram: gorda. A minha irmã toda vez que brigava comigo, me xingava com um apelido: baleia, sua gorda horrorosa! Até hoje ela faz isso, eu quero ver do que ela vai me xingar quando eu operar?” (G1, P5, 39 anos)

“Meu pai sempre dizia: chegou a minha fofinha, (...). Quando criança, eu nunca tive problema em questão de ser gordinha porque era bonitinha, era a fofinha do papai, era a ‘bajuladinha’, a mimada mesmo.” (sic) (G2, P8, 42 anos)

Quanto às questões de estigma de sexo na cirurgia bariátrica, as integrantes dos grupos focais descreveram como distintos o tratamento cirúrgico para obesidade do homem e da mulher. De acordo com as falas, elas acreditam que a gordura corporal pesa mais para as mulheres em vários aspectos do que para os homens. Murnen (2011) ressalta que a obesidade, por ser uma construção social, pode ser sentida como mais nociva o sexo feminino do que para o masculino. Assim sendo, os discursos a seguir apontam essa diferença de tratamento indicada pelas participantes, como também o estigma de serem ou estarem se preparando para cirurgia bariátrica.

[Estigma do sexo na cirurgia bariátrica] “(...) eu e meu marido fizemos a cirurgia bariátrica. Ele ficou muito bem e quando as pessoas me viam obesa ainda, isso foi antes de eu operar, logo perguntavam: quando você vai fazer sua cirurgia? É interessante o peso da cobrança das pessoas sobre a gente! Ninguém falava desse jeito com ele antes de operar.” (G3, P14, 32 anos)

“Meu marido também vai fazer a cirurgia em junho agora. Mas eu acho que pra homem é diferente ser gordo e até quando vai ao médico. Como eu estou acompanhando-o nas consultas, vejo muita diferença de tratamento.” (sic) (G3, P13, 36 anos).

Outro ponto explorado nas análises diz respeito à estigmatização dos obesos por parte dos profissionais de saúde. Algumas participantes descreveram experiências em que sofreram preconceito por parte da comunidade médica. De acordo com as mesmas, esses comportamentos aconteceram de forma explícita ou até implícita, causando prejuízo no desenvolver de seus processos de tratamento para a obesidade. Portanto, as interações profissionais-paciente têm um impacto no contexto do controle de peso, no que tange à aderência aos tratamentos (PUHL; PETERSON, 2012; SWINBURN *et al.* 2019).

Levine e Chapman (2011) apontam a importância da proatividade dos profissionais com seus pacientes e também seus familiares, pois deve-se quebrar o ciclo vicioso de menor cuidado com a saúde dos obesos e consequente não detecção de doenças importantes. O que é consolidado com os estudos de Puhl (2009), ao sinalizar o baixo padrão de equipamentos médicos não projetados para corpos grandes, balanças inadequadas para superobesos (com IMC $\geq 60\text{kg/m}^2$), mesas de exame estreitas e em destaque aventais hospitalares pequenos, os quais expõem o corpo do obeso.

Em face desse cenário, é preocupante constatar que alguns obesos tenham em seu processo de tratamento, relatos de estigma sobre seu peso por profissionais que deveriam acolher e tratar sua doença. Seguem queixas que evidenciam esse estigma:

[Estigma profissionais de saúde] “Então o fato de ir ao médico, eu sempre passava aquelas situações em que “Ah, talvez você vá precisar aumentar algum medicamento porque sua pressão não tá ajustada”, ou “Ah, olha, possivelmente daqui uns meses quando você retornar, você vai precisar de algum medicamento novo, porque o seu colesterol tá bastante alterado”. Nesses momentos, sim, eu me sentia triste. Mas eu acho que nem era uma tristeza, era uma decepção, digamos assim. Era momentos em que eu me sentia derrotada, vamos colocar assim. Nunca melhorava, nunca vinha um elogio. E eu falava: poxa, eu tô perdendo pra mim mesma.” (sic) (G3, P14, 32 anos)

“Eu tenho pavor daquela mulher, aquela dra. (...)! Ela me disse que se eu não emagrecesse, podia esperar para perder meus amigos, que eu não ia arrumar namorado, que eu não ia arrumar emprego enfim, a mulher me crucificou, e detalhe, eu nem era obesa mórbida na época. Ainda sobrou pra minha mãe, falou que ela também era culpada pelo meu tamanho.” (G2, P8, 42 anos)

Ainda no âmbito familiar, as entrevistas, assim como o questionário sociodemográfico, também abordaram o fato de as participantes terem filhos, quantos filhos e se localizavam algo que pudessem associar ao ganho de peso. Cadelha e Cercato (2015) ressaltam que, de acordo com as recomendações do *Institute of Medicine* (2009), a mulher deve manter seu peso dentro dos limites propostos em uma gestação. Todavia, no âmbito do estudo, algumas mulheres relataram ter ganhado mais peso do que o recomendado, o que contribuiu para a retenção de peso pós-parto e para o desenvolvimento da obesidade.

Outra vertente da cirurgia bariátrica está na melhora tanto da síndrome dos ovários policísticos quanto a infertilidade associada à obesidade. A cirurgia pode apresentar um efeito significativo no aumento da fertilidade. Sendo assim, destacamos algumas participantes que apontaram uma possível incerteza quanto à ameaça da subfertilidade e da histerectomia devido à obesidade. A busca pelo procedimento cirúrgico foi associada, nesses casos, à perda de peso como forma possível de regulação do peso corporal pós-gestação, em casos de riscos de infertilidade e regularização dos ciclos menstruais, e também em procedimentos como a histerectomia (JEFREY, *et al.* 2020). Apontamos a seguir, as três variáveis coletadas:

[Gestação/subfertilidade/histerectomia] “(...) desde quando eu engravidei da minha filha, (...) fui aumentando o tamanho, por causa da vida sedentária também. É depois da gravidez que realmente a gente ganha uns quilinhos a mais, que ficam mais difíceis de perder, (...)” (G3, P16, 44 anos)

“Eu, no total, já eliminei cinquenta e sete quilos, (...) é mais fácil hoje pensar em engravidar né?” (G3, P14, 32 anos)

“Eu precisava de fazer uma cirurgia para tirar o útero. (...) eu não tinha condições físicas de fazer cirurgia, não ia aguentar (...) eu precisava emagrecer. (...) aí veio a ideia da bariátrica.” (G4, P18, 45 anos)

Outra situação abordada nos grupos se refere às distorções de imagem em relação ao tamanho das roupas após a cirurgia. As participantes descreveram sentirem dificuldades em aspectos como numeração do vestuário atual, adaptação à variedade de modelos a escolher, os quais antes eram limitados, e esforços de localizarem roupas que representassem seus novos contornos. Esse processo foi descrito como desafiador e, no entanto, prazeroso, visto que as novas possibilidades de vestuário geraram impactos positivos na imagem corporal. Apesar de não acertarem o tamanho das peças de acordo com sua imagem corporal atual, sentiram um grande bem-estar (LINDBERG; WENNTROM; LARSSON, 2022). É importante acolher e desenvolver o processo de reestruturação perceptiva do sujeito que, por vezes, pode ocorrer de forma inadequada, causando dificuldades na atualização da imagem corporal durante o tratamento. Seguem os relatos após o procedimento.

[Dificuldades no tamanho das roupas] “(...) e tive que trocar meu guarda-roupa, tentei inicialmente arrumar as roupas, mas eu me sentia mal vestindo as roupas que eu usava antes. Eu fui na consulta com a endócrino, e ela falou assim: ‘Para de usar roupa de ex-gordo’, ela falou isso comigo e isso me doeu quando ela me falou. (...) Hoje em dia eu compro e erro o tamanho. Eu compro maior que meu corpo, e falo assim: opa, gente, podia ter comprado uma menor, cabe a menor.” (sic) (G3, P14, 32 anos)

“Mas até hoje, eu tenho esse problema com roupas GG. Eu tenho que experimentar e ver que está larga. Eu tenho essa dificuldade em ver que eu visto P, algumas PP, até hoje eu peço calça 40/42, para mim ainda não ficou muito definido.” (G4, P21, 36 anos)

Ao observarmos os grupos em processo de emagrecimento pós-cirurgia, algumas mulheres trouxeram a dificuldade de atualização de sua imagem corporal. Conforme os relatos, independentemente do registro na balança e checagem, os processos cognitivos nem sempre estavam atualizados. De acordo com Latner e Wilson (2011), algumas pessoas podem continuar a se considerar obesas, quando na verdade não estão. As autoras denominam o fenômeno como “pensar gordo”, uma preocupação disfuncional e irreal com a imagem do corpo. Outro fato também registrado nos grupos focais foi a “gordura fantasma”, a qual tende a se instalar após a perda de grandes quantidades de peso. Assim, em ambas as situações, há a distorção da imagem corporal (LATNER, WILSON, 2011, p. 195). Os depoimentos a seguir exemplificam a distorção:

[“Pensar gordo” e “gordura fantasma”] “Há um mês atrás eu fui numa loja ali no Braz Shopping, lá tem uma loja também de tamanho especiais e eu fui lá comprar uma calça jeans porque eu estava sem, aí eu pedi uma 50 e a moça falou assim: “Não seu tamanho é 46, 48.” E eu falei não, deixa eu ver a 50. Experimentei a 50 e a 48, sendo que a 48 ficou melhor. A dona da loja, me deixou à vontade, eu contei pra ela que eu tinha feito bariátrica, aí ela falou assim: “Não, mas você tem que pensar que agora você perdeu peso, que seu número diminuiu.” Aí eu fiquei pensando nisso. Eu estava com essa coisa de comprar sempre um número para cima do que eu realmente usava, porque eu não tinha dimensão de qual o tamanho eu estava usando, pois eu cheguei a usar 56, 58. (...) estou usando tamanho 44 que foi a última calça que eu comprei.” (sic) (G2, P9, 58 anos)

“As minhas medidas diminuíram com certeza, mas na minha cabeça quando eu olho no espelho, eu ainda estou gorda.” (G3, P16, 44 anos)

Algumas participantes relataram dificuldades em reconhecer sua imagem corporal pós-emagrecimento. De acordo com os relatos e discussões dos grupos, ao se olharem no espelho ou terem suas imagens refletidas, as pacientes denotaram distorções quanto ao peso perdido, não atualizando sua percepção. Associada a significativas melhorias no funcionamento físico e psicossocial, a perda maciça de peso após a cirurgia bariátrica é descrita pelas discussões dos grupos focais como conflitante, todavia, satisfatória. Algumas mulheres mencionaram um número elevado de elogios à sua aparência física tecidos por seus familiares, pares amorosos e pessoas significantes. Outras contaram ter recebidos comentários negativos sobre a grande perda de peso (SARWER, DILKS, RITTER, 2011). Nesse cenário, podemos analisar a ressignificação da imagem corporal de cada integrante:

[Ressignificação da imagem corporal] “Hoje eu já consigo me enxergar como eu estou, mas no início foi um pouquinho desafiador entender e enxergar como eu estava.” (G3, P12, 24 anos)

“E me lembro também quando completou um mês que eu emagreci nove quilos, e aí eu já tava me achando super magra já, falava: cara, tô magra, o que é isso? É muita coisa, você pensa que não, mas deu diferença no rosto, principalmente.” (sic) (G3, P15, 37 anos)

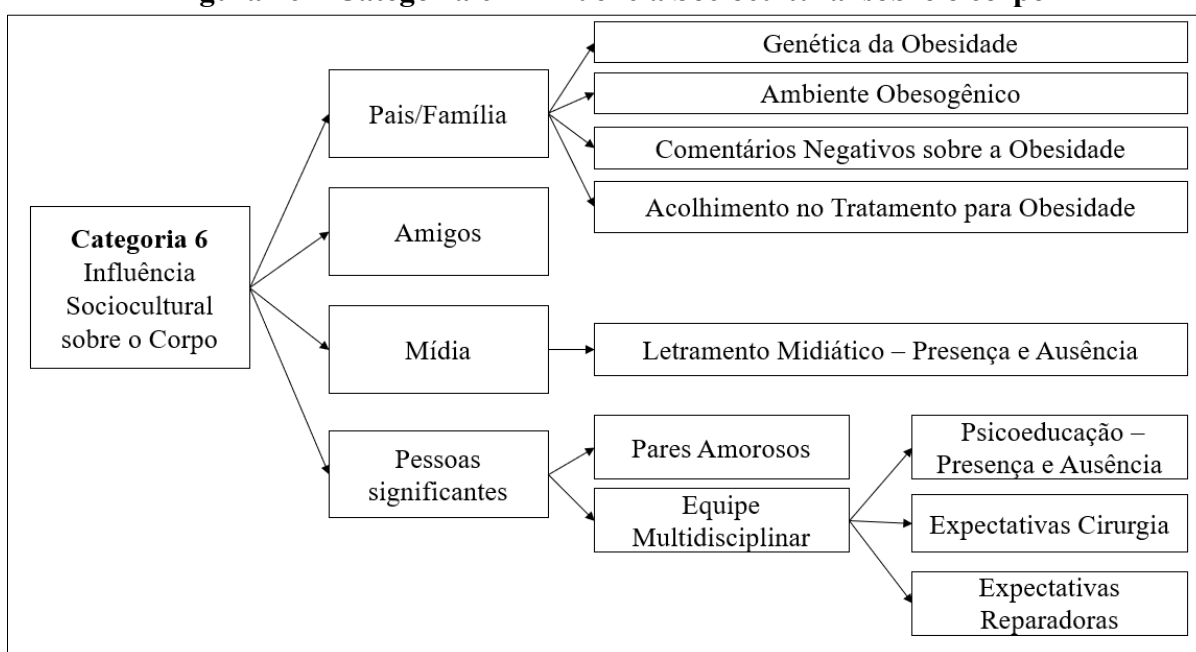
É importante apontar que a categoria 5 foi analisada quanto à diversidade de crenças das participantes. O G1 foi representado pela cristalização de crenças estigmatizantes sobre seus corpos, no entanto, com menor veracidade de intensidade, visto que as integrantes, em geral, buscam uma imagem corporal positiva e melhora na qualidade de vida. As mulheres dos GP e G2 apresentaram uma variação na flexibilidade e veracidade de suas crenças mediante a perda

rápida de peso. Sendo citado em muitos discursos, destaca-se a atuação de pessoas significantes auxiliando no desenvolver do tratamento. As participantes dos G3 e G4 relataram crenças mais enrijecidas e perturbadoras quanto aos seus corpos: ora com medo do reganho de peso, ora com insatisfação corporal frente ao reganho de peso perdido, parcial ou total. Uma possível explicação para isso decorre do fato de que, após 24 meses de intervenção cirúrgica, alguns procedimentos clínicos tenham sido enfraquecidos e até abandonados pelas pacientes desses grupos. O acompanhamento clínico é condição fundamental para o ressignificar e participar ativo do obeso em seu processo, configurando a necessidade de manutenção do tratamento. Na categoria seguinte, analisaremos a influência Sociocultural sobre o corpo.

6.2.7 Categoria 6 – Influência Sociocultural sobre o corpo

Considerando as influências socioculturais sobre o corpo das mulheres (FERDINANDS *et al.*, 2022; MURNEN, 2011; SMITH, 2009), é possível problematizar o olhar crítico da sociedade ocidental. Há um padrão de corpo ideal vigente ao qual as mulheres participantes do presente estudo não se enquadram, sofrendo, por isso, com o julgamento e a visão alheios. Como discutido ao longo da pesquisa, é relevante apontar, nesse contexto, a influência dos pais, dos amigos, da mídia e dos pares no processo de tratamento da obesidade. Sendo assim, nesta categoria, assinalamos aspectos no âmbito da relação das entrevistadas com aqueles que as cercam, conforme representado pela figura 16.

Figura 16 – Categoria 6 – Influência Sociocultural sobre o corpo



Fonte: elaborado pela autora (2023)

Os pais e outros membros da família desempenham um papel importante no desenvolvimento da imagem corporal como agentes socioculturais. Um aspecto explorado nos grupos focais foi: “Como você identifica os cuidados com o corpo dentro da sua família?”. De acordo com Angelucci e Mancini (2015), a probabilidade de uma pessoa se tornar obesa na vida adulta está entrelaçada a dois fatores: ter sido uma criança obesa e/ou ter pelo menos um dos pais obesos. Algumas mulheres justificaram sua obesidade como carga genética ou pelo fato de terem, em seu complexo familiar, mãe ou pai obeso. Nesse sentido, as falas das participantes do presente estudo confirmam a influência genética e comportamental no desenvolvimento da obesidade:

[Pais/família - genética da obesidade] “Eu tenho sobrepeso desde os seis anos de idade, então veio bem da família mesmo. Eu tenho uma mãe que já fez duas bariátricas. Eu tenho um tio e uma avó também que fizeram. Então eu sou a pessoa mais nova da minha família a fazer. Espero perder bastante peso.” (G1, P7, 25 anos)

“(…) eu sou gêmea, então eu já nasci com o peso acima da minha irmã, (...) foi quando eu era criança, mais ou menos por volta dos 10 anos de idade, que meus pais me levaram ao endócrino. Eu já tinha o peso muito alto, né, já era bem gordinha!” (G2, P9, 58 anos)

Algumas pesquisas (BOSELLO, CUZZOLARO, 2010; GORTMAKER, *et al*, 2015; OTTO, RIBEIRO, 2012), apontam ser o ambiente obesogênico o espaço que oferece oportunidades e condições de vida que podem promover a obesidade em indivíduos, dificultando, por conseguinte, as escolhas saudáveis e favorecendo o sedentarismo e hábitos alimentares inadequados do indivíduo. Diante ao exposto, as perguntas “Vocês conversam sobre o corpo com seus familiares? O que eles falam? Como você identifica os cuidados com o corpo dentro da sua família?” foram desenvolvidas nos grupos. Algumas mulheres se queixaram pela falta de apoio de familiares em processos de emagrecimento, como também a internalização de modelos disfuncionais de comportamentos alimentares. Assim, destacamos a importância primária de reconhecer e compreender os determinantes da obesidade, para então, modificar o ambiente em que o sujeito obeso está inserido. As falas a seguir representam o tema:

[Pais/família – ambiente obesogênico] “A psicóloga está trabalhando comigo para eu comer devagar, beber devagar, aqueles exercícios para

cirurgia. Eu falei com ela, é muito engraçado lá em casa, todo mundo come depressa, bebe depressa. Não sei nem porquê, eu tô tendo que pensar agora pra comer. Quando ela disse que eu posso deixar comida no prato, que eu não preciso comer tudo, eu fiquei chocada! A minha mãe sempre mandou a gente limpar o prato.” (sic) (G1, P5, 39 anos)

“Acho muito válido esse suporte que a gente recebe da equipe. A psicóloga chamou toda minha família no consultório para explicar o que seria a minha cirurgia. Aí que eu percebi que na minha casa tava cheia de armadilhas, de biscoitos expostos em potes - eu beliscava o dia todo; geladeira cheia, armários com comidas que não são nada saudáveis. Quando ela pediu para retirar essa comida foi que eu vi o quanto a gente se sabota, sabotava todo mundo na verdade, não só a mim, porque era eu que comprava a comida.” (sic) (G2, P11, 47 anos)

O complexo familiar foi explorado em momentos diversos da pesquisa. Assim, a pesquisadora questionou: “Vocês conversam sobre o corpo com seus familiares? O que eles falam?”. Pesquisas como as de Belle Rushforth (2008) e de Rodgers (2012) reforçam que indivíduos com excesso de peso sofrem níveis de discriminação em diversos ambientes. Por conseguinte, é significativo apontar que é no complexo familiar que essas críticas relacionadas ao peso se iniciam. As participantes relataram receber de seus pai e/ou irmãos comentários pejorativos em relação ao excesso de peso de seus corpos. Suas falas demonstram os comentários negativos tecidos por seus familiares com relação à aparência delas.

[Pais/família – comentários negativos sobre a obesidade] “Na questão da minha família também, sempre ouvi comentários ruins, e eu fui chegando num ponto que realmente, eu já não via mais saída, não via solução.” (G3, P12, 24 anos)

“(...) sofri dentro de casa com isso, porque dentro da minha família tem muita obesidade, mas dentro da minha casa não tinha. Então a minha mãe me criticava muito nesse sentido. Falava que eu estava imensa, que eu tinha que emagrecer (...)” (G4, P21, 36 anos)

Ainda sobre a influência dos pais e/ou familiares, algumas mulheres relataram se sentirem acolhidas tanto no pré como no pós-tratamento cirúrgico. Rodgers (2012) ressalta que, quando há fatores de suporte e proteção familiares no tratamento da obesidade, o membro obeso tende a se dedicar de forma mais consistente ao tratamento. Algumas falas representaram a importância da família na busca, preparação para o tratamento e no pós-operatório. Esse suporte emocional foi descrito por algumas participantes como fundamental no sucesso do processo. A seguir relatos dos dois momentos, pré e pós-cirurgia com suporte familiar:

[Pais/família - acolhimento no tratamento da obesidade] “Eu tive uma rede de apoio muito legal no meu pós-cirúrgico, minha família me ajudou muito. A psicóloga conversou com eles e isso ajudou bastante. Os quinze primeiros dias são bem difíceis. Tinha momentos que eu chorava, era muita fraqueza. Pensava o tempo todo se eu ia conseguir ou não. (...) o psicológico fica um pouco abalado, (...) (G2, P10, 39 anos)

“Eu tenho uma prima-irmã que sempre esteve comigo. (...) ela falou: ‘a gente vai operar. Para com essa graça, a gente vai operar, não tem isso, vamos começar o processo juntas, e tudo que eu fizer você vai fazer também.’” (G3, P14, 32 anos)

Além da família, as entrevistas abordaram a influência dos amigos: “Vocês conversam sobre o corpo com seus amigos? O que eles falam? Como você identifica os cuidados com o corpo dentro do seu grupo social?”. De acordo com Schultheisz e Aprile (2013), o indivíduo busca seus semelhantes, com os quais tende a compartilhar valores, estilo de vida, escolhas e crenças. Ao estabelecer esses vínculos com as pessoas, modelos de comportamentos se desenvolvem, os quais podem ser positivos ou negativos. Os discursos demonstraram que conceitos tecidos pelos colegas foram assimilados desde a adolescência, sendo que muitos ainda permanecem introjetados. Outro fator observado diz respeito às atitudes divergentes das participantes quanto a essas circunstâncias ligadas aos amigos. No momento do excesso de peso, elas relataram comportamentos de esquiva da presença e comentários negativos dos colegas; no processo de emagrecimento, houve comportamentos de busca da presença e comentários positivos. As falas a seguir demonstram a influência da opinião dos amigos com relação à aparência, tanto antes do tratamento cirúrgico como no pós-intervenção. Seguem as falas:

[Amigos] “Porque uma coisa que sempre me incomodou, é que eu sempre fui a gordinha do grupo. Eu não tenho amigas gordinhas, o meu marido também não tem amigos que são gordinhos. Então todas as vezes eu sempre achava que eu era o centro da atenção. Assim: “a chegou à gordinha”, eu já chegava com esse pensamento: nosso sou a única gorda da mesa.” (sic) (G2, P10, 39 anos)

“Hoje em dia eu já fico querendo encontrar os outros, (...) encontrar pra me ver, tipo “eu venci a obesidade, tá!” É diferente o sentimento, é uma bobeira o quanto que a gente se preocupa com a opinião do outro, sabe? (G3, P15, 37 anos)

Concomitantes às influências de familiares e amigos, as pessoas com obesidade lidam com pressões que contribuem para a insatisfação corporal. Murnen (2011) aponta a mídia como a influência mais pervasiva na vida das mulheres, o que tem mostrado um risco aumentado para

problemas de saúde mental e física, distúrbios alimentares e até suicídios. Quando questionadas sobre “Quais fontes de mídia vocês mais acessam (por exemplo: TV, rede social, *Youtube*, *Netflix*)?” e se “Você identifica os tipos de corpos que são representados por essas mídias?”, as participantes relataram sentir uma pressão da mídia para obter um corpo magro. Os diálogos abaixo exemplificam essa questão:

[Mídia] “É porque rede social, mídia, mexe muito com a cabeça da gente o tempo inteiro. Você fica no *Instagram* e você vê o tempo inteiro anúncio de pessoas magras com roupas magras e é isso, sabe? Eu não sei quando foi a última vez que eu vi uma jornalista obesa na televisão.” (G1, P5, 25 anos)

“(…) a mídia te cobra, mostra modelos lindas exorbitantes, exuberantes com aquele corpaço que nem quem é magro tem.” (G4, P21, 36 anos)

De acordo com a vasta literatura (JANKAUSKIENE; BACEVICIENE, 2020; MELTZER *et al.*, 2013; TIGGEMANN, 2012) sobre os efeitos nocivos da mídia na imagem corporal do sujeito, a seguinte pergunta foi feita: “Como essas representações impactam você?”. As reflexões expressaram tanto o letramento como a ausência de letramento midiático. O pensar crítico e a internalização sem questionamentos foram registrados nos grupos focais. De acordo com Tamplina, Mclean e Paxton (2018), pessoas com habilidades de letramento midiático podem ser mais propensas a avaliar as imagens e informações como improváveis, servindo como um fator de proteção para possíveis vias de insatisfação corporal. Seguem as falas:

[Mídia - letramento midiático – presença e ausência] “Ah, eu sou muito chata nas mídias que eu acesso. (...) um filme que assisti outro dia, (...) A personagem tinha 1,65 m e pesava 64 quilos e representaram ela nesse desenho, como um tipo de corpo maior do que o meu, por exemplo. Para um peso tão pequeno e uma altura normal, sabe? A representação na mídia japonesa costuma ser muito ruim, (...) é muito estereotipada. Muito não realista, porque na altura que a personagem tinha, por exemplo, com o peso que ela tinha, ela nunca seria daquele tipo corporal, muito difícil.” (G1, P6, 26 anos)

“A minha psicóloga falou comigo: podemos avaliar juntas esses grupos de bariátricos que está participando? Ali eu vi que eu estava fazendo uma programação cerebral para não comer certos alimentos que eu achava que faziam mal para o bariátrico. Eu me comparava com outras pessoas que tinham operado e ficava muito frustrada com os meus resultados. (...) Esses grupos são uma loucura!” (G3, P12, 24 anos)

De acordo com Latner (2012), a forma e o peso corporal são aspectos relevantes na sedução de parceiros românticos, tanto na adolescência como na vida adulta do sujeito. A internalização dessas pressões socioculturais representadas por corpos magros e atrativos justifica a busca muitas vezes incessante e irreal de atingir a perda de peso. Neste ininterrupto processo, temos considerações de Meltzer *et al.* (2013), Ogden e Taylor (2000) e Tylka (2011), que reforçam a influência dos pares amorosos na imagem corporal das mulheres entrevistadas. Algumas falas demonstraram a internalização e, conseqüentemente, a pressão sentida por elas em atingirem o corpo ideal e atraente. Os discursos divergiram quanto à percepção das participantes: ora indicaram a insatisfação, ora a satisfação corporal. Ressaltamos a fala de (G2, P9, 42 anos), que, além de elogios sobre seu corpo, enfatizou a parte do bumbum.

[**Pessoas significantes – pares amorosos**] “(...) na adolescência em questão de arrumar namorado, é uma questão que eu nunca tive problemas. Porque eu também batalhei bastante com dietas, sempre fiz a vida inteira dietas, então na adolescência eu peguei um corpo legal, não era magra, mas não tinha barriga, era um corpinho legal e sobressaía por conta disso. (...) Eu tinha um bundão!” (G2, P9, 42 anos)

“Na época da minha cirurgia eu tinha um namorado que fez também, então ele me incentivou bastante.” (G3, P12, 25 anos)

Durante a realização dos grupos focais, os membros das equipes multidisciplinares foram mencionados tanto na etapa pré como no pós-operatória. Algumas participantes relataram o acompanhamento de um ou mais profissionais em seus processos. Pesquisas (Rudolph, Hilbert, 2013; Sarwer, Dilks e Ritter, 2012) destacam a relevância da equipe multidisciplinar na realização da cirurgia bariátrica, uma vez que os objetivos vão além do emagrecimento. O obeso precisa receber, além da avaliação, a psicoeducação sobre a cirurgia, com informações pertinentes a cada fase do tratamento. Segal e Fandiño (2002) reforçam com suas pesquisas que o bariátrico e a equipe devem estar vinculados para concretizar mudanças no estilo de vida do indivíduo, garantindo a melhoria na qualidade de vida do operado. As participantes, em sua grande maioria, relataram vínculos positivos com os profissionais de saúde especializados em cirurgia bariátrica. Uma participante relatou estar em acompanhamento com a equipe de profissionais de seu plano de saúde complementar. Os discursos comprovam a atuação desses profissionais:

[Pessoas significantes – equipe multidisciplinar] “(...) ter uma meta, tratar com alguns profissionais, conversar e ver que o negócio vai dar certo, aí ajuda pra melhor, né? A gente fica até mais animada.” (G1, P5, 39 anos)

“(...) não, eu tenho que mudar, eu tenho, eu posso e eu vou conseguir mudar. Foi aí que a psicóloga veio, pegou na minha mão e me ajudou a seguir o caminho do sucesso.” (G3, P13, 36 anos)

“Eu faço acompanhamento com a equipe bariátrica (do meu plano complementar).” (G2, P9, 58 anos)

Duchesne e Dias (2019) apontam que, quanto mais informada a pessoa com obesidade for sobre seu funcionamento cognitivo, emocional e comportamental, maiores serão as possibilidades de conduzir seu tratamento de forma ativa e efetiva. Assim, a psicoeducação é considerada uma importante aliada em tratamentos para a obesidade. Pautada em evidências científicas, ela tem por objetivo conduzir o obeso a processar, fortalecer e utilizar informações sobre seu funcionamento. Algumas falas foram representativas desse processo de compreensão sobre a obesidade como doença crônica que requer tratamento contínuo. De formas diversas, cada mulher relatou os efeitos a curto ou longo prazo da psicoeducação em suas vidas.

No entanto, segundo Ades e Kerbauy (2002), há em alguns casos uma falta de informação e até mesmo uma resistência em tratar a obesidade como um quadro crônico de etiologia multifatorial. As falas de algumas participantes demonstraram fragilidades na compreensão dos efeitos adversos do excesso de peso sobre seus corpos. Ainda conforme os autores, a obesidade pode reduzir a qualidade e até a expectativa de vida da pessoa obesa. Outros discursos, no entanto, reforçam uma demora e às vezes a resistência de buscarem o tratamento cirúrgico por não terem conhecimentos científicos sobre a cirurgia. A SBCBM (2019) ressalta que, dentre os 4,5 milhões de brasileiros elegíveis para realizar a cirurgia bariátrica, apenas 2% são operados. Isso se justifica nas falas decorrentes dos grupos focais:

[Psicoeducação - presença e ausência] “Quando eu fui nos médicos fazer esse processo todo pra bariátrica, eu comecei a perceber que era uma questão muito genética e que eu não ia conseguir fugir nos próximos anos da minha vida. Então é muito legal quando a gente tem acesso à informação, sabe? Igual a gente tá aqui agora conversando sobre essas coisas.” (G1, P6, 25 anos)

“(...) eu busquei, entendi, conversei com o psicólogo, conversei com outros profissionais, e foi mais ou menos isso quando cheguei na questão da bariátrica em si.” (G1, P7, 25 anos)

“Eu tava nesse processo de preparação da bariátrica, eu cheguei nele, não foi por doença, eu operei estando saudável, não tive esses problemas como vocês falaram.” (sic) (G3, P15, 37 anos)

“Eu recebi indicação dois anos antes de operar. Eu pensei: eu vou morrer, sabe aquela época que morria muita gente? Isso atrasou muita a realização da minha cirurgia.” (sic) (G4, P17, 57 anos)

A pesquisa foi composta por mulheres em processo pré ou pós-intervenção cirúrgica, sendo significativo analisar as expectativas quanto a cirurgia nos quatro momentos do tratamento, o qual é vitalício (Karmali *et al.* 2013; Lobo, 2019). Diante de tal contexto, analisamos os dados dos quatro grupos, já que cada qual está em momento distinto do tratamento cirúrgico. Nesse sentido, exploramos as expectativas em relação a cirurgia em todos os grupos, visto que, cada qual representou a subjetividade de cada participante como também o momento do tratamento. A pergunta “Quais suas expectativas quanto à intervenção de gastroplastia?” permeou os grupos focais. As participantes do G1 demarcaram a esperança de melhoria não apenas da saúde física, com a remissão das comorbidades, como também de sua imagem corporal com a perda de peso. Enquanto as representantes dos demais grupos focais apresentaram expectativas de melhora no estilo de vida e uma redução/remissão das doenças associadas a obesidade (BRASIL, 2013; MARCELINO; PATRÍCIO, 2011; SARWER; DILKS; RITTER, 2012). Seguem os diálogos dos quatro grupos, que exemplificam essas expectativas:

[Expectativas cirurgia bariátrica] “Então a bariátrica pra mim, é algo assim muito de nascer de novo. Eu sei que é meio clichê, mas é a verdade. Eu não conheço meu corpo sem os quilos que eu tenho, eu não me conheço sem essa privação de liberdade. Eu não sei nem quem eu sou, vamos falar a verdade. Então assim, é um desafio gostoso, é um desafio que vai ser saudável para nós três aqui pelo menos. Então eu acho que a bariátrica representa uma vida nova.” (G1, P7, 25 anos)

“Eu espero emagrecer muito com essa cirurgia. Estou fazendo acompanhamento com a psicóloga direitinho, (...). Acho que minha pressão vai até melhorar. (...). Nem sei como imaginar meu corpo depois dela. Meu corpo sem minhas bainhas, sei não. (...) todo mundo emagrece muito né?! (G1, P4, 39 anos)

“Eu estou me sentindo ótima, estou com a autoestima lá em cima. Eu ao contrário da (G2, P10, 39 anos), eu me vejo magra. Quero me ver magérrima, usando 38 ou 36. Magérrima! Eu já me olho várias vezes no espelho e me sinto bem.” (G2, P8, 42 anos)

“Eu tenho me cuidado, (...) eu quero acompanhar a minha filha muitos e muitos anos. Ver ela crescer, se desenvolver. Foi aí que eu decidi encarar o desafio da bariátrica, sabe?” (G3, P15, 37 anos)

“A minha psicóloga sabe disso, a gente conversa sempre e eu estou procurando melhorar mais, a cada dia mais. Hoje eu tenho uma consciência que eu não tinha antes.” (G4, P23, 56 anos)

Outra queixa analisada nos grupos focais on-line G3 e G4 é sobre as expectativas com os procedimentos reparadores pós-cirurgia bariátrica. Com a perda rápida e maciça de peso, os pacientes bariátricos tendem a analisar o excesso cutâneo como também a flacidez, fatores estes que podem causar distorções no contorno corporal. Além desse aspecto, alguns bariátricos apresentam prejuízos na movimentação, nas adequações das roupas, na postura e principalmente na higiene, a qual está associada aos quadros de dermatites de repetição, assaduras, e às infecções fúngicas. Assim sendo, as cirurgias plásticas reparadoras têm sido de grande valia para esses pacientes, tanto no âmbito físico (excesso de pele) como no psíquico (insatisfação corporal) e até depressão (Rosa *et al.* 2018).

Tendo em vista a identidade própria de cada grupo, de acordo com o momento do tratamento cirúrgico, apenas os grupos 3 e 4 foram analisados quanto as expectativas com as intervenções reparadoras. As cirurgias reparadoras produzem cicatrizes e podem gerar deformidades residuais corporais como irregularidades na pele (GILMARTIN *et al.*, 2016; SARWER, DILKS, SPITZER, 2011). Assim sendo, Garcia e Ferreira (2019) ressaltam a necessidade do planejamento adequado cirúrgico entre profissionais especializados e pacientes. Por meio do questionamento “Quais suas expectativas quanto a intervenções reparadoras? Você já fez algum procedimento?”, observamos que os procedimentos despertam muitas expectativas vinculadas ao nível de insatisfação corporal e tempo de cirurgia bariátrica. Destacamos que as discussões constataam a necessidade particular de cada participante, como também da parte do corpo a ser reparado cirurgicamente.

As falas abaixo demonstram dois momentos quanto às intervenções reparadoras: a necessidade de psicoeducação sobre a continuidade do tratamento - o qual oferece as intervenções reparadoras pós-cirurgia e a necessidade de regulação das expectativas dos pacientes que buscam melhorar sua insatisfação corporal por meio das intervenções muitas irreais na ressignificação dos contornos corporais de seus corpos.

[Expectativas reparadoras] “Ainda não sei como vai ser a minha questão de fazer as reparadoras, ainda não falei sobre isso com o médico, tá muito cedo. Mas, enfim, ainda tenho um caminho aí de bariátrica, eu acho.” (G3, P15, 37 anos)

“Eu já fiz a reparação no abdômen e nos olhos. (...) quero muito fazer uma plástica no rosto, retirar essas rugas, fazer esses preenchimentos, o que for possível. O meu rosto me incomoda, acho que eu envelheci muito.” (G4, P19, 62 anos)

Assim, de fato as entrevistas dos grupos focais *on-line* retrataram que as vivências socioculturais produzem um impacto na constituição do sujeito obeso. Os pais, os colegas, a mídia e as pessoas significantes dão contornos específicos à imagem corporal de cada indivíduo, logo, foi pertinente investigar as vivências sociais de cada mulher, o que propiciou acessar os fatores psíquicos e sociais de cada participante enquanto expressão de uma imagem corporal, em momentos distintos do tratamento cirúrgico para obesidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obesidade é considerada pela OMS como um dos maiores desafios de saúde pública no Brasil e no mundo. Ao longo das últimas décadas houve aprimoramentos no controle e tratamento da doença, tendo a cirurgia bariátrica se tornado o padrão ouro no tratamento da obesidade mórbida em casos em que não foi possível obter resultados satisfatórios com os tratamentos conservadores. Por conseguinte, compreender a dinâmica interpessoal da obesidade faz-se necessário à atuação de linhas de cuidados que englobem ações de prevenção, detecção precoce, tratamento da doença crônica (HUANG, *et al*, 2016; OMS, 2020).

A investigação da imagem corporal em pessoas com obesidade mórbida tratadas pelo procedimento cirúrgico demanda uma investigação ampla para que haja o entendimento do processo de tratamento gerado pelas mudanças corporais, cognitivas e sociais. Barros (2005) destaca que a interação entre os aspectos fisiológicos, emocionais e sociais precisa ser explorada concomitantemente para se obter uma análise completa quanto às experiências da imagem corporal do corpo obeso. Assim sendo, é relevante destacar que, para analisar e compreender esse processo de mudança corporal, a pesquisa analisou os referidos aspectos simultaneamente, considerando que eles se retroalimentam e, caso analisados separadamente, poderiam apresentar falhas e até incompletude no estudo.

Ao longo da pesquisa, foram levantados e confirmados os pressupostos de que a imagem corporal de pacientes do sexo feminino, submetidas ao tratamento cirúrgico da obesidade, podem apresentar distúrbios na maneira como sentem, comportam-se, pensam e processam seu corpo. imagens corporais distintas, tendo em vista o momento do tratamento.

O estudo realizado apresentou algumas limitações importantes como o fato de ser uma pesquisa qualitativa, não sendo possível assim, fazer generalizações. A amostra foi composta apenas por mulheres, não podendo seus resultados serem direcionados para outros públicos, como por exemplo em homens. Destacamos que o número de pacientes que se submetem ao procedimento cirúrgico tende a ter um predomínio do público feminino (ARAÚJO, *et al*. 2018), corroborando a amostra encontrada em Juiz de Fora. Sugere-se que pesquisas futuras recrutem esforços para incluir um público misto.

Como uma segunda limitação, destacamos que a população do estudo apresentou altos níveis socioeconômicos e seus tratamentos cirúrgicos foram realizados através do sistema de saúde complementar. Mais uma vez, é preciso ter cuidado ao analisar esses achados uma vez que não é possível classificar essa amostra como representativa da população. No Sistema Único de Saúde do Brasil, a cirurgia bariátrica já é coberta de forma gratuita (SBCBM, 2022;

TONATTO-FILHO, *et al.* 2019). No entanto, no momento da coleta de dados do presente estudo, as cirurgias pelo SUS estavam suspensas devido à situação sanitária do Brasil (pandemia). Sendo assim, recomendamos que novas investigações considerem as especificidades do público com menor poder aquisitivo que tenham se submetido à cirurgia bariátrica pelo SUS.

Apesar das limitações apresentadas, podemos destacar o ineditismo da pesquisa em nível local e também a relevância do tema para a condução na prática clínica. O trabalho abre possibilidades para outros estudos sobre os aspectos atitudinais da imagem corporal de pessoas em processo pré e pós-cirurgia bariátrica.

Nesse sentido, ressaltamos que mais pesquisas são necessárias para uma avaliação minuciosa da imagem corporal, bem como os fatores associados, para que seja possível traçar um panorama situacional e para que sejam estabelecidas políticas públicas voltadas ao cuidado multidisciplinar e à identificação de possíveis vulnerabilidades e necessidades do público obeso, bem como buscar estratégias para solucioná-las.

8 CONCLUSÃO

A presente dissertação teve como objetivo investigar qualitativamente a imagem corporal de mulheres em diferentes momentos do tratamento cirúrgico da obesidade. A pesquisa foi realizada através de entrevistas de grupos focais *on-line*, com mulheres em fases pré e pós-cirurgia bariátrica. Assim sendo, foi possível identificar e analisar os pensamentos, sentimentos, comportamentos e crenças relacionadas ao corpo dessas mulheres, bem como a influência dos pais, amigos, mídia e pares amorosos e/ou pessoas significantes, de acordo o Modelo Sociocultural da imagem corporal.

Através dos resultados, foi possível perceber que, apesar dos avanços nos tratamentos para obesidade e ser algumas mulheres, mesmo em tratamento prolongado, apresentaram reganho parcial e/ou total de peso, sendo que algumas delas inclusive necessitaram de mais de uma intervenção cirúrgica para a continuidade do tratamento. Além disso, também foi observada nas falas trazidas em todos os grupos focais *on-line* uma imagem corporal negativa quando o tema obesidade era retratado. Para algumas mulheres, pensar ou relembrar sobre a obesidade e a possibilidade de reganho de peso era considerado traumático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABESO. **Mapa da obesidade**. São Paulo: ABESO, [2019]. Disponível em: <<https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>> Acesso em: 5 mar. 2022.
- ABESO. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016**. São Paulo: ABESO, 2016. Disponível em: <<https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2022.
- ABRAMS, K. M.; GAISER, T. J. *On-line* focus groups. *In*: FIELDING, N. G.; LEE, R. M.; BLANK, G. (Orgs.) **The SAGE Handbook of On-line Research Methods**. London: SAGE Publications Ltd., 2017, p. 453-450.
- ADAM, T. C.; EPEL, E. S. Estresse, alimentação e o sistema de recompensa. **Fisiologia e comportamento**, [S. l.], v. 91, n. 4, p. 449-458, 2007.
- ADAMI, G.F. *et al.* Body image and body weight in obese patients. **International Journal of Eating Disorders**, [S. l.] v. 24, n. 3, p. 299-306, nov. 1998. Disponível em: <[https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199811\)24:3%3C299::AID-EAT7%3E3.0.CO;2-H](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1098-108X(199811)24:3%3C299::AID-EAT7%3E3.0.CO;2-H)>. Acesso em: 7 mar. 2022.
- ADES, L.; KERBAUY, R. R. Obesidade: realidades e indagações. **Psicologia USP**, v. 13, p. 197-216, 2002.
- ALANIZ, M. H. F. *et al.* O tecido adiposo como centro regulador do metabolismo. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, [S. l.], v. 50, n.2, p. 216- 229, abr. 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abem/a/htcRSX7FjpchRd4gHNkg7VR/?format=pdf&lang=pt.>> Acesso em: 10 abr. 2022.
- ALBUQUERQUE, D. *et al.* The contribution of genetics and environment to obesity. **British Medical Bulletin**, Oxford, Inglaterra, v. 123, n. 1, p. 159-173, set. 2017. Disponível em: <https://academic.oup.com/bmb/article/123/1/159/3930933>. Acesso em: 22 abr. 2022.
- ALLEVA, J. M.; MARTIJN, C.; VAN BREUKELEN, G.J.; JANSEN, A.; KAROS, K. Expand Your Horizon: A programme that improves body image and reduces self-objectification by training women to focus on body functionality. **Body Image**. sep, v.15, p.81-89, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.07.001>. Acesso em 10 abr. 2023.
- AMARAL, A. C. S.; CARVALHO, P. H. B.; FERREIRA, M. E. C. A cultura do corpo perfeito: a influência sociocultural na imagem corporal. *In*: FERREIRA, M. E. C.; CASTRO, M. R.; MORGADO, F. F. R. (Orgs). **Imagem corporal: reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014, p. 173-185.
- ANDRADE, R. D. Resultados da cirurgia bariátrica a longo prazo. **Ciência ET Praxis**, Belo Horizonte, v. 6, n. 10, p. 43-52, 2017. Disponível em: <<https://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2111>>. Acesso em: 20 dez. 2022.

ANSARI, E. W; ELHAG, W. Weight Regain and Insufficient Weight Loss After Bariatric Surgery: Definitions, Prevalence, Mechanisms, Predictors, Prevention and Management Strategies, and Knowledge Gaps-a Scoping Review. **Obesity Surgery**, [S.l.], v. 31, n. 4, p. 1755-1766, abr. 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33555451/>>. Acesso em: 25 set. 2022.

APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAÚJO, G. B. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Pará Research Medical Journal**, v. 1, n. 4, 2018.

ASSIS, M. O espelho. *In*: ASSIS, M. **Contos: uma antologia** – Volume I. São Paulo: Companhia das Letras, 2004, 2ª edição, pág. 401-410.

AZEVEDO, G. X.; LEMOS, C.T. Sistema de crenças: uma conceituação. **Protestantismo em Revista**, v. 43, n. 2, p. 237-255, 2018.

BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

Barros, D. D. **Estudo da imagem corporal da mulher: corpo (ir)real x corpo ideal**. 2001. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Campinas, Faculdade de Educação Física, Unicamp, 2001.

BARROS, L. M. **Construção e validação de uma cartilha educativa sobre os cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2015.

BARROS, F; NEGRÃO, M. G.; NEGRÃO, G. G. Weight loss comparison after sleeve and roux-en-y gastric bypass: systematic review. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo v. 32, n. 4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-672020190001e1474>. Acesso em: 5 nov. 2022.

BASTOS, L. C. S. *et al.* Cirurgia bariátrica, intersecções de gênero, raça e classe social: estudo de corte. *On-line Brazilian Journal of Nursing*, [S.l.], v. 19, n.3, set. 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1129542>>. Acesso em: 20 out. 2022.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. Tradução: Sandra M. R., 2º edição, Porto Alegre, Artmed, p.413, 2013.

BERGE, J.M. *et al.* The unique and additive associations of family functioning and parenting practices with disordered eating behaviors in diverse adolescents. **Journal Behav Med**. 37 2014, p. 205-217.

BEYRUTI, M.; VIDIGAL, A.P.M. As “dietas da moda” /do mito à evidência. *In*: MANCINI, M. C. *et al.* **Tratado de obesidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015, p. 1218-1233.

BERG, A. Untold stories of living with a bariatric body: long-term experiences of weight-loss surgery. **Sociology of Health & Illness**, v. 42, n. 2, p. 217-231, fev. 2020. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1467-9566.12999>>. Acesso em: 12 nov. 2022.

BERTI, L. V.; CARAVATO, P. P. História da cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multiprofissional. In: PEREIRA, A. *et al.* (Orgs.). **Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multiprofissional**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2019, p. 3-11.

BERTI, L.V. *et al.* Position of the SBCBM – nomenclature and definition of outcomes of bariatric and metabolic surgery. **Arquivo Brasileiro Cirurgia Digestiva**, v. 28, n. 1, p. 2, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/hMCRVwS4tpxn5z7tZPykhQs/?lang=e>. Acesso em: 12 out. 2022.

BERTI, L. V. *et al.* Princípios básicos do tratamento. In: MANCINI, M. C. *et al.* **Tratado de obesidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015, p. 1571-1580.

BORDINI, G. S.; SPERB, T. M. O uso dos grupos focais *on-line* síncronos em pesquisa qualitativa. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 3, p. 437-445, jul.-set. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/MjNSyC5m4mbfPVbrLJCsPxt/?lang=pt>>. Acesso em: 1 dez. 2020.

BOSELLO, O.; CUZZOLARO, M. Obesidade como problema estético. In: BOSELLO, O.; CUZZOLARO, M. **Obesidade e excesso de peso: entre a doença e o problema estético**. São Paulo: Editora Paulinas, 2010, p. 97-120.

BRADLEY, L.E. *et al.* A Pilot Study of an Acceptance-Based Behavioral Intervention for Weight Regain After Bariatric Surgery. **Obesity Surgery**, v. 26, n. 10, p. 2433-2441, out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 424, de 19 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html>. Acesso em: 23 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018 – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2018.pdf/view>>. Acesso em: 06 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Habilitar estabelecimento de saúde como serviço de assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade. Brasília, DF: 2022. Disponível

em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos/habilitar-estabelecimento-de-saude-como-servico-de-assistencia-de-alta-complexidade-ao-individuo-com-obesidade>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

BREAKWELL, G. M. *et al.* **Métodos de Pesquisa em Psicologia**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BRITO, P. Q. Grupo de apoio psicológico pós-operatório por tempo de cirurgia. *In*: CASTRO, L. H. A. (Org.). **Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multidisciplinar**. Ponta Grossa, PR: Editora Atena, 2020, p. 51-57.

CAETANO, M. F. **A impulsividade dos portadores de transtorno bipolar resulta em alta prevalência de comorbidade com transtornos do controle dos impulsos?** 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/6187>. Acesso em: 10 set. 2022.

CAMARGO, A. E. Obesidade como doença psicossomática. *In*: SEGAL, A.; KUSSUNOKI, D.K.; FREIRE, C.C. (Orgs.). **Cirurgias bariátricas e metabólicas: tópicos de psicologia e psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2021, p. 33-40.

CAMPANA, A. N. N. B. C.; TAVARES, M. C. G. C. F.; JÚNIOR, C. C. Preocupação e insatisfação com o corpo, checagem e evitação corporal em pessoas com transtornos alimentares. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 53, p. 375-381, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/SQgzHk4NpgF9wcPbnc9XpXx/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

CANETTI, L.; BACHAR, E.; BONNE, O. Deterioration of mental health in bariatric surgery after 10 years despite successful weight loss. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 70, n. 1, p.17-22, jan. 2016. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/ejcn2015112>. Acesso em: 24 out. 2022.

CANHOTA, C. Qual a importância do estudo piloto? *In*: SILVA, E. E. (Org.). **Investigação passo a passo: perguntas e respostas para investigação clínica**. Lisboa: APMCG, 2008. p. 69-72.

CAPASSI, L.B.G.; TOMELIN, B.R.; COSTA, T. S. Abordagem cognitivo-comportamental (individual e em grupos). *In*: SEGAL, A.; KUSSUNOKI, D.K.; FREIRE, C.C. (Orgs.). **Cirurgias bariátricas e metabólicas: tópicos de psicologia e psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2021, p. 86-96.

CARNEIRO, J. A.; SILVA, M. S.; VIEIRA, M. F. Efeitos do método pilates e do treinamento com pesos na cinemática da marcha de mulheres obesas. **Brazilian Journal of Biomechanics**, São Paulo, v. 9, n. 18, p. 33-47, 2009.

CARRIERE, L.J., KLUCK, A.S. Appearance commentary from romantic partners: Evaluation of an adapted measure. **Body Image**, [S.l.], v. 11, p. 137–145, 2014.

CARVALHO, P. H. B. *et al.* Checagem corporal, atitude alimentar inadequada e insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria [on-line]**,

[S.l.], v. 62, n. 2, p. 108-114, jun. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000200003>. Acesso em: 24 out. 2022.

CARVALHO, P. H. B.; CASTRO, M. R.; FERREIRA, M. E. C. Imagem corporal e vida adulta. In: FERREIRA, M. E. C.; CASTRO, M. R.; MORGADO, F. F. R. (Orgs). **Imagem corporal: reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014, p. 87-113.

CASSELLI, D. D. N. *et al.* Comorbidade entre depressão, ansiedade e obesidade e complicações no tratamento. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 10, n. 1, p. e16210111489-e16210111489, 2021.

CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body Image: a handbook of theory, research, and clinical practice**. Nova Iorque, EUA: Guilford, 2002.

CASH, T. F.; SMOLAK, L. Understanding body images: historical and contemporary perspectives. In: CASH, T. F.; SMOLAK, L. (Eds.) **Body Image: A handbook of science, practice, and prevention**. Nova Iorque, EUA: Guilford, 2011, p. 3-11.

CASTRO, T. G.; PINHATTI, M. M.; RODRIGUES, R. M. Avaliação de imagem corporal em obesos no contexto cirúrgico de redução de peso: revisão sistemática. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, SP, v. 25, n. 1, p. 53-65, março 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100004. Acesso em: 2 out. 2022.

CHOOI, Y.C.; DING, C.; MAGKOS, F. The epidemiology of obesity. **Metabolism**, [S.l.], v. 92, p. 6-10, mar. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30253139/>. Acesso em: 3 set. 2022.

COLQUITT, J. L. *et al.* Cirurgia para obesidade. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], n. 8, [n.p.], 8 ago. 2014. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003641.pub4/full/pt>. Acesso em: 28 jul. 2022.

COLUCCI, E. "Focus groups can be fun": the use of activity-oriented questions in focus group discussions. **Qualitative Health Research**, v. 17, n. 10, 2007. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732307308129>. Acesso em: 10 dez. 2022.

CURI, F. M. G.; PASQUARELLI, A. L. B. Aspectos jurídicos da obesidade. In: MANCINI, M. C. **Tratado de obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015, p. 2091-106.

DAMASCENO, V. O. *et al.* Imagem corporal e corpo ideal. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, DF, v. 14, n. 1, p. 87-96, 2006.

DAMÂSO, A. R.; SANCHES, P.L. Exercício físico no tratamento da obesidade I. Como prescrever? In: MANCINI, M. C. *et al.* **Tratado de obesidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015, p. 1261-1285.

DANGERFIELD, I. D. T. *et al.* Conducting Virtual, Synchronous Focus Groups Among Black Sexual Minority Men: Qualitative Study. **JMIR Public Health Surveillance**, v. 7, n. 2, [n.p.], fev. 2021.

DANIELS, L. *et al.* Why BMI should still be on the table. **New Zealand Medical Journal**, Auckland, Nova Zelândia, v. 133, n. 1513, p. 97-100, 24 abr. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>>. Acesso em: 17 out. 2022.

DANTAS, R. R., SILVA, G. A. P. The role of the obesogenic environment and parental lifestyles in infant feeding behavior. *Revista Paulista de Pediatria*, v.37, n. Rev. paul. pediatr., 2019 37(3), p. 363–371, jul. 2019. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;3;00005>. Acesso em 26 mar. 2023.

DESANTANA, J. M. *et al.* Revised definition of pain after four decades. **Brazilian Journal of Pain** [on-line], [S.l.], v. 3, n. 3, p. 197-198, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>. Acesso: 23 out. 2022.

Dicionário Escolar da Língua Portuguesa. 1 ed. Barueri, SP: Ciranda Cultural, 2015.

DORÉ, C. L'estime de soi : analyse de concept [Self esteem : concept analysis.]. **Rech Soins Infirm**, Paris, França, v. 129, p. 18-26, jun. 2017.

DUCHESNE, M.; ALMEIDA, P. E. M. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. **Brazilian Journal of Psychiatry** [on-line], [S.l.], v. 24, n. 3, p. 49-53, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700011>. Acesso em: 17 nov. 2022.

DUCHESNE, M.; DIAS, T.R.S. Transtornos alimentares. *In*: CARVALHO, M.R.; MALAGRIS, L.E.N.; RANGÉ, B. (Orgs) **Psicoeducação em terapia cognitiva-comportamental**. Novo Hamburgo: Sinopys, 2019, p. 134-155.

EL ANSARI, W.; ELHAG, W. Weight regain and insufficient weight loss after bariatric surgery: definitions, prevalence, mechanisms, predictors, prevention and management strategies, and knowledge gaps—a scoping review. **Obesity Surgery**, n. 31, p.1755–1766, 2021. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-05160-5>

EMERY, C.F. *et al.* Home environment and psychosocial predictors of obesity status among community-residing men and women. **International Journal of Obesity**, v. 39, n. 9, p.1401-1407, abr. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25916909/>. Acesso: 12 jul. 2022.

FANDIÑO, J. *et al.* Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 26, p. 47-51, 2004.

FRANCISCO, L. V.; DIEZ-GARCIA, R. W. Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos. **Demetra: alimentação, nutrição & saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 705-716, 2015.

FERDINANDS, A. R. *et al.* "We're categorized in these sizes-that's all we are": uncovering the social organization of young women's weight work through media and fashion. **BMC Public Health**, [S.l.], v. 22, n. 1, [n.p.], jun. 2022.

FERREIRA, M. E. C.; CASTRO, M. R.; MORGADO, F. F. R. (Orgs). **Imagem corporal: reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014.

FERREIRA, M.E.C. *et al.* Imagem corporal: Contexto histórico e atual. *In:* FERREIRA, M. E. C.; CASTRO, M. R.; MORGADO, F. F. R. (Orgs). **Imagem corporal: reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014, p. 15-47.

FIELDING, N. G.; LEE, R. M.; BLANK, G. **The SAGE Handbook of On-line Research Methods**. Londres, Inglaterra: SAGE Publications Ltd., 2017.

FISCHLER, C. Obeso benigno, obeso maligno. *In:* SANT'ANA, D. B. (Org.) **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995, p. 69-80.

FLORES, C. A. Avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: práticas atuais. **Revista ABCD**, v. 27, p. 59-62, 2014.

FONSECA, R. G. Ações e interações em grupos focais – algumas considerações sobre a análise dos dados. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 20, n. 3, jul./set. 2017.

FORHAN, M. A. *et al.* The experience of participation in everyday occupations for adults with obesity. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, v. 77, n. 4, p. 210-218, out. 2010.

FÓRUM DCNTS (2020). Mapa interativo de dados globais da obesidade. Fórum DCNTs, [S.l.], 28 ago. 2020. Disponível em: <<https://www.forumdcnts.org/post/mapa-interativo-de-dados-globais-da-obesidade>>. Acesso em: 05 mar. 2022.

FRANCISCO, C. O *et al.* Comparação do equilíbrio corporal de mulheres a partir da meia-idade obesas e não-obesas. **Fisioterapia e Pesquisa**, [S.l.], v. 16, p. 323-328, 2009.

FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor Editora, 2011.

FRANQUES, A. R. M.; LEVY, A. Aspectos psicológicos do paciente obeso. *In:* PEREIRA, A. *et al.* (Orgs.). **Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multiprofissional**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2019, p. 41-46.

FREDERICK, D. A.; REYNOLDS, T. A. The Value of Integrating Evolutionary and Sociocultural Perspectives on Body Image. **Arch Sex Behavior**, [S.l.], v. 51, n. 1, p. 57-66, jan. 2022.

GARDNER, R. M. Measurement of perceptual body image. *In:* CASH, T. **Encyclopedia of body image and human appearance**. San Diego, Estados Unidos: Elsevier, 2012, p. 526-532.

GARRIDO JR, A. B. *et al.* Histórico do tratamento cirúrgico da obesidade. *In:* MANCINI, M. C. *et al.* **Tratado de obesidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015, p. 1552-1570.

GASPAR, F. M. P. Obesidade e trabalho: histórias de preconceito e reconhecimento vividas por trabalhadores obesos. São Paulo: Vetor, 2003.

GATTI, B. A. **Grupo focal em ciências sociais e humanas**. Brasília, DF: Líber Livro Editora, 2005.

GELSLEICHTER, M. Z.; ZUCCO, L. P. Quanto Pesa a Mulher com Obesidade? / How Much Does the Woman With Obesity Weight? **Textos & Contextos**, Porto Alegre, jan-jul, v.16, n.1, p.100–114, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.15448/1677-9509.2017.1.23259>>.

GILLEN, M. M. Associations between positive body image and indicators of men's and women's mental and physical health. **Body Image**, [S.l.], v. 13, p. 67-74, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25682474/>>. Acesso em: 3 ago. 2022.

GILMARTIN, J. *et al.* Quality of life among adults following bariatric and body contouring surgery: a systematic review. **JBIM Database of Systematic Reviews and Implementation Reports**, [S.l.], v. 14, n. 11, p. 240-270, 2016.

GIORDAN, M.Z.; SARTI, F.M. Autoconfrontação cruzada em grupo focal: recurso metodológico para pesquisas em educação. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v.102, n.262, p. 707-722, jan. 2021.

GONÇALVES, C. A. O "peso" de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero. **Mneme - Revista de Humanidades**, [S. l.], v. 5, n. 11, 2004. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/246>. Acesso em: 14 nov. 2022.

GONÇALVES, L. T. et al. Indicações e contraindicações para realização das cirurgias bariátricas. *In*: DELEVADOVE, A. A. M.; DELEVADOVE, M.; SANTOS, M. O. (Orgs.). **Cirurgia bariátrica** – aspectos gerais, técnicas e condutas do pré a pós-operatório. Goiânia, Goiás: SBC Saúde, p. 13-20, 2021.

GORDON, P.C; KAIO, G.H; SALLET, P. C. Aspectos do acompanhamento psiquiátrico de pacientes obesos sob tratamento bariátrico: revisão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 38, n. 4, p.148-154, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rpc/a/cpgBrBrCPPKHt8JmJwxtWNP/?lang=pt>>. Acesso: 1 set. 2022.

GORTMAKER, S.L.; WANG, Y.C.; LONG, M.W. Three interventions that reduce childhood obesity are projected to save more than they cost to implement. **Health Aff.** 2015;34(11):1932-1939. doi:10.1377/hlthaff.2015.0631.

GRAY, P. B.; FREDERICK, D. A. Body image and body type preferences in St. Kitts, Caribbean: a cross-cultural comparison with U.S. samples regarding attitudes towards muscularity, body fat, and breast size. **Evolutionary Psychology**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 631-655, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/147470491201000319>>. Acesso em: 26 out. 2022.

GREGORIO, V. D. *et al.* O padrão de consumo de álcool é alterado após uma cirurgia bariátrica? Uma revisão integrativa. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo,

v. 29, p. 111-115, 2016. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/abcd/a/8hKjN6c6qgnYmWgdYy5bjMq/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em: 7 jul. 2022.

GRILO, C. M. *et al.* Binge eating and self-esteem predict body image dissatisfaction among obese men and women seeking bariatric surgery. **International Journal of Eating Disorders**, [S.l.], v. 27, n. 4, p. 347-351, maio 2005. Disponível em:

<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15856499/>>. Acesso em: 3 ago. 2022.

HEINBERG, L.J. *et al.* Identifying mechanisms that predict weight trajectory after bariatric surgery: rationale and design of the biobehavioral trial. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, [S.l.], v. 16, n. 11, p. 1816-1826, nov. 2020.

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7606343/>>. Acesso em: 4 ago. 2022.

HENEGHAN, H. M. *et al.* Weighing the evidence for an association between obesity and suicide risk. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 98-107, out. 2012. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22138329/>>. Acesso em: 12 ago. 2022.

HOFFMANN, L.; SEEGER, F.; STEPHAN, A. Durchführung und Berichterstattung von Fokusgruppen in der Gesundheits- und Pflegewissenschaft: ein Scoping Review [Conduct and reporting of focus groups in the health and nursing sciences: a scoping review]. **Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes**, [S.l.], v. 168, p. 65-74, fev. 2022.

IBGE. **Um em cada quatro adultos do país estava obeso em 2019; Atenção Primária foi bem avaliada**. Brasil/IBGE, Estatísticas Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 21 out. 2020.

Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29204-um-em-cada-quatro-adultos-do-pais-estava-obeso-em-2019>> Acesso em: 10 de março de 2022.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas**: Brasil/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p.115-121, 2001.

JAVORSKY, B.R. *et al.* Discovery of Cushing's Syndrome After Bariatric Surgery: Multicenter Series of 16 Patients. **Obesity Surgery**, [S.l.], v. 25, n. 12, p. 2306-2313, dez. 2015.

JIMÉNEZ, E.G. Obesity: etiologic and pathophysiologic analysis. **Endocrinología y Nutrición**, [S.l.], v. 60, n. 1, p. 17-24, jan. 2013. Disponível em:

<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22622157/>>. Acesso em: 3 set. 2022.

JUMBE, S.; HAMLET, C.; MEYRICK, J. Psychological Aspects of Bariatric Surgery as a treatment for obesity. **Current Obesity Reports**, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 71-78, mar. 2017.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5359375/>>. Acesso em 15 ago. 2022.

KADIMPATI, S. *et al.* Utilizing Focus Groups with Potential Participants and Their Parents: An Approach to Inform Study Design in a Large Clinical Trial. **AJOB Empir Bioeth**, [S.l.], v. 5, n. 3, p. 31-38, 1 jan. 2014.

KAOUK, L. *et al.* Modifiable factors associated with weight regain after bariatric surgery: a scoping review. **F1000 Research**, [S.l.], v. 3, [n.p.], set. 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7492783/>>. Acesso em: 20 ago. 2022.

KARMALI, S. *et al.* Weight recidivism post-bariatric surgery: a systematic review. **Obesity Surgery**, [S.l.], v. 23, p. 1922–1933, nov, 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23996349/>>. Acesso em: 3 jul. 2022.

KEERY, H. *et al.* The impact of appearance-related teasing by family members. **Journal of Adolescent Health**, [S.l.], v. 37, n. 2, p. 120-127, ago. 2005. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1054139X05000923>>. Acesso em: 17 set. 2022.

KHENISER, K; SAXON, D. R.; KASHYAP, S. R. Long-Term Weight Loss Strategies for Obesity. **The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, [S.l.], v. 106, n. 7, p. 1854-1866, jun. 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33595666/>>. Acesso em: 3 jul. 2022.

KIM, E. Y. Definition, mechanisms and predictors of weight loss failure after bariatric surgery. **Journal of Metabolic and Bariatric Surgery**. fev., v.11, n.2, p. 39-48, 2023. <https://doi.org/10.17476/jmbs.2022.11.2.3>

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Brazilian Journal of Psychiatry [on-line]**, [S.l.], v. 30, p. s54-s64, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>. Acesso em: 15 nov. 2022.

LEAHY, R. L. Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 360.

LEWIS, S. *et al.* How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. **Social Science and Medicine**, [S.l.], v. 73, n. 9, p. 1349-1356, nov. 2011. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21944718/>>. Acesso em: 4 ago. 2022.

LIBANORI, H. T.; OLIVEIRA, D. R. F. Urgências em cirurgia bariátrica. *In*: MANCINI, M. C. *et al.* **Tratado de obesidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015, p. 1663-1686.

LIMA, A. C. R.; OLIVEIRA, A. B. Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Bernardo do Campo, SP, v. 24, n. 1, p. 1-14, 2016.

LINDBERG, S.; WENNSTROM, B.; LARSSON, A. K. Facing an unexpected reality - oscillating between health and suffering 4-6 years after bariatric surgery. **Scandinavian Journal of Caring Science**, [S.l.], v. 36, n. 4, p. 1074-1082, dez. 2022.

LING, C.; RÖNN, T. Epigenetics in Human Obesity and Type 2 Diabetes. **Cell Metabolism**, [S.l.], v. 29, n. 5, p.1028-1044, maio 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30982733/>>. Acesso em: 5 ago. 2022.

LOBO, S. M. V. Importância do seguimento clínico pós-cirurgia bariátrica. In: PEREIRA, A. *et al.* (Orgs.). **Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multiprofissional**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2019, p. 297-301.

LYNCH, A. "When the honeymoon is over, the real work begins:" Gastric bypass patients' weight loss trajectories and dietary change experiences. **Soc Sci Med**. fev., n.151, p. 241-249, 2016.

MACHADO, M. G. Obesidade mórbida na contemporaneidade: entre o excesso do corpo e o silêncio das palavras. **Ide**, São Paulo, v. 39, n. 63, p. 135-147, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062017000100011&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 10 dez. 2022.

MANCINI, M. C.; MELO, M. E. Genética molecular da obesidade. In: MANCINI, M. C. *et al.* **Tratado de obesidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015, p. 246-264.

MARCHESINI, S. D.; NUNES, S.R. Importância da percepção e da distorção da imagem corporal na cirurgia bariátrica e metabólica. In: PEREIRA, A. *et al.* (Orgs.). **Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multiprofissional**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2019, p. 381-387.

MARCELINO, L.F.; PATRÍCIO, Z. M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 4767-4776, 2011.

MAUSS, M. **As técnicas corporais**. Sociologia e antropologia. São Paulo: EPU/EDUSP, 1974.

MEDEIROS, T. F. *et al.* Preparação multidisciplinar pré-cirúrgica bariátrica. In: DELEVADOVE, A. A. M.; DELEVADOVE, M.; SANTOS, M. O. (Orgs.). **Cirurgia bariátrica: aspectos gerais, técnicas e condutas do pré ao pós-operatório**. Goiânia, Goiás: SBC Saúde, p. 41-46, 2021.

MELO, W. V. *et al.* A terapia cognitivo-comportamental e a cirurgia bariátrica como tratamentos para a obesidade. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Ribeirão Preto, SP, v. 10, n. 2, p. 84-92, 2014. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140014>>. Acesso em: 2 dez. 2022.

MELTZER, A. L. *et al.* Marital satisfaction predicts weight gain in early marriage. **Health Psychology**, [S.l.], v. 32, p. 824-827, 2013.

MENZEL, J E. Teasing, Appearance-Related. *In*: CASH, T.(Org.) **Encyclopedia of body image and human appearance**. Flórida, EUA: Elsevier Inc., 2012, p. 783-789.

MCLEAN, S. A. *et al.* Photoshopping the selfie: Self photo editing and photo investment are associated with body dissatisfaction in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, v. 48, n. 8, [n.p.], dez. 2015.

MENTO, C. *et al.* The role of body image in obese identity changes post bariatric surgery. **Eating and Weight Disorder**, v. 27, n. 4, p. 1269-1278, maio 2022.

MINEIRO, A. A. C. *et al.* Grupos focais presenciais e virtuais: semelhanças e desafios. *In*: **ENEO**, 2019, Fortaleza, Anais. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração – ANPAD, Fortaleza, 2019, [n.p.].

MIRANDA, R. C. D. *et al.* Tecnologias de comunicação de um serviço de nutrição contribuindo para segurança do paciente de cirurgia bariátrica. **Texto & Contexto Enfermagem**, São Paulo, v. 28, p. 1-11, 2019.

MOLINER, J.; RABUSKE, M. M. Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. **Psicologia: teoria e prática**, v. 10, n. 2, p. 44-60, 2008.

MOLIN NETTO, B. D. *et al.* Eating patterns and food choice as determinant of weight loss and improvement of metabolic profile after RYGB. **Nutrition**, [S.l.], v. 33, p. 125-131, jan. 2017.

MONTEAGUDO, P.T.; TRICHES, C.B. A doença crônica obesidade: fisiopatogenia e suas principais comorbidades. *In*: PEREIRA, A. *et al.* (Orgs.). **Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multiprofissional**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2019, p. 47-53.

MORGADO, F.F.R.; CAMPANA, A. N. N. B.; TAVARES, M. C. G. C. F. Aplicabilidade do grupo focal com pessoas cegas. **Benjamin Constant**, Rio de Janeiro, n. 52, 2012.

MORGAN, D.L. Focus groups. **Annual Review of Sociology**, [S.l.], v.22, p.129-152, 1996.

MÜLLER, H.; OLIVEIRA, S. Psicoterapias em pacientes bariátricos: como, para quem e por quanto tempo fazer? *In*: SEGAL, A.; KUSSUNOKI, D.K.; FREIRE, C.C. (Orgs.). **Cirurgias bariátricas e metabólicas: tópicos de psicologia e psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2021, p. 73-79.

NAZARÉ, B.; MOREIRA, H.; CANAVARRO, M. C. Uma perspectiva cognitivo-comportamental sobre o investimento esquemático na aparência: Estudos psicométricos do Inventário de Esquemas sobre a Aparência – Revisto (ASI-R). **Laboratório de Psicologia**, Lisboa, Portugal, v. 8, p. 21-36, 2010.

NETA, Marta Batista de Souza. Cirurgia bariátrica: fatores emocionais e culturais. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 108-116, 2019.

NEUFELD, C. B.; MOREIRA, C. A. M. M; XAVIER, G. S. Terapia cognitivo-comportamental em grupos de emagrecimento: O relato de uma experiência. **In Psico**, Porto Alegre, v. 43, n. 1, pp. 93-100, jan-mar 2012.

NEVES, A. N.; HIRATA, K. M.; TAVARES, M. C. G. C. F. Imagem corporal, trauma e resiliência: reflexões sobre o papel do professor de Educação Física. **Revista quadrimestral da associação brasileira de psicologia escolar e educacional**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 97-104, jan./abr. 2015.

NEVES, C. M. **A escala de preocupações e comportamentos relacionados ao corpo na infância**: desenvolvimento e avaliação psicométrica. 2017. Tese de Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2017.

NEVES, C. M. *et al.* Imagem corporal na infância: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Paulista de Pediatria** [on-line], [S.l.], v. 35, n. 3, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;3;00002>>. Acesso em: 20 dez. 2022.

NICOLAIDIS, S. Environment and obesity. **Metabolism**, [S.l.], v. 100S, 2019.

NOVELLE, J. M.; ALVARENGA, M. S. Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** [on-line], [S.l.], v. 65, n. 3, p. 262-285, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000133>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

O'BRIEN, P. E. *et al.* Long-Term Outcomes After Bariatric Surgery: a Systematic Review and Meta-analysis of Weight Loss at 10 or More Years for All Bariatric Procedures and a Single-Centre Review of 20-Year Outcomes After Adjustable Gastric Banding. **Obesity Surgery**, [S.l.], v. 29, p. 3-14, 2019.

ODOM, J. *et al.* Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. **Obesity Surgery**, v. 20, n. 3, p. 349-356, mar. 2010.

OGDEN, J.; TAYLOR, C. Body dissatisfaction within couples. Adding the social context to perceptions of self. **Journal of health psychology**, [S.l.], v.5, n.25, jan, 2000.

OLIVEIRA, A. J.; SIQUEIRA, C. E. A obesidade como doença multicausal. **Revista de Saúde**, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 37-41, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.21727/rs.v12i3.2842>>. Acesso em: 14 ago. 2022.

OLIVEIRA, M. M. *et al.* Atividade física no pós-operatório de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica e metabólica. In: PEREIRA, A. *et al.* (Orgs.). **Cirurgia bariátrica e metabólica**: abordagem multiprofissional. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2019, p. 347-359.

ONIS, M. Preventing childhood overweight and obesity. **Jornal de Pediatria**, v.91, n.2, 2015, p.105-107, mar. 2015.

OTTO, A. F. N.; RIBEIRO, M. A. Unidos em torno da mesa: a dinâmica familiar na obesidade. **Estudos de Psicologia**, Campinas, SP, v. 17, n. 2, p. 255-63, 2012.

OVERS, S.E.; FREEMAN, R.A.; ZARSHENAS, N.; WALTON, K. L.; JORGENSEN, J.O.; Food tolerance and gastrointestinal quality of life following three bariatric procedures: adjustable gastric banding, roux-em-Y gastric by-pass, and sleeve gastrectomy. **Obes. Surgery**, n.22, v.4, p. 536-543, 2012.

PALMEIRA, C. S. *et al.* Estigma percebido por mulheres com excesso de peso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 4, 2020.

PARISE, I. The built environment and obesity: you are where you live. **Australian Journal of General Practice**, v. 49, n. 4, abr. 2020.

PATEL, S.; SZOMSTEIN, S.; ROSENTHAL, R. J. Reasons and outcomes of reoperative bariatric surgery for failed and complicated procedures (excluding adjustable gastric banding). *Obes Surg*. 21, n.8, 2011, p.1209-1219. doi: 10.1007/s11695-010-0234-8. PMID: 20676940.

PEREIRA, A. *et al.* (Orgs.). **Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multiprofissional**. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2019, p. 347-359.

PEREIRA, A.; GUARNIERI, A.; D'AVILA, M. J. R. Acompanhamento nutricional e principais deficiências nutricionais pós-cirurgia bariátrica e metabólica. *In: PEREIRA, A. et al.* (Orgs.). **Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multiprofissional**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2019, p. 13-24.

POULAIN, J.P. **Sociologia da obesidade**. São Paulo, Editora Senac, 2013.

POLLI, G. M.; FREITAS, M. F. Quintal de representações sociais e redes de suporte psicossocial entre pessoas com obesidade. **Academia Paulista de Psicologia** [online], v.40, n. 99, p. 205-215, 2020.

PUHL, R.M. **Stigmatisation de l'obésité: causes, effets et quelques solutions pratiques**. **DiabetesVoice**. v.54, n.1, p. 25-28, 2009.

PUHL, R. M.; HIMMELSTEIN, M. S.; PEARL, R. L. Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. **American Psychologist**, v. 75, n. 2, p. 274-289, fev. 2020.

PUHL, R. M. *et al.* Attitudes toward obesity in obese persons: a matched comparison of obese women with and without binge eating. **Eating and Weight Disorder**, v. 15, n. 3, set. 2010.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. Obesity stigma: important considerations for public health. **American Journal of Public Health**, [S.l.], v. 100, n 6, p. 1019–28, 2010.

RAJA, S. N. *et al.* A definição de dor revisada da Associação Internacional para o Estudo da Dor: conceitos, tarefas e compromissos. **DOR**, [S.l.], v. 161, p. 1976-1982, set. 2020.

REIS, V. P. P., PRADO, M. G., PITITTO, B. A. Obesidade: uma epidemia mundial. *In: PEREIRA, A. et al.* (Orgs.). **Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multiprofissional**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2019, p. 303-312.

RIBAS, C. R. P. *et al.* Representações sociais de pacientes com Diabetes Mellitus sobre o atendimento por profissionais de saúde. **Psico**, [S.l.], v. 44, n. 1, 2013, p. 139-149.

RIBEIRO, M. A. Construção de metodologia de atendimento psicossocial a crianças e adolescentes com transtornos alimentares e suas famílias. Projeto de pesquisa financiado pela CAPES/CNPq, em andamento na Universidade Católica de Brasília – DF, 2012.

RICCI, M. A. *et al.* Facing morbid obesity: how to approach it. **Angiology**, v. 67, n. 4, p. 391-397, abr. 2016.

RICHARD, B. *et al.* Guide to Conducting *On-line* Focus Groups via Reddit. **International journal of qualitative methods**, [S.l.], v. 20, p. 1-9, 2021.

RIGO, L. C.; BARBOS, S. C. Combate à obesidade: uma análise da legislação brasileira. **Movimento**, v. 18, n. 2, p. 279-96, 2012.

RODGERS, R. Body image: familial influences. *In*: CASH, T. (Org.) **Encyclopedia of body image and human appearance**. Toulouse, França; Boston, EUA: Elsevier, 2012, p. 219-2XX.

RODRIGUES, L. S. M. Comportamento sexual de mulheres obesas: um estudo sobre os estigmas da sexualidade na era digital. **CSON-line-Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, Juiz de Fora, MG, v. 34, p. 173-193, 2021.

ROSA, S. C. *et al.* Abdominoplastia em pacientes pós-bariátricos: perfil antropométrico, comorbidades e complicações. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, jul.-set., n.33, v.3, p.333-342, 2018.

ROSENBERGER, P. H.; HENDERSON, K.E.; GRILO, C. M. Correlates of body image dissatisfaction in extremely obese female bariatric surgery candidates. **Obesity Surgery**, [S.l.], v. 16, n. 10, out. 2006.

RUDOLPH, A.; HILBERT, A. Post-operative behavioural management in bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev.* 2013 Apr;14(4):292-302. doi: 10.1111/obr.12013. Epub 2013 Jan 7. Erratum in: *Obes Rev.* 2014 Jan;15(1):74-5. PMID: 23294936.

SALLET, J.A.; MONCLARO, T.V.; PIZANI, C.E. Cirurgia bariátrica: principais técnicas, indicações e contraindicações. *In*: PEREIRA, A. *et al.* (Orgs.). **Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multiprofissional**. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2019, p. 169-180.

SANTIAGO, L.A.C.; CYRILLO, D.C.; MANCUSO, A.M.C. Motivos de abandono do tratamento nutricional para perda de peso de indivíduos com sobrepeso e obesidade: uma análise qualitativa. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, [S.l.], v. 15, n. 97, p. 1070-1078, 2021.

SANTOS, N. A.; RUDGE, A. M. Dor na psicanálise-física ou psíquica? **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, p. 450-468, 2014.

SARTORETTO, S. *et al.* Avaliação clínica pré-cirurgia bariátrica e metabólica. *In*: PEREIRA, A. *et al.* (Orgs.) **Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multiprofissional**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2019, p. 105-117.

SARWER, D. B.; DILKS, R. J.; RITTER, S. Bariatric Surgery for Weight Loss. *In*: CASH, T. (Org.) **Encyclopedia of body image and human appearance**. Filadélfia, EUA: Elsevier Inc., 2012, p. 36-42.

SARWER, D. B. *et al.* Psychopathology, disordered eating, and impulsivity as predictors of outcomes of bariatric surgery. **Surg Obes Relat Dis.**, v.15, n.4, p. 650-655, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2019.01.029>

SCHERER, A. *et al.* Rede social significativa e de suporte social: impacto no tratamento bariátrico. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, Portugal, v. 20, n. 3, p. 630-650, 2019.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SCHMIDT, B.; PALAZZI, A.; PICCININI, C.A. Entrevistas *on-line*: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. **Revista família, ciclos de vida e saúde no contexto social**, Uberaba, v. 8, n.4, out/dez.2020, p. 959-966.

SCHULTHEISZ, T. S. V; APRILE, M. R. Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 1, 2013.

SEGAL, A.; CARDEAL, M. V.; CORDÁS, T. A. Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, [S.l.], v. 29, n. 2, p. 81-89, 2002.

SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Indicações e contraindicações para realização das operações bariátricas. **Brazilian Journal of Psychiatry**, [S.l.], v. 24, n. 3, p. 68-72, mar. 2002.

SEGAL, A.; KUSSUNOKI, D.K. Obesidade como fator desencadeador de transtornos mentais. *In*: SEGAL, A.; KUSSUNOKI, D.K.; FREIRE, C.C. (Orgs.). **Cirurgias bariátricas e metabólicas: tópicos de psicologia e psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2021, p. 41-46.

SHAFFRAN, R. *et al.* Body checking and its avoidance in eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, [S.l.], v.35, n. 1, p. 93-101, 2004.

SHEETS, C.S. *et al.* Post-operative psychosocial predictors of outcome in bariatric surgery. **Obesity Surgery**, [S.l.], v. 25, n. 2, p. 330-345, fev. 2015.

SHENG, B. *et al.* The Long-Term Effects of Bariatric Surgery on Type 2 Diabetes Remission, Microvascular and Macrovascular Complications, and Mortality: a Systematic Review and Meta-Analysis. **Obesity Surgery**, n.l, v. 27, p. 2724-2732, 2017.

SILVA, L. E. S. D. *et al.* Tendência temporal da prevalência do excesso de peso e obesidade na população adulta brasileira, segundo características sociodemográficas, 2006-2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n.1, 2021.

SILVA, W. R., DIAS, J. C. R.; MAROCO, J.; CAMPOS, J. A. D. B. Fatores que contribuem para preocupação com a imagem corporal de estudantes universitárias. **Revista brasileira de epidemiologia**, v.18, n.4, p. 785-797, 2015. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040009>. Acesso em: 26 jul. 2022.

SLADE, P. D. Science body image? **Behaviour research and therapy**, n.l, v. 32, n. 5, p. 497-502, 1994.

SMITH, D. E. Categories are not enough. **Gender & Society**, v. 23, n. 1, p. 76-80, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLIA (SBCBM). Pandemia reduz em 82% o número de cirurgias bariátricas no Brasil. SBCBM: [S.l.], 2022. Disponível em: <<https://www.sbcm.org.br/pandemia-reduz-em-82-o-numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-confira-reportagem-do-fantastico/>>. Acesso em: 11 mar. 2022.

SOUZA, P. *et al.* Understanding depressive symptoms after bariatric surgery: the role of weight, eating and body image. **Revista Acta Medica Portugal**, [S.l.], v. 27, n. 4, p. 450-457, jul./agosto 2014.

SOUZA, L. K. Recomendações para a realização de grupos focais na pesquisa qualitativa. **PSI UNISC**, Santa Cruz do Sul, Santa Catarina, v.4, n.1, p. 52-66, jan./jun. 2020.

STIVAL, N. L. *et al.* Perspectiva da pessoa submetida à cirurgia bariátrica. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 13, n. 77, p. 79-89, 2019. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/884>>. Acesso em: 26 jul. 2022.

SYDORA, B. C. *et al.* Walking together: women with the severe symptoms of menopause propose a platform for a walking program; outcome from focus groups. **BMC Womens Health**, [S.l.], v. 20, n. 1, ago. 2020.

SWINBURN, B.A. *et al.* The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: **The Lancet Commission report**. *Lancet*. 2019 Feb 23;393(10173), n. 23, p. 791-846, 2019. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8). Acesso em: 15 març. 2023.

TAVARES, A. *et al.* Cirurgia bariátrica do passado ao século XXI. **Revista Acta Medica Portugal**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 111-116, 2011.

TELES, I. S.; MEDEIROS, J. F. B. **A influência das redes sociais no comportamento alimentar e imagem corporal em mulheres** – uma revisão de literatura. 2020. Monografia (Bacharelado em Nutrição) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2020.

THOMPSON, J. K. *et al.* Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. **American Psychological Association**, Washington, DC, EUA, 1999.

TIGGEMANN, M. Sociocultural Perspectives on Human Appearance and Body Image. *In*: CASH, T. F.; SMOLAK, L. (Eds.) **Body Image: a handbook of science, practice, and prevention**. Nova Iorque, EUA: Guilford, 2011, p. 12-19.

TIRTHANI, E; SAID, M. S.; REHMAN, A. Genetics and Obesity. *In*: StatPearls [Internet]. Flórida, EUA: StatPearls, jan. 2022. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573068/>>. Acesso em: 15 ago. 2022.

TONATTO-FILHO, A. J.; GALLOTTI, F. M.; CHEDID, M. F.; GREZZANA-FILHO, T. J. M.; GARCIA, A. M. S. V. Bariatric surgery in brazilian public health system: the good, the

bad and the ugly, or a long way to go. Yellow sign!. **Arquivos Brasileiros De Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 32, n. 4, 2019.

TROISI, A. Emergence of bariatric psychiatry as a new subspecialty. **World Journal of Psychiatry**, [S.l.], v.12, n.1, p.108-116, jan. 2022.

TYLKA, T. L. Refinement of the tripartite influence model for men: dual body image pathways to body change behaviors. **Body Image**, [S.l.], v.8, n.3, 2011, p.199-207.

VARNS, J.A.; FISH, A.F.; FAHA, C.E. Conceptualization of body image in the bariatric surgery patient. **Applied Nursing Research**, v. 41, p. 41-52, jun. 2018.

VARTANIAN, L. R.; FARDOULY, J. The stigma of obesity surgery: negative evaluations based on weight loss history. **Obesity Surgery**, [S.l.], v. 23, p. 1545-1550, 2013.

VASCONCELOS, K. S. S.; DIAS, J. M. D.; DIAS, R. C. Impacto do grau de obesidade nos sintomas e na capacidade funcional de mulheres com osteoartrite de joelhos. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 15, p. 125-130, 2008.

VELOSO, B. Whatsapp como ferramenta para a organização de grupos focais online na pesquisa da educação: um relato de experiência. **CIET**, EnPED (Congresso Internacional de Educação e Tecnologias, Encontro de Pesquisadores em Educação a Distância), Anais, São Carlos, ago. 2020. Disponível em: <<https://cietenped.ufscar.br/submissao/index.php/2020/article/view/964>>. Acesso em: 07 dez. 2023.

VEREZA, S. C. **O lócus da metáfora: linguagem, pensamento e discurso**. Cadernos de Letras da UFF, v. 41, n. 2, p. 199-212, 2010.

WAHAB, R. A. *et al.* The Relationship between Headteachers' Distributed Leadership Practices and Teachers' Motivation in National Primary Schools. **Asian Social Science**, [S.l.], v. 9, n. 16, 2013.

Cadernos da Fucamp, v.19, n.41, p.1-13/2020
Grande do Sul, Escola de Educação Física, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano. Porto Alegre, RS, 2012.

WILLIAMS, G. A. *et al.* Short-term changes in affective, behavioral, and cognitive components of body image after bariatric surgery. **Surgery for Obesity Related Diseases**, v. 14, n. 4, p. 521-526, abr. 2018.

WOOD, K.V.; OGDEN, J. Patients' long-term experiences following obesity surgery with a focus on eating behaviour: a qualitative study. **J. Health Psychol.** 2015. 1 <https://doi.org/10.1177/1359105315578304>. Acesso em: 03 fev. 2023.

WONG, H. T. H. *et al.* Using Videoconferencing Focus Groups in Sexual and Reproductive Health Research with Chinese Immigrants in Australia. **Qualitative Health Research**, v. 31, n. 14, p. 2757-2769, dez. 2021.

XIMENES, M. M. S. *et al.* O quebra-gelo como forma de unir e promover a sinergia de um grupo de formação em aprendizagem cooperativa. **Revista Encontros Universitários da UFC**, Fortaleza, v. 1, n. 1, 2016. (Encontro de Aprendizagem Cooperativa, 8.)

ZACCARON, R. *et al.* Estudo piloto: um processo importante de adaptação e refinamento para uma pesquisa quase experimental em aquisição de L2. **Revista do GELNE**, Natal, v. 20, n.1, p. 30-41, 2018.

ZANELLA, M.T.; FILHO, F.S.F.R. Tratamento clínico da obesidade. *In*: PEREIRA, A. *et al.* (Orgs.). **Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multiprofissional**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2019, p. 80-85.

ZEVE, M.; NOVAIS, P. O.; JÚNIOR, N. O. Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 132-140, 2012.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Grupos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “**Percepções e Atitudes relacionadas à Imagem Corporal de Indivíduos no Pré e Pós-tratamento Cirúrgico da Obesidade: uma Investigação Qualitativa.**” O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa surge a partir da hipótese de que indivíduos em processo de preparação e pós-intervenção cirúrgica no tratamento da obesidade possam estar propensos a apresentarem percepções e atitudes distintas na constituição de sua imagem corporal. Nesta pesquisa pretendemos investigar percepções e atitudes relacionadas ao corpo de indivíduos no pré e pós-tratamento cirúrgico da obesidade.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: agendar data e horário para realização do encontro do grupo de participantes, o qual acontecerá de forma *on-line* por meio da plataforma Google Meet, onde haverá espaço para interagir e discutir sobre o tema. Esclarecemos que a entrevista será gravada e transcrita posteriormente.

Esta pesquisa tem alguns riscos, que são mínimos diante das trocas e discussões realizadas no grupo. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, o ambiente será organizado de forma propícia para o surgimento de opiniões, atitudes, conceitos, sentimentos, crenças, experiências e reações a respeito do tratamento cirúrgico. A pesquisa pode ajudar a promover um maior interesse e compreensão pela área da imagem corporal por parte dos profissionais que lidam diretamente com o público de obesos.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5

(cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2022.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Pesquisador Responsável: Alesandra Freitas Angelo Toledo

Faculdade de Educação Física e Desportos/ Universidade Federal de Juiz de Fora

CEP: 36036-900

Fone:(32)99967-5729

E-mail:afatoledo@gmail.com/ alesandra.tol

Rubrica do Participante de pesquisa ou responsável: _____ Rubrica do pesquisador: _____
--

APÊNDICE B – Declaração 1**DECLARAÇÃO**

Eu, Paula Tomasco Zorzo, na qualidade de médica endocrinologista e responsável pelo consultório médico, autorizo a realização da pesquisa intitulada **“Percepções e atitudes relacionadas à imagem corporal de indivíduos no pré e pós tratamento cirúrgico da obesidade: uma investigação qualitativa”** a ser conduzida sob a responsabilidade das pesquisadoras “Alesandra Freitas Angelo Toledo e Clara Mockdece Neves” e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa.

Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 11 de agosto de 2021

ASSINATURA

Paula Tomasco Zorzo

Dra. Paula Tomasco Zorzo
ENDOCRINOLOGISTA
CRM 26553

APÊNDICE C – Declaração 2**DECLARAÇÃO**

Eu, Ivan Cezar Said Resende, na qualidade de responsável pela Clínica de Cirurgia Ivan Resende Ltda, CNPJ 10.478.452/0001-37, autorizo a realização da pesquisa intitulada **“Percepções e atitudes relacionadas à imagem corporal de indivíduos no pré e pós tratamento cirúrgico da obesidade: uma investigação qualitativa”** a ser conduzida sob a responsabilidade das pesquisadoras **“Alesandra Freitas Angelo Toledo e Clara Mockdece Neves.**

DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa.

Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 12 de agosto de 2021

ASSINATURA _____



APÊNDICE D – Declaração 3



Dra. Glaucê Cordeiro Uliãa Tostes - CRM-MG : 38.458
Especialista em Clínica Médica pelo MEC
Especialista em Endocrinologia & Metabolologia pela SBEM
Doutorado em Endocrinologia & Metabolologia pela USP-SP

DECLARAÇÃO

Eu, Dra. Glaucê Cordeiro Uliãa Tostes na qualidade de médica endocrinologista e responsável pelo consultório médico, autorizo a realização da pesquisa intitulada "Percepções e atitudes relacionadas à imagem corporal de indivíduos no pré e pós tratamento cirúrgico da obesidade: uma investigação qualitativa" a ser conduzida sob a responsabilidade dos pesquisadores Alexandra Freitas Angelo Toledo e Clara Mockdade Neves. DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa.

Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 11 de agosto de 2021

ASSINATURA Glaucê C. Uliãa Tostes



DR. GLAUCÊ CORDEIRO ULIÃA TOSTES
CRM-MG 38.458
ENDOCRINOLOGIA E METABOLOLOGIA

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Data: ____ / ____ / ____

Nome: _____

Idade: ____ anos

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Cidade/Estado onde mora: _____

Escolaridade (assinale a opção que representa sua graduação máxima):

- (1) Analfabeto (3) Ensino Médio (5) Pós-graduação
(2) Ensino Fundamental (4) Ensino Superior

Estado Civil

- (1) Solteiro(a) (3) Divorciado(a)/Viúvo(a)
(2) Casado(a) /Amasiado(a) (4) Outro

Etnia (assinale a opção que você se identifica em relação a sua raça/etnia):

- (1) Branco (3) Pardo (5) Indígena
(2) Negro (4) Amarelo

Você tem filhos? Se sim, quantos? _____

Qual foi o peso máximo atingido antes da cirurgia? (OBS: questão retirada do grupo 1 – pré-operatório) _____

Qual seu peso atual (kg)? _____

Qual sua estatura (m)? _____

Há quanto tempo você recebeu o diagnóstico de obesidade? _____

Você já fez algum tratamento para a obesidade antes da cirurgia? Qual?

Qual a data da sua cirurgia?

APÊNDICE F – GUIA DO MODERADOR GRUPO PILOTO

- 1) Para você o que é obesidade?
- 2) Ao longo da sua história, quando você se lembra de ter se deparado com a obesidade?
- 3) Como você enfrenta a obesidade hoje?
- 4) Para você o que é imagem corporal?
- 5) Como você se sente em relação a sua imagem corporal?
- 6) Quais aspectos em sua aparência física que realmente gosta após a cirurgia?
- 7) Quais aspectos em sua aparência física que realmente não gosta após a cirurgia?
- 8) Como tem sido para você o processo de perda de peso? Fale sobre isso.
- 9) Como tem lidado com as mudanças do seu corpo mediante ao processo de perda de peso?
- 10) Quais comentários recebidos você poderia relatar quanto ao estigma de ser bariátrico?
- 11) Tem ou já teve algum apelido? Como você se sente com isso?
- 12) Existiam ou existem atividades ou situações particulares que você tenha dificuldade(s) em executar por conta da obesidade? O que você poderia nos contar sobre isso?
- 13) Na sua rotina diária e/ou em seus cuidados pessoais você conseguiu observar alguma mudança em seu comportamento após a cirurgia? Qual(is) seria(m)?
- 14) Quais foram as mudanças de atitudes/comportamentos que você percebeu após o seu tratamento cirúrgico (por ex. novos hábitos)?
- 15) Como lida com as roupas que representam as formas de seu corpo atual? Você tem acertado o tamanho ao escolher as peças de roupas após intervenção cirúrgica? Relate algum(s) exemplos.
- 16) Como se sente ao ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja)?
- 17) Como você se sente quando se pesa? Com que frequência tem se pesado?
- 18) Como você lida com situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banho de piscina)?
- 19) Você percebeu alguma alteração na sua vida social após a intervenção da gastroplastia? O que você poderia nos contar sobre isso?
- 20) Como você lida ao estar em contato com outros(as) homens/mulheres magros(as)?
- 21) Como você percebe sua autoestima em relação ao seu corpo após a cirurgia? Fale sobre isso.
- 22) De que forma a mídia interfere nas constituições do corpo ideal?
- 23) O que é um corpo ideal pra você?
- 24) Como você se enxerga em relação a esse corpo ideal?

25) Quais suas expectativas quanto a intervenções reparadoras?

26) Tem mais algum aspecto relacionado a sua obesidade que você gostaria de compartilhar conosco, que não tenha sido abordado no grupo?

APÊNDICE G - GUIA DO MODERADOR GRUPO FOCAL

TEMA	PERGUNTAS
Obesidade	<p>Para você o que é obesidade (atividade de <i>Mentimeter</i>)?</p> <p>Ao longo da sua história, quando você se recorda de ter se deparado com a obesidade?</p> <p>Quais os tipos de tratamento para a obesidade você já se submeteu?</p>
Cirurgia	<p>Como você enfrenta a obesidade hoje?</p> <p>Por que você optou pelo tratamento cirúrgico para a obesidade?</p>
Momento em relação a cirurgia	<p><u>GRUPO 1:</u></p> <p>Quais suas expectativas quanto a intervenção de gastroplastia?</p> <p>Descreva qual é o corpo que você gostaria de ter pós intervenção cirúrgica?</p>
	<p><u>GRUPO 2:</u></p> <p>Como tem sido para você o processo de perda de peso? Fale sobre isso.</p> <p>Como tem lidado com as mudanças do seu corpo mediante ao processo de perda de peso?</p> <p>Quais suas expectativas quanto a intervenções reparadoras?</p>
	<p><u>GRUPO 3:</u></p> <p>Como tem sido para você o processo de perda de peso? Fale sobre isso.</p> <p>Em quanto tempo depois da cirurgia você percebeu uma estabilização ou ganho de peso? Como você se sentiu em relação a isso?</p> <p>Como tem lidado com as mudanças do seu corpo atual?</p> <p>Quais suas expectativas quanto a intervenções reparadoras? Você já fez algum procedimento?</p>
Sentimentos	<p>Como você se sente em relação a sua imagem corporal atual?</p> <p>Quais aspectos em sua aparência física que realmente gosta?</p> <p>Quais aspectos em sua aparência física que realmente não gosta?</p> <p>Quais comentários recebidos você poderia relatar quanto ao estigma de ser bariátrico/obeso?</p>
Crenças	<p>Você acredita que exista um corpo ideal pós cirurgia? Descreva esse corpo.</p> <p>Tem ou já teve algum apelido? Como você lida com isso?</p>
Comportamentos	<p>Existem atividades ou situações particulares que você tenha dificuldade(s) em executar por conta da obesidade? O que você poderia nos contar sobre isso?</p> <p>Como lida com as roupas que a(o) fazem notar as formas de seu corpo?</p> <p>Como você lida com situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banho de piscina)?</p> <p>Como se sente ao ver o reflexo do seu corpo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja)?</p>

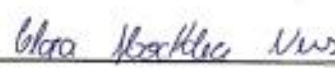
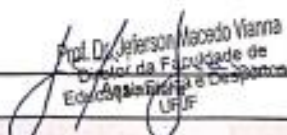
	<p>Como você se sente quando se pesa?</p> <p>Como você se sente ao comparar seu corpo ao corpo de outras pessoas?</p> <p>Existe algum evento social (como, por exemplo, festas) que você já deixou de participar devido a sua obesidade? O que você poderia nos contar sobre isso?</p>
Pais	<p>Vocês conversam sobre o corpo com seus familiares? O que eles falam?</p> <p>Como você identifica os cuidados com o corpo dentro da sua família?</p>
Amigos	<p>E os amigos? Vocês conversam sobre o corpo com seus amigos? O que eles falam?</p> <p>Como você identifica os cuidados com o corpo dentro do seu grupo social?</p>
Pessoas significantes	<p>E em relação a outras pessoas significantes que você tenha convivência... por exemplo, parceiros íntimos, professores ... Vocês conversam sobre o corpo? O que vocês falam?</p>
Mídia	<p>Quais fontes de mídia vocês mais acessam (por exemplo: TV, rede social, <i>Youtube, Netflix</i>)?</p> <p>Você identifica os tipos de corpos que são representados por essas mídias? Como essas representações impactam você?</p>
Finalização	<p>Tem mais algum aspecto relacionado a sua obesidade que você gostaria de compartilhar conosco, que não tenha sido abordado no grupo?</p>

ANEXO 1 – Comitê de Ética



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Percepções e atitudes relacionadas à imagem corporal de indivíduos no pré e pós tratamento cirúrgico da obesidade: uma investigação qualitativa			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 24			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Clara Mockdece Neves			
6. CPF: 104.418.907-09		7. Endereço (Rua, n.º): ANTONIO MALAFAIA CANTAGALO 129/1 TRES RIOS RIO DE JANEIRO 25806200	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (24) 2252-6892	10. Outro Telefone:
		11. Email: clarinhamockdece@hotmail.com	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>06</u> / <u>08</u> / <u>2021</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Federal de Juiz de Fora UFJF		13. CNPJ:	14. Unidade/Orgão: Faculdade de Educação Física
15. Telefone: (32) 2102-3284		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento desta projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>JEFERSON MACEDO VIENNA</u>		CPF: <u>410.971.955-68</u>	
Cargo/Função: <u>DIRETOR</u>			
Data: <u>06</u> / <u>08</u> / <u>2021</u>		 Prof. Dr. Jeferson Macedo Vienna Diretor da Faculdade de Educação Física e Desporto UFJF	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO 2 – Critério de Classificação Econômica Brasil

P.XX Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					

Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					
--	--	--	--	--	--

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
Rede geral de distribuição	
Poço ou nascente	

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
Asfaltada/Pavimentada	
Terra/Cascalho	

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II Incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio Incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de R\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa).

Nenhum critério estatístico, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmarções frequentes do tipo “... *conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas pelo critério é classe B...*” não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem, porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da adequação do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.

ANEXO 3 – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepções e atitudes relacionadas à imagem corporal de indivíduos no pré e pós tratamento cirúrgico da obesidade: uma investigação qualitativa

Pesquisador: Clara Mockdece Neves

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 50971221.8.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Educação Física

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.005.666

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos “Apresentação do Projeto”, “Objetivo da Pesquisa” e “Avaliação dos Riscos e Benefícios” foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

“Este projeto é caracterizado como estudo descritivo, com design qualitativo. Participarão da pesquisa pessoas com diagnóstico de obesidade mórbida com indicação para o tratamento através da cirurgia de gastroplastia, no pré e pós operatório. Os mesmos serão dispostos em três grupos focais constituídos por 6 a 8 pessoas, a saber: Grupo 1. pacientes em processo preparatório para a cirurgia; Grupo 2. pessoas já submetidas ao tratamento cirúrgico até 6 meses de intervenção; Grupo 3. pessoas submetidas a mais de 12 meses até 24 meses de cirurgia. Os participantes deverão ter idade entre 21 e 59 anos. Cada grupo participará de uma reunião através da coleta de dados estabelecida pela metodologia de grupo focal, tendo um roteiro pré-estabelecido de acordo com seu grupo. As reuniões serão gravadas com o consentimento dos participantes para serem posteriormente transcritas, para análise de conteúdo (Bardin, 2010).”.

Objetivo da Pesquisa:

“Objetivo Primário: Investigar qualitativamente percepções e atitudes relacionadas ao corpo de indivíduos no pré e pós tratamento cirúrgico da obesidade.”.

“Objetivo Secundário: • Identificar as crenças centrais do paciente quanto a sua imagem corporal. • Identificar os sentimentos relacionados ao corpo, englobando a satisfação e insatisfação. •”

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.005.666

Identificar os comportamentos adotados pelos pacientes com relação a seu corpo.".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"A presente proposta de investigação apresenta riscos mínimos envolvendo seres humanos diante das trocas e discussões realizadas no grupo. O ambiente será organizado de forma propícia para o surgimento de opiniões, atitudes, conceitos, sentimentos, crenças, experiências e reações a respeito do tratamento cirúrgico. Serão preservados a identidade dos participantes, os quais serão informados e explicitados que poderão interromper ou cancelar a participação a qualquer momento, a fim de garantir a seu livre direito e bem-estar. Como alternativa para minimizar esses possíveis riscos, os pesquisadores terão uma postura de acolhimento aos participantes, respeitando as suas possíveis inquietações. Dessa forma, é resguardado o direito do entrevistado de não responder a qualquer pergunta, caso ele se sinta incomodado, sendo possível também, se retirar do estudo a qualquer momento, sem que isso acarrete alteração na forma como é tratado pelos pesquisadores. Além disso, os e-mails serão enviados de forma individual para cada participante e serão armazenados na nuvem, evitando ficarem armazenados em arquivo físico, garantindo a confidencialidade dos dados dos participantes. Espera-se que esse trabalho traga benefícios para os participantes possibilitando assistência no desenvolver do tratamento cirúrgico enquanto lidam com as mudanças corporais que estão associadas ao tratamento cirúrgico. Isso refletirá diretamente no desenvolvimento biopsicossocial dos participantes.".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.005.666

uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: agosto de 2023.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1804303.pdf	27/09/2021 14:25:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.docx	27/09/2021 14:20:47	Clara Mockdece Neves	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.005.666

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEajustado.docx	27/09/2021 14:20:29	Clara Mockdece Neves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaopaulacarimbo.jpeg	03/09/2021 18:24:23	Clara Mockdece Neves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoivancarimbo.pdf	03/09/2021 18:23:53	Clara Mockdece Neves	Aceito
Outros	Roteirodeperguntasnosgruposfocais.docx	16/08/2021 15:08:31	Clara Mockdece Neves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	infraestruturaglauce.pdf	16/08/2021 15:00:57	Clara Mockdece Neves	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	16/08/2021 14:53:36	Clara Mockdece Neves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 29 de Setembro de 2021

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br