

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Glenda Agra

**VIVÊNCIA DE MULHERES SUBMETIDAS À
GASTROPLASTIA**

**João Pessoa – PB
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

GLEND A AGRA

**VIVÊNCIA DE MULHERES SUBMETIDAS À
GASTROPLASTIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba – Campus I, vinculado à área de concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde, da Linha de pesquisa: Epidemiologia e Saúde.

Orientadora: Profª Dra. (PhD). Maria Emília Roméro de Miranda Henriques

**João Pessoa – PB
2008**

A277v Agra, Glenda.

Vivência de mulheres submetidas à gastroplastia/
Glenda Agra. – João Pessoa, 2008.

133p.

Orientadora: Maria Emília Romero de Miranda
Henriques.

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS

1.Gastroenterologia – cirurgia – mulher.

2.Cirurgia bariátrica – mulher – qualidade de vida.

UFPB

CDU: 616.33(043)

Glenda Agra

**VIVÊNCIA DE MULHERES SUBMETIDAS À
GASTROPLASTIA**

Aprovado em _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Maria Emília Romero de Miranda Henriques
Orientadora

Professora Dra. Solange de Fátima Geraldo da Costa
Membro Efetivo - UFPB

Professor Dr. Roberto Teixeira de Lima
Membro Efetivo – UFPB

Professora Dra. Maria Júlia Guimarães de O. Soares
Membro Suplente - UFPB

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por ter-me dado a possibilidade de chegar até aqui.

À **vida** por me ensinar sobre suas vicissitudes e aprender com elas.

À minha **mãe Sônia** pela bravura e persistência junto a mim, sempre, em qualquer hora da minha vida.

Ao meu **pai Gabriel** (in memoriam), que deixou sua marca indelével em meu ser, através da busca pela sabedoria.

À minha **filha Sofia** pelas horas que lhe foram roubadas.

À minha professora e orientadora Doutora **Maria Emília Romero de Miranda Henriques** pelo incentivo, compreensão em todo percurso de minhas atividades, por sua competência com que exerce suas atividades trazendo conhecimento para aqueles que a cercam.

À professora Doutora **Solange Fátima Geraldo da Costa** pela disponibilidade e atenção que demonstrou em todo percurso do mestrado e aos demais membros da banca examinadora, professores Doutores **Maria Júlia Guimarães O. Soares** e **Roberto Teixeira de Lima**.

A **coordenação do mestrado** pelas orientações e incentivos fornecidos.

A todos os **professores do mestrado** pelo incentivo durante toda essa jornada.

Aos **funcionários do mestrado** pela atenção dispensada.

Aos **colegas da turma** pelo compartilhamento desta trajetória.

Ao meu namorado **Frederico**, por estar ao meu lado nessa etapa tão importante da minha vida.

Aos meus amigos **Leonardo, Walison e Noélia** pela escuta amiga durante todo esse percurso.

A **todos** que contribuíram direta e indiretamente para a conclusão dessa etapa na minha vida.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A **Deus** pela força propulsora me dada todos os dias da minha vida.

Às **participantes da pesquisa**, pacientes que se submeteram à gastroplastia, que contribuíram para a realização e concretização desse projeto tão importante da minha vida.

Ao **Dr. Cássio Vírgilio** e à sua equipe pela aceitação e colaboração do meu projeto.

À **Zulima Tozzi**, psicóloga da equipe multiprofissional pela escuta amiga.

Obrigada

DEDICO

A todos os obesos e ex-obesos.

A cirurgia me deu um encantamento com relação a mim mesma, eu e meu corpo; me integralizou; me deu uma nova visão de mim mesma; me trouxe de volta. (TOZZI, 2007).

RESUMO

AGRA, G. **Vivência de mulheres que se submeteram à gastroplastia**. João Pessoa, 2008. 134f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa – PB.

A obesidade é uma doença multifatorial de prevalência crescente e que vem adquirindo proporções alarmantemente epidêmicas, considerada um dos principais problemas de saúde pública. Para tanto, existem muitos tratamentos inovadores para a melhora das co-morbidades associadas, assim como para a diminuição do peso corporal. A gastroplastia também denominada cirurgia bariátrica é um procedimento cirúrgico amplamente divulgado e se utiliza de técnicas restritivas e disabsortivas, cuja finalidade é fazer com que o obeso mórbido melhore sua qualidade de vida. Este estudo teve como objetivo: investigar a vivência de mulheres que se submeteram à gastroplastia. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, do qual participaram 16 pacientes mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica. Os dados foram coletados nos meses de junho a julho de 2007, por meio da técnica de entrevista; com a utilização do sistema de gravação, as quais foram analisadas qualitativamente, à luz da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC (LEFÉVRE;LEFÉVRE,2005). Da análise realizada, emergiram as seguintes idéias centrais: elevação da auto-estima e bem-estar psicológico; promoção de bem-estar físico; mudança negativa no pós-operatório imediato e mediato; mudança positiva após a fase de adaptação; possibilidade de maior socialização; satisfação familiar e pessoal enquanto mulher e maior disposição, segurança e melhor estado de humor. O estudo evidenciou que as mulheres, participantes inseridas na pesquisa apresentaram melhoria na qualidade de vida em todas as dimensões de sua vivência, ou seja, nas dimensões física, psíquica, social e ambiental. Os resultados mostraram também que as participantes da pesquisa reconhecem que a gastroplastia constitui um procedimento cirúrgico de risco, uma vez que as mesmas referiram ter apresentado algumas alterações metabólicas, devido à restrição alimentar. Por isso, a importância do cumprimento às recomendações médicas frente ao protocolo nutricional. Foi ressaltada ainda que após a gastroplastia, as participantes da pesquisa passaram a viver mais socialmente, conseguindo, assim, manter nível de satisfação pessoal e familiar, enquanto mulher. Evidenciou-se também que no pós-gastroplastia, as mulheres apresentaram maior disposição, segurança e melhor estado de humor, evidenciados através da aquisição de realização de atitudes diárias simples. A partir da compreensão do fenômeno investigado, este estudo enfocou a vivência de mulheres que se submeteram à gastroplastia, verificando-se os aspectos positivos e negativos do procedimento. Após a discussão dos dados chegou-se à conclusão de que a gastroplastia é um tratamento cirúrgico para obesos mórbidos, que remete à perda ponderal, melhora a auto estima mas que traz conseqüências negativas. Daí a importância do cuidar destas pacientes desde a decisão de se submeter a cirurgia a total reabilitação. Esta dissertação impulsiona a realização de outras pesquisas no campo da assistência à saúde, envolvendo a qualidade de vida pós-gastroplastia, que venham contribuir para um melhor conhecimento do contexto que envolve o pré, o trans e o pós operatório das pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica.

Palavras-chave: vivência, mulheres, gastroplastia.

ABSTRACT

AGRA, G. **The women's existence that they underwent the gastroplasty.** João Pessoa, 2008.134f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Center of the Health Sciences, Universidade Federal da Paraíba.- João Pessoa – PB.

The obesity is a disease many factors of growing prevalence and that it is acquiring proportions epidemic alarmingly, considered one of the principal problems of public health. For so much, they exist many innovative treatments for the improvement of the co-morbidities associated, as well as for the decrease of the body weight. The gastroplasty also denominated bariatric surgery it is thoroughly a surgical procedure published and it is used of restrictive techniques and disabsortives, whose purpose is to do with that the obese morbid it improves your life quality. This study had as objective: to investigate the women's existence that they underwent the gastroplasty. It is treated of an exploratory study with qualitative approach, of which 16 patient women that submitted the bariatric surgery participated. The data were collected in the months of June to July of 2007, through the interview technique; with the use of the recording system, which qualitatively was analyzed, to the light of the technique of the Collective Subject's Speech - DSC (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2005). Of the accomplished analysis, the following central ideas emerged: elevation of the self-esteem and psychological well-being; promotion of physical well-being; negative change in the postoperative immediate and mediate; positive change after the adaptation phase; possibility of larger socialization; family and personal satisfaction while woman and larger disposition, safety and better humor state. The study evidenced that the women, participants inserted in the research they presented improvement in the life quality in all the dimensions of your existence, in other words, in the dimensions physics, psychic, social and environmental. The results also showed that the participants of the research recognize that the gastroplasty, constitutes a surgical procedure of risk, once the same ones referred to have presented some metabolic alterations, due to the alimentary restriction, for that the importance of the execution to the recommendations medical front to the protocol nutrition. It was still pointed out, that powder-gastroplasty, the participants of the research started to live more socially, getting like this, to maintain level of personal and family satisfaction, while woman. It was also evidenced that powder-gastroplasty, the women presented larger disposition, safety and better humor state, evidenced through the acquisition of accomplishment of simple daily attitudes. Starting from the understanding of the investigated phenomenon, this study focused the women's existence that you/they underwent the gastroplasty where was verified the positive and negative aspects of procedure. After discussion of the data the conclusion it was arrived that the gastroplasty is a surgical treatment for obese morbid, that it sends the loss body weight, it gets better to solemnity it esteems but that brings negative consequences then the importance of taking care her/it these patients from the decision of submitting the surgery to total rehabilitation. This dissertation it impels the accomplishment of other researches in the field of the attendance to the health involving the life quality powder-gastroplasty, that come to contribute for a better knowledge of the context than it involves the pré, the trans and the powders operative of the patients that submit the bariatric surgery.

Key-words: existence, women, gastroplasty.

RESUMEN

AGRA, G. **Vivencia de las mujeres que se submeteram a la gastroplastía.** João Pessoa, 2008. 134f. Disertación (Mestrado em Enfermería) – Centro de ciências de la salud – Universidade Federal da Paraíba –João Pessoa – PB.

La obesidad es un multifactorial de la enfermedad de crecer el prevalencia y que está adquiriendo las proporciones el alarmantemente epidémico, consideró uno de los problemas principales de salud pública. Para tanto, existen muchos tratamientos innovadores para la mejora del co-morbidades asociado, así como para la disminución del peso corpóreo. Los gastroplastia también denominaron el bariátrica de la quirugía es completamente un procedimiento quirúrgico publicado y se usa de técnicas restrictivas y disabsortivas cuyo propósito es hacer con que el obeso mórbido mejora su calidad de vida. Este estudio tenía como objetivo: para investigar la existencia de las mujeres que los que sufrían el gastroplastía. Se trata de un estudio exploratorio con acercamiento cualitativo de que 16 mujeres pacientes que sometieron el bariátrica de la cirugía participaron. Los datos eran reunido por los meses de junio a julio de 2007, a través de la técnica de la entrevista,; con el uso del sistema magnetofónico que el cualitativamente fue analizado, a la luz de la técnica del Discurso del Asunto Colectivo - DSC (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2005). Del análisis cumplido, las ideas centrales siguientes surgieron: la elevación de la autoestima y bienestar psicológico; la promoción de bienestar físico; el cambio negativo en el postoperatorio inmediato y mediato; el cambio positivo después de la fase de adaptación; la posibilidad de socialización más grande; la familia y la satisfacción personal mientras la mujer y disposición más grande, seguridad y estado de humor bueno. El estudio evidenció que las mujeres, los participantes insertaron en la investigación ellos presentaron la mejora en la calidad de vida en todas las dimensiones de su existencia, en otros términos, en las físicas de las dimensiones, psíquico, social y medioambiental. Los resultados también mostraron que los participantes de la investigación reconocen que el gastroplastía, constituye un procedimiento quirúrgico de riesgo, una vez los mismos se refirieron para haber presentado algunas alteraciones metabólicas, debido a la restricción alimentaria, para que la importancia de la ejecución a las recomendaciones el frente médico al nutricional protocolar. Todavía estaba fuera puntiagudo, que polvo-gastroplastía, los participantes de la investigación empezaron a vivir más socialmente, mientras consiguiendo así, mantener nivel de satisfacción personal y familiar, mientras la mujer. También fue evidenciado que polvo-gastroplastía, las mujeres presentaron la disposición más grande, seguridad y estado de humor bueno, evidenciados a través de la adquisición de logro de actitudes diarias simples. Empezando de la comprensión del fenómeno investigado, este estudio enfocó la existencia de las mujeres que los que sufrían el gastroplastia dónde se verificó los aspectos positivos y negativos del procedimiento. Después la discusión de los datos la conclusión él se llegó que el gastroplastia es un tratamiento quirúrgico para obeso mórbido, que envía el ponderal de pérdida, mejora a la solemnidad estima pero eso trae las consecuencias negativas entonces la importancia de tomar el del cuidado estos pacientes de la decisión de someter la quirugía para sumar la disertación de rehabilitación. Esta él impele el logro de otras investigaciones en el campo de la asistencia a la salud que involucra la calidad de vida polvo-gastroplastía, eso viene a contribuir para un conocimiento bueno del contexto que involucra el pré, el trans y el operatorio de polvos de los pacientes que someten el bariátrica de la quirugía.

Palabras-Claves: La existencia, las mujeres, el gastroplastia,

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1	Círculo Vicioso do Comportamento do Obeso.....	25
Ilustração 2	Estômago visto anteriormente em seu aspecto anatômico normal.....	32
Ilustração 3	Gastroplastia com Banda Ajustável.....	33
Ilustração 4	Gastroplastia Vertical de Mason.....	34
Ilustração 5	Técnica Y de Roux.....	35
Ilustração 6	Técnica Scopinaro.....	36
Quadro 1	Idéia Central 01 e Discurso do Sujeito Coletivo, em resposta ao questionamento 01.....	63
Quadro 2	Idéia Central 02 e Discurso do Sujeito Coletivo, em resposta ao questionamento 01.....	69
Quadro 3	Idéia Central 01 e Discurso do Sujeito Coletivo, em resposta ao questionamento 02.....	74
Quadro 4	Idéia Central 02 e Discurso do Sujeito Coletivo, em resposta ao questionamento 02.....	82
Quadro 5	Protocolo Nutricional para período de internação.....	84
Quadro 6	Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo, em resposta ao questionamento 03.....	85
Quadro 7	Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo, em resposta ao questionamento 04, enfatizando o contexto familiar.....	90
Quadro 8	Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo, em resposta ao questionamento 04, enfatizando o contexto profissional.....	94

LISTA DE TABELAS

1	Índice da Massa Corporal.....	22
2	Fatores mantenedores dos transtornos alimentares.....	81

SUMÁRIO

1 APROXIMANDO-SE DO OBJETO DE ESTUDO	15
2 REVISANDO A LITERATURA SOBRE O TEMA.....	21
2.1 Obesidade.....	21
2.2 Aspectos relevantes de qualidade de vida para pacientes que se submeteram à gastroplastia.....	46
3 PERCURSO METODOLÓGICO	59
3.1 Caracterizando os sujeitos do estudo.....	61
3.2 Apresentando o Discurso do Sujeito Coletivo.....	63
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICES	111
Apêndice A – Formulário de entrevista.....	112
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	113
ANEXOS	114
Anexo A – Teste de entendimento aos pacientes candidatos à cirurgia da obesidade mórbida.....	115
Anexo B – Termo de Consentimento de concretização das conseqüências da cirurgia da obesidade mórbida.....	117
Anexo C - Protocolo dietético e nutricional de obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica.....	121
Anexo D – Resolução CFM Nº 1.766/05.....	124
Anexo E – Portaria Nº 1.569/2007.....	130
Anexo F – Certidão de Aprovação do Comitê de Ética.....	133



FONTE: <http://ante-et-post.weblog.com.pt>

APRO IMANDO-SE DO OBJETO DO ESTUDO

A obesidade é uma doença crônica, de etiologia multifatorial, além de ser caracterizada como psicossomática, apresentando fatores de risco para algumas patologias, consideradas graves, como dislipidemias, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, osteoartrite, entre outras. Esta apresenta enfoques genéticos, neuroendócrinos, metabólicos, nutricionais, ambientais, sociais e familiares e vem sendo considerada um dos graves problemas de saúde pública da modernidade (FELIPPE, 2003).

A morbidade e a mortalidade que se associam à presença de obesidade são as doenças cardiovasculares, manifestando-se na forma de doença cardíaca isquêmica, hipertensão e insuficiência cardíaca. Pesquisa realizada no Ambulatório de Obesidade do Hospital das Clínicas, em São Paulo, no ano de 2001, com 474 pacientes verificou um aumento do risco cardiovascular, avaliado através dos critérios do Programa de Educação Nacional de Colesterol, que é considerado um fator predisponente às referidas doenças (MANCINI, 2001).

Uma das variações dessa doença é a obesidade mórbida, que vem crescendo nas últimas décadas, com uma estimativa de 250 milhões de obesos no mundo, equivalendo, aproximadamente, a 7% da população mundial (ENGEL et al, 2003; KOLOTKIN et al, 2001 apud SILVA et al, 2005). Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que existem no mundo cerca de 1,6 milhões de adultos com excesso de peso e mais de 400 milhões de obesos. No Brasil, números levantados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que 40% de toda população e aproximadamente 72 milhões de brasileiros estão com sobrepeso e outros 6% já são considerados obesos. Por ano, mais de 80 mil óbitos são registrados por conta da doença (FORGERINI, 2007).

De acordo com Faria et al (2002), a obesidade mórbida é uma doença que envolve múltiplos fatores, como também é dispendiosa social e economicamente, vitalícia e potencialmente letal, estando relacionada ao desempenho ineficaz de funções fisiológicas, como o distúrbio de sono (apnéia do sono), distúrbios cardiovasculares - hipertensão arterial sistêmica (HAS) e infarto - diabetes mellitus tipo 2, e outros, como o desempenho físico, astenia, cansaço físico, taquicardia, sudorese intensa, determinados tipos de câncer (intestino, próstata, mama), além de desempenho social e psicológico inapropriado.

A obesidade mórbida acarreta problemas como a exclusão social, a qual conduz à discriminação e preconceito, visto que a construção desse fenômeno não se deve apenas a fatores individuais ou sociais pertencentes ao indivíduo, mas tanto à sua dinâmica interacional quanto à assimilação e à acomodação das informações a respeito da categoria social de ser obeso, além dos estereótipos, relacionados aos esquemas de tratamento para problemas

mentais, na própria pessoa que sofre da obesidade. O obeso passa a ser visto como pessoa incapaz de trabalhar, sem talento, inábil no deslocamento nos transportes públicos (uma vez que ocupa muito espaço ou não se acomoda adequadamente nas cadeiras) sendo vítima de achincalhes, capazes de acarretar uma diminuição da auto-estima (FELIPPE, 2003; MICHENER; DELAMATER; MYERS, 2005).

Além dos fatores fisiológicos que acometem a pessoa obesa existem também os fatores psicológicos. Nesse enfoque Felipe (2003) destaca que o obeso sofre e desenvolve sentimentos auto-depreciativos, de auto-indulgência, ansiedade e alterações do comportamento alimentar, dessa forma, levando o indivíduo, à depressão, deixando-o susceptível ao isolamento social.

A partir desses determinantes, pode ser observado que a qualidade de vida de obesos mórbidos decai, deixando-os predispostos às vicissitudes da vida, por exemplo, como o déficit na saúde, bem-estar psicológico e a longevidade (SILVA et al, 2005). É a partir da abrangência desses fatos que a obesidade mórbida se revela uma doença crônica, caracterizada pela diminuição da qualidade e expectativa de vida e aumento da co-morbidade (SEGAL; FANDINO, 2002).

Nesse contexto, Demo (2002) ressalta seu conceito de qualidade como representação do desafio de fazer história humana, a fim de humanizar a realidade e a convivência social, não só intervindo na natureza e no meio social, mas também na intervenção com a interação humana, através de valores e fins historicamente considerados desejáveis e necessários, eticamente sustentáveis. A partir do que ressalta os autores sobre a obesidade e suas conseqüências, podemos inferir que esta implica diretamente na qualidade de vida dos indivíduos.

De acordo com Minayo; Hartz e Buss (2000), o termo qualidade de vida está diretamente relacionado ao aspecto humano e tem sido aproximado ao grau de satisfação encontrado nos mais diversos aspectos, seja familiar, amoroso, social, ambiental e também acerca de sua própria estética existencial. Já a expressão qualidade de vida ligada à saúde refere-se ao valor atribuído à vida relacionada e ponderada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos.

Gáspari e Schwartz (2001, p.109) reforçam que “o importante, então, é a qualidade de vida voltada para a profundidade, para a perfeição do ser, para o atendimento das reais necessidades humanas”, contemplando assim sua integralidade.

O obeso mórbido sofre por ter uma doença prejudicial à saúde, em sua perspectiva física e psíquica, ou seja, abrange diversos fatores: nutricionais, psicológicos, sociais ocasionando um déficit em sua qualidade de vida. Na busca de melhorar a qualidade de vida, o obeso mórbido realiza diversos tratamentos: dietas nutricionais, reeducação alimentar, aumento das atividades físicas, além da modificação de comportamento e estilo de vida; no entanto, quando essas medidas não alcançam êxito, o tratamento cirúrgico representa a terapêutica mais eficaz e, em muitos casos, é considerada a única solução (TONETO et al, 2004).

Nesse contexto, o obeso mórbido procura, na cirurgia bariátrica¹, a solução de seus problemas. Os principais objetivos da gastroplastia são a redução de co-morbidade e a melhoria da qualidade de vida (SEGAL; FANDINO, 2002), podendo também, com esse procedimento cirúrgico, ocupar outros espaços que foram prejudicados com essa patologia, neste caso, o resgate da auto-estima, inclusão social etc.

A cirurgia bariátrica, ou gastroplastia, contempla várias técnicas de redução de estômago. Todas são utilizadas levando-se em consideração as condições do paciente, a preferência e o aprimoramento da técnica pelo cirurgião. Com a realização do procedimento cirúrgico, pretende-se diminuir a quantidade de alimentos ingeridos por refeição e a absorção destes (o volume do estômago, que tinha capacidade para armazenar 2 litros, passa, depois da cirurgia, a suportar 200 ml, o que proporciona sensação de saciedade). Com isso, levando à perda ponderal significativa e à diminuição das co-morbidades, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida (TONETO et al, 2004). Nessa condição, o paciente que se submete à gastroplastia se depara com algumas limitações como: nova dieta, recuperação do ato cirúrgico (desconforto) entre outros.

No entanto, as limitações físicas impostas pela obesidade mórbida diminuirão com o novo estilo de vida (LEVY apud CAMPAGNOLO et al, 2004) fazendo com que a pessoa experimente, através dessa nova situação, mudanças rápidas quanto à imagem corporal, visto que o obeso passa por algumas etapas: adaptação da nova ingesta alimentar e questionamentos acerca da cirurgia; apresenta uma diminuição progressiva de perda ponderal que se denomina a fase de “lua-de-mel” com o corpo, pois há instalação de uma nova identidade corporal, o que intensifica alguns processos psicológicos, como elevação da auto-estima, proporcionando

¹ A cirurgia bariátrica é o ramo da Medicina que cuida de controle de peso, incluindo a gastroplastia, que é um procedimento cirúrgico no qual o tamanho do estômago é reduzido (MAHAN; SCOTT-STUMP, 2002). Segundo Fernandez e Alvarez (2004) explicam que o procedimento cirúrgico deve ser aplicada naqueles pacientes que fracassaram nas medidas médico-dietéticas para redução de peso. Porém, não se trata de uma cirurgia com fins estéticos (CASALNUOVO, 2004).

uma significativa melhora nos seus espaços sociais e psicológicos (GARRIDO JR. apud CAMPAGNOLO et al, 2004).

Um aspecto central relacionado ao procedimento cirúrgico diz respeito à auto-estima, visto que, muitas vezes, quando o paciente não é bem preparado emocional e fisicamente para conviver com o seu corpo “novo” (com rápida perda ponderal surge flacidez dos tecidos), poderá ocasionar distúrbio da imagem corporal (OLIVEIRA; LINARDI; AZEVÊDO, 2004).

O obeso, após a cirurgia bariátrica, tem gastos onerosos que perduram por um longo prazo, pois as necessidades calóricas e nutricionais ficam aquém das reais necessidades diárias para manutenção vital, considerada salutar, isso porque há redução e/ou má absorção dos alimentos. Tendo em vista a discussão sobre esses aspectos primordiais da cirurgia bariátrica, surge uma reflexão: será que a pessoa submetida a esse procedimento é informada sobre tais conseqüências? Afinal, a mudança não ocorre somente no corpo, mas interage com mudanças no sistema cognitivo e social, causando grandes expectativas no obeso quando no pós-operatório, surgindo um conflito entre o pensar e agir na dieta alimentar.

A mídia escrita em 2007 descreve que a gastroplastia aumenta sua ocorrência em todo mundo. Atualmente são feitas cerca de 25.000 cirurgias de estômago por ano no Brasil (nos Estados Unidos são 180.000). No entanto vale ressaltar que passados dez anos, as primeiras estatísticas de longo prazo feitas no Brasil mostram que a cirurgia bariátrica, não é, infelizmente, uma solução mágica. Segundo dados do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, um terço dos pacientes recuperou em sete anos bem mais peso do que o esperado. Destes, 5% a 10% voltaram a ser obesos mórbidos, aqueles cujo índice de massa corporal fica acima de 40, quando o desejável é entre 18,5 e 25. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, em 2005 foram realizadas 20 mil cirurgias de estômago, incluindo o sistema público e privado. Segundo estatísticas do Ministério da Saúde, em 2006, o Sistema Único de Saúde realizou mais de 2,5 mil cirurgias. Em 2005, esse número foi de 2.276 procedimentos (FORGERINI, 2007).

A primeira motivação para adentrar no conhecimento dessa temática surgiu mediante vivência própria. Quando considerada obesa, convivi com todo o processo de alteração física e psicológica, relatada anteriormente. Após me conscientizar que essa morbidade me traria sérias conseqüências ao longo de minha trajetória de vida, consegui diminuir e manter o peso corporal, através de dietas que me levaram a um sofrimento psíquico intenso. A partir do alcance desse propósito, seguiu-se a afinidade com a temática e principalmente com os pacientes que se submeteram ao procedimento cirúrgico.

Nesse sentido, iniciei minha trajetória acadêmica na Especialização escolhendo como objeto de estudo a obesidade. Foi com base nesse caminhar que me despertou o interesse de trabalhar em minha dissertação de mestrado, buscando respostas para os questionamentos advindos desse período: que repercussões tem a gastroplastia na qualidade de vida de pacientes que se submeteram a esse tipo de procedimento?

Portanto, a gastroplastia se põe como alternativa para suprimir a obesidade mórbida em pacientes, principalmente quando não possuem outra opção de tratamento. É muito importante o rastreamento bem como o acompanhamento a eles, pois assim se pode ter uma noção da qualidade que agora têm as suas vidas.

Nessa perspectiva, é imprescindível conhecer a realidade do paciente que se submete à cirurgia bariátrica, tanto do ponto de vista de suas condições para manutenção de sua saúde quanto aos aspectos relacionados às suas condições física e psicológica após o procedimento cirúrgico. Diante das considerações apresentadas, este estudo tem como objetivo investigar a vivência de mulheres que se submeteram à gastroplastia, a partir de seus discursos.



FONTE: <http://janelaparaorio.weblog.com.pt>

RE ISANDO A LITERATURA SOBRE O TEMA

2.1 Obesidade

A obesidade é uma doença multifatorial, dispendiosa e de prevalência crescente, caracterizada atualmente por assumir um dos principais problemas de saúde pública, sendo definida como um excesso de tecido adiposo no organismo, levando a um comprometimento da saúde. Essa doença possibilita o aparecimento de patologias crônicas, como a diabetes mellitus, dislipidemias, doenças cardíacas, doenças articulares degenerativas, esteatose hepática, apnéia do sono, dentre outras (MANCINI, 2003).

A obesidade é um dos distúrbios nutricionais mais comuns no mundo. Não é simplesmente um problema de ingestão excessiva de alimentação; é determinada por causas múltiplas e complexas que levam ao distúrbio alimentar. A obesidade vem adquirindo proporções epidêmicas. Todavia, o fracasso de tratamentos conservadores – dietéticos ou farmacológicos – têm levado à indicação do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida (SANTOS; FÓFANO, 2007).

A obesidade é justificada pela ingestão calórica que ultrapassa o gasto calórico, o que está relacionado com a quantidade e qualidade da alimentação (HALPERN, 2003). Por isso, a “dieta parece ser um dos principais fatores que facilitam o aparecimento do sobrepeso e da obesidade.” (MALHEIROS; FREITAS JR., 2003, p.22).

De acordo com Halpern (2003), concretamente, a obesidade é um excesso de tecido no organismo, cujas causas mais comuns, na gênese, são o consumo alimentar errado associado à alta ingestão calórica (alimentos e bebidas com alto teor de açúcar e álcool), assim como o hábito alimentar compulsivo.

O Índice de Quetelet, utilizado como recurso diagnóstico antropométrico para a obesidade e tem como inconveniente por não distinguir entre a quantidade de massa gorda e de massa magra, porém ele foi adotado, em 1997, pela OMS, como índice de referência de medida para a obesidade. A classificação aceita pela Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e pela Federal Internacional de Cirurgia da Obesidade divide a obesidade em seis níveis: obesidade pequena (27 a 30 kg/m²), obesidade moderada (30 a 35 kg/m²), obesidade grave (35 a 40 kg/m²), superobesidade (50 a 60 kg/m²) e super super obesidade (maior que 60 kg/m²) (PUGLIA, 2004).

Um estudo realizado por Cercato et al (2000) verificou que a obesidade é um fator de risco para o aparecimento de patologias cardiovasculares, no tocante à doença coronariana, à insuficiência cardíaca e ao acidente vascular encefálico, independentemente da associação

dessas com a idade, pressão arterial, níveis de colesterol, tabagismo, intolerância à glicose e hipertrofia ventricular esquerda. Neste estudo, foi encontrada uma nítida relação entre aumento do IMC e prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ocorrência de Diabetes Mellitus (DM), principalmente o DM 2.

No que diz respeito à epidemiologia, Malheiros e Freitas Jr. (2003) revelam que o Brasil é um dos países onde se nota a prevalência da obesidade. A análise de fatores predisponentes (gênero, idade, etnia etc), aos quais as pessoas são expostas, permite o estabelecimento da evolução da doença na população e em seus estratos a curto e médio prazo. Estes fatores dividem-se em demográficos (idade, gênero, raça), socioculturais (renda familiar, nível de escolaridade e estado civil), biológicos (paridade e genética) e comportamentais ou ambientais (tabagismo, etilismo, dieta, atividade física e sedentarismo). Entre estes, os fatores ambientais mostram-se mais evidentes para o desenvolvimento da obesidade.

Logo, as principais razões para uma pessoa tornar-se obesa são, basicamente, o hábito de comer em demasia, a diminuição de gasto calórico desproporcional à ingestão, a produção maior do tecido gorduroso e a minimização da oxidação destes (HALPERN, 2003).

O diagnóstico quantitativo da obesidade faz-se através de um cálculo de massa corpórea, denominado Índice de Massa Corpórea (IMC) ou Índice de Quetelet, o qual consiste em dividir o peso (em Kg) pelo quadrado da altura (em metros) (COUTINHO; BENCHIMOL, 2003). A Organização Mundial da Saúde (OMS) padronizou a classificação da obesidade segundo o IMC e o risco da doença (RD), os quais são apresentados na tabela abaixo:

Tabela 1: Classificação da obesidade a partir do IMC e RD.

IMC (Kg/m²)	CLASSIFICAÇÃO	OBESIDADE GRAU	RISCO DE DOENÇA
< 18,5	Magreza	0	Elevado
18,5 – 24,9	Normal	0	Normal
25 – 29,9	Sobrepeso	I	Elevado
30 – 39,9	Obesidade	II	Muito elevado
≥ 40,0	Obesidade grave	III	Muitíssimo elevado

FONTE: GARRIDO JR., 2003.

Para Mancini (2003), existe uma classificação etiológica da obesidade que se distribui da seguinte forma:

- ❖ *Origem neuroendócrina*: nesse aspecto, observa-se que algumas patologias propiciam o desenvolvimento da obesidade. São elas: obesidade hipotalâmica, Síndrome de Cushing, hipotireoidismo, mulheres com síndrome dos ovários policísticos, adultos com deficiência de GH (hormônio do crescimento);
- ❖ *Ganho de peso induzido por medicamentos*: vários medicamentos ocasionam o ganho de peso, podendo destacar: os antidepressivos tricíclicos (amitriptilina), antipsicóticos (haloperidol), anticonvulsivantes (valproato de sódio), glicocorticóides (prednisona), antidiabéticos (sulfoniluréias);
- ❖ *Cessaçãode tabagismo*: a abstinência da nicotina é uma das explicações parciais.
- ❖ *Vida sedentária*: a diminuição de gasto energético promove aumento ponderal;
- ❖ *Alimentação*: a quantidade de energia calórica maior do que o gasto é preponderante no desenvolvimento da obesidade;
- ❖ *Fatores psicológicos e sociais*: a depressão é uma das patologias predisponentes ao aumento ponderal.

Vale destacar que este tópico merece atenção especial. De acordo com Dowling (apud Garrido Jr., 2003), existem mediadores químicos, em nível cerebral, que regulam algumas funções orgânicas. A serotonina é um desses mediadores químicos, cuja função é regular o estado emocional diante do ato de comer. Nos estados depressivos e ansiosos, nota-se uma alteração serotoninérgica que leva o próprio cérebro a elaborar respostas via ato alimentar, através do impulso a comer, na tentativa de regular seu estado de humor ou afetivo. Marchesini (2003) ressalta que o psiquismo está intrinsecamente co-relacionado com a perspectiva biológica, isto é, sofre alterações em seu funcionamento através de neurotransmissores, cuja função é estabelecer comunicação entre neurônios e fenda sináptica, desencadeando reações como: sentimentos, pensamentos, desejos, capacidade de concentração e atenção, controle das condutas de comer, beber, entre outros. Diante disso, a autora supracitada enfatiza que a fome e o apetite envolvem circuitos neurais na tentativa da homeostase alimentar. Na ausência da serotonina, a pessoa é impleida à ingestão alimentar impulsiva e seletiva para os carboidratos, que faz o cérebro liberar L-triptofano (precursor da formação da mesma serotonina). Nas pessoas depressivas e ansiosas, a serotonina que se encontra diminuída, envia mensagens ao cérebro, requisitando, via alimentar, o impulso de comer, na busca de regular seu estado afetivo, e tentando, dessa maneira, estabelecer

homeostase alimentar. No entanto, à medida que o espaço gástrico tem seu limite, sobrevém a sensação de plenitude e de saciedade, que atua como um mecanismo de defesa para evitar a ingestão excessiva de alimentos.

que

que

que

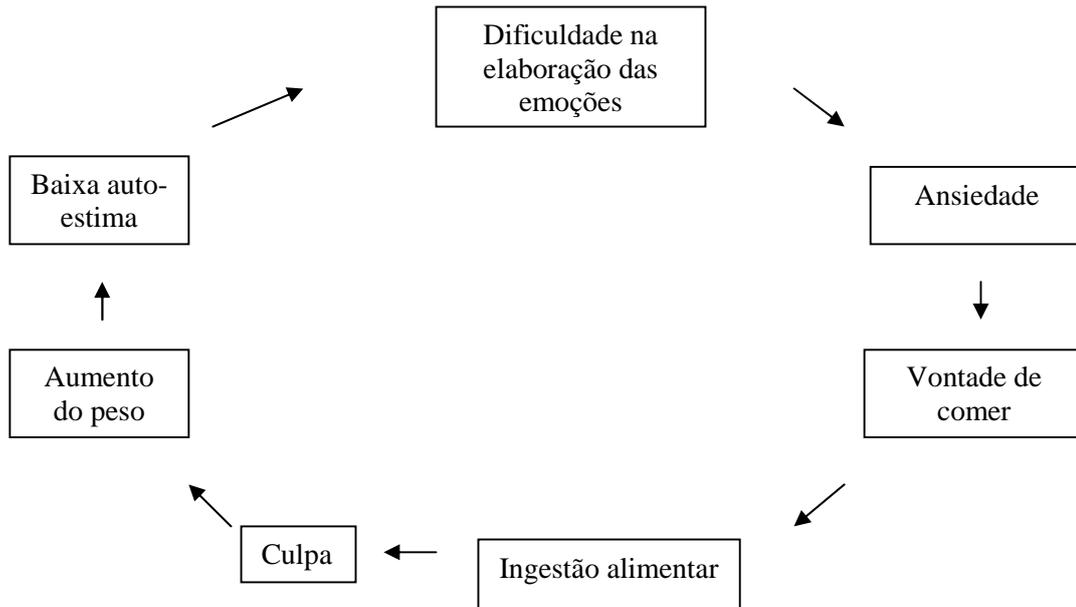


FIGURA 01: Círculo Vicioso do Comportamento do Obeso

FONTE: GARRIDO JR., 2003.

- ❖ *Doenças genéticas e congênitas:* a síndrome de *Prader-Willi* é uma anormalidade congênita, que se caracteriza pelo desenvolvimento da obesidade a partir de 2 anos de idade, associada à hiperfagia ao hipogonadismo e ao retardo mental.

Outro aspecto etiológico que merece atenção para o desenvolvimento da obesidade está relacionado à genética. Existe um hormônio, denominado leptina, que se integra ao sistema fisiológico, cuja função é a regulação no armazenamento, no equilíbrio e no uso de energia pelo organismo. A sinalização e modulação do estado nutricional do organismo para outros sistemas fisiológicos, ou seja, a leptina informa ao cérebro que os estoques de energia em forma de gordura estão adequados. No que se refere à obesidade, a leptina exerce uma diminuição de sensibilidade sobre o apetite e gasto energético, ou seja, nos obesos, os níveis séricos de leptina são proporcionais à sua massa de tecido adiposo (NEGRÃO; LICINO, 2000).

De acordo com Halpern; Rodrigues e Costa (2004), o consumo excessivo de alimentos e o gasto calórico são regulados pela região hipotalâmica cerebral, onde a expressão do apetite é quimicamente codificada. No hipotálamo, existem dois grupos de neuropeptídeos envolvidos nos processos orexígenos (Y- NPY e AgRP) e anorexígenos (Alfa –MSH e CART), respectivamente. Os neurônios que expressam esses neuropeptídeos interagem com neurotransmissores periféricos (leptina, insulina, grelina e glucocorticóides), atuando na regulação do controle alimentar e do gasto calórico. A homeostase energética é controlada por um sistema neuro-humoral que minimiza o impacto de pequenas flutuações no balanço

calórico, sendo a leptina e a insulina elementos de controle, as quais são secretadas em proporção à massa adiposa.

Halpern; Rodrigues e Costa (2004) revelam que a leptina, a qual é produzida no tecido adiposo branco, atua nos receptores expressos no hipotálamo a fim de promover a sensação de saciedade e regular o balanço energético. A insulina é produzida pelas células beta do pâncreas, e a sua concentração sérica também é proporcional à adiposidade, cujo efeito anabólico aumenta a captação de glicose e a queda da glicemia, a qual desencadeia um estímulo para o aumento do apetite. Além disso, vale ressaltar que a insulina tem efeito periférico de aumentar a captação de glicose e lipídeos, levando à diminuição da glicemia e à conseqüente fome rebote, além de favorecer o aumento dos estoques de gordura, respectivamente. Deste modo, conclui-se que existem elevadas concentrações de insulina e leptina no obeso mórbido.

Outro determinante da obesidade está relacionado à absorção com a presença de trânsito alimentar no trato gastrointestinal, o qual possui diferentes tipos de células secretoras de peptídeos, que, associados a outros sinais, regulam o processo digestivo e atuam no sistema nervoso central para a regulação da fome e da saciedade. A grelina é secretada na mucosa gástrica e constitui um dos importantes sinalizadores para o início da ingestão alimentar, ou seja, além de aumentar o apetite, estimula as secreções digestivas e motilidade gástrica (HALPERN; RODRIGUES; COSTA, 2004).

A obesidade grau III, ou obesidade mórbida, é caracterizada quando o IMC ultrapassa 40 kg/m^2 . Essa condição patológica envolve aspectos indelévels à vida, pois está associada à diminuição da expectativa de vida, declínio da qualidade de vida e aparecimento de outras patologias, como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, doenças cardiovasculares, apnéia do sono, entre outras, aumentando, dessa maneira, a sua comorbidade (SEGAL; FANDIÑO, 2002). De forma geral, a obesidade mórbida, além de acarretar transtornos emocionais, como: depressão, ansiedade, transtorno de compulsão alimentar, bulimia, associa-se ao preconceito e estigma sociais.

Coutinho e Benchimol (2003) enfatizam que, dentre algumas enfermidades psiquiátricas observadas no obeso mórbido, está a compulsão alimentar ou *binge eating*, cuja definição designa-se por ingestão excessiva de alimentos em curto período de tempo, acompanhada de sensação de perda de controle.

Com isso, essa doença, além de revelar-se um problema fisiológico e endócrino, aponta na direção de uma percepção social enviesada, cristalizando os obesos sócio-

cognitivamente como pessoas incapazes de trabalhar, pouco talentosas, discriminadas e excluídas do meio social (FELIPPE, 2003).

De acordo com Felipe (2003), em termos dos fatores psicológicos, o obeso sofre e desenvolve sentimentos autodepreciativos, de auto-indulgência, ansiedade e alterações do comportamento alimentar, podendo desencadear a depressão, isolando-o socialmente. Com isso, a obesidade causa vários desconfortos físicos e psíquicos, acarretando dificuldades nos relacionamentos e interação humana nas organizações a que pertence o indivíduo, preconceito no trabalho ou na escola, pressão social para adequar-se ao padrão estético exigido socialmente, diminuição da auto-estima relacionada à auto-imagem, sentimento de culpa e de punição devido ao fato de que sua imagem corporal é inadequada aos padrões sociais exigidos diante do mercado de trabalho.

A obesidade mórbida tem um impacto significativo na saúde, bem-estar psicológico, longevidade e na qualidade de vida desses indivíduos. Diversos estudos sugerem relação entre obesidade e declínio na qualidade de vida, sendo esse, maior nos obesos que não seguem tratamento para perda ponderal (KOLOTKIN et al, 2001 apud SILVA et al, 2005). Contudo, o tratamento da obesidade consiste em reeducação alimentar, prática de algum exercício físico, somadas a uma terapia comportamental.

O cerne do tratamento atual da obesidade baseia-se em terapias comportamentais dirigidas no sentido de modificação das atividades e hábitos relacionados à alimentação, exercício para aumentar o gasto calórico e orientações nutricionais para diminuir o consumo de calorias. Os tratamentos com agentes farmacológicos são considerados um adjunto a esta terapêutica básica (MANCINI; HALPERN, 2002).

Inicialmente, o obeso utiliza medicamentos como anorexígenos, serotoninérgicos, drogas termogênicas ou drogas que atuam no trato gastrointestinal associado à dieta nutricional, a fim de perder peso. No entanto, a perda ponderal é gradativa e isso consiste num tratamento em longo prazo, que exige sacrifícios por parte do obeso, causando depressão, ansiedade, irritabilidade e fadiga, razão por que o índice de abandono da terapêutica é altíssimo, enquanto a perda ponderal em relação ao que se faz necessário é ínfima, alcançada através de terapêuticas clínicas, não tendo valor significativo em adultos com grave obesidade. Os obesos mórbidos não conseguem manter o peso atingido por muito tempo, gerando desânimo e perda da auto-estima, e ocasionando, conseqüentemente, efeito oposto, que os faz recuperar todo o peso perdido (CABRAL, 2003).

A obesidade mórbida, reconhecida como condição grave, tratada através da gastroplastia implica em três conseqüências, a saber: diminuição da qualidade de vida, devido à associação de co-morbidades; à diminuição da expectativa de vida e ao aumento de fracassos dos tratamentos conservadores (FANDIÑO et al, 2004).

A gastroplastia vem sendo empregada desde a década de 50, com operações que

- ❖ avaliação favorável das possibilidades psíquicas de o paciente suportar transformações radicais de comportamento impostas pela cirurgia.

Garrido Jr. et al (2003) acrescenta que, se houver condições que sejam suscetíveis aos riscos inaceitáveis ou que impeçam a adaptação pós-operatória, essa cirurgia é contraindicada. Dentre as contra-indicações, estão: pneumopatias graves, como enfisema avançado ou embolias pulmonares repetidas; insuficiência renal; lesão acentuada do miocárdio; cirrose hepática; distúrbios psiquiátricos ou dependência de álcool ou drogas.

Rasera Jr. e Shiraga (2003) relatam que outros requisitos primordiais para a cirurgia bariátrica são informações ao paciente e seu consentimento. Corroboram dizendo que a antecedência do consentimento do paciente e o consentimento informado são formas de orientá-los sobre o procedimento a que irão ser submetidos e as mudanças no estilo de vida, de forma objetiva e direta, a fim de chegar a um objetivo comum: melhorar a sua qualidade de vida.

As informações pré-operatórias incluem explicação da cirurgia; alternativas clínicas ou cirúrgicas; riscos e complicações; resultados; benefícios esperados; exames e seguimentos requeridos em longo prazo; conseqüências em longo prazo; risco de mortalidade e responsabilidades esperadas dos pacientes. Também é informado sobre o consentimento continuado, utilizado sempre que houver mudanças significativas nos procedimentos terapêuticos, pois a permissão dada anteriormente tinha tempo e atos definidos (princípio da temporalidade). Outra informação enfatizada é o direito de não mais consentir certa prática, mesmo que já o tenha feito por escrito, revogando assim, a permissão outorgada (princípio de revogabilidade), ou seja, o paciente tem o direito à reversão da gastroplastia a qualquer tempo, no entanto é esclarecido das conseqüências de sua decisão. O cirurgião, ao término do Consentimento Informado, utiliza um Teste de Entendimento (opcional), com a finalidade de avaliar o grau de assimilação das informações pelos pacientes previamente ao ato cirúrgico (RASERA JR.; SHIRAGA, 2003).

A partir do momento em que a cirurgia é marcada, o paciente passa por uma rotina pré-operatória, a qual é exaustivamente detalhada, pois é a partir dessa história, que o médico avaliará e escolherá a melhor técnica, que se adeque a história do paciente. A primeira conduta do médico é esclarecer acerca da cirurgia planejada e a necessidade de adaptação do paciente aos novos hábitos alimentares. Na anamnese é imprescindível rastrear sobre os hábitos alimentares; não deixando de investigar sobre história de doenças cardiovasculares, respiratórias, endócrino-metabólicas, digestivas, assim como registrar antecedentes familiares.

Ao término dessa longa entrevista, o médico solicita os exames laboratoriais e radiológicos, com a finalidade de avaliar algumas situações especiais, as quais devem ser levadas em consideração no preparo da gastroplastia: os tabagistas devem parar de fumar pelo menos 30 dias antes do ato cirúrgico; os diabéticos devem controlar a curva glicêmica, com a finalidade de evitar complicações pós-cirúrgicas; nos hipertensos, a pressão arterial deve manter-se sob controle, utilizando a medicação adequada até a véspera da cirurgia; para aqueles que fazem uso de medicamentos tireoidianos, o hormônio tireoidiano deve ser mantido até o dia anterior ao ato cirúrgico e reintroduzido tão logo seja liberada a dieta líquida. A ansiedade é um fator que atrapalha no preparo pré-operatório, pois, às vezes, o obeso, ao invés de emagrecer, engorda; por isso, o emprego de fluoxetina² ou sertralina³ auxilia-o na minimização da ansiedade e no alívio da compulsão alimentar com conseqüente perda ponderal (MATIELLI et al, 2003).

A avaliação psicológica nas consultas pré-operatórias está inserida na rotina pré-operatória, a qual abrange uma anamnese detalhada, que objetiva investigar a história do paciente quanto ao desenvolvimento e aparecimento da obesidade, o modo como se relaciona com os alimentos, que lugar esse alimento ocupa em sua vida e a presença de sintomas de transtornos alimentares. Posteriormente, aplicam-se testes e inventários, os quais avaliam personalidade, grau de ansiedade, auto-estima, emoções, níveis de exigência consigo mesmo etc. Concluída a anamnese e os testes psicológicos, marca-se uma sessão devolutiva, cujo objetivo é esclarecer os principais pontos colhidos, tirando as possíveis dúvidas, e ratificar o compromisso em dar continuidade ao tratamento psicoterápico pós-operatório, com a finalidade de evitar remissão de quadros psicossomáticos ou psiquiátricos, sabotando toda a cirurgia, e, conseqüentemente, levando assim ao insucesso terapêutico e posterior ganho ponderal (FRANQUES, 2003).

A abordagem psicológica estrutura-se ao longo das três principais fases do processo de tratamento: pré-cirurgia; internamento e pós-cirurgia e *follow-up*. Numa primeira fase e previamente à cirurgia esse protocolo inclui: avaliação e caracterização psicológica do paciente, com emissão de parecer técnico sobre as condições psicológicas para a realização da cirurgia, que inclui critérios clínicos de morbidade psicológica e de motivação, colaboração e

² Antidepressivo, utilizado em casos de depressão maior, bulimia nervosa e desordem obsessivo-compulsiva. Age através dos neurotransmissores serotoninérgicos, inibindo de forma potente e seletivamente a captação da serotonina, diminuindo assim, a ansiedade.

³ Antidepressivo, utilizado em casos de desordem obsessivo-compulsiva, depressão mental e síndrome do pânico. Age inibindo seletivamente e de forma potente a captação da serotonina nos neurônios, diminuindo assim, a ansiedade. Ambos, têm efeito anorético.

responsabilidade do paciente frente ao processo de tratamento e mudanças associadas. Com base nestes, são definidos graus de prioridade para a realização de cirurgia, levando em consideração a estabilidade emocional do paciente e sua adesão aos requisitos do tratamento, ou o seu encaminhamento para consulta de especialidade prévio ao mesmo; didáticas sobre requisitos do tratamento nas suas vertentes biopsicossocial, com ênfase no papel do doente, e modificação de crenças desadaptativas face à cirurgia e processo de tratamento; obtenção de um compromisso/contrato esclarecido de participação ativa neste tratamento por parte do paciente. Esse compromisso é um acréscimo ao tradicional Consentimento Informado e pretende contribuir para uma maior conscientização, participação ativa e responsabilidade do paciente no processo de tratamento e suas decisões, mantendo o seu valor simbólico como documento (TRAVADO et al, 2004).

Uma pesquisa realizada com mulheres que se submeteram à gastroplastia evidenciou que havia alterações do comportamento alimentar pré-cirúrgico em 75% dos casos, tais como bulimia nervosa, síndrome do comer noturno e ingestão alimentar de grandes quantidades de líquidos. Não obstante, mesmo com sucesso cirúrgico e conseqüente perda ponderal, houve remissão de quadro psiquiátrico prévio (CORDÁS, 2003).

A consulta com o nutricionista no período pré-operatório é fundamental e também faz parte da rotina pré-operatória, pois tem como objetivo esclarecer ao paciente acerca da evolução de sua dieta no pós-operatório (Anexo C). A história dietética é uma anamnese detalhada, onde serão abordadas características individuais como: apetite, nível de sensação de saciedade, mudanças no paladar, aversões e sintomas gastrointestinais; uso de álcool e drogas, mastigação, deglutição, incidência de doenças que afetam a absorção de nutrientes, uso de medicamentos e suplementações nutricionais, restrições alimentares por intolerância ou alergia, padrão de atividade física e por fim, habilidade para assegurar e preparar alimentos (CAMBI; MARCHESINI, 2003).

A avaliação nutricional deve constar da tomada de peso e altura, analisados pelo IMC. É importante avaliar a história do peso usual ou habitual e comparar com o peso desejável para a população sadia. Outro método de avaliação é o índice cintura/quadril, usado como indicador de deposição de tecido adiposo, que proporciona um valor significativo quando se trata de risco de co-morbidez, obtido através da divisão do perímetro da cintura (cm) pelo perímetro do quadril (cm), de acordo com a qual medidas consideradas de risco para a saúde são valores acima de 102 cm para homens e 88 cm para mulheres (HALPERN, 2003).

Os procedimentos cirúrgicos disponíveis têm o objetivo de promover a redução do volume de ingestão alimentar total do paciente, com restrição mecânica gástrica, provocando sensação de saciedade precoce e/ou redução da absorção total seletiva, do conteúdo alimentar ingerido. Dentre as diversas abordagens cirúrgicas, existem as técnicas restritivas, disabsortivas e mistas. As *técnicas restritivas* são caracterizadas pela redução da capacidade gástrica, ou seja, a diminuição do volume de alimento que o paciente ingere nas refeições. Por outro lado, as *disabsortivas* são caracterizadas pela má absorção dos alimentos, pois o intestino delgado é excluído do trânsito alimentar; as *técnicas mistas* (restritiva e disabsortiva) exploram mais a disabsorção do que a restrição, já que esta desencadeia maior perda ponderal (SEGAL; FANDIÑO, 2002).

Abaixo, serão descritas, de forma sucinta, as principais técnicas de gastroplastia e suas ilustrações, respectivamente.

A figura 02 mostra um estômago, em seu aspecto anatomicamente normal, sem nenhum processo cirúrgico.



FIGURA 02- Figura descrita de um estômago anatomicamente normal
FONTE: www.obesidadegv.com.br

A *técnica de Mason*, ou *Gastroplastia Vertical com Bandagem*, como mostram as figura 02 e 03, é um procedimento baseado na restrição mecânica de alimentos. O método é fácil, causa alterações

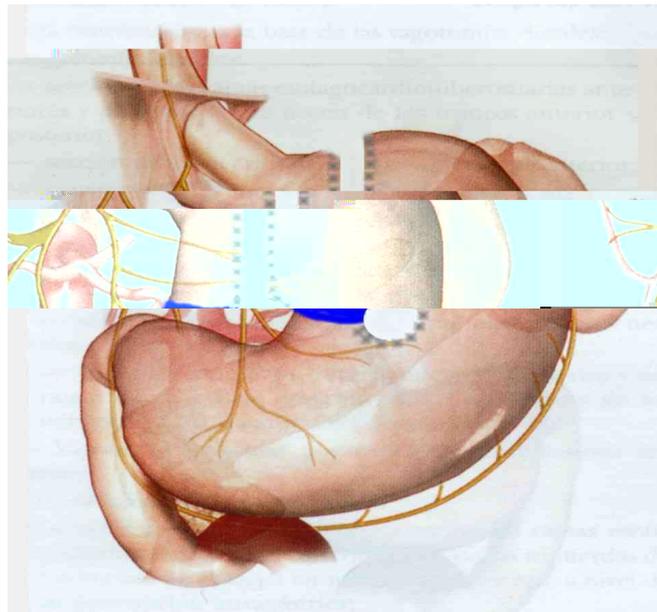


FIGURA 04- Gastroplastia Vertical de Mason

FONTE: www.geocities.com/paulomaciell/index_2000.html

Um fator considerado primordial para o êxito na perda ponderal pós-cirurgia é a associação entre uma alimentação adequada, com baixo teor calórico e a prática regular de exercício físico. No entanto, o insucesso terapêutico relacionado às cirurgias restritivas aponta como fator principal a desobediência do paciente quanto a evitar alimentos hipercalóricos. Deste modo, alguns pontos devem ser enfatizados acerca da cirurgia do tipo *Mason* (PAREJA; PILLA, 2003a), a saber:

- ❖ o acompanhamento da fome e da saciedade dos pacientes operados é importante para definir o sucesso ou insucesso da cirurgia;
- ❖ a criação de bolsas gástricas pequenas, na pequena curvatura, com anastomose ajustada, é essencial para êxito da cirurgia;
- ❖ a saciedade é obtida pela distensão da parede da bolsa gástrica e o tempo maior de permanência do alimento sólido no local prolonga o tempo de saciedade;
- ❖ os doentes que conseguem comer mais de 300ml de alimentos em uma única refeição têm maior dificuldade de manter a perda ponderal;
- ❖ quanto mais alimentos sólidos o paciente ingerir maior será o período de saciedade;
- ❖ a maioria dos pacientes que trocam alimentos sólidos por refeições líquidas têm menor perda ponderal;

- ❖ quando os períodos de saciedade tornam-se mais curtos após as refeições, os pacientes passam a ingerir líquidos ou substâncias macias, geralmente hipercalóricas, havendo um aumento relativo do peso durante o acompanhamento tardio.

A *gastroplastia em Y-de Roux ou Fobi-Capella*, como mostra a figura 04, é uma derivação gástrica – *gastric bypass* - considerada “padrão ouro” da cirurgia bariátrica, método mais eficaz e mais utilizado no mundo, por sua eficiência e baixa morbi-mortalidade. Consiste em reduzir o volume do estômago a não mais do que 30ml e conectá-lo ao intestino; além de reduzir o volume gástrico, também diminui a velocidade do esvaziamento, já que é colocado um pequeno anel de contenção. A câmara gástrica é dividida com aplicações sucessivas de grampeador linear cortante, criando-se uma bolsa vertical, junto à cárdia. O restante do estômago, o duodeno e os primeiros 30 a 50 cm de jejuno ficam excluídos do trânsito alimentar. Constrói-se uma alça em Y- de Roux de 100cm, de forma a poder acrescentar um componente de maior disabsorção, vindo a observar uma redução progressiva do peso, inicialmente mais rápida e atenuando-se como o passar dos meses até atingir um patamar, em média 35% a 40% mais baixo do que o pré-operatório, entre o 12º e o 24º mês (GARRIDO JR. et al, 2003)

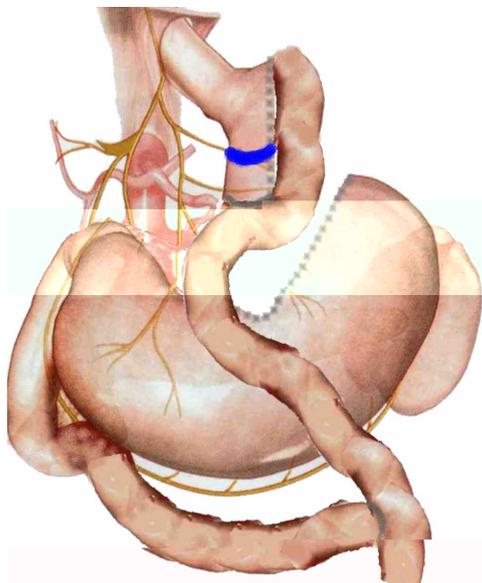


FIGURA 05 – Técnica y-de-Roux (Fobi-Capella)

FONTE: maciel.méd.br/Arquivos/imagens/Capella.jpg

De acordo com Garrido Jr.(2003), na cirurgia do **tipo Fobi-Capella**, o que mais chama atenção são seus efeitos benéficos muito gratificantes, e a perda ponderal, via de regra, é intensa e duradoura. Observa-se a diminuição das comorbidades, havendo melhora do quadro clínico do paciente, como: as dificuldades respiratórias aos esforços e a apnéia do sono desaparecem ou melhoram muito; embora as lesões articulares não regridam, as artralguas de joelhos, tornozelos e coluna quase não exigem medicação; o quadro hipertensivo passa a exigir menos medicação; os diabéticos que dependiam de insulina passam a dispensá-la e controlam a glicemia sem medicação ou apenas fazem uso de hipoglicemiantes orais. A qualidade de vida e a auto-estima acompanham a melhora da saúde física.

A *técnica Scopinaro*, como demonstra a figura 05, é também denominada derivação biliopancreática. Nessa técnica, retira-se parte do estômago (mais da metade), e é feito um desvio no intestino que provoca uma baixa absorção ou processo de disabsorção, caracterizado pela exclusão de um segmento do jejuno do trânsito alimentar. A diminuição do apetite na fase inicial operatória é devido ao estímulo que o material ingerido exerce diretamente no íleo. Existe saciedade precoce nos primeiros meses e a insistência em comer pode culminar em dor epigástrica e vômitos. A síndrome pós-prandial é decorrente de esvaziamento rápido gastroileal e distensão do intestino delgado pós-anastomótico. Esse fenômeno desaparece e o paciente volta a comer volumes iguais ou maiores que no período em que antecedeu a cirurgia. Os pacientes absorvem um mínimo de gordura, pouco amido, todos os mono e dissacarídeos, triglicérides de cadeia curta, suficiente proteína e álcool (MARCHESINI et al,2003).

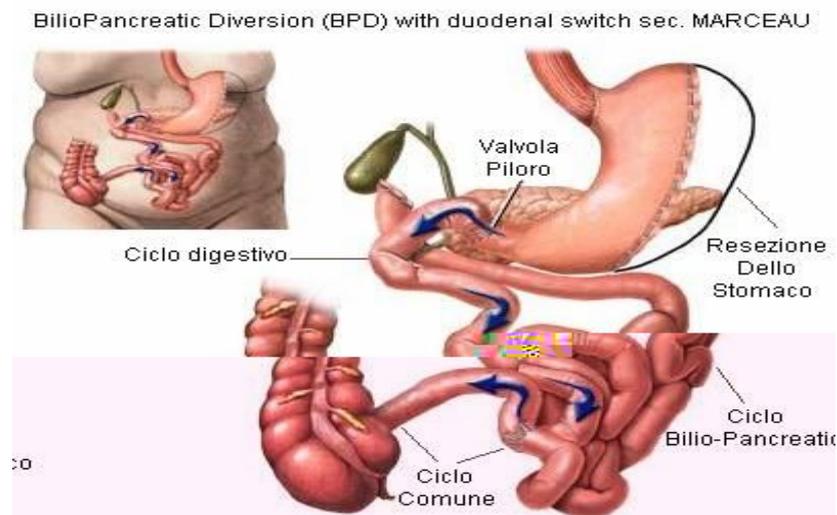


FIGURA 06- Técnica Scopinaro

FONTE: www.amiciobestsi.it/121SORSE/IMG/marceau.jpg

Acredita-se que haja espaço para todas as técnicas cirúrgicas de acordo com um perfil individual do obeso, com a expectativa de perda ponderal, com o comportamento alimentar e preferências do próprio paciente, assim como condições do próprio cirurgião, de material, ambiente e pessoal envolvido com trabalho bariátrico. Segundo Marchesini et al (2003), o espaço das derivações biliopancreáticas está garantido por uma série de situações, as quais serão listadas a seguir:

- ❖ quando se quer uma acentuada e sustentável perda ponderal;
- ❖ quando o paciente quiser comer maiores volumes comparados com os ingeridos nas outras técnicas;
- ❖ quando o estômago operado tiver doenças que mereçam ser monitorizadas;
- ❖ quando o estômago tiver doenças que obriguem a uma gastrectomia parcial;
- ❖ quando não estiverem disponíveis materiais de sutura mecânica ou quando se tornar necessária à realização da intervenção com suturas manuais;
- ❖ em protocolos de estudo comparativos entre diferentes técnicas operatórias;
- ❖ em situações especiais, como a síndrome de *Prader-Wili*, guardadas as devidas controvérsias;
- ❖ para reformar outras operações bariátricas mal sucedidas;
- ❖ em pacientes com comportamento bulímico de purgação (que induzem o vômito para tentar emagrecer) em que se suspeite que o fator restritivo da operação possa colaborar com a manutenção do sintoma;
- ❖ quando solicitado pelo próprio paciente, influenciado por informações ou induzido por outros que foram operados e bem-sucedidos;
- ❖ quando for conduta do serviço cirúrgico em questão.

No que se refere aos índices de qualidade de vida, no tocante à técnica de derivação biliopancreática, Paula (2003) descreve que o principal fator positivo está relacionado à magnitude da perda ponderal e a capacidade de alimentação em níveis próximos do habitual após alguns meses de pós-operatório. No entanto, o principal fator negativo destacado é a flatulência excessiva e de mau odor, mas que melhora progressivamente se houver manejo dietético e clínico.

A manutenção permanente da perda ponderal é variável para cada paciente, dependendo da capacidade de absorção de energia, por unidade de superfície; do fenômeno de adaptação intestinal; da velocidade do trânsito intestinal, que pode ser influenciada pela maior

ou menor ingestão de líquidos; do consumo de açúcar e do consumo de energia por unidade de massa corpórea. No entanto, como o componente preponderante de perda de peso baseia-se na má absorção dos alimentos, “a incidência de complicações como desnutrição protéica, anemia, alterações do metabolismo ósseo são maiores do que nas cirurgias restritivas puras e no *bypass* gastrojejunal clássico.” (PAREJA; PILLA, 2003, p.134b).

A obesidade mórbida é considerada uma contra-indicação relativa aos procedimentos laparoscópicos por vários fatores: condições técnicas e cirúrgicas desfavoráveis, alterações sistêmicas decorrentes do aumento da pressão intra-abdominal e presença de CO₂ ocasionadas pelo pneumoperitônio. No entanto, uma melhor visualização das estruturas abdominais pode ser obtida nestes pacientes através da laparoscopia, em relação às cirurgias convencionais. A contra-indicação à cirurgia laparoscópica em obesos mórbidos restringe-se àqueles com grau importante de comprometimento das funções cardiopulmonares, presença de coagulopatia ou impossibilidade de tolerar anestesia geral. Dentre os benefícios da laparoscopia, estão: incisões cirúrgicas menores, menor sangramento per-operatório, menor incidência de complicações pulmonares, alta hospitalar precoce, rápido retorno da função intestinal e menor necessidade de opióides no pós-operatório (LOPES JR. et al, 2003).

Em se tratando dos procedimentos laparoscópicos, Tinoco e Tinoco (2003, p.174) explicam que

têm mostrado que reduzem a agressão aos órgãos e sistemas, resultando em significativa diminuição da morbidade e tempo de recuperação, porque diminuem a perda de energia, a demanda de oxigênio e a carga de trabalho pulmonar e renal.

Alguns cuidados especiais de enfermagem devem ser seguidos em relação aos pacientes que se submetem à técnica laparoscópica: cateteres vesical de Foley e naso-gástrico, os quais só são retirados no final da intervenção. Perneiras pneumáticas de compressão sequencial são utilizadas, a fim de prevenir o tromboembolismo. A colocação do paciente em posição supina sem flexão dos membros inferiores, deambulação precoce no mesmo dia da cirurgia e aplicação intensiva de fisioterapia tem dispensado o uso da terapia anticoagulante. Após permanecer por duas horas na sala de recuperação pós-anestésica, o paciente é levado ao quarto, dispensando-se a Unidade de Terapia Intensiva (TINOCO; TINOCO, 2003).

As complicações cirúrgicas intra-operatórias e do pós-operatório recente devem ser destacadas e explicadas ao paciente que se submeterá a tal procedimento para melhor assimilação e cooperação, caso surjam problemas inesperados. As complicações intra-operatórias mais frequentes são: lesões gástricas, acidentes com grampeamento, torção da alça

de Roux interposta e hemorragia. Nas *lesões gástricas*, ocorre uma dissecação do túnel para a passagem do anel de silicone ou da fita de polipropileno na técnica de Capella e Fobi; pode ocorrer perfuração da parede posterior do reservatório gástrico. Por isso, nesses casos, torna-se necessário o teste com azul-de-metileno. *Acidentes com o grampeamento* geralmente decorrem de falha de concentração, principalmente, na técnica de *bypass* laparoscópico. Torção da alça de Roux interposta acontece quando a alça, em meio à cirurgia, torce-se sobre seu eixo, sem que o cirurgião perceba. Geralmente, essa complicação é identificada e corrigida no mesmo ato operatório, sem maiores conseqüências. A *hemorragia* usualmente é associada à lesão esplênica, podendo ser tratada conservadoramente, sendo, entretanto, muitas vezes, tratada por esplenectomia (BARROSO; ALONSO; LEITE, 2003).

Conforme Pareja e Pilla (2003b), o pós-operatório imediato varia de acordo com a técnica cirúrgica e os detalhes da mesma. A primeira conduta a ser realizada é o cateterismo vesical. Esta somente é empregada se foi realizado o bloqueio peridural, devido à maior incidência de retenção urinária. A sonda nasogástrica é empregada, somente, quando há sangramento na bolsa gastrojejunal, por um período de 4 a 6 horas após o término da cirurgia, com a finalidade de monitorizar o possível sangramento.

Estes autores ressaltam que o pós-operatório em Unidade de Terapia Intensiva é indicado para superobesos que apresentem apnéia do sono, insuficiência cardíaca, asma brônquica severa ou quando o tempo da cirurgia exceder o esperado. Quando isso acontece, é necessário que o paciente tenha cuidados intensivos e uma vigilância mais próxima, pois em tais situações, o mesmo pode apresentar depressão respiratória, necessitando, eventualmente, ser intubado.

Conforme Aun (2003), uma das complicações potenciais do pós-operatório é o aparecimento de trombose venosa profunda ou TVP, cuja prevenção se faz desde o período pré-operatório, pois o obeso apresenta alto índice de risco de eventos tromboembólicos. Os métodos empregados na prevenção da TVP são o uso de heparina por um período de 7 a 10 dias e o uso da compressão mecânica seqüencial intermitente no pós-operatório e deambulação precoce, que ocorre cerca de 6 a 8 horas após o término da cirurgia. O uso da meia de compressão elástica deve ser estimulado, principalmente, quando o paciente estiver em domicílio.

A dor no pós-operatório é atenuada através do uso de analgésicos e antiinflamatórios por via endovenosa no hospital e por via oral, na forma líquida, quando em domicílio. Outra conduta pós-operatória de bastante relevância é a manutenção de bloqueio de secreção

gástrica, através de medicamentos como antagonistas H₂⁴ ou inibidores de bomba de prótons⁵, por via oral, na forma de xarope ou diluída, por um período de 4 meses após a cirurgia, com a finalidade de evitar úlcera de boca anastomótica ou côto gástrico (LOPES JR. et al, 2003).

O emprego com o teste de azul-de-metileno durante o ato cirúrgico é realizado no 2º dia do pós-operatório e é administrado por via oral, com duas finalidades: quando da confecção do reservatório e colocação do anel e após a realização da anastomose gastrojejunal. A realização de radiografia contrastada com contraste hidrossolúvel, após o teste do azul-de-metileno, no 2º dia de pós-operatório somente é empregado nos casos em que a cirurgia apresentou dificuldade técnica adicional ou quando haja suspeita clínica pós-operatória de deiscência de sutura visceral (PAREJA; PILLA, 2003).

Conforme os autores mencionados, a dieta no pós-operatório imediato inicia-se com água e chá, na quantidade de 20 a 30 ml, a cada 6 ou 8 minutos, introduzindo progressivamente caldos de carne de ave, de músculo de boi ou de peixe (coados), leite desnatado, gelatina dietética, iogurte líquido sem gordura, suco de frutas (coado). A alta hospitalar habitualmente é dada no 3º ou 4º dia do pós-operatório.

Para Cambi e Marchesini (2003), algumas alterações metabólicas são percebidas e verbalizadas pelos pacientes como modificações no aspecto das fezes e o aumento da flatulência. Essas geralmente são as queixas comuns de pacientes submetidos à derivação biliopancreática e decorre do aumento da putrefação e digestão incompleta dos lipídeos da alimentação. A correção desses sintomas ocorre com a redução drástica da gordura alimentar e com o uso de medicamentos, como Metronidazol; *Saccharomyces boulardii* (Floratil), Loperamida (Imosec), Colestiramida (Questran), Racecadotril (Tiorfan).

Nas palavras dos autores referenciados, os resultados laboratoriais bioquímicos apresentam, geralmente, deficiências de ferro, de folato, de cobalamina. Em consequência desses déficits, lança-se mão de medicamentos como o Supradyn pré-natal, já que possui um teor maior de ferro e menor de vitamina A associado ao Neutrofer fólico. Quando o paciente apresenta hipocalcemia, a terapêutica indicada é a administração de vitaminas A e D; caso apresente osteopenia, o medicamento mais indicado é o Aderogil com acetato de retinol e colecalciferol.

⁴ Fármaco, cuja função é a inibição da histamina nos sítios do receptor H₂, nas células parietais gástricas, o que inibe a secreção de ácido gástrico.

⁵ Fármaco, cuja função é a supressão de secreção ácida gástrica, por inibição da bomba de prótons, das células parietais, bloqueando a etapa final na produção ácida.

De acordo com Cambi e Marchesini (2003), o monitoramento no período pós-operatório é realizado até o segundo ano pós-cirurgia, através de acompanhamentos trimestrais, a fim de avaliar a evolução do peso e do índice de massa corpórea; perímetro da cintura; bioimpedância elétrica; sintomas gastrintestinais; inquérito dietético e exames bioquímicos (principalmente hemograma, parâmetros de avaliação de ferro e ferritina e proteínas plasmáticas transferrina), cujo objetivo é a avaliação hematológica do paciente.

Conforme os autores supracitados, o monitoramento nutricional é observado e cuidadosamente corrigido através da adequada ingestão protéica e uso de suplementos vitamínicos, a fim de evitar deficiências nutricionais graves (devido à baixa ingestão alimentar ou absorção inadequada dos alimentos), o que pode acarretar conseqüências psicológicas importantes como alteração do humor e aumento da agressividade. As dietas hipocalóricas, se não forem bem supervisionadas, são responsáveis por algumas complicações como desidratação, desequilíbrio hidroeletrólítico, hipotensão ortostática, aumento da concentração de ácido úrico, fadiga, câimbras musculares, cefaléia, distúrbios gastrointestinais e intolerância ao frio. No processo de reeducação nutricional deve-se estimular o consumo de alimentos protéicos ricos em ferro (carne, peixe, frango) e ricos em cálcio (leite e derivados).

Nas palavras destes autores, a gastroplastia com derivação em Y-de-Roux ou derivação biliopancreática pode causar alopecia e a síndrome *Dumping*. A primeira – alopecia –, comum no primeiro trimestre, é decorrente da deficiência de ácidos graxos essenciais, a qual pode ser corrigida com o uso de óleo de canola para cozimento dos alimentos. A segunda – síndrome *Dumping* – decorre da dificuldade na absorção da sacarose, gerando um conjunto de sintomas como náuseas, vômitos, diarreia, rubor, sudorese e dor abdominal. O primeiro trimestre pós-operatório é o mais difícil, pois qualquer pequena quantidade de açúcar pode desencadear tal síndrome.

As anemias ferropriva, perniciosa e megaloblástica podem ocorrer devido às técnicas cirúrgicas Y-de-Roux e derivação biliopancreática. Observa-se que logo após o *bypass* gástrico, manifestações de fadiga mental, como dificuldade de aprendizagem e concentração são decorrentes da diminuição da absorção de vitamina B. As reposições nutricionais através de suplementos por via oral são uma conduta assumida pelo paciente a partir da segunda semana do pós-operatório e deve permanecer até o segundo ano pós-operatório ou até por toda a vida (CAMBI; MARCHESINI, 2003).

Um estudo realizado demonstrou que a anemia é desenvolvida em 37% dos pacientes até vinte meses após a cirurgia, sendo as mulheres as mais comumente afetadas. Deficiência

de ferro ocorre em 47% dos pacientes, cobalamina em 40% e folato em 18%. A anemia microcítica acomete 18% dos pacientes; normocítica, 12% e macrocítica, 7%. A deficiência de ferro se manifesta em seis meses após a cirurgia e a deficiência de cobalamina em dois anos após a cirurgia. Suplementos provendo quantidade de tiamina, riboflavina, piridoxina, vitamina E e zinco são adequados para manter seus níveis sanguíneos normais (CAMBI; MARCHESINI, 2003).

De acordo com Rasesa Jr. e Shiraga (2003), as informações pós-operatórias são fundamentais para o paciente e têm como finalidade melhorar a qualidade de vida dos mesmos, facilitando o ajuste físico, emocional, social e familiar, esclarecendo dúvidas e temores, fornecendo informações e ajuda prática, assim como, incentivando-os a procurar a equipe multiprofissional, sempre que necessário.

O período pós-operatório imediato é tido como difícil, pois o paciente encontra-se em estresse cirúrgico e está em fase de recuperação. Há uma desestabilização emocional, devido a vários fatores: dor e desconforto devido à ferida cirúrgica e drenos, adaptação à nova dieta líquida, restrições alimentares e físicas, perda da autonomia naquele momento, expectativas, ansiedade, insegurança e emagrecimento ainda não visível. Portanto, o acompanhamento psicológico é imprescindível nesse momento, pois esse período está voltado para a adaptação aos novos hábitos (FRANQUES, 2003).

De acordo 826 683.75149 cm 69(, 2003))3.0(.)] TJ ET Q q /Cs1 /TT7o9.9(i)3s Q q60.(I)1

contrastado ou endoscopia e queixas clínicas de ganho ponderal por parte do paciente; a conduta inicial é a medicação. No entanto, se persistir a resistência à sua repercussão, realiza-se cirurgia;

*As **estenoses** são freqüentes nas anastomoses e no local do anel e das fitas. O paciente, logo nas primeiras semanas, apresenta dificuldades para a ingestão de alimentos sólidos e pastosos. O diagnóstico e o tratamento são realizados pela endoscopia. A estenose tardia na técnica com anel e *bypass* pode ser originada por úlceras anastomóticas, deslizamento do anel sobre a anastomose ou por reação fibrosa excessiva em torno do anel, causando no paciente, vômitos freqüentes. No caso de persistência de tais episódios de vômitos, retira-se o anel;

*A **hemorragia interna pós-operatória** é uma complicação bastante incomum. Quando acontece é geralmente, devido às linhas de sutura ou úlceras pépticas não diagnosticadas e não tratadas anteriormente;

*As **hérnias internas, bridas e aderências** são complicações raras, de difícil diagnóstico e prognóstico comprometedor. O RX simples não é suficiente para a detecção, necessitando, desse modo, a tomografia computadorizada como meio radiológico mais avançado que mostra alças dilatadas por líquido, sem gás no interior. O paciente queixa-se de cólicas abdominais peri-umbilicais e presença de acolia ou hipocolia fecal;

*A **obstrução por alimentos** é a ocorrência mais freqüente nas gastroplastias, com componente gastrorestritivo, em conseqüência de mastigação inadequada ou da ingestão de alimentos não recomendados. O esforço em vomitar, na tentativa de eliminar o corpo estranho, algumas vezes, (pedaços de carne, bagaços, ou pedaços grandes de frutas e vegetais fibrosos mal mastigados) evolui com sucesso; quando não, a oferta oral de líquidos, fracionada em cada dez minutos, consegue fazer progredir o alimento. Quando o paciente não consegue passar o material deglutido ou eliminá-lo pelo vômito, deve ser submetido à endoscopia digestiva alta, uma vez que proporciona alívio imediato. Tais condutas de desobediência às instruções dietéticas resultam em deiscência do grampeamento e deslizamento de anel;

*As **úlceras e erosões** após gastroplastias e gastrectomias com *bypass*, são as causas mais apontadas, em conseqüência da presença de corpos estranhos (grampos e fios), estase, secreção ácido-péptica, presença de *Helicobacter pylori* etc. Suas ocorrências em pós-operatório recente podem ser evitadas com a administração de drogas anti-secretoras (bloqueador H₂ ou inibidor de bomba de prótons);

Outro aspecto merecer de destaque relacionado às complicações são os anéis, as fitas e as bandas gástricas. A *dilatação do anel* resulta em ampliação do reservatório e, em maior aceitação, por parte do paciente, de volumes maiores de ingesta com conseqüente ganho ponderal;

*O *deslizamento do anel* é a mais freqüente complicação do anel (banda) inflável. O deslocamento proximal cria um obstáculo na junção esofagogástrica, que determina disfagia, odinofagia, sem perda da fome. Sua ocorrência tem sido atribuída à fixação insuficiente pelos pontos gastrogástricos, soltura dos pontos ou ingestão abusiva de alimentos sólidos antes da cicatrização adequada da prega da fixação e é uma das causas de fracasso da cirurgia. O diagnóstico é radiológico, confirmado pelo estudo contrastado e a primeira conduta a ser tomada é desinsuflar o anel;

*A *dilatação do reservatório* ocorre devido ao deslizamento do anel, todavia a operação gatro-restritiva apresenta tendência a dilatar-se com o tempo, deixando o paciente a susceptível de ganhar peso;

* A *dilatação esofagiana* é conseqüente da presença de estenoses em anastomoses e anéis acarretando estase alimentar e refluxo para a faringe e para a árvore traqueobrônquica do paciente, ocasionando, infecção respiratória de repetição. Nesse caso, o anel deve ser desinsuflado ou retirado;

*A *extrusão do anel ou da fita* é uma complicação importante e grave. As principais causas de sua ocorrência são túnel de fixação muito apertado, insuflação excessiva do anel, infecção da banda ou simples rejeição do corpo. O diagnóstico mais efetivo é a endoscopia. No entanto, o paciente queixa-se de manifestações obstrutivas, recuperação do peso, dor epigástrica e hemorragia digestiva alta ou baixa. O tratamento inicial é realizado com drogas anti-secretórias; caso persistam as queixas clínicas o anel deve ser retirado.

* Outra complicação bastante comum no pós-operatório é a *impactação* de bolo alimentar na neocâmara gástrica, apresentando sintomas, como: sialorréia, disfagia localizada mais distalmente, dor torácica e náuseas, sendo aliviados pela provocação do episódio de êmese. Todavia, não significa que a situação tenha se resolvido espontaneamente, logo lança-se mão da endoscopia como um meio de reverter tais sintomas através da retirada do bolo alimentar (GARRIDO; MALUF FILHO; SAKAI, 2003).

Deste modo, vale enfatizar que as complicações se constituem num subproduto inevitável da experiência. Devendo ser ressaltado que, os pacientes que se submetem à gastroplastia, na sua grande maioria, têm uma evolução pós-operatória benigna, e as

complicações apresentam uma maior complexidade diagnóstica, onde sua evolução é, por vezes, catastrófica. Nesta hora, fica claro que a qualidade dos recursos humanos e as instalações hospitalares disponíveis fazem a diferença (MARCHESINI; SALLET; PAIVA, 2003).

As complicações clínicas decorrentes do ato cirúrgico podem ser classificadas em precoces maiores – atelectasias extensas, pneumopatias, insuficiência respiratória, edema pulmonar, tromboembolismo de pulmão, síndrome da angústia respiratória do adulto, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral, insuficiência renal aguda, surto psicótico ou depressivo e surto agudo de pânico - em precoces menores - consistem em atelectasia, infecção urinária, trombose venosa profunda, distúrbios hidro-

repercussões que ocorrerão a partir da perda ponderal, requerendo uma nova aprendizagem social.

Dois anos após a cirurgia, observa-se o estabelecimento do peso, ou seja, a estabilização do IMC em valores idealmente abaixo de 30 kg/m^2 . No entanto, com a perda ponderal intensa, nota-se uma insatisfação da pessoa em relação ao seu contorno corporal, devido ao excesso cutâneo. É nessa fase que a cirurgia plástica promove melhorias funcionais, estéticas e psicológicas (FERREIRA; MELLO FILHO; WADA, 2003).

Os autores mencionados explicam que a cirurgia plástica reparadora tem como objetivo retirar o panículo dermo-gorduroso decorrente da grande perda de peso que ocorre após a gastroplastia redutora, tornando em alguns casos uma cirurgia higiênica. A planificação e a ordem das cirurgias devem ser seguidas conforme a indicação médica e a queixa do paciente. O procedimento mais realizado é a abdominoplastia. Essa cirurgia

vida” e “Qualidade de vida” foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos (FLECK et al, 1999; JACOB FILHO, 2003).

Atualmente, o termo qualidade de vida é utilizado pela população em geral: jornalistas, políticos, executivos e em pesquisas ligadas à várias especialidades, como: sociologia, medicina, enfermagem, psicologia, economia, geografia, filosofia entre outras (IGLESIAS, 2002; QUEIROZ; SÁ; ASSIS, 2004).

Conforme Minayo; Hartz Buss (2000), o termo qualidade de vida é conhecido como uma polissemia, ou seja, uma palavra abrange vários significados, entre eles: conhecimentos, experiências e valores individuais e coletivos, os quais conduzem a uma construção sócio-cultural. O constructo qualidade de vida tem se aproximado do grau de satisfação encontrado nos âmbitos familiar, amoroso, social e ambiental, assim como a própria existência. Faz-se mister ressaltar que a concepção de qualidade de vida é composta por valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade.

Spink (2001) ressalta o mesmo referencial lingüístico, abrangendo-o através de três formas: o metafórico, o metonímico e o sinedóquico, como estratégias para falar de novas sensibilidades decorrentes do imperativo de enfrentar a imponderabilidade e volatilidade dos riscos modernos.

É interessante salientar que na literatura encontram-se algumas expressões que designam qualidade de vida, como: bem-estar, felicidade, boas condições de vida e satisfação na vida (LENTZ et al, 2000).

Nessa perspectiva, Bertonecello (2004) afirma que a diversidade de conceitos referentes à qualidade de vida está relacionada ao alto nível de abstração e possui vários significados que são diferentes para cada indivíduo e para cada cultura.

Como destaca Ades e Kerbauy (2002), o desenvolvimento do conceito de qualidade de vida está intrinsecamente relacionado com o conceito de felicidade e com os indicadores sociais – bem-estar material, padrão de vida, qualidade de vida- e o ‘status’ de saúde como bem-estar físico, psíquico e social, o que pode ser entendido não só a ausência de doenças, parâmetros de taxa de mortalidade e expectativa de vida.

Segundo Farquahar (1995, apud SEIDL; ZANNON, 2004), existem conceitos de qualidade de vida em uma taxonomia descrita de acordo com características e implicações das definições. A noção de que a qualidade de vida envolve tais dimensões configura-se a partir dos anos 80, acompanhada de estudos empíricos para melhor compreensão do fenômeno. A partir dos anos 90, consolida-se um consenso no que diz respeito ao conceito de qualidade de

vida: subjetividade e multidimensionalidade. A primeira envolve a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos que não se associam à saúde em seu contexto de vida; a segunda refere-se ao reconhecimento do que o constructo é composto por diferentes dimensões.

O vocábulo qualidade de vida na área de saúde pode ser identificado como conceito mais genérico. No primeiro caso, qualidade de vida apresenta uma definição mais ampla, a qual foi influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou agravos (SEIDL; ZANNON, 2004).

Já a definição de qualidade de vida relacionada à saúde é muito freqüente nas amostras estudadas, as quais se associam às enfermidades ou às intervenções de saúde.

Auquier et al (1999 apud Minayo; Hartz e Buss, 2000, p.12) define a correlação qualidade de vida e saúde

como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial.

A expressão qualidade de vida ligada ao âmbito da saúde tem mostrado variabilidade de conceitos, pois está relacionada às medidas de capacidade, ao estado de saúde, ao bem-estar psicológico, às redes de apoio social, à satisfação e ao estado de ânimo de pacientes (ANN BOWLING, 1999 apud MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A definição de saúde referenciada pela Organização Mundial de Saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social; não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. Não se pode desvincular saúde de qualidade de vida, principalmente no que diz respeito à obesidade mórbida, pois se observa melhora nas condições clínicas, o que remete respectivamente, à melhora na expectativa de vida e na qualidade de vida pós-cirurgia bariátrica (ADES; KERBAUY, 2002).

Segundo Marques (2005), o termo “qualidade de vida” torna-se abstrato, pois diz respeito às inter-relações que o indivíduo estabelece com ele mesmo, com o outro e com o ambiente no seu cotidiano e como essa relação se dá, seja de forma positiva ou negativa. A definição clássica de qualidade de vida é da década de 70 e se relaciona com a extensão em que o prazer e a satisfação são alcançados (SEIDL; ZANNON, 2004).

No contexto da atenção à saúde, a primeira vez que o termo qualidade de vida foi empregado em dinâmica médica e aconteceu em meados dos anos 60, quando Eikington escreveu em editorial intitulado “Medidas e Qualidade de Vida”, trazendo à tona questões acerca das responsabilidades da medicina a respeito desse constructo (FLECK, 2000).

No que se diz respeito ao emprego do termo qualidade de vida no âmbito da medicina, vem sendo associado a vários significados, como: condições de saúde e funcionamento social. Qualidade de vida relacionada à saúde e estado subjetivo da saúde são conceitos relacionados à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto de saúde na capacidade de se viver plenamente (FLECK et al,1999).

Conforme Polito (2001), o constructo qualidade de vida caracteriza-se por ter quatro dimensões: *a profissional, a sexual, a social e a emocional*, as quais são passíveis de mensuração, através da satisfação das pessoas no seu cotidiano, incluindo suas inter-relações com a família, com a vida social, com a vida sexual, com as atividades físicas e laborais. A qualidade de vida relacionada às práticas assistenciais de saúde parece reportar-se a um

indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas. Trata-se da avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição. (SEIDL; ZANNON, 2004, p.581).

No intuito de elaborar um instrumento que avaliasse a qualidade de vida em uma perspectiva transcultural, o Grupo Whoqol da OMS definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Tal definição abrange aspectos subjetivos e multidimensionais, envolvendo todos os componentes essenciais da condição humana, seja físico, psicológico, social, cultural seja espiritual, além de incluir elementos de avaliação tanto positivos quanto negativos (FLECK et al, 1999).

O caráter subjetivo do constructo qualidade de vida está relacionado à percepção que o indivíduo tem sobre seu estado de saúde nos vários aspectos de sua vida, ou seja, refere-se à forma como o indivíduo avalia a sua situação em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida. Segundo Seidl e Zannon (2004), seu caráter multidimensional estabelece quatro dimensões ou fatores: *física*: percepção do indivíduo sobre sua condição física;

psicológica: percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; *do relacionamento social*: percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida; *do ambiente*: percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive.

De acordo com Seidl e Zannon (2004), o constructo qualidade de vida diverge significativamente no que concerne às pessoas e às áreas de aplicação e na área da saúde, tal constructo parece implicar os aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde.

A qualidade de vida, de acordo com Patrício (1999), portanto, se expressa de duas formas: uma objetiva e outra subjetiva. Na sua objetividade, a qualidade de vida está relacionada aos recursos materiais e capacidade física; já seu aspecto subjetivo caracteriza-se pelo senso de satisfação pessoal intrínseco à qualidade de vida.

Nessa perspectiva, vale destacar o que Costa e Silva (2004, p.208) ressaltam acerca da temática qualidade de vida, no que se relaciona ao aspecto subjetivo:

uma interpretação sobre a dimensão subjetiva de qualidade de vida pode ser apreendida nas idéias que se seguem: estabelecer parâmetros quantitativos que possam expressar o subjetivismo do processo de bem-estar, do sentido de felicidade, da amplitude do amor, dos caminhos do prazer, buscando-se a realização pessoal, constitui o maior desafio para textualizar qualidade de vida, de forma ampla e genérica através de números ou indicadores que possam refletir a complexidade do termo.

Devido à necessidade de construir um instrumento que avaliasse a qualidade de vida dentro de uma perspectiva internacional, a OMS constituiu um grupo para desenvolver um projeto colaborativo multicêntrico, resultando na elaboração do instrumento WHOQOL-100, ou seja, composto por 100 itens. Tal projeto contou com a colaboração de 15 centros, simultaneamente, considerando as diferenças culturais, níveis de industrialização, disponibilidade de serviços, importância da família e religião dominante entre outros. O fato de não existir um consenso na definição de QV, fez com que antes do desenvolvimento do instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) fosse trabalhado o objetivo do conceito, cabendo a OMS, através de vários especialistas, a emissão dessa definição conforme The Whoqol Group (1995, apud FLECK, 2000). Trata-se de um conceito abrangente que envolve a complexidade do constructo, inter-relacionando o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças

peçoais, onde a questão a essência do constructo não se refere à natureza desses elementos, mas na forma da percepção do paciente que está sendo avaliado (FLECK, 2000).

Na tentativa de resumir a complexidade do conceito de qualidade de vida em relação à cultura e realidades sociais, foram construídos diversos instrumentos para sua mensuração. Entre os primeiros instrumentos e talvez um dos mais divulgados, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo programa das Nações Unidas, tem o intuito de tratar aspectos econômicos, referentes à renda, saúde e educação. O IDH inspirou a construção do Índice de Qualidade de Vida, que avalia os fatores relacionados ao trabalho, segurança, moradia, serviços de saúde, dinheiro, estudo, qualidade de ar, lazer e transporte. Nesses indicadores, encontra-se a concepção de que renda, saúde e educação são três elementos fundamentais que avaliam a qualidade de vida de uma população (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Nesse sentido, Auquier et al (1997 apud MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p.06) consideram que três correntes orientam a construção dos instrumentos:

A Teoria do Funcionalismo, que define um estado normal para certa idade, função social e seu desvio [...]; a Teoria do Bem-Estar, que explora as reações subjetivas das experiências da vida [...] e a Teoria da Utilidade, de base econômica, que pressupõe a escolha dos indivíduos ao compararem um determinado estado de saúde a outro.

A obesidade é considerada um dos problemas de saúde pública mais relevantes nas sociedades modernas, na medida em que constitui um fator de risco preponderante para o desenvolvimento de diversas patologias (ADES; KERBAUY, 2002).

Nessa perspectiva, tem aumentado o consenso entre as literaturas de que a obesidade surge como causa, não só de desequilíbrios bioquímicos e de patologias físicas, mas também de sintomatologia e perturbações psicológicas e naturalmente, de dificuldades à nível de adaptação social. O impacto negativo da obesidade na qualidade de vida dos indivíduos têm sido amplamente investigados.

Corpus vem do latim e significa corpo, de onde se origina, também, o sentido de ‘cadáver’. No entanto, sua origem indo-européia, *kṛp*, que significa forma, é, nesse aspecto, sintomática. “Continuando a nomear, em certos contextos, o ‘cadáver’; ‘corpo’ adquire, para a consciência lingüística da latinidade, o sentido de ‘objeto em sua organização visível.” (FONTES, 2004, p.07).

Para se fazer entender acerca do significado do corpo obeso, tem-se primeiramente entender os significados, os quais o corpo obteve durante todo o percurso histórico e cultural valendo salientar que, o que se passa agora não é nem melhor, nem mais importante e nem melhor explicado do que o que se passou antes, “ficando evidente que o importante não é buscar as transformações que certo objeto sofreu ao longo do tempo em determinada cultura, mas tornar problemático e, portanto, histórico, tudo o que é visto como ‘objeto natural’ a priori.” (FOUCAULT apud KRUSE, 2004).

Nesse sentido, vale destacar que o

todo corpo carrega sua história, seu drama, que poderá expressar-se em palavras, ações, afetos, contatos e sensações. Esse corpo, que é próprio de cada ser humano, no qual convivem vários enredos que foram inscritos em percursos biológicos, relacionamentos de prazer e desprazer, de unidade e fragmentação, de destruição e reparação, será quem revelará o drama. Corpo, que, inserido em um cenário, irá vivenciar através das sensações o despertar da memória corporal arcaica, a abertura da cena seguinte, a da visualização-percepção que trará a luz, tirando da escuridão o desconhecido, o negado (FREIRE, 2004, p.204).

Do ponto de vista físico, a obesidade associa-se não só ao aumento da prevalência de algumas patologias, mas também a um aumento dos níveis de morbidade e mortalidade somática, assim como também psíquica (ADES; KERBAUY, 2002).

Para o Consenso Latino Americano de Obesidade, “o obeso apresenta um sofrimento psicológico decorrente de problemas relativos ao preconceito social com a obesidade e também com características peculiares do seu comportamento alimentar.” (COUTINHO, 1999, p.29).

A nível psicológico, a alteração da imagem corporal provocada pelo aumento de peso pode provocar uma desvalorização da auto-imagem e do auto-conceito, no obeso mórbido, diminuindo sua auto-estima. Em consequência disso, pode surgir sintomas depressivos e ansiosos, uma diminuição da sensação de bem-estar e um aumento na sensação de inadequação social, com uma conseqüente degradação das interações sociais e relacionais (STUART; LARAIA, 2001; SILVA et al, 2006).

O obeso também sofre pelas dificuldades que o excesso de peso traz: adinamia, dificuldades de executar o ato sexual, limitação de se expor em atividade de praias, esportivas ou sociais, sensação de vergonha, inferioridade, dificuldades de comunicação (CARLINI, 2001).

No enquadramento social das sociedades atuais, a beleza física é muito valorizada e surge intrinsecamente ligada a um ideal de corpo magro, firme e esbelto. Como tal, isto produz, no obeso mórbido, uma pressão social incômoda e uma sensação de inadequação perante os padrões sociais vigentes, que pode provocar dificuldades relacionais, e muitas vezes, uma exclusão do convívio social e um esquivar-se da realização de algumas tarefas diárias, que requerem contatos sociais. Esta sensação de inadequação, de sentimentos de menos valia e de sua fuga ao social, veiculada pelo isolamento está, muitas vezes na origem de sintomas depressivos e de dificuldades relacionais, quer de carácter sócio-profissional, quer de carácter familiar (ALMEIDA; 2005; SILVA et al, 2006)

Torna-se relevante sublinhar que o obeso mórbido é vítima do preconceito social, pois muitas vezes reforça-se negativamente a sua identidade quando se utiliza palavras como ‘balofó’, ‘rolha de poço’, ‘baleia’, ‘bujão de gás’ para se referir ao obeso mórbido. Com esses termos, não se descreve a compleição corporal do obeso, mas, ao contrário, o insere em um sistema discursivo, que contribui ainda mais para produzir negativamente sua identidade social (ALMEIDA, 2005).

Muitas vezes, a sociedade trata o obeso como se ele fosse culpado pela obesidade, porque se parte da conjectura que o obeso come muito. A palavra ‘obesidade’ deriva-se do latim, dos termos *ob*, que significa muito e *edere*, que significa comer, portanto até etimologicamente, a idéia sobre o obeso é que ele come demais. Tal conjectura é equivocada, pois existem vários fatores que contribuem para o problema da obesidade (KEPPE, 2005).

O obeso coloca todas as suas frustrações e problemas na obesidade: sua infelicidade, seus fracassos e derrotas são sempre em função do seu peso e da sua aparência. “A cirurgia bariátrica resolve a doença física, do corpo, mas a doença psíquica não é solucionada com ela; intervém no sintoma e não na sua causa, [...] é um pedido de calar essa angústia sem dar espaço para se falar sobre o que leva cada um engordar”. (MARTTA, 2002, p.29).

A cirurgia bariátrica possibilita o controle da ingestão alimentar, fazendo com que o conflito em relação ao ato de alimentar-se se desfça, rompendo, assim, o ciclo: vontade de comer – ansiedade – ato alimentar – culpa – ganho de peso – arrependimento – perda progressiva da auto-estima – isolamento - depressão. Em decorrência da restrição alimentar e do impedimento do mecanismo da absorção dos alimentos, o paciente emagrece ausente de esforços mentais e de sentimento de privação (MARCHESINI, 2005).

Conforme Marchesini (2005, p.01), no que se refere aos pacientes que se submeteram à gastroplastia, a autora diz que

o vazio se preenche com pouca quantidade de comida e as restrições típicas de dietas hipocalóricas são abandonadas. A ansiedade ligada à possibilidade de recuperar o peso perdido se desfaz mediante a experiência concreta da medida radical que é a cirurgia. A experiência do limite imposto pelo corpo dá à alma um sabor de liberdade.

Segal (2003, p.290) reafirma a explicação dos autores já destacados, salientando que “após a realização da operação bariátrica, o paciente não deixa de ser o que ele sempre foi. Isso significa que ele continuará apto a responder às técnicas psicológicas que atuem em aspectos de seu funcionamento.”

A cirurgia bariátrica tem como finalidade libertar o paciente dos grilhões da obesidade, que se caracteriza por ser fatal e comprometedora da qualidade dos aspectos existenciais do mesmo, abrindo espaço para questões mais intrínsecas que estarão sempre se fazendo presentes, mesmo não ligadas diretamente à patologia (MARCHESINI, 2005).

A gastroplastia tem como finalidade diminuir o peso ponderal, ocasionando o emagrecimento e o impedimento de aliviar tensões internas, através da superalimentação compensatória. A cirurgia bariátrica interfere no “círculo vicioso”, impedindo a grande ingestão alimentar: o paciente sente vontade de comer, mas com pouco se sente saciado. A dificuldade em lidar com as emoções permanece e se não for tratada adequadamente, a tendência é que outras “saídas” sejam encontradas. É possível que um novo círculo vicioso se estruture de outra forma, lançando mão de outros ‘escapes’ (MARTA, 2002).

Grandes mudanças ocorrem pós-gastroplastia: coisas simples, que normalmente fazem parte da vida das pessoas, como sentar-se num barzinho (sem preocupar-se com a cadeira), ir ao cinema, viajar de avião, andar de ônibus, entrar numa piscina, ir à praia, recuperar o direito de ir e vir, não precisar de ajuda para levantar-se de um sofá ou mesmo para sua higiene pessoal, assumir responsabilidades das quais eram poupadas por falta de condições físicas e pelas limitações que a obesidade impunha, colocam agora as participantes inseridas na pesquisa diante de situações nunca vividas (ou vividas há muito tempo), o que exige nova aprendizagem social (SEGAL, 2003).

Buscando minimizar tais infortúnios, o obeso opta então pela cirurgia bariátrica, no intuito de melhorar as condições clínicas que o acometem, como reduzir as co-morbidades,

umentando, desse modo, a expectativa de vida e, acima de tudo, proporcionar uma vida mais saudável. Considerando a técnica Fobi-Capela (*bypass* com Y de Roux) e o instrumento avaliador de qualidade de vida BAROS (*Bariatric Analysis and Reporting Outcome System*), o estudo realizado por Faria et al.(2002), com 160 pacientes obteve os seguintes resultados: a maioria apresentou resultados finais excelentes (60,6%); ótimos (26,8%) e bons (9,8%) foram observados respectivamente. Com isso, 97,2% dos procedimentos cirúrgicos realizados conseguiram atingir êxito (MARQUES, 2005)

Em outro trabalho, desenvolvido por Reis et al (2005), utilizou-se o BAROS como instrumento avaliador da qualidade de vida em 21 pacientes. Foram observados resultados satisfatórios, a saber: após a cirurgia, houve aumento das atividades de lazer em 57,14%; 28,57% passaram a praticar atividade física; hou

- ❖ Nos pacientes operados, as alterações gastrointestinais que mais se destacaram foram estenose da gastrojejunostomia, úlcera gástrica, fístulas gastrogástricas, obstrução intestinal de delgado, síndrome de dumping, diarreia e vômitos, deficiência de ferro, vitamina B12, vitamina D e cálcio.
- ❖ Nas alterações psiquiátricas, evidenciou-se o aumento da auto-estima, melhora no relacionamento social e diminuição da ansiedade e depressão.

No que se diz respeito às alterações hormonais, na mulher obesa, em idade fértil, há uma diminuição de esteróides sexuais, deixando-as susceptíveis a diagnósticos como infertilidade ou menopausa precoce. Logo após a cirurgia bariátrica e conseqüente perda ponderal há uma modificação em seu quadro clínico-ginecológico. Com a regressão do tecido adiposo, há uma normalização dos níveis de esteróides sexuais e andróginos, assim como dos seus mecanismos, tornando o padrão pulsátil de LH (hormônio luteinizante) e FSH (hormônio folículo estimulante) novamente presentes, regularizando, dessa forma, a menstruação e os ciclos ovulatórios. Assim, deixando a mulher susceptível de engravidar. A orientação para a gestação é que a mulher evite-a por, pelo, menos, um ano, devido à perda de peso intensa. Ao ser confirmada a gravidez, a primeira conduta a ser tomada é a ingestão de ácido fólico diariamente, além dos suplementos vitamínicos que já vinham sendo utilizados nos pós-operatório. A alimentação da gestante deve ser adaptada à nova situação, exigindo uma dieta hiperprotéica. Caso, a gestante apresente hipoalbuminemia, é introduzida no almoço e no jantar uma colher de sopa de albumina liofilizada. O controle laboratorial deve ser realizado a cada dois meses. A administração de vitamina B12, ferro e cálcio é imprescindível (MATIELLI et al, 2003).

De acordo com Matielli et al (2003, p.276), a gastroplastia proporciona condições de controlar patologias pré-existentes e de

tornar-se fértil e vir a desenvolver uma gestação com menos riscos do que a própria obesidade acarreta. O acompanhamento pré-natal deve ser realizado em sintonia com o obstetra e a equipe multidisciplinar de cirurgia bariátrica.

Nessa perspectiva, a gastroplastia tem o objetivo de reduzir o peso corporal, diminuindo os riscos de aparecimento de outras co-morbidades. O controle das patologias de base proporciona mudanças ou alterações importantes em todos os aspectos da vida: físico, psicológico, social e cultural.

Nesse sentido, para Ribeiro et al (2003) ressalta que a gastroplastia objetiva não só eliminar ou amenizar as doenças associadas à obesidade, mas também promover o retorno às atividades sociais, melhorar o desempenho das atividades cotidianas e a afetividade interpessoal.

Patrício (1999, p.53) com os autores destacados, enfatizando que “a qualidade de vida individual expressa a qualidade da participação social no ambiente como um todo, seja natural ou cultural.”

Portanto, a cirurgia bariátrica consegue diminuir a mortalidade, melhora a expectativa de vida e as co-morbidades associadas à obesidade mórbida, diminuindo o risco de saúde e aumentando a qualidade de vida destes pacientes.



FONTE: <http://imagecache2.allposters.com>

PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo desenvolvido nesta pesquisa foi descrito com o emprego do método qualitativo, ou seja, aquele que se “fundamenta em dados coligidos nas interações interpessoais, na co-participação das situações dos informantes, analisadas a partir da significação que estes dão aos seus atos. O pesquisador participa, compreende e interpreta.” (CHIZZOTTI, 2005, p.52). A pesquisa qualitativa tende a ser holística, buscando a compreensão do todo. Este tipo de pesquisa, no paradigma interpretativo ocorre pela cognição do homem como ator social, permeado de percepções peculiares da realidade permitindo assim a interpretação social da própria realidade (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2004).

A escolha desse tipo de pesquisa decorreu do fato de que compreender o mundo dos significados só é possível quando verbalizado pelo próprio sujeito, dada a sua subjetividade.

Para a seleção participaram 20 pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica e que foram previamente contatados pela pesquisadora. Foram adotados os seguintes critérios para a escolha dos sujeitos da pesquisa: terem se submetido à gastroplastia e estarem no pós-operatório mediato. Depois de contatadas, verificaram-se as disponibilidades, marcando-se horário e local para a entrevista. Ao serem convidados a participar da pesquisa, os candidatos foram informados de que os objetivos do estudo seriam: investigar a qualidade de vida em pacientes que tinham se submetido à gastroplastia e colher dados e informações acerca das mudanças ocorridas no pós-operatório, quanto aos aspectos físicos, sociais e emocionais. O sigilo, o anonimato e a desistência em qualquer momento da pesquisa foram garantidos, mediante a apresentação de um Termo de Consentimento fornecido no ato da entrevista. Os critérios utilizados obedeceram à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos. Foi-lhes também solicitada permissão para gravar as entrevistas, havendo consentimento unânime. A pesquisa foi realizada com a anuência do diretor de uma clínica particular na cidade de João Pessoa-PB, onde os pacientes comparecem para consulta e evolução pós-operatória.

A coleta de dados ocorreu através da técnica de entrevista semi-estruturada, permitindo ao participante da pesquisa espontaneidade, fluência do discurso e possibilidade de expressão das emoções e sentimentos dada a flexibilidade deste tipo de entrevista, que foram desenvolvidas no período de maio a julho de 2007, e os discursos foram registrados em um microgravador.

A duração das entrevistas variou conforme a capacidade das entrevistadas em fornecer informações desejadas. Em média, a duração foi de 45 minutos. O desenvolvimento seguiu o ritmo mais conveniente às entrevistadas e, quando necessário, a entrevistadora interveio para complementar alguma informação não suficientemente clara e que seria parte integrante do roteiro pré-estabelecido. As entrevistas foram transcritas textualmente. Após a leitura sucessiva do material, procedeu-se à codificação dos participantes do estudo, extraíndo as categorias dos discursos agrupados pela similaridade, sendo possível assim formar o *corpus* coletivo dos discursos.

De acordo com a análise do discurso é uma técnica da pesquisa qualitativa que proporciona o surgimento de teorias que almejem uma análise mais eficiente declarada dos personagens sociais (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2004).

A proposta do Discurso do Sujeito Coletivo é baseada nos pressupostos da Teoria das Representações Sociais que, para Moscovici, consistem em conjuntos de conceitos, afirmações e explicações, que são verdadeiras teorias do senso comum, pelas quais as pessoas interpretam a sua realidade e também as realidades sociais, constituindo o pensamento em um verdadeiro ambiente onde se desenvolve a vida cotidiana (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2004).

O Discurso do Sujeito Coletivo enumera, organiza e articula uma série de operações por meio de questões abertas, as quais redundam, ao final do processo, em depoimentos coletivos confeccionados com expressões de diferentes depoimentos, com vistas a produzir, no receptor, o efeito de uma opinião coletiva, expressando-se diretamente, como fato empírico, pela “boca” de um único sujeito de discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

Nesse sentido, faz-se mister ressaltar que

o Sujeito Coletivo se expressa[...] através de um *eu* sintático[...] que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse *eu* fala pela ou em nome de uma coletividade[...] que viabiliza um pensamento social. O Discurso do Sujeito Coletivo visa dar luz ao conjunto de individualidades semânticas componentes do imaginário social (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p.16).

A análise dos dados foi efetivada numa abordagem qualitativa, à luz da técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo, sugerida por Lefèvre e Lefèvre (2005). Essa técnica é constituída de figuras metodológicas que possibilitam a tabulação dos dados provenientes dos relatos dos participantes envolvidos no estudo, para, posteriormente, serem consolidados em

um único discurso. A operacionalidade para a análise dos discursos compreendeu as seguintes etapas:

1. Seleção das expressões-chave de cada discurso particular, obtidas para cada um das questões norteadoras propostas para o estudo. As expressões-chave denotam a prova discurso-empírica da verdade das idéias centrais;

2. Identificação da idéia central de cada uma das expressões-chave, constituindo a síntese dos conteúdos dessas expressões, ou seja, o que elas querem dizer efetivamente;

3. Identificação das idéias semelhantes ou complementares considerando as mesmas respostas de um questionamento proposto para a pesquisa, transcrevendo-se literalmente os termos utilizados pelos participantes do estudo;

4. Reunião das expressões-chave referentes às idéias centrais, semelhantes ou complementares em um discurso-síntese, como se todas tivessem sido proferidas por um mesmo indivíduo, construindo o discurso do sujeito coletivo – DSC.

Neste estudo consideramos para efeito de coleta de dados os 20 sujeitos, entretanto é imprescindível ressaltar que houve uma discrepância entre o número de mulheres (16) e homens (4). Neste sentido, ao analisarmos os discursos dos homens foi constatado a impossibilidade de formar categorias de análise, tendo a pesquisadora suprimido, neste estudo, os depoimentos do sexo masculino. Portanto, considera-se para a pesquisa, 16 participantes mulheres. Vale ressaltar que os discursos masculinos serão melhor trabalhados em outro estudo como proposta da pesquisadora .

Assim, apresenta-se, na análise dos dados a seguir, o Discurso do Sujeito Coletivo, resultado dos discursos das pacientes que se submeteram à gastroplastia, participantes da investigação.

3.1 Caracterizando os sujeitos do estudo

Nesta seção, são apresentados os dados referentes aos discursos de 16 pacientes (mulheres) submetidas à gastroplastia. O Discurso do Sujeito Coletivo foi analisado conforme os critérios metodológicos adotados no estudo.

De acordo com as variáveis demográficas e sócio-culturais, as participantes inseridas na pesquisa apresentaram os seguintes dados: com relação à idade, a média foi 38 anos. Quanto à escolaridade, 13 candidatas tinham 3º grau completo; duas possuíam 3º grau incompleto, uma tinha o 2º grau completo e por fim, uma tinha o 1º grau incompleto. Em

relação ao estado civil, 08 eram casadas, 06 eram solteiras e 02 divorciadas. A média da renda familiar foi de R\$ 2.795,00.

Em relação à gastroplastia, foram obtidos os seguintes dados: no que diz respeito ao tempo de cirurgia, a média foi de 2 anos e 3 meses; o peso anterior (antes da cirurgia) teve um resultado mediano de 123,2kg, e o peso atual aproximadamente de 76,8kg. Os achados revelaram um peso máximo de 198 kg e o mínimo 99 kg.

Para compreender melhor a análise dos dados, serão apresentadas as idéias centrais emergidas no discurso do sujeito coletivo, em resposta às seguintes questões propostas para as pacientes que se submeteram à gastroplastia e que participaram do estudo:

- 1.O que a cirurgia bariátrica proporcionou para melhorar sua qualidade de vida?
- 2.O que a cirurgia bariátrica mudou no seu cotidiano, no que se refere ao padrão alimentar?
- 3.Fale da sua vivência após ter se submetido à cirurgia bariátrica, no que diz respeito à sua vida social.
- 4.Fale da sua vivência após ter se submetido à cirurgia nos contextos familiar e profissional.

As respostas obtidas do primeiro questionamento permitiram construir duas idéias centrais: elevação da auto-estima e bem-estar psicológico e promoção de bem-estar físico.

Das respostas do segundo questionamento foram identificadas duas idéias centrais: mudança negativa no pós-operatório imediato e mudança positiva após fase de adaptação.

Em resposta ao terceiro questionamento foi destacada a seguinte idéia central: possibilidade de uma maior socialização.

A partir das respostas do quarto questionamento, foram obtidas, de acordo com os contextos familiar e profissional, as seguintes idéias centrais: satisfação familiar e pessoal enquanto mulher, e maior disposição, segurança e melhor estado de humor.

Serão apresentadas, portanto, nos quadros a seguir, as Idéias Centrais e os Discursos do Sujeito Coletivo das pacientes que se submeteram à gastroplastia inseridas na pesquisa

3.2 Apresentando o Discurso do Sujeito Coletivo

Questão 1. *O que a cirurgia bariátrica proporcionou para melhorar sua qualidade de vida?*

1ª IDÉIA CENTRAL
Elevação da auto estima e bem-estar psicológico
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Elevação da auto-estima e bem-estar psicológico e aceitação da auto-imagem: não aceitava tirar a roupa, preferia tá vestida, e no escuro. Tomava banho bem rápido que era pra não me ver nua. O espelho eu só olhava o rosto; Prazer nas atitudes diárias como: meu sonho era cruzar as pernas, usar um salto 10 cm, me olhar no espelho e ver meu corpo inteiro, ver meus pés pela primeira vez; Tinha partes que a barriga não permitia ver [...], quando tirei o excesso de pele da barriga, fiquei encantada, me senti mulher [...]; Essa leveza nas atitudes diárias, como entrar num ônibus, sentar num cinema, poder me sentir mais fluida, mais ativa, poder entrar e sair sem estar carregando aquele corpo; Proporcionar coisas melhores, como: comprar roupa, chegava nas lojas e comprava roupa masculina, eu mandava fazer minhas roupas. Calças? Era muito difícil comprar calça, era só bermudão, a blusa era o mesmo modelo pra esconder o braço. Isso então mexia muito com a minha cabeça, que eu chorava de me acabar e agora não! Eu já tô usando manequim 40; tenho o prazer de poder estar me vestindo igual a uma pessoa que não tenha passado por esse problema, Mudança no aspecto visual: não me pintava (maquiava); A gente se veste e fica se sentindo mais jovem, começa a ser elogiada; Você começa a ganhar presentes que você nunca ganhava de ninguém, como calcinha e sutiã; A cirurgia me deu um encantamento em relação a mim mesma; É outra vida, parece que você é outra pessoa no modo de viver e enfrentar a vida com os olhos mais abertos; Ganhei mais força de vontade; É um renascer; Sou uma pessoa mais feliz.

Quadro 1 – Idéia central 1 e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes da pesquisa, em resposta ao questionamento 1.

Na idéia central 1, o discurso do sujeito coletivo das pacientes inseridas no estudo que se submeteram à gastroplastia expressa de forma bastante clara, a elevação da auto-estima, uma vez que o reconhecimento de seu novo visual, ou seja, seu corpo atual gera satisfação. Considerando que a auto-imagem implica em vários domínios do corpo humano e que não se pode dissociar corpo e mente, surge bem-estar emocional a partir da elevação da auto-estima como dispõe o depoimento a seguir:

“Elevação da auto-estima e bem-estar psicológico e aceitação da auto-imagem: não aceitava tirar a roupa, preferia tá vestida, e no escuro. Tomava banho bem rápido que era pra não me ver nua. O espelho eu só olhava o rosto.”

A busca pelo bem-estar é constante e incessante, além de ser atributo inerente do ser humano. Nem sempre a vida transcorre a contento ou como as pessoas a planejam, deixando várias lacunas interferindo no bem-estar. A procura do equilíbrio entre o desejado e o possível

é o que movimenta e desenvolve a capacidade de superar situações, além de manter-se saudável.

O bem-estar pode ser definido como uma condição de vida, com perspectiva futura, originado pela aquisição de potencialidades e possibilidade de uma boa qualidade de vida.

De acordo com Smeltzer e Bare (2002), o conceito de bem-estar é semelhante ao de saúde, ou seja, estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença. No entanto, todo bem-estar inclui uma abordagem consciente e deliberadamente do estado avançado de saúde física, psicológica e espiritual, também

(alimentação, sono, atividade física, satisfação sexual, abrigo e proteção) e necessidades psicológicas, que são aprendidas e adquiridas no decorrer da vida e representam um padrão mais elevado e complexo (CHIAVENATO, 1999).

A Teoria da Motivação Humana foi referência para a construção e fundamentação da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, proposta por Wanda de Aguiar Horta, em 1979, a qual corrobora com os preceitos científicos enfatizando que “o ser humano tem necessidades básicas que precisam ser atendidas para o seu completo bem-estar.” (ALMEIDA; ROCHA, 1989, p.100).

A auto-estima de uma pessoa constitui a chave de seu comportamento, pois influencia seus processos mentais, suas emoções, seus desejos, seus valores e suas metas; e é caracterizada por dois aspectos inter-relacionados: a auto-confiança, ou seja, a sensação de capacidade de realizar projetos e o auto-respeito, isto é, o sentimento, de que uma conduta tomada é ou foi condizente com os seus valores. Parte da auto-estima de uma pessoa resulta de como ela percebe o seu bem-estar físico. Isso é chamado de ‘imagem corporal’ e reflete não só o quadro mental que alguém faz de si mesmo, mas também a sua atitude diante de seu corpo com as várias partes e funções (POTTER; PERRY, 2001).

Desse modo, pode-se crer que o corpo é a morada de sentido e de sentimentos, e é a partir dele que se concretiza a sensação de bem-estar sentida pelas participantes inseridas na pesquisa, quando enfatizam o deslumbramento com a imagem corporal adquirida pós gastroplastia.

A imagem do corpo estrutura-se a partir do contato de uma pessoa consigo mesma e com o mundo que a rodeia. Também entram em sua formação contribuições anatômicas, fisiológicas, neurológicas e sociológicas. No entanto, a imagem corporal é passível de transformações, e elas se estabelecem a partir da percepção, ou seja, de como uma pessoa percebe seu corpo, enfim, sua auto-imagem.

A imagem corporal é a soma das atitudes conscientes e inconscientes que uma pessoa tem em relação ao seu próprio corpo. É caracterizada por ser dinâmica, pois está sendo continuamente modificada por novas percepções e experiências, além de ser útil para projetar emoções, ansiedade e valores pessoais altamente significativos. À medida que a imagem corporal desenvolve-se, as extensões do corpo tornam-se significativas; qualquer coisa que amplie a efetividade ou o controle da função do próprio corpo pode ser considerada como algo pertinente à pessoa (STUART; LARAIA, 2002).

O conceito de imagem corporal envolve três componentes: a precisão da percepção do tamanho corporal; o grau de ansiedade associada à aparência e o comportamento de evitar a exposição corporal (DUSCHENE; ALMEIDA, 2002).

Almeida; Loureiro e Santos (2002, p.284) ratificam que a imagem corporal que o obeso apresenta de forma negativa está relacionada à experiência psicológica de alguém sobre a aparência e o funcionamento do seu corpo. “O descontentamento relacionado com o peso leva a uma imagem corporal negativa, a qual advém de uma ênfase cultural na magreza e estigma social da obesidade.”

Sabendo-se que a auto-imagem está relacionada à percepção de si, Chauí (2005, p.134) a define como:

O conhecimento de um sujeito corporal, isto é, uma vivência corporal, de modo que a situação de nosso corpo e as condições de nosso corpo são tão importantes quanto a situação e as condições dos objetos percebidos.

De acordo com Sartre (1998), é através do corpo que nos apresentamos ao mundo e ao outro. Merleau Ponty (1994) corrobora com a idéia supracitada, enfatizando que o corpo é, desse modo, produto e produz diversos significados: é fonte natural de sentido, é espaço expressivo, é nosso meio geral de ter o mundo. O corpo é caracterizado por ser espaço-temporal, quer dizer, é tempo e espaço, é sensibilidade, é expressão, fala, linguagem, ou seja, espaço expressivo passível de inúmeras significações, as quais são vivenciadas pelo ser e o estar no mundo.

No DSC das participantes do estudo, percebemos que a descrição de seus corpos relacionam-se com as percepções que elas têm deles e como estas são influenciadas e determinadas pelos fatores socioculturais.

Como seres humanos inseridos no universo, somos analisados por nós mesmos, pelo mundo e pelo outro. Este último possui um peso diferenciado porque vivemos em uma sociedade que determina comportamentos, regras e valores que têm que ser seguidos para não nos tornarmos á margem do social e do cultural. Temos nossa própria visão, enfim vemos nossa personalidade, nosso ego, tendências, qualidades e defeitos. A visão que temos do nosso próprio ‘eu’ pode ser distorcida por vários fatores: auto-crítica, complexo de inferioridade e estresse.

Portanto, a auto-estima está relacionada à concepção que formamos a partir de nosso próprio valor, constantemente determinada pelas auto-percepções e pelas interpretações dos *feedbacks* das pessoas que nos rodeiam.

A auto-estima é composta de três componentes, a saber: o 'eu' externo, o 'eu' desejado e o 'eu' pressentido. O 'eu' externo consiste na visão que a pessoa tem de si mesma; o 'eu' desejado consiste no ideal de ser; e o 'eu' pressentido, no modo como a pessoa se mostra aos outros (POTTER; PERRY, 2001).

A auto-estima é um termo utilizado em vários domínios da vida das pessoas e depende dos critérios, com os quais julgamos as nossas experiências positivas ou negativas, dependendo da situação em que nos encontramos.

Nesse sentido, Chauí ressalta que (2005, p.136)

O mundo é percebido qualitativamente (o mundo percebido possui cores, sabores, odores, paladares, texturas, sons, tamanhos, proximidades ou distâncias); afetivamente (o percebido é desejado ou indesejado, amado ou odiado, prazeroso ou doloroso, alegre ou triste, protetor ou amedrontado) e valorativamente (bom ou mal, belo ou feio, maravilhoso ou terrível, útil ou inútil). Quando se percebe um corpo, não se tem um conjunto de sensações, que se dariam as partes isoladas de tal corpo, porém se percebe como tendo uma fisionomia (bela ou feia, sadia ou doentia, sedutora ou repulsiva) e por essa percepção define-se seu modo de relação com a mesma.

Outro aspecto que o DSC deixa transparecer é a dificuldade que as pacientes, enquanto obesas, tinham na aquisição de roupas adequadas, o que causava muito sofrimento e desmotivação para se vestir e sair em público. As participantes da pesquisa relataram que não bastava achar as roupas grandes, mas era preciso que lhes 'caíssem bem'. Nesse sentido, sentir-se bonita com a roupa que se veste parece que faz parte do que é considerado fundamental para que as participantes da pesquisa se valorizassem, querendo se olhar no espelho. É através das suas imagens no espelho que as participantes da pesquisa avaliavam se estavam bem ou não. Além disso, subentende-se, através do DSC que 'não querer se olhar no espelho' representa uma possibilidade negativa do 'olhar do outro'. O fato de não se olhar no espelho pelo fato de não estar se sentindo bem com a imagem que reflete, pode-se deduzir que os outros também podem emitir a mesma opinião, ou seja, a sua aparência pode ser desagradável e/ou a sua própria presença.

Ainda em relação às roupas, o DSC considera uma inadaptação do mundo pós-moderno à realidade social, observada nas ruas, no que concerne à falta de alternativas de vestuário de tamanhos especiais.

Todavia, o DSC expressa a percepção do corpo e de sua imagem corporal, depois do processo cirúrgico, de forma afetiva (amado, prazeroso, alegre) e valorativo (belo, maravilhoso), ou seja, evidencia-se a aceitação do corpo.

De acordo com o DSC, é possível considerar que as participantes da pesquisa, quando eram obesas, tinham comportamentos anti-sociais e tinham baixa auto-estima; logo após à gastroplastia, resgataram a auto-estima em nível elevado, desenvolvendo responsabilidades e contribuindo, assim, para o bem-estar psicológico.

O DSC manifesta a satisfação com a vida, relativa aos diversos fatores resultantes da participação ativa nas atividades diárias, como a melhoria do auto-conceito, da auto-estima e da imagem corporal. Além disso, as participantes da pesquisa tendem a apresentar melhor saúde física e encaram, positivamente, os aspectos da vida, os quais influenciam a percepção do nível de satisfação com a própria vida.

Nas palavras de Patrício (1999), ser saudável é ter qualidade de vida. Saúde no olhar holístico diz respeito às possibilidades de satisfação de ser humano, no que se refere às situações de prazer e felicidade, nas suas necessidades de ser, ter, fazer e estar interagindo consigo e com o outro.

A percepção do bem-estar entre as participantes da pesquisa parece ser baseada na subjetividade de diversos fatores, como saúde física, interação social, bem-estar emocional e a habilidade para encarar a vida do dia-a-dia.

Através do DSC, os indicadores do bem-estar perceptivo melhoram o bem-estar físico e psicológico, no que se refere à participação social ativa.

Desse modo, pode se considerar relevante que a auto-estima também é resultante da prática das atividades corriqueiras, as quais eram impossibilitadas de se realizarem quando as participantes da pesquisa eram obesas. Logo, pode-se levar em consideração que o bem-estar psicológico estimula o equilíbrio emocional, diminui a ansiedade, desenvolve auto-estima, deixando a pessoa passível de maturidade psicológica e enriquecendo, desse modo, a qualidade do relacionamento social, além de resgatar a saúde e a alegria de viver.

Ser feliz, conhecer-se melhor, saber enfrentar as vicissitudes da vida e saber lidar, de forma salutar, com os sentimentos e emoções é fundamental para o sucesso, disposição e realização pessoal.

Nessa concepção, faz-se mister considerar as especificidades do bem-estar, tais como: psicológico, físico, social, profissional, os quais estão relacionados à integração entre as participantes da pesquisa, à mediação social, ao meio natural e à saúde. Tudo isso permite às

pacientes que se submeteram à gastroplastia um maior nível de satisfação em suas vidas diárias, ou seja, foi-lhes proporcionada a possibilidade de melhoria de qualidade de vida. A partir do DSC, podemos nesta categoria afirmar que a gastroplastia melhora a auto- imagem e produz bem estar físico e psicológico que se traduz na aquisição e participação no convívio social.

Questão 1. O que a cirurgia bariátrica proporcionou para melhorar sua qualidade de vida?

2ª IDÉIA CENTRAL
Promoção de bem-estar físico
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Melhorou em tudo na minha vida: resistência, disposição, Não andava direito, porque me sentia muito cansada, não ficar tão suada; Hoje, eu sou mais cheirosa [...] ; Até pra dormir ou levantar eram muitas dores, que sentia nas costas , depois que eu fiz a cirurgia melhorou em tudo; Eu sinto que meu sono, hoje, é fisiológico; Voltei a fazer exercício físico, porque a obesidade não dava condições de fazer, é aquela coisa, você é obeso, você precisa fazer atividade física, mas você já não tem mais condições, [...], posso lavar os meus pés, subir pra arrumar meu guarda-roupa, colocar um sapato, calçar uma meia; Entrar e sair de dentro de um carro; Transar ficou mais gostoso, porque você se sente mais leve; Até pra falar, eu já ficava puxando o fôlego; Fiquei com maior flexibilidade e disponibilidade pro trabalho. Se sentir mais ativa, mais leve, se sentir bem com você mesma. Hoje sou mais calma, mais tranqüila, sinto frio, não tenho mais ansiedade de morrer. Olhar no espelho e se sentir melhor, enfim conseguir ter uma vida normal; As doenças que tinha, sumiram todas: tinha hérnia de hiato, fígado aumentado, esteatose hepática grau I, apresentava problemas de articulação, o ciclo menstrual mudou completamente, que era irregular. As taxas diminuíram todas: colesterol, triglicérides; Era hipertensa, vivia me internando, muita dor de cabeça, mal estar, dores nas pernas até mesmo em dietas ia mal. Obrigação de tomar medicação, me livre. Em 15 dias, já podia aferir minha pressão e perceber que estava curada; Tive pré-eclâmpsia na minha gravidez; Era diabética, tomava insulina 2 vezes por dia, tava com minha barriga toda cheia de problema, com mancha, com ferida, cheia, tudo era complicado; Sofri um infarte e fui pra UTI fazer cateterismo. Viver sem o medo de ter um AVC a todo instante. É outra vida, é ter mais vontade de conviver com outras pessoas.

Quadro 2 – Idéia central 2 e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes da pesquisa, em resposta ao questionamento 1.

A idéia central 2 ressalta a promoção do bem estar físico após a cirurgia que se traduz em uma sensação de maior disposição e resistência nas atividades diárias, como andar, caminhar, levantar-se, dormir, bem como a eliminação de certas doenças evidenciadas nos depoimentos das participantes do estudo .Observa-se, através do DSC, que a obesidade expressa diversas vicissitudes, entre elas a limitação dos movimentos e a incapacidade de realizar atividades físicas como segue:

“Melhorou em tudo na minha vida: resistência, disposição; Não andava direito, porque me sentia muito cansada; Voltei a fazer exercício físico [...], posso lavar os meus pés, [...], colocar um sapato, calçar uma meia; Entrar e sair de dentro de um carro.”

Para Gonçalves (2004), o excesso de peso, considerado a partir do momento em que a pessoa se enquadra no padrão de “obesidade leve”, é entendido como causador de uma sobrecarga a todo o organismo, que precisa de um maior esforço para continuar funcionando adequadamente. Esse esforço é considerado patológico e por sua vez, é atribuído ao excesso de gordura corporal, o qual indica a doença obesidade. Como podemos observar, o DSC abaixo relacionados caracterizam benefícios relacionados às doenças decorrentes da obesidade mórbida.

“As doenças que tinha, sumiram todas: tinha hérnia de hiato, fígado aumentado, esteatose hepática grau I, apresentava problemas de articulação, o ciclo menstrual [...] era irregular. Era hipertensa, vivia me internando, muita dor de cabeça, mal estar, dores nas pernas.”

A incapacidade de movimentar-se devido ao excesso de peso é algo efetivo e independente da volição e disposição quando se trata de obesos mórbidos. O excesso de peso dificulta a mobilidade corporal, interferindo nas atitudes diárias mais simples: andar ou caminhar apresentando dores nas articulações, exercer atividade laboral apresentando déficit no rendimento, realizar higiene corporal ou vestir-se dependendo de outrem, tornando o obeso com certo grau de dependência o que implica diretamente na autonomia do indivíduo, condição imprescindível para uma boa qualidade de vida.

Garrido Jr. (2006) salienta que a obesidade mórbida geralmente causa doenças, como dificuldade respiratória, hipertensão arterial, problemas articulares, artroses, problemas de sustentação do peso e varizes, dificuldades de se locomover e de se adaptar emocionalmente e socialmente e, por fim, incapacita as pessoas de fazerem tarefas corriqueiras, como sentar numa cadeira, passar numa roleta, andar de bicicleta.

Os obstáculos tendem a aumentar com a gravidade do sobrepeso e da obesidade mórbida. O DSC deixa transparecer que havia uma diminuição acentuada da condição física, tornando a participação em atividades rotineiras difícil de iniciar ou de manter por tempo suficiente, devido às dores articulares, lombares, dispnéia e a limitação da liberdade dos movimentos.

Emerge do DSC o incômodo em apresentar acentuada bromidrose⁶, deixando as participantes da pesquisa passíveis de situações constrangedoras, devido ao odor desagradável, o qual é característico da ação do aumento de tecido adiposo.

Nesse sentido, vale enfatizar que alterações respiratórias, como a hipercapnia, estão presentes no obeso, devido a sua constituição física e é a causa provável da obstrução intermitente das vias aéreas superiores, apresentadas na apnéia do sono, na hipersonolência e na hipoventilação (COUTINHO; BENCHIMOL, 2003).

A mecânica respiratória do obeso resulta em reduções dos volumes e capacidades pulmonares, principalmente volume de reserva expiratória e capacidade residual funcional. O excesso de tecido adiposo promove uma compressão mecânica sobre o diafragma, pulmões e caixa torácica, levando a uma insuficiência pulmonar restritiva. A obesidade também promove diminuição da complacência total do sistema respiratório e aumento da resistência pulmonar. Todos esses fatores levam a uma sobrecarga inspiratória, aumentando o trabalho respiratório, o consumo de oxigênio e o custo energético da respiração (PAISANI; CHIAVEGATO; FARESIN, 2005).

Desse modo, os autores em destaque explicam que é preciso enfatizar que a obesidade mórbida condiciona algumas alterações anatômicas, que dificultando a abordagem apropriada das vias aéreas, as quais implicam em alterações na relação ventilação/perfusão, observadas na redução de volume e capacidade pulmonar, o que dificulta a realização do exercício por completo, devido às crises de insuficiência respiratória, o que se faz necessário estabelecer intervalos para repouso, a fim de resgatar oxigenação.

O DSC, das pacientes envolvidas na investigação deixa claro que após a cirurgia, houve facilitação da mecânica respiratória, diminuição das taxas bioquímicas do sangue, controle da hipertensão, diabetes e esteatose hepática e diminuição do estresse psicológico originado da angústia causada pela sensação de medo constante de ser vítima de um acidente vascular cerebral.

“Viver sem o medo de ter um AVC a todo instante. É outra vida, é ter mais vontade de conviver com outras pessoas.”

⁴ A bromidrose é o suor com odor desagradável, que ocorre nas axilas e nos pés favorecidas pelas glândulas sudoríparas. A causa é a atuação de bactérias presentes nestas regiões sobre o suor, produzidas pelas glândulas, provocando odor característico. O suor excessivo pode ser provocado por vários fatores, entre eles estão a obesidade e os distúrbios hormonais (CAMBI; MARCHESINI, 2003).

Para Coutinho e Benchimol (2003), os problemas de coluna e joelhos são devidos à sobrecarga corporal, causando desequilíbrio postural, decorrente do aumento do abdômen e do peso relativo à cabeça, resultando no aumento da curvatura da região cervical e lombar.

De acordo com os autores supracitados, o aparecimento do desenvolvimento de osteoartrites também está relacionado à obesidade grau III, constituindo uma importante comorbidez incapacitante da doença. Quanto maior o Índice de Massa Corporal, maior a prevalência de osteoartrite, sendo a articulação do joelho a mais afetada. A sobrecarga de peso é o mecanismo básico de lesão articular para joelhos e quadril.

A osteoartrite da coluna vertebral ocasiona o aparecimento de dores lombares nos obesos mórbidos, e as queixas mais frequentes são dores agudas e crônicas nas costas e fadiga. A dor irradia-se para a perna, o que sugere o envolvimento da raiz nervosa, e desencadeia alterações da marcha, com comprometimento da mobilidade espinhal, diminuição dos reflexos e da força motora e instabilidade sensorial do paciente (SMELTZER; BARE, 2002).

O DSC contempla que as participantes da pesquisa, enquanto obesas, devido a diversos fatores: a massa corporal em grande proporção dificultava as manobras ou técnicas do exercício físico, provocando desconforto físico e dores nas articulações; a exposição do aspecto corporal inibindo-as de interagirem socialmente em ambientes como academias de ginástica. Além disso, o excesso de peso parecia ser também um dos principais obstáculos para a realização da atividade física regular, pois poderia gerar experiências negativas, como ‘cair no ridículo’, ser motivo de chacota, ter *performance* fraca, sentimento de inadequação e recaídas.

O aparecimento de doenças decorrentes da obesidade é entendida como uma relação de dependência, que se traduz no impedimento de realizar tarefas por si próprio, como mostra o trecho do DSC a seguir:

“Ser gordo é ser doente. Ser magro é saúde e não tem como você não ver isso depois da cirurgia.”

Conforme os DSC após a cirurgia, com a conseqüente diminuição de peso, as participantes da pesquisa começaram a usufruir melhor os movimentos corporais, que antes eram limitados, devido ao aporte excessivo de tecido adiposo. Adicionado à percepção da paciente de sentir-se gorda e incapaz para certas atividades, a mídia tem um cunho de responsabilidade, porque estabelece padrões de beleza a serem seguidos pela sociedade. Esta

postura faz com que os obesos se tornem à margem o que implica diretamente nas questões de foro psicológico.

Patrício (1999) confirma os depoimentos das participantes, quando enfatiza que os movimentos estão presentes em todas as atividades humanas: no cotidiano, na atividade laboral, no lazer, no desporto. São de grande importância biológica, psicológica, social e evolutiva. É através do movimento que o ser humano interage socialmente, a fim de alcançar objetivos desejados e satisfazer suas necessidades. O exercício físico traz benefícios à saúde, proporcionando a manutenção da saúde física e psicológica. A prática de exercícios diários proporciona vários benefícios: reduz as taxas da bioquímica do sangue (colesterol, triglicérides, glicose), da pressão arterial, conseqüentemente diminuindo o risco de doenças cardiovasculares; facilita a digestão; melhora a flexibilidade; ainda atua como redutor de estresse e ansiedade, sendo útil na busca do aprimoramento e desenvolvimento estético do corpo.

Depois da cirurgia bariátrica, as participantes da pesquisa puderam desfrutar das atividades que priorizavam, acima de tudo, a satisfação na realização de tais atitudes e mudanças de comportamento, frente às tarefas cotidianas, como: passar pela roleta do ônibus, sentar-se em cadeiras de plástico, calçar uma meia, amarrar os cadarços do tênis. Além disso, houve adesão à prática de exercícios físicos, como andar, caminhar, ir à academia, correr, pular, jogar, dançar entre outros.

Os benefícios da gastroplastia, enfatiza Marchesini, (2003) vão além de simples restrição calórica e perda de peso para esses doentes. Há evidências de melhora do metabolismo da insulina e também dos lipídios. Nas pessoas que se submetem à gastroplastia, a pressão arterial e a glicemia diminuem gradualmente, mesmo na ausência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Ao diminuir a absorção de gorduras, a operação diminui os índices de colesterol, do LDL e dos triglicérides. Há aumento do HDL. A função e a morfologia hepática melhoram significativamente. A esteatose, esteato-hepatite e fibrose hepática mostram sensíveis melhoras.

As participantes da pesquisa sentem-se motivadas para a realização de atividades físicas, por proporcionarem alterações positivas nos estados de ânimo, na auto-estima, na auto-eficácia, obtendo recursos pessoais para poder encarar as situações de estresse do dia-a-dia.

Pode-se dizer que a atividade física é veículo da promoção de saúde e um princípio aceito, para o qual a noção de bem-estar psicológico está associada à participação da pesquisa em usufruir da prática de exercício físico.

Nesse sentido, segundo Patrício (1999), é preciso destacar que a qualidade de vida de uma pessoa expressa a qualidade de sua saúde, suas possibilidades, limitações individuais e coletivas. Representa o processo de satisfação de suas necessidades básicas e culturais de bem viver, de sobrevivência e de transcendência.

Questão 2. O que a cirurgia bariátrica mudou no seu cotidiano, no que se refere ao padrão alimentar?

1ª IDÉIA CENTRAL
Mudança negativa no pós operatório imediato
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
A pior consequência foi os 3 meses de dieta líquida: na primeira semana, eu tive que tomar água de 30 em 30 minutos e uma refeição de meia em meia hora. Um copinho de suco de 50 ml ou um copinho com albumina batido, suco sem açúcar, e na segunda semana, um caldo de sopa sem tempero: é horrível! Comecei a mastigar e vinha as ânsias de vômitos, que ainda tenho; a ansiedade de comer ainda tenho, ainda como pra botar pra fora; Outra coisa negativa é viver me entalando; tenho que mastigar e quando isso não acontece, sinto logo um entalo e vomito. Privação de certos alimentos, como: carne. Uma vez não mastiguei direito, fiquei entalada e tive que ir pro hospital; O doce: não lhe faz bem, tem a síndrome de Dumping: eu mesmo inventei de tomar um <i>milk shake</i> e quando vi, tava passando mal, minha glicose subiu, comecei a ficar tonta a suar frio, tive uma sensação de desmaio. Hoje não tomo líquido na refeição, porque passo mal na hora; Tive anemia e a falta de vitamina B12. O que é ruim mesmo são essas vitaminas, que a gente tem que tomar todos os dias, eternamente. Outro ponto negativo é que você não pode comer o que você queria. Você vai emagrecendo e vai aparecendo as peles, e isso é uma questão negativa; Não posso ficar muito tempo junto de outras pessoas (por causa das flatulências), sempre fico me policiando, tem que tá saindo[...] isso aí nem é em mim[...]é a cirurgia[...]não sou mais eu. Você vai namorar, aí é chato! Você não sabe como é que a pessoa vai ver você e como ela vai reagir. É negativo porque você vai ter que passar por outra cirurgia: já me submeti a duas: abdômen, braço e parte interna das coxas; Quanto às cicatrizes da cirurgia, a gente fica querendo esconder; Tive Síndrome de pânico e desenvolvi ansiedade. Parece que a ansiedade, o nervosismo, a tristeza, a preocupação vêm, eu como, como, como, compenso na comida e eu sei que não é bom, que eu poderia me controlar, mas é mais forte do que eu. A cirurgia veio para controlar isso, mas ainda sou compulsiva, vivo beliscando, tenho que tá o tempo todo me policiando. Quem vai fazer uma cirurgia dessas tem que tá consciente do que quer e tem que saber que vai ser tolhido de muita coisa.

Quadro 3 - Idéia central 1 e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes da pesquisa, em resposta ao questionamento 2.

O DSC das participantes envolvidas no estudo expresso na idéia central 1, revela as conseqüências negativas da cirurgia bariátrica presentes nos períodos pós- operatório imediato e mediato dos pacientes, como por exemplo náuseas, vômitos, síndrome de *Dumping*, aumento da flatulência, obstrução gástrica, alopecia e deficiência de alguns micronutrientes específicos, tais como: ácido fólico, ferro e vitamina B 12, que justificam, mais uma vez, a necessidade de intervenção nutricional adequada.

Esse discurso abaixo, evidencia o quão são importantes as avaliações nutricional e psicológica e as consultas preparatórias, que enfatizam as alterações metabólicas, preparando os pacientes para se submeterem a cirurgia bariátrica .

O DSC enfatiza que o período pós-operatório é descrito como um dos mais difíceis, devido ao procedimento cirúrgico, à recuperação, à dor e desconforto, aos drenos, à adaptação da dieta líquida, às restrições alimentares e físicas, às expectativas e ansiedade. Em seguida, após 30 dias de dieta líquida, a fase de adaptação da dieta sólida também é difícil, pois há a insegurança e o medo de se ‘entalar’, há preocupação com que comer, como se deve comer e da reaprendizagem da mastigação.

O DSC evidencia que este tipo de cirurgia exige além da vontade de mudar os padrões de vida para obtenção da saúde, exige das pessoas que se submetem ao procedimento, disciplina como disposto no discurso a seguir:

“A pior conseqüência foi os 3 meses de dieta líquida: na primeira semana, eu tive que tomar água de 30 em 30 minutos e uma refeição de meia em meia hora. Um copinho de suco[...] sem açúcar e na segunda semana, um caldo de sopa sem tempero: é horrível!”

A cirurgia, além dos incômodos já referenciados, deixa cicatrizes e flacidez de tecidos, o que gera a necessidade do paciente realizar outras cirurgias para correção da estética. Diante desses acontecimentos faz-se estritamente necessário que o paciente antes de se submeter à cirurgia bariátrica conheça todo o contexto que envolve o procedimento e assine o Termo de Conscientização das conseqüências da cirurgia. É oportuno destacar o trecho citado abaixo de uma das participantes da pesquisa, a qual identifica o grau de assimilação, demonstrando, desse modo, a conscientização das conseqüências.

“[...] eu me lembrava do termo que eu tinha assinado, que é de matar [...]esse termo é pra arrebrantar[...].”

Outro aspecto merecedor de destaque no DSC é a angústia sentida pelas mulheres, participantes da pesquisa, quanto ao desenvolvimento da alopecia e pelo aparecimento da flacidez dos tecidos.

Marchesini e Marchesini (2003) relacionam as deficiências de zinco, vitaminas e ácidos graxos essenciais associados à desnutrição protéica, o que por sua vez, acarreta a alopecia, que pode chegar a níveis intoleráveis. No entanto, se for corrigida a causa, o efeito é cessado e, conseqüentemente, o cabelo volta a crescer.

A desnutrição protéica decorre de cirurgias restritivas puras ou mistas e acontece por conta da falta de ingestão de proteína. A incidência de anemia é freqüente e explica-se porque os pacientes têm o duodeno e o jejuno proximal excluídos do trânsito alimentar. Nessa região do tubo digestivo, onde ocorre a absorção do ferro. Se a isso for somado à desnutrição protéica, a anemia ocorre com mais intensidade.

Convém ressaltar que a desmineralização óssea poderá ocorrer, devido à má absorção de cálcio, uma vez que sua absorção se faz no duodeno e nas primeiras junções do jejuno, havendo necessidade de reposição diária e freqüente. Ácidos graxos essenciais têm de ser repostos a fim de proteger pele e fâneros, pois a alopecia tem origem na deficiência desses lipídeos (CAMBI; MARCHESINI, 2003).

No que diz respeito à flacidez dos tecidos e às possíveis cicatrizações das cirurgias plásticas reparadoras, observa-se novamente a preocupação com o aspecto corporal, agora, não mais em decorrência do aumento do tecido adiposo, mas da sua perda.

Ferreira; Mello Filho e Wada (2003) corroboram com o DSC, ressaltando que após grandes perdas ponderais, o paciente mantém-se insatisfeito com o seu contorno corporal, devido ao excesso cutâneo resultante da redução do componente gorduroso corpóreo. Também são freqüentes as queixas de edemas importantes na área de lipodistrofia, problemas articulares, deambulação prejudicada, atividade sexual comprometida, presença de foliculites, dermatites, abscessos nas áreas das dobras cutâneas e odor desagradável. Esses excessos cutâneos comprometem muitas vezes as atividades profissionais e sociais desses pacientes, apesar das grandes perdas ponderais.

Conforme os autores destacados acima, a cirurgia reparadora pós- gastroplastia é indicada após um ano, quando ocorre estabilização do IMC em valores abaixo de 30 kg/m², quando o contorno corporal e a função motora mostram-se comprometidos.

A cirurgia plástica é realizada após grandes perdas ponderais e é feita em etapas reduzidas, com métodos padronizados e, principalmente, com baixo risco e morbidade desprezível. Pode-se terminar o tratamento de quatro a seis meses, abrangendo de três a quatro etapas cirúrgicas, a fim de melhorar o contorno corporal, promovendo melhoria

funcional, estética e psicológica (FERREIRA; MELLO FILHO; WADA, 2003). Nesse sentido, vale destacar um trecho do DSC de uma das participantes inseridas na pesquisa:

“Quem vai fazer uma cirurgia dessas tem que tá consciente do que quer e tem que saber que vai ser tolhido de muita coisa”.

A ingestão excessiva de açúcar acarreta a síndrome de *Dumping*, caracterizada por diversos sintomas: cefaléia, náuseas, vômitos, dispepsia, tremores e desmaios. Esse transtorno pode ser evitado quando o paciente colabora na observância da dieta.

O primeiro trimestre pós-operatório é o mais difícil, pois qualquer quantidade de sacarose pode desencadear a síndrome *Dumping*. Isso é melhor registrado nos pacientes chamados ‘*sweet eaters*’ ou ‘comedores de doce’ antes da cirurgia, que são beneficiados com essa técnica cirúrgica no que se refere à perda de peso e descoberta de limites para a sua ingestão diária de açúcares, que naturalmente vêm agregados de gorduras e muitas calorias excedentes (CAMBI; MARCHESINI, 2003).

Emerge do DSC a sensação de entalar-se, de mal-estar gástrico e de dispepsia, os quais só são aliviados por indução do vômito ou, então, pela retirada do alimento, através da endoscopia.

Nesse sentido, a sensação de entalar-se é vivenciada pelas pacientes, associada aos episódios de náuseas e vômitos. Após a gastroplastia, o reservatório gástrico diminui consideravelmente de tamanho, ou seja, o espaço permitido de alimento é mínimo. Portanto, ao alimentar-se em vasta quantidade, a paciente é invadida por súbita sensação de mal-estar, o que induz o vômito, por meio do qual se alivia de tais sintomas.

Corroborando com o DSC, Garrido Jr.(2000, p.565) enfatiza que “o padrão alimentar desordenado tende a persistir após a operação e pode agravar a condição clínica do paciente, além de, no longo prazo, facilitar o reganho de peso”.

Considera-se a análise da frequência de vômitos no pós-operatório como indicativo à ingestão de alimentos gordurosos ou doces concentrados, mastigação insuficiente, ingestão demasiada ou alimentação realizada em curto espaço de tempo (CRUZ; MORIMOTO, 2004).

Outro aspecto pontuado no DSC é o aumento das flatulências, com odor desagradável, que resulta em ‘mal-estar’ social. O trecho que segue enfatiza a angústia sentida pela paciente:

“Não posso ficar muito tempo junto de outras pessoas, sempre fico me policiando, tem que tá saindo[...]isso aí nem é em mim[...]é a cirurgia[...]não sou mais eu[...]é a cirurgia.”

Marchesini et al (2003) descrevem que os hábitos intestinais, após as derivações biliopancreáticas têm um curso característico de adaptação às novas condições anatomo-funcionais. De início as evacuações são diarréicas, e há aumento de flatulência. Explica-se o mau odor pela digestão incompleta de gorduras e por proliferação bacteriana anaeróbia, mas esses fenômenos são passíveis de correção, alterando-se a ingestão e administrando-se antibióticos de largo espectro, como o Metronidazol⁷ ou a Neomicina⁸. O mau cheiro tem sido motivo de queixas por parte dos cônjuges e demais familiares, levando a um desagradável constrangimento social.

O DSC revela o aparecimento da síndrome de pânico e do aumento da ansiedade sentido pelas participantes da pesquisa pós-gastroplastia. A síndrome de pânico, que é um distúrbio psicológico, resulta de uma ativação intermitente, ictial, do sistema de reação e defesa, integrado no sistema límbico e estruturas correlatas, acarretando em alerta central e autonômico generalizado. Existem três hipóteses principais quanto à sua patogenia: hiperatividade noradrenérgica, metabolismo do lactato e alterações dos quimiorreceptores, além da supersensibilidade de receptores à serotonina. Tais hipóteses não são mutuamente exclusivas e podem ser integradas em formulações mais globais, biopsicossociais (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002)

A síndrome de pânico se caracteriza pela ocorrência espontânea e inesperada de ataques de pânico, com intensa ansiedade ou medo, associado a sintomas somáticos como palpitações e taquipnéia (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Kaplan; Sadock e Grebb (1997, p.555) explicam que o ataque de pânico resulta de uma “defesa mal sucedida contra impulsos ansiogênicos, ou seja, o que anteriormente era um sinal menos grave de ansiedade torna-se uma sensação sobrepujante de apreensão, com todos os sintomas somáticos”. O início do pânico geralmente está relacionado com fatores ambientais e psicológicos. Os sinais físicos incluem taquicardia, palpitações, dispnéia e sudorese. Stuart e Laraia (2002, p.135) enfatizam que “o pânico envolve a desorganização da personalidade e resulta em aumento da atividade motora, diminuição da capacidade de se relacionar com os outros, percepções distorcidas e perda do pensamento racional”.

⁷ Tricomonicida, amebicida, antibacteriano.

⁸ Antibacteriano tópico.

Conforme o DSC, algumas participantes revelaram:

“Tive Síndrome de pânico e desenvolvi ansiedade. Parece que quando a ansiedade, o nervosismo, a tristeza, a preocupação vêm, eu [...] compenso na comida e eu sei que não é bom, que eu poderia me controlar, mas é mais forte do que eu. A cirurgia veio para controlar isso, mas ainda sou compulsiva.”

A ansiedade é a resposta emocional da apreensão associada a sentimentos de incerteza e desesperança, experimentada subjetivamente e comunicada de forma interpessoal. A ansiedade se expressa através de alterações fisiológicas e/ou funcionais ou por meio de formação de sintomas ou mecanismos de adequação, como forma de defesa. A ansiedade origina-se do medo da desaprovação interpessoal e da rejeição. As pessoas com auto-estima baixa estão particularmente vulneráveis ao desenvolvimento da ansiedade elevada. A ansiedade produz sentimentos de impotência, que, por sua vez, aumentam o conflito vivido (STUART; LARAIA, 2002).

A ansiedade é desencadeada através de dois fatores precipitantes, os quais se originam a partir de fontes internas ou externas, que podem ser divididas em duas categorias: “*as ameaças à integridade física*, as quais incluem a incapacidade fisiológica iminente ou a capacidade diminuída de realizar as atividades cotidianas; e *as ameaças à auto-estima* sugerem o perigo para a identidade da pessoa, para sua auto-estima e funcionamento social integrado.” (STUART; LARAIA, 2002, p.140).

Comer demais significava, inconscientemente, um meio de diminuir ansiedade, insegurança, tensão, preocupação, indecisão; de aliviar frustração, privação; de expressar hostilidade, negação ou repressão; de diminuir sentimentos de inferioridade, culpa, mesmo que fosse a culpa por comer demais e controlar a ansiedade. Como os processos da fome e da saciedade estão relacionados com a capacidade volumétrica do estômago, com a redução desse órgão através da cirurgia, há mais saciedade e menos fome. Os processos digestivos dependem de quanto se come e da qualidade do alimento. A sensibilidade gástrica é muito maior após a cirurgia. Portanto, parece que a ansiedade sentida pelas participantes da pesquisa é conseqüente da redução alimentar que a gastroplastia impõe e da dificuldade encontrada na adesão ao protocolo nutricional (STUART; LARAIA, 2001).

O ideal de beleza feminina centrado na magreza é parte integrante dos transtornos alimentares. Na cultura ocidental, ser magra significa ter competência, sucesso, autocontrole e ser atraente sexualmente. Vindo de encontro a esses valores, as dietas restritivas e cirurgias plásticas transmitem a ilusão de que o corpo é infinitamente maleável. Uma vez que o ideal de

magreza proposto é uma impossibilidade biológica para a maioria das mulheres, a insatisfação corporal tem se tornado cada vez mais comum. Assim sendo, o contexto sociocultural e os fatores que modulam seu impacto em cada indivíduo têm lugar assegurado na gênese dos transtornos alimentares (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002; SILVA, 1999; SILVA, 2004).

Nessa perspectiva, Silveira e Gualda (2003, p.48) ressaltam que

a preocupação contemporânea com a beleza, apesar de já se estender até os homens, atinge majoritariamente mulheres de classes média e alta, constituindo-se em prazer organizador central do tempo e do espaço de muitas mulheres, convertidas em pessoas orientadas para o social, centrando-se na auto-modificação. A disciplina rigorosa pode chegar a casos extremos por meio da inscrição dolorosamente literal no corpo, quando da mulher em conseqüência, desenvolve distúrbios alimentares mais comuns no tempo atual – a anorexia e a bulimia.

Urge lembrar que a imagem corporal relaciona-se às percepções atuais e passadas, assim como os sentimentos sobre tamanho, função, aparência e potencial; e a auto-estima é o julgamento que o indivíduo faz de seu próprio valor, com base no grau de ajuste do próprio comportamento ao ideal de *self* (STUART; LARAIA, 2001).

Nesse sentido, parece que o medo de voltarem a serem gordas é a causa das participantes da pesquisa ficarem ansiosas e permanecerem suscetíveis aos ataques de pânico. Isso leva a crer que as pacientes que se submeteram à gastroplastia continuam no Círculo Vicioso do Comportamento Obeso, cuja dinâmica psíquica revela que a dificuldade em tolerar frustrações é amenizada pela grande ingestão alimentar, que leva a um alívio de tensão interna, causada pela situação desestabilizadora. Ao comer, compensa-se essa desestabilização psicológica, reestabelecendo o pseudo ‘equilíbrio interno’.

Nessa perspectiva, a valorização do próprio corpo proporciona sentimentos de preservação e proteção do mesmo. Nesse sentido, a imagem corporal, a aparência e o autoconceito positivos estão relacionados. Quanto mais se aceita e se gosta do próprio corpo, mais seguro e livre de ansiedade se sente. Desse modo, quanto mais se aceita o corpo, maior o sentimento de alta auto-estima (VASQUES, MARTINS; AZEVÊDO, 2004).

Diante do exposto, Franques (2003) enfatiza que a obesidade exercia um papel de proteção dos reveses da vida, ou seja, sem ela deixou-se de ver, passivamente, a vida ‘passar pela janela’ e agora, participante e ativa, está muito mais exposta física e emocionalmente às

atividades que muitas vezes levam a questões sexuais ou de competitividade, às quais não estavam acostumadas, gerando ansiedade e angústia.

Nesse sentido, Morgan; Vecchiatti e Negrão (2002) destacam que a privação alimentar leva a alterações físicas e psicológicas, sendo que muitas características dos pacientes com transtorno alimentar são resultado – e não causa – do ciclo vicioso desencadeado pela desnutrição. Atualmente, a restrição alimentar desencadeia episódios de compulsão alimentar, ou ainda, pensamentos obsessivos sobre comida, reforçando a necessidade inicial de controle. Na restrição alimentar, o estado de desnutrição gera alterações neuroendócrinas que podem contribuir para a manutenção dos vários sintomas da doença.

De acordo com os autores supracitados, fatores psicológicos, interpessoais e culturais também atuam perpetuando o transtorno alimentar. Não se podem esquecer os aspectos reforçadores produzidos pelo sucesso em controlar o peso – tão valorizados culturalmente – em indivíduos que costumam vivenciar sentimentos de baixa auto-estima e sensação de falta de controle sobre a própria vida.

A tabela abaixo descreve fatores mantenedores dos transtornos alimentares.

Tabela 2 – Fatores mantenedores dos transtornos alimentares

Fisiológicos	Privação alimentar favorece episódios de compulsão alimentar; Episódios de compulsão alimentar interferem no metabolismo da glicose e insulina.
Psicológicos	Privação alimentar desencadeia pensamentos obsessivos sobre comida e maior necessidade de controle.
Culturais	Magreza vista como símbolo de sucesso

FONTE: MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002

Diante dos aspectos negativos descritos no texto, vale salientar a importância do tratamento psicológico dos pacientes pós gastroplastia no sentido de eliminar as causas da ansiedade, pois mesmo após cirurgia alguns indivíduos não são capazes de aderir as recomendações e para compensar a angústia, tristeza e outros sentimentos, não conseguem deixar o hábito de comer exageradamente o que se denomina de “fome psicológica”. Outras pessoas desenvolvem a síndrome do pânico e ficam apavoradas quando comem, o que pode levar a outros transtornos como a anorexia, que exige também um tratamento psicológico.

Considerando que a qualidade de vida das pessoas não se restringe apenas ao aspecto físico, mas implica na realização psicológica, social além de outros aspectos, os pacientes que

se submetem a gastroplastia devem ser tratados holisticamente, no sentido de tornar o indivíduo tão saudável e útil quanto possível, gerando a possibilidade de se sentir bem consigo e com os outros.

Questão 2. *O que a cirurgia bariátrica mudou no seu cotidiano, no que se refere ao padrão*

2ª IDÉIA CENTRAL
Mudança positiva após a fase de adaptação
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Mudança nos hábitos alimentares: comia totalmente errado, hoje em dia, procuro mais alimento de qualidade. Como fruta, verdura, legumes, leite desnatado, adoçante, pão integral, produtos de soja, o que precisa é questão de disciplina; mudança na mastigação: além de comer pouco, tenho que comer bem mastigado, Controle alimentar: aprendi a me alimentar, pois eu não tinha controle, porque cabeça de gordo é eternamente gordo. Não tenho vontade de comer; No meu caso, a única coisa que mudou foi me barrar com relação ao doce, porque toda vez que como doce e mais um pouquinho, me sinto mal; O limite do estômago, quando é grampeado põe esse limite em você, é como se a partir daquele momento, você começasse a ter controle sobre sua vida e é esse o grande gancho da obesidade. Por que sem esse controle, o obeso não se controla na comida; A qualidade de vida é a alimentação. Eu não vejo nada negativo na cirurgia na minha vida, só vejo coisas positivas. A felicidade é tão grande, que a comida já não é mais importante. Você passa a ser seletiva de uma forma natural. Eu costumo dizer: drástico é tá gordo! Drástico é você tá correndo o risco de um infarto. Além de ter o risco da saúde física, você tá morto-vivo; mentalmente você tá uma pessoa sofrida. É melhor tá magro e feliz do que gordo e infeliz e não se cuidando, ou tomando remédio pra doenças que já vem com a obesidade. Todo obeso é muito corajoso; Por isso considero a cirurgia como a segunda chance que Deus me deu pra uma nova vida.

Quadro 4 – Idéia central e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes da pesquisa, em resposta ao questionamento 2.

O DSC que corresponde a idéia central 2, aponta aspectos positivos com relação ao pós-operatório com depoimentos de participantes do estudo que obedeceram ao rigor alimentar necessário para o sucesso da cirurgia.

O aspecto nutricional é muito importante no sentido de repor as perdas de elementos essenciais para a vitalidade do corpo e mente desses pacientes. É oportuno destacar o trecho do DSC como segue:

“Comia totalmente errado, hoje em dia, procuro mais alimento de qualidade. Como fruta, verdura, legumes, leite desnatado, adoçante, pão integral, produtos de soja, o que precisa é questão de disciplina.”

Cruz e Morimoto (2004, p.265) ressaltam que “um bom entendimento das mudanças da capacidade e função gástrica e das restrições dietéticas é decisivo para um ótimo resultado após a cirurgia”. O cardápio de alimentos específicos de introdução é apresentado ao paciente,

na consulta nutricional, a fim de garantir a compreensão do paciente sobre a capacidade gástrica no pós-operatório, sobre desconfortos fisiológicos potenciais e conseqüências que podem ser experimentadas se o protocolo não for seguido. A responsabilidade do paciente no auto-cuidado é pontuada significativamente nessa fase. Nesse contexto, vale destacar o trecho do DSC:

“Mudança na mastigação: além de comer pouco, tenho que comer bem mastigado, Controle alimentar: aprendi a me alimentar, pois eu não tinha controle, porque cabeça de gordo é eternamente gordo; tem que tá o tempo todo se policiando. Não tenho vontade de comer.”

Cruz e Morimoto (2004) explicam que o objetivo do aconselhamento nutricional no período pré-operatório é aumentar o potencial sucesso no pós-operatório e promover perda ponderal inicial. Assim, reforça-se a percepção do paciente acerca da importância de que a perda de peso só é possível quando o balanço energético torna-se negativo. Identificam-se, desse modo, erros e transtornos alimentares, promovendo expectativas reais de perda ponderal, preparando o paciente para a alimentação específica no pós-operatório e, por fim, verificando o potencial do paciente para o sucesso da cirurgia. Desse modo, o DSC salienta:

“O limite do estômago, quando é grampeado põe esse limite em você, é como se a partir daquele momento, você começasse a ter controle sobre sua vida e é esse o grande gancho da obesidade. Por que sem esse controle, o obeso não se controla na comida.”

A partir do DSC, pode-se inferir que o sucesso da cirurgia bariátrica decorre de uma parceria entre o recomendado pelo nutricionista e o cumprimento das dietas pelos pacientes cirurgiados.

A dieta que consta no protocolo nutricional é de consistência líquida, oferecidas em horários regulares, respeitando o volume, que não deve ultrapassar 50 ml por refeição, a fim de não provocar náuseas e vômitos. A dieta padronizada para o primeiro e o segundo dias de alimentação após a cirurgia tem como objetivo facilitar o trânsito digestivo e o posterior esvaziamento gástrico, além de impedir que resíduos possam aderir à região grampeada, sendo oferecidos líquidos coados (CAMBI; MARCHESINI, 2003).

È oportuno conhecer um modelo de protocolo nutricional pós gastroplastia como refere a literatura estudada. O quadro abaixo descreve um protocolo de dieta para os dois dias de pós-operatório em regime de internação hospitalar.

Quadro 5 – Dieta padronizada para o período de internação
Primeiro dia de dieta pós-gastroplastia

Horário	Alimento	Quantidade	Kcal
8h	Chá de ervas com adoçante <i>diet</i>	50 ml	1
10h	Suco de laranja coado e sem adoçar	50 ml	32
12h	Sopa líquida restrita	50 ml	25
14h	Suco de maracujá com adoçante <i>diet</i>	50 ml	9
16h	Gelatina <i>diet</i>	50 ml	15
18h	Sopa líquida restrita	50 ml	25
20h	Suco de laranja coado e sem adoçar	50 ml	32
Segundo dia de dieta pós-gastroplastia			
Horário	Alimento	Quantidade	Kcal
8h	Leite desnatado sem açúcar	50 ml	18
10h	Gelatina <i>diet</i>	50 ml	15
12h	Sopa liquidificada coada	50 ml	25
14h	Chá de ervas adoçado com 1 colher (sobremesa) de açúcar	50 ml	1
16h	Pudim <i>diet</i> sem calda	50 ml	20
18h	Sopa liquidificada	50 ml	25
20h	Suco de laranja coado	50 ml	32

FONTE: CRUZ; MORIMOTO, 2004.

No pós-operatório, durante as consultas, é enfatizada a atenção constante quanto à mastigação, para que o alimento se torne pastoso na boca; também é importante não consumir maior quantidade de alimentos do que a recomendada, ou seja, 50 ml de duas em duas horas de alimentos líquidos e coados durante a primeira semana, 100 ml de alimentos pastosos durante a segunda semana e 150 ml ou 3 colheres de sopa de alimentos sólidos durante a terceira semana, a fim de evitar complicações, como: vômitos ou obstrução esofageana, e de fazer as refeições em ambiente calmo, tranqüilo e nunca apressadamente. Recomenda-se um cuidado especial na primeira refeição. Caso o paciente se sinta satisfeito antes de consumir a quantidade indicada, é orientado a não forçar, evitando vômitos (CRUZ; MORIMOTO, 2004).

A ingestão de carne é aconselhada, devido ao seu alto teor protéico, entretanto, se não for mastigada corretamente, pode ocasionar mal-estar gástrico ou obstrução esofagiana, com possível deslizamento do anel, o qual constitui uma complicação no pós-operatório recente, deixando o paciente impossibilitado de deglutir.

O DSC menciona que a administração de complementos vitamínicos é realizada como forma de tratar a anemia e preveni-la. No entanto, esse tratamento tem duração prolongada e isso causa certo desconforto as participantes da pesquisa, devido ao regime que terão que fazer ao longo da vida.

A falta de elaboração da carne no cardápio diário de forma a torná-la facilmente tolerável ou que seja mastigada sem dificuldades, ressalta Marchesini (2003), é o que leva os pacientes a abandonarem o seu uso.

Neste sentido, consideramos vários aspectos positivos da cirurgia bariátrica, conforme denota o DSC, cuja importância se respalda na reeducação alimentar, passando o indivíduo a mudar seus hábitos e conseqüentemente obtendo uma melhor qualidade de vida. Livre da compulsão alimentar, bem como do desgaste sofrido por ser obeso, no decorrer de sua trajetória de vida, resgatando a auto estima o que proporciona mais vontade de viver socialmente como podemos evidenciar no trecho abaixo.

“A qualidade de vida é a alimentação. Eu não vejo nada negativo na cirurgia na minha vida, só vejo coisas positivas. A felicidade é tão grande, que a comida já não é mais importante.”

Questão3. Fale sua vivência após ter se submetido à cirurgia bariátrica, no que diz respeito à sua vida social.

IDÉIA CENTRAL
Possibilidade de maior socialização
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Me sociabilizou mais, porque tinha vergonha e não tinha ânimo de sair de casa, tinha medo de sair , porque primeiro analisava as cadeiras, pra saber se ia caber, pra entrar ou, então, agüentar o meu peso. O ônibus? Tinha medo de ficar engasgada na roleta; Me achava feia, pesada; Já me senti discriminada várias vezes na rua: as pessoas ficam apontando, cochichando, xingando ou chacoteando você com apelidos ou sinônimos de gordo; A cirurgia resgata esse sentimento de não mais marginalidade, de não mais estar à margem do social, não mais ser tão diferente;A cirurgia me trouxe de volta: agora, eu tenho vida social! Estou mais participativa, Hoje, sinto prazer de sair. Não tenho esse medo de entrar em nenhum ambiente; Voltei a freqüentar barzinho; Passo o dia todinho fora e não tenho hora pra voltar; Sou mais solicitada pra festa, recebo mais convites. Sempre tive muita vontade de viajar; é uma das coisas que eu tenho feito ultimamente e acho que o peso atrapalhava realmente; Namoro mais; não sabia que isso era tão bom! Estar mais magra é estar mais feliz socialmente eu estou mais integrada; Estou feliz porque eu posso ser normal e igual a todo mundo, querendo viver mais e mais[...]aproveitar o tempo perdido; Minha qualidade de vida melhorou 100%.

Quadro 6 – Idéia central e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes da pesquisa, em resposta ao questionamento 3.

A idéia central revela através do DSC que as participantes do estudo tiveram maior socialização depois que se submeteram à gastroplastia, visto que após grande perda ponderal, deixaram de ser acometidas por sentimento de vergonha que emergia através de dois aspectos: o peso, ou seja, a massa corporal e o aspecto visual. O ser humano tem tendência a satisfazer sempre o outro, cuja opinião é carregada de ditames a serem seguidos.

O DSC evidencia a vergonha pelo corpo exageradamente grande, que as mulheres percebiam enquanto obesas, através do medo de olhar-se no espelho, e como mecanismo de defesa, evitavam mostrar o corpo excluindo-se socialmente como denota o trecho:

“Me achava feia, pesada; porque tinha vergonha e não tinha ânimo de sair de casa, a cirurgia resgata esse sentimento de não mais marginalidade, de não mais estar à margem do social, não mais ser tão diferente.”

La Teille (apud MOREN; POLATO; MACHADO, 2006) descreve alguns aspectos concernentes entre o sentimento de vergonha e o corpo:

*O sentimento de vergonha estabelece-se através do julgamento do Outro (juízo alheio);

*O sentimento de vergonha direciona ao seu portador uma tristeza que se encontra associada à idéia de censura pelos outros e desencadeia sentimentos de culpa, de ridicularização e humilhação originados no psiquismo de seu portador.

Portanto, não se pode deixar sucumbir ao dinamismo do sentimento de vergonha, entendendo-o apenas, em sua correspondência com os controles externos. Não obstante, o impulso de juízos de si são os juízes mais severos, que inflingem as maiores penas, no que se refere ao sentimento de vergonha, ou seja, o mesmo pressupõe um auto-controle: quem sente vergonha julga a si próprio.

Freud (apud LAPLANCHE; PONTALIS, 1998) salienta que o sentimento de vergonha é resultado de uma força repressora e punitiva advindas da pessoa, através do julgamento de si própria, isto é, a autocensura. Quando uma pessoa demonstra sentimento de vergonha, a mesma tem a finalidade de ocultar alguma deficiência, seja biológica seja psicológica.

Emerge do DSC justamente esse sentimento de vergonha que permeava toda a existência do ser obeso, que sofria com os olhares discriminatórios e preconceituosos impostos pela sociedade e pelos padrões culturais de beleza que idolatram o corpo magro como sendo belo.

Nessa época, em que existe a preocupação pela ‘uniformização’ do corpo, como esbelto, esguio, o obeso mórbido enfrenta problemas em relação à aceitação do corpo e ao fato de se perceber gordo ou ser gordo evidente no trecho do DSC a seguir:

“Estar mais magra é estar mais feliz socialmente eu estou mais integrada; Estou feliz porque eu posso ser normal e igual a todo mundo, querendo viver mais e mais [...] Aproveitar o tempo perdido; Minha qualidade de vida melhorou 100%.”

A discriminação que as participantes da pesquisa sofriam era tão intensa que, por reação, as mesmas se isolavam e expressavam a não volição de sair de casa. O medo de serem observadas de forma diferente dos demais, de serem agredidas, de serem alvo de piadas ou achincalhos era tão grande que preferiam não serem vistas para não serem expostas a eventuais agressões. Dentro desses reflexos, percebe-se que é esse sentimento de vergonha que permeava as participantes da pesquisa. Isso fazia com que as mesmas se isolassem em meio ao sofrimento psíquico, deixando de participar, ativamente, do meio social como descrito no trecho abaixo:

“Já me senti discriminada várias vezes na rua: as pessoas ficam apontando, cochichando, xingando ou chacoteando você com apelidos ou sinônimos de gordo.”

Zottis e Labronici (2003) consideram que a pressão e o julgamento que a sociedade pós-moderna exerce sobre os padrões estéticos são predominantes para a exclusão social.

Constata-se, através do DSC, que a percepção de si enquanto corpo obeso encontrava-se alterada devido à imagem corporal negativa. Devido a isso, as participantes da pesquisa sentiam-se como se o ‘seus mundos’ não pudessem coexistir com a realidade, levando-as a lançar mão de mecanismos de defesa que as faziam sofrer, tais como a negação e o isolamento.

Felippe (2003, p.30) enfatiza que o “isolamento adocece, à medida que, na sua complexidade, o ser humano perde a capacidade de sonhar e de ter esperanças em uma cidade, em um mundo que traga lucidez e consciência”.

Evidencia-se no DSC, que um dos motivos que privavam os sujeitos da pesquisa de irem a locais públicos era por temerem que as cadeiras, por serem muito estreitas e frágeis para comportar uma pessoa pesada, não os acomodassem ou quebrassem, deixando-os passíveis de vergonha e constrangimento.

Observa-se que o receio de ser colocada numa situação humilhante e estragar algo devido ao excesso de peso leva a pessoa a não sair de casa, a não visitar amigos. Provavelmente, a vergonha que se sente em quebrar o móvel de alguém é menor pelo fato de

tê-lo quebrado do que pelo motivo que causou tal dano, isto é, a maior vergonha é pelo fato de ser muito gorda, pesar muito, enquanto que se ‘poderia’ pesar menos e não correr o risco de passar por uma situação tão constrangedora (GONÇALVES, 2004).

O olhar dos outros parece incomodar aqueles que são obesos, pois a pessoa gorda chama atenção, é vista com ‘outros olhos’, diferentemente dos demais, servindo, inclusive, como referencial.

Em nosso meio social, o obeso não se enquadra no padrão de normalidade estética, nem pela ciência, muito menos pela sociedade. Os padrões de cultura estética contemplam o saudável, aqueles que são bonitos ou ‘normais’, que, segundo Goffman (apud ALMEIDA, 2005), são pessoas que apresentam um corpo magro. O obeso mórbido é considerado desviante desses padrões, por isso torna-se estigmatizado e ainda mais, desacreditado, pois seu problema ou sua diferença física é um estigma visível. Aqui, vale salientar que o estigma é a relação existente entre atributos (depreciativos) e estereótipos.

Nesse sentido, Felipe (2003) ressalta que a exclusão contribui para a impossibilidade de compartilhar, levando a experiência da privação, da recusa, do abandono e da expulsão, caracterizando-se, desse modo, como exclusão social e não pessoal, pois admite discriminação, subalternidade, desigualdade e o não acesso ao público conforme trecho do DSC:

“ [...] tinha medo de sair , porque primeiro analisava as cadeiras, pra saber se ia caber, pra entrar ou, então, agüentar o meu peso. O ônibus? Tinha medo de ficar engasgada na roleta.”

A solidão, a tristeza são sentimentos vivenciados pelos obesos, pois são produtos da exclusão social, em consequência do preconceito, da discriminação, do isolamento e do deboche, vivendo sob a égide da couraça de tecido adiposo que lhe recobre (NOVAES,2007). Tudo isso revela o contexto sócio-cultural, segundo o qual os padrões de beleza exigidos atualmente referem-se ao corpo delineado, robusto, bonito. É nessa cultura de exclusão social, que tem espaço a busca de um lugar na sociedade, objetivo que só pode ser conseguido através de tratamento respeitoso e digno (PATRÍCIO, 1999).

A partir do DSC, há uma confirmação do estigma, do preconceito, da exclusão social, quando os participantes da pesquisa disseram que deixavam de sair de casa, pois eram tratados de forma pejorativa, inclusive, citam os apelidos que mais comumente ouviam: “bujão”, “orca”, “baleia” etc.

Corroborando com o DSC, Almeida (2005, p.83) enfatiza que palavras como ‘balofo’, ‘gordão’, ou ‘rolha de poço’ são exemplos da negatividade de uma determinada identidade quando se refere ao obeso mórbido. “Com esses termos, não estamos descrevendo a compleição corporal do mesmo, mas, ao contrário, estamos inserindo-o em um sistema discursivo que contribui ainda mais para produzir de forma negativa sua identidade social”.

O obeso torna-se, de certa forma, um rejeitado desde muito cedo. É frequentemente vítima de chacotas e seu percurso existencial é marcado por atitudes preconceituosas, humilhações, piedade, hostilidade e uma grande variedade de apelidos pejorativos.

O DSC deixa transparecer que depois da cirurgia e, isto é, depois da importante perda ponderal, as participantes inseridas na pesquisa foram invadidas por um sentimento de encantamento por se sentirem participativas e ativas, deixando evidente a necessidade de estarem inclusas no meio social. Revelaram a vontade lancinante de viver “todo o tempo perdido” e, desse modo, sentir a sensação de liberdade, de plenitude, enfim de se sentir “viva”. Neste sentido ressalta-se abaixo o trecho do DSC:

“Hoje, sinto prazer de sair. Não tenho esse medo de entrar em nenhum ambiente.”

O DSC pontua que houve uma mudança de tratamento das outras pessoas em relação às participantes da pesquisa, o que reflete uma alteração de comportamento relacionada com a aquisição de um novo corpo, que é transmitido ao meio social. Nesse sentido, vale ressaltar o trecho do DSC:

“Sou mais solicitada pra festa, recebo mais convites. Namoro mais; não sabia que isso era tão bom!”

Então, pode-se considerar que os corpos obesos são vistos como indesejáveis e feios para uma apresentação social aceitável, conforme os dados coletados neste estudo.

Questão 4. Fale de sua vida depois da cirurgia bariátrica nos contextos familiar e profissional.

Contexto familiar

1ª IDÉIA CENTRAL
Satisfação familiar e pessoal enquanto mulher
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p>Todo mundo gostou do que eu fiz. Ficaram com medo no começo; todo mundo passava a comer tudo o que eu comia; Todo mundo tá encantado e admirado com o resultado e o quanto perdi de quilos. A minha família está me tendo de volta; antes, eu queria ficar distante das pessoas; Meus pais se sentem muito felizes em me ter hoje, porque eu podia estar morta; Meus filhos, eu noto eles mais felizes, porque todo mundo lá em casa era preocupado com minha saúde; É bom sentir bem; Com relação à sexualidade do gordo[...] as mulheres são mesmo generosas, porque o homem gordo é bem mais aceito do que a mulher gorda; mulher gorda sofre discriminação horrível, em relação à sexualidade, aos humores. Os homens até gostam da pessoa, mas têm vergonha, porque os amigos vão mamar. Então, isso foge do padrão do que o social impõe pra que você tenha como namorado ou que você seja uma pessoa desejável, atraente. Eu sei que hoje, eu tenho mais possibilidade de seduzir. Na vida afetiva mudou tudo: facilidade de se relacionar, ser pedida em namoro, ser pedida em casamento, enfim ser amada, me sentir mais mulher. Esse é o complemento que tava faltando, talvez era isso que eu buscava no alimento; Tudo ficou bom sem aquele monte de gordura que me cobria e me fez ficar longe de um monte de coisa que eu estou sabendo aproveitar agora; No meu caso, casei, tive 2 filhos; No meu caso, só em poder ter uma filha e melhorar tudo e ter um marido, que me ama, do jeito que eu amo; Antes, ele me procurava, mas muito pouco. Hoje a gente sai; ele não tem vergonha de tá comigo. Não tenho vergonha de trocar de roupa na frente de meu marido, até na vida íntima da gente tava diferente.</p>

Quadro 7 – Idéia central e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes da pesquisa, em Resposta ao questionamento 4.

O DSC mostra com clareza que as participantes inseridas na pesquisa eximem-se de ser tocadas fisicamente ou de ser vistas quando gordas por seus maridos, contribuindo para a insatisfação das relações sexuais. Através das nuances do discurso, verifica-se que elas se denigrem frequentemente, rejeitam e envergonham-se de seus corpos, sentindo-se pouco à vontade em sua intimidade, pela falta de auto-estima evidenciada no trecho abaixo:

“Com relação à sexualidade do gordo [...] as mulheres são mesmo generosas, porque o homem gordo é bem mais aceito do que a mulher gorda que sofre discriminação horrível, em relação à sexualidade, aos humores.”

De uma forma geral, quem está muito acima do peso ideal tem dificuldades de se relacionar sexualmente com outra pessoa. O caminho para o relacionamento sexual saudável passa pela sedução. Se a mulher está insatisfeita com o próprio corpo, não se sente bonita e atraente; se a auto-estima está baixa, evita o contato com outras pessoas, reduzindo as chances

de uma vida sexual positiva. E é nesse momento que a mulher obesa mórbida, sentindo-se inadequada, troca o prazer sexual pelo prazer da comida, agravando ainda mais o problema. Portanto, mais do que uma questão estética, é preciso que esteja consciente que a perda de peso é imprescindível para uma vida saudável.

Nesse sentido, vale destacar que os sentimentos de inferioridade, insuficiência e vergonha estão relacionados com a obesidade mórbida. Portanto, esses sentimentos e a obesidade associados justificam todos os fracassos em relações interpessoais que o obeso tem, podendo ser usados como forma de racionalização, a fim de evitar qualquer contato adicional com as pessoas e situações ameaçadoras. Nessa conjuntura, a comida exerce seu papel de mitigar tensões, despertadas por qualquer motivo.

Desse modo, pode-se considerar que a obesidade mórbida está vinculada à emoção, sendo a alimentação mecanismo de defesa usado, inconscientemente, na busca de alívio de tensão, ou seja, ao sentir ansiedade, saudade, medo ou quaisquer tipos de emoções, o obeso volta a comer. Vale enfatizar que não há diferenciação entre fome emocional e orgânica.

O DSC das participantes da pesquisa expressa que as mesmas, sentiam-se sexualmente indesejáveis, e, por causa desse sofrimento emocional, evitavam lidar com avanços sexuais, necessários às suas intimidades sexuais. A obesidade mórbida permite que as participantes da pesquisa evitem o problema de ter que lidar com sua sexualidade denotado no DSC a seguir:

“Os homens até gostam da pessoa, mas têm vergonha, porque os amigos vão mamar. Então, isso foge do padrão do que o social impõe pra que você tenha como namorado ou que você seja uma pessoa desejável, atraente.”

Segundo Merleau-Ponty (1994), a ambigüidade do existir se funde especialmente na sexualidade, resgatando, de certa forma, a afetividade como ‘centro’ e sentido de nossa experiência. As participantes inseridas na pesquisa percebiam-se obesas e enfrentavam situações relacionadas à sexualidade, as quais as impediam de se expressarem enquanto sexuais e sedutoras, nas relações com o outro sexo, de maneira a estabelecerem-se como um ser-no-mundo.

Nesse sentido, Anaruma (2002) acerca da sexualidade e do prazer como indicativos, no que se refere à obesidade, diz que a comida já é por si um prazer. No entanto, ela pode ser transformada numa substituição do prazer sexual. A ingestão alimentar excessiva relaciona-se ao prazer sexual de diversas formas: pode estar relacionada a uma resposta contra insatisfações sexuais; pode ser uma forma de esconder os desejos sexuais ou está sob a égide de esquivar-se do sexo.

Nota-se que depois da perda ponderal, as participantes da pesquisa passaram a aceitar seu corpo, portanto, há permissão para uma vida sexual mais saudável como denota o DSC:

“Eu sei que hoje, eu tenho mais possibilidade de seduzir. Na vida afetiva mudou tudo: facilidade de se relacionar, ser pedida em namoro, ser pedida em casamento, enfim ser amada, me sentir mais mulher. Esse é o complemento que tava faltando.”

Franques (2003, p.78) reafirma o DSC quando destaca que “o corpo que até então era ‘ignorado’, passa a estar em evidência e se torna alvo de observações e elogios”.

O DSC deixa transparecer que a família exerceu papel fundamental no pré e pós-operatórios, representando fonte de apoio social como segue:

“A minha família está me tendo de volta; antes, eu queria ficar distante das pessoas; Meus pais se sentem muito felizes em me ter hoje; Meus filhos, eu noto eles mais felizes, porque todo mundo lá em casa era preocupado com minha saúde.”

A família influencia e é influenciada pela saúde dos seus membros e mostra ainda que, em cuidados primários de saúde, é fundamental reavaliar o contexto de saúde e doença no sistema familiar. Engel (apud RIBEIRO, 2007) situa a doença no centro de um contexto mais amplo que implica múltiplos sistemas.

Sendo imprescindível a participação da família no processo, esta é a fonte principal das crenças e tipos de comportamentos relacionados com a saúde; as tensões que sofre através de seu ciclo evolutivo podem manifestar-se como sintomas, os quais podem ser a expressão de processos adaptativos do indivíduo mantidos pelos comportamentos familiares. A família constitui um adequado recurso de apoio e suporte para a abordagem da doença.

O foco principal do cuidado assistencial está no seio familiar, mas se deve entender a pessoa como entidade biológica e emocional, explorando os fatores familiares e o modo como estes poderão interferir no binômio saúde/doença.

Ribeiro (2007) apresenta um modelo desenvolvido que permite organizar, de uma forma lógica, a investigação sobre famílias e o impacto na saúde e o sistema de saúde através das seguintes categorias:

*Promoção da saúde e prevenção da doença : relaciona a família com os estilos de vida. Esta categoria refere-se a comportamentos que mantêm a família com determinados níveis de saúde e de bem-estar;

*Vulnerabilidade e início da doença: relaciona o papel dos acontecimentos de vida com as experiências familiares que tornam os seus elementos vulneráveis à doença ou que

proporcionam o risco de recaída ou um novo surto de uma doença crônica. A idéia essencial é de que a alguns elementos familiares possam ficar doentes;

*O significado familiar do adoecer: diz respeito aos valores e crenças existentes na família sobre a doença e o adoecer. Avalia-se a percepção que a família tem do episódio de doença e o papel da família na decisão da procura da ajuda do profissional de saúde. Perante o episódio de doença, a família lhe atribui significado que pode estar mais ou menos distante do recurso aos cuidados de saúde, e em função disso, podem procurar ou não o apoio médico;

*A resposta familiar à fase aguda da doença: diz respeito à reação, à adaptação imediata da família a um diagnóstico de uma doença em seu elemento;

*A adaptação à doença e à reabilitação: refere-se à reorganização familiar em torno de um paciente com uma doença crônica ou com uma incapacidade, e à readaptação após a recuperação.

Os comportamentos alimentares e a obesidade também têm relação com os comportamentos familiares. Vários estudos comprovam que o envolvimento dos parceiros em dietas preconizadas contribui e tem um efeito positivo na redução e manutenção de peso em longo prazo.

Nesse sentido, o DSC ressalta que quando as participantes inseridas na pesquisa decidiram se submeter à cirurgia bariátrica, o processo de decisão envolveu a família inteira, pois o núcleo familiar estava sendo afetado, no que diz respeito aos problemas de saúde.

As participantes da pesquisa relataram que os familiares as apoiaram em seus períodos pós-operatórios, partilhando as mesmas dietas e ingerindo as mesmas quantidades de calorias, incluindo a preparação de refeições, a administração de medicamentos e os cuidados diários. Desse modo, percebe-se que os familiares são ainda a maior fonte de apoio emocional e suporte social o que afirma o DSC:

“Todo mundo gostou do que eu fiz. Ficaram com medo no começo; todo mundo passava a comer tudo o que eu comia; Todo mundo tá encantado e admirado com o resultado e o quanto perdi de quilos.”

Nesta categoria, podemos perceber o quanto a família é importante para a decisão das participantes da pesquisa. Ela constitui-se no suporte principal de apoio para qualquer pessoa nas mais diversificadas situações. Especificamente nesta situação vivenciada por essas mulheres, a família decide junto, auxilia na reabilitação, promove a auto estima sendo o elo mais importante para que estas pacientes pós gastroplastia melhorem suas qualidade de vida.

Contexto profissional

1ª IDÉIA CENTRAL
Maior disposição, segurança e melhor estado de humor.
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Na vida profissional, não podia andar daqui pr'ali, que sentia logo dores nas pernas, nos joelhos, ficava com dor na coluna, puxando o fôlego, toda suada, por causa do excesso de peso; Hoje, sou outra pessoa completamente diferente, tenho mais disposição, menos cansaço, meu esforço físico melhorou; Até pra estudar melhorou, porque com a gordura ficava mais preguiçosa e mais sonolenta; Hoje, não paro, sou decidida; Você ganha a auto-estima e segurança também, porque perdi o estigma de gorda, da marginalidade, da perda de controle; Eu tô bem humorada, não fico tão ranzinza, já não vejo tanto defeito como via, estou elogiando mais, mais condescendente, mais paciente, fico numa boa, tento resolver os problemas, ajudar as pessoas, estou com mais ânimo; qualidade de vida na vida profissional é ter saúde para realizar [...] suas tarefas. É se sentir útil, ter a chance de mostrar que é capaz, [...], ter prazer de trabalhar,[...] é ser valorizada e ser reconhecida;Com relação à vida profissional, na época da obesidade, uns empregos que você vai, o pessoal já lhe olha assim; se tiver um gordo e um magro, com certeza, ninguém vai avaliar seu currículo, vai querer o do magro; Já senti isso na minha vida antes, já fui pra uma seleção, que tenho certeza que fui eliminada por conta da obesidade, você sente, a pessoa não precisa lhe dizer; Se sentir mais ativa é maravilhoso e quero melhorar a cada dia; Depois da perda de peso, fiquei [...] melhor pra trabalhar, pegar outro emprego, não ficar naquela coisa só parada [...] melhorou bastante com relação a isso.

Quadro 8 – Idéia central e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes da pesquisa, em resposta ao questionamento 4.

O DSC das participantes inseridas na pesquisa deixa transparecer que, enquanto obesas, sentiam dificuldades nas atividades laborais em decorrência do excesso de peso que impõe limitações como transcrito a seguir:

“Na vida profissional, não podia andar daqui pr'ali, que sentia logo dores nas pernas, nos joelhos, ficava com dor na coluna, puxando o fôlego, toda suada, por causa do excesso de peso.”

Vale destacar que, além das condições físicas limitadas, as participantes inseridas na pesquisa revelaram a insatisfação frente ao preconceito e segregação relacionados à aquisição de um emprego ou seleção de profissionais.

Existe uma convicção de que os obesos são ‘menos ativos, menos inteligentes, menos populares, mal sucedidos, menos atléticos’, e de que, no âmbito profissional, são ‘menos competentes, menos produtivos, desorganizados, indecisos, inativos, de pouca iniciativa, menos agressivos, pouco perseverantes, mentalmente lentos, auto-indisciplinados, além de faltarem ao trabalho, por motivo de saúde. Conseqüentemente, a probabilidade de ser

contratado para um emprego e de ter ascensão social torna-se cada vez maior, de acordo com as perspectivas do profissional obeso mórbido. Nesta perspectiva destaca-se o trecho do DSC:

“Com relação à vida profissional, na época da obesidade, uns empregos que você vai, o pessoal já lhe olha assim; se tiver um gordo e um magro, com certeza, ninguém vai avaliar seu currículo, vai querer o do magro.”

Urge destacar que trabalhar significa construir e ampliar relações prazerosas, aprimorar o autoconhecimento e redesenhar constantemente a identidade, além de ser um caminho para a dignidade humana.

No que se refere ao contexto profissional, Polito (2001) revela que, além dos avanços nos campos de sua técnica, organização, estrutura e desempenho de tarefas, a obesidade mórbida é um dos pontos de maior impacto frente às relações pessoais e à execução da atividade laboral. Essas variáveis, em conjunto com o aporte cultural das organizações em geral, acabam interferindo na qualidade de vida do profissional, tornando-o ponto convergente de discriminação e preconceito.

Desse modo, Polito (2001) destaca que não se pode negar que as modificações na visão de produtividade trouxeram melhorias ao ambiente e à organização do trabalho, contribuindo para uma maior participação e envolvimento nas decisões, por parte do profissional. Em contrapartida, um impacto psicossomático foi inevitável, pois a corrida por uma produção desenfreada culminou na demanda por um profissional altamente qualificado.

Considerando o ambiente de trabalho, observa-se a existência de uma contínua busca por qualidade de vida, principalmente no que se refere à construção das identidades pessoal e social, as quais se configuram como questão essencial à saúde psicoafetiva e social do profissional. Nesse sentido, vale salientar o trecho do DSC de uma das participantes da pesquisa:

“Depois da perda de peso, fiquei [...] melhor pra trabalhar, pegar outro emprego, não ficar naquela coisa só parada [...] melhorou bastante com relação a isso.”

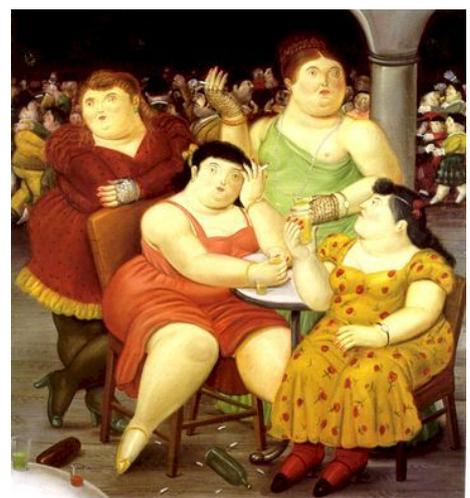
O DSC evidencia a importância do ambiente do trabalho por ser um suporte essencial à conquista da qualidade de vida das participantes inseridas na pesquisa, desejosas de que este pudesse funcionar corroborando com suas capacidades e ser acolhedor de suas limitações, em vez de fomentador da exclusão e do estigma.

Nessa perspectiva, vale destacar o trecho abaixo de uma das participantes da pesquisa, quando revela que:

“Qualidade de vida na vida profissional é ter saúde para realizar [...] suas tarefas. É se sentir útil, ter a chance de mostrar que é capaz, [...], ter prazer de trabalhar,[...] é ser valorizada e ser reconhecida.”

Nesse sentido, o DSC expressa que a cirurgia bariátrica propiciou melhora na qualidade de vida, relacionada ao contexto profissional, deixando-as mais ativas, dispostas, seguras, confiantes, menos indolentes. Nesse intercurso, percebe-se que O DSC evidencia o resgate da autonomia, ou seja, a capacidade de exercer seu papel social com dignidade, e a partir disso ser merecedora de reconhecimento.

Após o estudo com as mulheres que se submeteram a cirurgia bariátrica, podemos afirmar que a obesidade é na realidade uma dificuldade em todos os aspectos essenciais para a manutenção de uma boa qualidade de vida, porque esta implica na vida pessoal, na vida profissional, nas relações familiares, na sexualidade, enfim denota que o processo de socialização do indivíduo fica prejudicado. Considerando o DSC e a literatura estudada, a cirurgia bariátrica tem pontos positivos e negativos e o sucesso do pós operatório se respalda prioritariamente na reeducação alimentar.



FONTE: <http://atuleirus.weblog.com.pt>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na cultura ocidental, a beleza feminina é muito cultuada e a mídia estabelece padrões e quem não se adequa fica à margem da esfera social. Esse estigma é vivenciado pelas pessoas obesas mórbidas que são consideradas inaptas para determinadas atividades laborais e/ou sociais.

A dificuldade do obeso mórbido decorre da compulsão pela comida, ou seja, escamoteia-se a ansiedade, mostrando que o problema extrapola a dimensão física. O psicológico da pessoa obesa incorpora preconceitos nos mais variados espaços de convivência.

Neste estudo, o DSC permitiu conhecer a vivência das mulheres que se submeteram à gastroplastia. Os dados permitiram formar idéias centrais, considerando a problemática que elas enfrentaram em vários domínios da qualidade de vida, respondendo aos questionamentos e objetivos deste trabalho. Essas categorias foram: elevação da auto estima e bem estar psicológico; promoção de bem estar físico; mudança negativa no pós-operatório imediato; mudança positiva após fase de adaptação; possibilidade de uma maior socialização; satisfação familiar e pessoal enquanto mulher; e maior disposição, segurança e melhor estado de humor.

Com relação à elevação da auto-estima, observou-se, através do DSC, que, a partir da gastroplastia, muitos ganhos foram concretizados como o fato de se achar mais mulher, vestir roupas de sua preferência, leveza nas atitudes diárias, tornar-se mais sensual além de outros atributos que contribuem para que a mulher se sinta bem consigo, aumentando assim o bem estar psicológico. O DSC mostrou que são indissociáveis o físico e o psicológico e que os dois mantêm dependência um em relação ao outro. Por isso, a integralidade ‘corpo e mente’ deve ser considerada pelo profissional de saúde.

Na promoção do bem estar físico, o DSC mostrou que a cirurgia promove maior disposição para o auto cuidado, bem como para o desenvolvimento de atividades ora impedidas pela obesidade mórbida. Ainda se consideraram as doenças que se oportunistam no indivíduo que tem a obesidade mórbida. Mais do que uma condição física, a obesidade mórbida é um estado comprometedor da saúde física. Pela descompensação orgânica as doenças se aportam, as taxas metabólicas se elevam, comprometendo todo o organismo com interferência nos vários segmentos do corpo humano, como: mobilidade, ventilação, sono, repouso, enfim em todas as necessidades humanas básicas necessárias para a manutenção de uma qualidade de vida saudável.

Como tudo na vida e em todo procedimento que não é “natural” no ser humano, a gastroplastia demanda aspectos positivos e negativos, principalmente na fase de adaptação, ou seja, no pós-operatório imediato. Mudar hábitos não é fácil para quem passou anos de vida seguindo uma determinada regra. Nesse sentido, um fato negativo evidenciado no DSC, foi a mudança na quantidade, na qualidade e na consistência da alimentação, bem como a flacidez dos tecidos e a necessidade de outros tratamentos pós gastroplastia. As mudanças positivas repousam na observância da reeducação alimentar, e principalmente, nos efeitos produzidos inicialmente a curto prazo. Verifica-se que no início do pós-operatório, a perda ponderal é significativa, e isso gera satisfação pessoal e estimula a continuidade do tratamento.

A possibilidade de uma maior socialização é uma das vantagens da gastroplastia e repercute na vida afetiva, na vontade de se mostrar ao outro como uma pessoa “normal”. Isto implica que o obeso mórbido se considera uma pessoa anormal, que foge do convívio social por não ser bem aceito. Com o objetivo de se sentir igual às demais pessoas de seu convívio social, o indivíduo que se submete à gastroplastia sente efetivas melhoras em sua qualidade de vida.

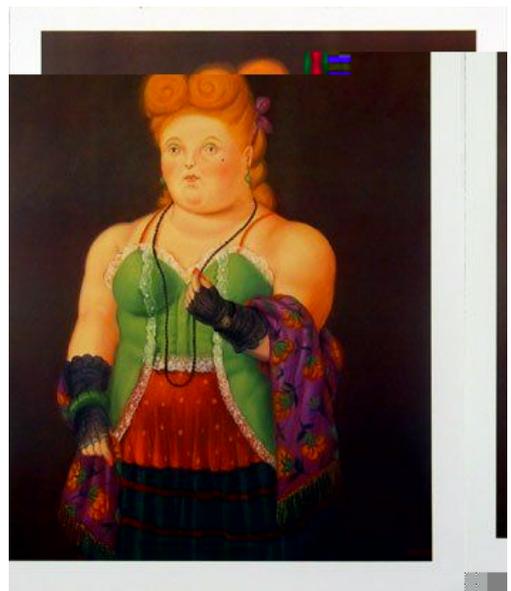
Relacionada à satisfação familiar e enquanto mulher, o DSC mostrou quanto é importante a participação e incentivo da família na decisão de realizar a gastroplastia, bem como no processo de reabilitação. Verificou-se que, no início, a família sente receio de conseqüências negativas, mas, depois do procedimento realizado, ela é realmente um suporte essencial. Melhorando convívio familiar, conseqüentemente melhora a qualidade de vida do indivíduo. Vale ressaltar que a paciente e a família devem ser informadas antes do procedimento das conseqüências positivas e negativas do pós-operatório.

Maior disposição, segurança e melhor estado de humor foram evidenciados no DSC das participantes do estudo, em decorrência da perda de peso. Com a perda ponderal, verifica-se melhoria do desempenho, a respiração melhora; o cansaço diminui, gerando a possibilidade da paciente executar tarefas que antes lhe eram dificultadas pelo excesso de gordura. Ainda a acessibilidade ao trabalho foi evidenciada pelas participantes do estudo, e a segurança é considerada como uma auto-afirmação para o ser humano. A falta de segurança em si promove a instabilidade emocional com repercussões negativas no humor.

Após a realização deste trabalho, a pesquisadora embora tenha sentido dificuldades na busca de literatura sobre o tema, considerou-o relevante cuja contribuição para o ensino e para pesquisa é evidente. Este trabalho proporcionou um novo olhar para as pessoas que se submetem a esse tipo de procedimento, ao mesmo tempo, gerou conhecimentos para o

desenvolvimento do cuidar e a elaboração de outros trabalhos que venham complementar esta pesquisa.

A gastroplastia é uma possibilidade de solução para milhões de pessoas que sofrem de obesidade mórbida, mas não podemos esquecer que existem exigências a serem cumpridas pelas pacientes que se submetem ao procedimento e que nunca é tarde para realizar o sonho de ser magra, eliminar doenças, ser mais mulher, mostrar-se ao outro como se deseja, mesmo com todos os sacrifícios, enfim, melhorar a qualidade de vida e ser feliz com sua posição no mundo como ser humano.



FONTE: <http://www.postercheckout.com>

REFERÊNCIAS

ADES, L.; KERBAUY, R. R. Obesidade: realidades e indagações. **Revista de psicologia da USP**, São Paulo, v.13, n. 01, 2002 Disponível em: <[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 26 abr. 2005.

ALMEIDA, G. A. N.; LOUREIRO, S. R.; SANTOS, J. E. dos. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliadas através do desenho da figura humana. **Revista psicologia: Reflexão e Crítica**, São Paulo, v.01, n.02, p.283-292, 2002 Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 04 jan. 2006.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua discussão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.

ALMEIDA, R. J de. **Corpo, gastroplastia e reconstrução identitária em mulheres na cidade de Goiânia**. Goiânia, 2005. 140f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Goiás – Goiás, 2005.

ANARUMA, S. M. **Aspectos psicológicos da obesidade**. VII CONGRESSO DE PSIQUIATRIA CLÍNICA, 2002 Disponível em <<http://www.sppc.med.br/mesas/silviamaria.html>>. Acesso em: 14 maio 2007.

AUN, R. Prevenção e tratamento dos fenômenos tromboembólicos. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

BARROSO, F. L.; ALONSO, A. D. S.; LEITE, M. A. Complicações cirúrgicas intra-operatórias e do pós-operatório recente. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

BERTI, L. V.; OLIVEIRA, M. R. de.; GARRIDO JR., A . B. Gastroplastia vertical com bandagem. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

BERTONCELLO, K. C. G. **Qualidade de vida e a satisfação da comunidade do paciente após a laringectomia total**: construção e validação de um instrumento de medida. 2004. 206f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

CABRAL, M. D. Tratamento clínico na obesidade mórbida. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

CAMBI, M. P. C.; MARCHESINI, J. B. Acompanhamento clínico, dieta e medicação. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

CAMPAGNOLO, C. de Q.; BEATRIZ, K.; PRATEADO, L.M.; DI LASCIO, R. G.; HELLER, D. C. L. **A influência do acompanhamento psicológico na visão dos cirurgões bariátricos na cidade de Curitiba**. Curitiba, 2004 Disponível em < <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0247.pdf> >. Acesso em: 26 abr. 2006.

CARLINI, M. P. **Avaliação nutricional e de qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.** Florianópolis, 2001. 87f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

CASALNUOVO, C. A. **Centro de cirurgia da obesidade.** Disponível em <http://www.obesidademorbida.com>. Acesso em 31 jan. 2008.

CERCATO, C.; SILVA, S.; SATO, A.; MANCINI, M.; HALPERN, A. Risco cardiovascular em uma população de obesos. **Arq. Brás. Endocrinol. Metab.** v. 44, n.1, p.45-48, fev. 2000 Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v44n1/11703.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2007.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia.** São Paulo: Ática, 2005.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações.** Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisas em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 2005.

CORDÁS, T. A. Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória: A-participação do psiquiatra. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade.** São Paulo: Atheneu, 2003.

COSTA, M. S.; SILVA, M. J. da. Tendências da temática qualidade de vida na produção científica de enfermagem. **Revista Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n.02, p.208-211. mar/abr. 2004.

COUTINHO, W. F.; BENCHIMOL, A. K. Obesidade mórbida e afecções associadas. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade.** São Paulo: Atheneu, 2003.

COUTINHO, W. Consenso Latino Americano de Obesidade. **Arq. Brás. Endocrinol. Metab.** Rio de Janeiro, p. 1999. Disponível em <<http://www.abeso.org.br/pdf/consenso.pdf>> Acesso em: 06 jun. 2006.

CRUZ, M. R. R.; MORIMOTO, I. M. I. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. **Revista Nut.**, Campinas, v.17, n. 02, p.263-272, abr./jun, 2004 Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v17n2/21139.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2006.

DEMO, P. **Educação e qualidade.** São Paulo: Papirus, 2002.

DUCHESNE, M.; ALMEIDA, P. E de M. Terapia cognitivo-comportamental dos distúrbios alimentares. **Revista Bras.Psiquiatr.** São Paulo, n.24, suppl.3, p.143-147, 2002 Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 13 jun. 2006.

FANDIÑO, J.; BENCHIMOL, A. K.; COUTINHO, W. F.; APPOLINÁRIO, J. C. Cirurgia bariátrica: aspectos clínicos-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista de psiquiatria.**, v.26, n.01, jan/abr., 2004. Disponível em <<http://www.abeso.org.br>>. Acesso em: 14 abr. 2006.

FARIA, O. P.; PEREIRA, V. A.; GANGONI, C. M. C.; LINS, R. D.; LEITE, S.; RASSI, V.; ARRUDA, S. L. de M. Obesos mórbidos tratados com gastroplastia redutora com *bypass*

gástrico em Y-de-Roux: análise de 160 pacientes. **Revista Brasilmédica**, v. 39, n. 01, p.26-34. 2002 Disponível em < <http://www.ambr.com.br>>. Acesso em: 16 abr. 2006.

FELLIPE, F. **Obesidade zero**. Porto Alegre: Sulina, 2003.

FERNANDEZ, M. L. A.; ALVAREZ, B. M. A. **Obesidad y cirugía bariátrica: implicaciones anestésicas**. Nutr. Hosp. v.19, n.1, p.34-44, jan/fev. 2004 Disponível em <http://revistas.unipar.br/saude/article/view/620/537>. Acesso em 31 jan. 2008.

FERREIRA, M. C.; MELO FILHO, M. P.; WADA, A. Cirurgia plástica pós-cirurgia bariátrica. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G. SANTOS, L.; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v.1, n.1, p.19-27, abr.1999.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (Whoqol -100): características e perspectivas. **Cad. Ciênc. Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.19-27, Rio de Janeiro, 2000.

FONTES, J. B. O corpo e a sua sombra. In: SOARES, C. **Corpo e história**. Campinas, SP: Autores associados, 2004.

FORGERINI, E. Hospital Israelita Albert Einstein lança Centro de Excelência em Cirurgia Bariátrica. dez. 2007 Disponível em <http://www.segs.com.br/index2.php>. Acesso em 06 fev. 2008.

FRANQUES, A. R. M. Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória B – participação do psicólogo. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

FREIRE, M. C. A. O corpo reflete o seu drama-somatodrama. O visível e o invisível. Biografia sensível de um corpo. In: CONVENÇÃO BRASIL LATINO AMÉRICA, CONGRESSO BRASILEIRO E ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. 1., 4., 9., Foz do Iguaçu. **Anais...Centro Reichiano**, 2004. CD-ROM. Disponível em < <http://www.centroreichiano.com.br/artigos/anais/Ma.Cristina.A.Freire.pdf> >. Acesso em 14 abr. 2006.

GARRIDO JR., A.B. Cirurgia em obesos mórbidos – experiência pessoal. **Arq. Brás. Endocrinol. Metabol.** v.46, n.05, p.106-110, fev. 2000 Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/abem/V44n1/11712.pdf> >. Acesso em: 04 fev. 2007.

GARRIDO JR., A. B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003(a).

GARRIDO JR., A. B.; OLIVEIRA, M. R. de; BERTI, L. V.; ELIAS, A. A.; PAREJA, J. C.; MATSUDA, M.; GAMA-RODRIGUES, J. J. Derivações gastrojejunais. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo, 2003(b).

GARRIDO JR, A. B. **Obesidade em questão**. Blue Life News. Disponível em <<http://www.bluelife.com.br>>. Acesso em: 18 de abr. 2006.

GARRIDO, T.; MALUF FILHO, F.; SAKAI, P. O papel da endoscopia na cirurgia bariátrica. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

GÁSPARI, J. C. De; SCHWARTZ, G. M. Adolescência, esporte e qualidade de vida. Universidade Estadual Paulista. **Revista esporte e qualidade**: Motriz, v.07, n. 02, jul-dez. 2001 Disponível em <<http://www.rc.unesp.br/ib/efisica/matriz/0702/gaspari.pdf>>. Acesso em 12 de dez. de 2006.

GONÇALVES, C. A. O 'peso' de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero. **Mneme – Revista Virtual de Humanidades**, v.05, n.11, jul/set. 2004 Disponível em <<http://www.seol.com.br/mneme>>. Acesso em 14 abr. 2006.

HALPERN, A. Fisiopatologia da obesidade. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

HALPERN, Z. S. C.; RODRIGUES, M. D. B.; COSTA, R. F. Determinantes fisiológicos do controle do peso e apetite. São Paulo, **Revista de Psiq.Clin.** v.31, n.04, 2004 Disponível em <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n4/199.html>>. Acesso em: 13 jun. 2006.

ILIAS, E. J. Conseqüências fisiológicas, psicológicas e metabólicas da cirurgia bariátrica. **Rev. Assoc. Méd. Brás.** v.53, n.2, 2007 Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n2/04.pdf>> Acesso em: 25 jul. 2007.

IGLESIAS, R. B. **Qualidade de vida de alunos trabalhadores que cursam a graduação de enfermagem**, 2002. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

JACOB FILHO, W. Envelhecimento e qualidade de vida. **Rev. Bras. de Nutr. Clin.**, v.18, n.1, p.177-183, jan/mar. 2003 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rn/v18n1> . Acesso em 31 jan. 2008.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

KEPPE, M. A. da R. Acompanhamento psicanalítico do paciente com sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida. **Revista de Transpsicanálise**, 2005 Disponível em <<http://www.transpsicanalise.com.br/Artigo Científico 1 - obesidade. pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2007.

KLUTHCOSVSTY, A. C. G. C. **Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná**. Ribeirão Preto, 2005. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Paulo, 2005.

KRUSE, M. H. L. Anatomia: a ordem do corpo. **Revista Bras. Enferm.**, Brasília. v.57, n.1, p.79-84, jan/fev., 2004.

LAPLANCHE, J. **Laplanche e Pontalis: dicionário de psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul, RS: Educs, 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O sujeito que fala. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.10, n.20, p.517-24, jul/dez 2006.

LENTZ, R. A.; COSTENARO, R. G. S.; GONÇALVES, L.H.T.; NASSAR, S. N. O profissional e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. **Rev. Latino-amer.de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.4, p.7-14, ago. 2000.

LOPES JR., C.; ROMANEK, R. M.; MIRANDA, M. M. de; POSSO, I. de P. Anestesia e analgesia pós-operatória em obesos mórbidos. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

MAHAN, K.; SCOTT-STUMP, S. **Krause**: alimentos, nutrição e dietoterapia. São Paulo: Rocca, 2002.

MALHEIROS, C. A.; FREITAS JR., W. R. de. Obesidade no Brasil e no mundo. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

MANCINI, M. C. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** São Paulo, v.45, n.06, p.70-74 dez. 2001 Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/aben/v45n6/a13v45n6.pdf>>. Acesso em 13 jun.2006.

MANCINI, M. C. Noções fundamentais – diagnóstico e classificação da obesidade. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

MANCINI, M. C.; HALPERN, A. Tratamento farmacológico da obesidade. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** v.46, n.05, p.497-513 out., 2002 Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v46n5/13395.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2007.

MARCHESINI, J. B.; MARCHESINI, J. C. D. Insucesso terapêutico, complicações tardias e reoperações. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

MARCHESINI, J. B.; MARCHESINI, J. C. D.; MARCHESINI, S. D.; CAMBI, M. P. C.; FRARE, R. de C.; STROBEL, R. Derivações biliopancreáticas com gastrectomia distal (operação de Scopinaro) e gastrectomia vertical com preservação do piloro (duodenal Switch de Hess e Marceau). In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

MARCHESINI, J. C.; SALLET, J. A.; PAIVA, D. S. Balão intragástrico. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

MARCHESINI, S. D. Distúrbios psíquicos e obesidade. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

MARCHESINI, S. D. **Aspectos psicológicos da obesidade mórbida** Disponível em <<http://www.symbolon.com.br/artigos/aspectopsico.htm>>. Acesso em: 26 abr. 2005.

MARQUES, L. Z. **Qualidade de vida em pacientes portadores de obesidade mórbida submetidos à gastroplastia vertical com banda com derivação em Y de Roux**. 2005. 89f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Oeste de Santa Catarina, 2005.

MARTTA, A. K. Pensando sobre obesidade...**Cadernos da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, n.106, set. 2002 Disponível em < <http://www.apoa.com.br>> Acesso em 12 jun. 2007.

MATIELLI, J. D.; FERRAZ, E. M.; ARRUDA, P. C. L.; FERRAZ, A. A. B.; MARTINS, A. C. A. M.; GARRIDO JR.; A. B. Rotina pré-operatória: exames clínicos e preparo. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

MATIELLI, J. D.; BERTI, L. V.; OLIVEIRA, M. R. de; GARRIDO JR., A. B. Adolescência e gestação após a cirurgia bariátrica. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MICHENER, H. A.; DELAMATER, J. D.; MYERS, D. J. **Psicologia social**. São Paulo: Pioneira/Thompson Learning, 2005.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Revista ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.05, n.01, 2000 Disponível em < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 26 abr.2005.

MORGAN, M. C.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRÃO, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Bras. Psiqu.** São Paulo, v.24, suppl.23, dez. 2002 Disponível em: < <http://www.scielo.com.br/pdf/rbp/v24s3/13966.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2007.

MORENO, B. S.; POLATO, A. L.; MACHADO, A. A. O aluno e seu corpo nas aulas de educação física: apontamentos para uma reflexão sobre a vergonha e a mídia. **Revista Movimento e percepção**. Espírito Santo de Pinhal, SP, v.06, n.08, jan/jun. 2006.

NASSER, D.; ELIAS, A. A. Indicação de tratamento cirúrgico da obesidade grave. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

NEGRÃO, A. B.; LICINO, J. Leptina: o diálogo entre adipócitos e neurônios. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** São Paulo, v. 44, n. 03, p. 205-216, jul. 2000 Disponível em <<http://www.scielo.Br/pdf/abem/v44n3/10926.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2006.

NOVAES, J. de V. Ser mulher, ser feia, ser excluída. Rio de Janeiro, 2007 Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0237.pdf>>. Acesso em 12 de jun. de 2007.

OLIVEIRA, V. M. de; LINARDI, R. C.; AZEVEDO, A. P. de. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Revista de psiquiatria clínica**. São Paulo, 2004, v. 31, n. 04, p.199-201 Disponível em <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n4/199.html>>. Acesso em: 26 abr. 2005.

PAISANI, D. de M.; CHIAVEGATO, L. D.; FARESIN, S. M. Volumes, capacidades pulmonares e força muscular respiratória no pós-operatório de gastroplastia. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.31, n.02, p. 125-32. 2005 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v31n2/24342.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2006.

PAREJA, J. C.; PILA, V. F. Mecanismos de funcionamento da restrição gástrica, da derivação gastrojejunal e das derivações intestinais e biliopancreáticas. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003(a).

PAREJA, J. C.; PILLA, V. F. Pós-operatório: cuidados e medicação. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003(b).

PATRÍCIO, Z. M. Qualidade de vida do ser humano na perspectiva de novos paradigmas: possibilidades éticas e estéticas nas interações ser humano- natureza-cotidiano-sociedade. In: PATRÍCIO, Z. M.; CASAGRANDE, J. L.; ARAÚJO, M. F. Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: PCA, 1999.

PAULA, A. L. Derivação biliopancreática videolaparoscópica com gastrectomia vertical e prevenção do piloro (Duodenal switch). In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLITO, F. M. **O significado da obesidade na qualidade de vida do trabalhador obeso: vivendo preconceitos e buscando reconhecimento**. Florianópolis, 2001. 100f. (Dissertação de Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina) Florianópolis – SC.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática clínica e prática hospitalar**. São Paulo: Santos, 2001.

PUGLIA, C. R. Indicações para o tratamento operatório da obesidade mórbida. **Rev. Assoc. Bras.**, 2004; v.50, n.2, p. 109-26 Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20760.pdf>>. Acesso em 04 fev. 2007.

QUEIROZ, C. M. B.; SÁ, E. N. C.; ASSIS, M. M. A. Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana. **Cad. Ciência e Saúde Coletiva**. v.9, n.2, p.715-722. abr./jun., Rio de Janeiro, 2004.

RASERA JR., I.; SHIRAGA, E. C. Informações ao paciente e seu consentimento. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

REIS, A. C. S.; SANTOS, A. V. dos; MENDONÇA, C. N.; CASTRO, D. S. de; HURTADO, J. R. E. Aspectos psicossociais pré e pós-cirúrgicos do paciente obeso mórbido submetido à gastroplastia. Disponível em <<http://www.prapp.ufu.br/revistaelectronica/edição2005/vida/2005/aspectos.pdf>> Acesso em 14 de abr. de 2006.

RIBEIRO, C. Família, saúde e doença. O que diz a investigação. **Revista Port. Clin. Geral.** v.23, 2007 Disponível em <<http://www.apmcg.pt/document/71479/889984.pdf>>. Acesso em 12 de jun. de 2007.

RIBEIRO, E. M.; RIBEIRO, N. do S.; VILA, V. da S. C.; TAVARES, S. do S. F. Obesidade severa e cirurgia bariátrica: o último recurso, a solução do problema. **Recenf- Revista Tec. Cient. Enferm.**, v.01, n.03, maio/jun. Curitiba, 2003.

SANTOS, I. M. dos ; FÓFANO, M. Características dos pacientes submetidos à cirurgia *bypass* gastrojejunal Y-de-Roux (Fobi-Capella) e avaliação da perda de peso. V Seminário de atualização e avaliação do estágio em nutrição. Hospital Municipal de Ipanema. Rio de Janeiro, 2007 Disponível em <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/res-v-semnut-mi-pdf>> . Acesso em 04 de fev. de 2007.

SARTRE, J. P. **O ser e o nada.** Ensaio de ontologia fenomenológica. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

SEGAL, A. Seguidos dos aspectos psíquicos. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade.** São Paulo: Atheneu, 2003.

SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Revista Brás. Psiquiatria**, São Paulo, 2002, v. 24, Supl. III, p.68-72 Disponível em <<http://www.abeso.org.br>>. Acesso em: 13 de abr. de 2006.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004. v.20, n.2, p. 580-588, mar-abr. Disponível em <<http://www.scielo.org.pdf.usp/v20n2/27>>. Acesso em: 13 abr. de 2006.

SILVA, A. A. da; SCARPELLI, L. M. B.; BITTENCOURT, P. F.; REIS, F. S.; AZEVEDO, L. R.; PRADO, L. S.; CAETANO, L. de A. Projeto de apoio à pessoa portadora de obesidade mórbida. In: do 8º Encontro de Extensão da UFMG. **Anais...** Belo Horizonte, 03 a 08 de out. 2005 Disponível em <<http://www.ufmg.br>>. Acesso em: 26 abr. 2005.

SILVA, A. M. Elementos para compreender a modernidade do corpo numa sociedade racional. **Cadernos Cedes**, ano 19, n.48, ago, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v19n48/v1948a02.pdf>> . Acesso em 14 de abr. de 2006.

SILVA, A. M. A natureza da *physis* humana: indicadores para o estudo da corporeidade. In: SOARES, C. **Corpo e história.** Campinas, SP: autores associados, 2004.

SILVA, M. P. da; JORGE, Z.; DOMINGUES, A.; NOBRE, E. L.; CHAMBEL, P.; CASTRO, J.J. Obesidade e qualidade de vida. **Acta Med. Port.**, 2006. v.19, n.3, p. 247-250 Disponível em <<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/3/247-250.pdf>>. Acesso em 31 de jan.2008.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organ. rurais agroind.**, Lavras, v.7, n.1, p.70-81, 2005 Disponível em:

<www.dae.ufla.br/revista/2005/2005_1/revista_v7_n1_jan-abr_2005_6.pdf>. Acesso em 04 abr. 2007.

SILVEIRA, M. F. de A.; GUALDA, D. M. R. **Mulher, corpo e cuidado**: um ritual de encantamento para a prática de enfermagem. Campina Grande: EDUEP, 2003.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SPINK, M. J. **Tópicos do discurso sobre risco**: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. Cad. Saúde Pub., v.17, n.6, p.277-311, jun.2001.

STUART; G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica**: princípios e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2001.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002.

TINOCO, R. C.; TINOCO, A. C. de A. A via laparoscópica em cirurgia bariátrica. In: GARRIDO JR. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

TONETO, M. G.; MOTTIN, C. C.; REPETTO, G.; RIZZOLLI, J.; MORETTO, M.; BERLEZE, D.; BRITO, C. L.; CASAGRANDE, D.; COLOSSI, F. Resultados iniciais do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida em um centro multidisciplinar. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, 2004, v. 48, n. 01, p.16-21, jan-mar. Disponível em <<http://www.amrigs.com.br>>. Acesso em: 14 de mar. de 2006.

TRAVADO, L.; PIRES, R.; MARTINS, V.; VENTURA, C.; CUNHA, S. Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise psicológica* (2004), 3(XXII): 533-550 Disponível em <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a10.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2006.

VASQUES, F.; MARTINS, F. C.; AZEVÊDO, A. P. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, 2004, v.31, n.04, p.195-198. Disponível em <<http://www.hcnet.usp.br/irp/revista/vol31/n4/199.html>>. Acesso em: 29 abr. 2004.

ZOTTIS, C.; LABRONICI, L. M. O corpo obeso e a percepção de si. Curitiba – PA (Universidade Federal do Paraná - Recorte de Trabalho de Conclusão de Curso) Curitiba, 2003. 19f. Disponível em <<http://calvados.c3sl.ufpr/ojs2/index.php/cogita/article/view/article/1665/0-7k>>. Acesso em: 14 abr. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE - A

FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA:

IDADE:

SEXO:

ESCOLARIDADE:

ESTADO CIVIL:

TEMPO DE CIRURGIADO:

RENDA FAMILIAR:

PESO ANTERIOR:

PESO ATUAL:

01. O que a cirurgia bariátrica proporcionou para melhorar sua qualidade de vida?
02. O que a cirurgia mudou no seu cotidiano, no que se refere ao padrão alimentar?
03. Fale sua vivência após ter submetido à cirurgia bariátrica, no que diz respeito à vida social.
04. Fale sua vivência após ter submetido à gastroplastia, relacionado aos aspectos familiar e profissional.

APÊNDICE – B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado Senhor,

Sou enfermeira, estudante do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Nível Mestrado, da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB; e pretendo realizar um estudo com a finalidade de investigar a vivência de mulheres que se submeteram à gastroplastia, o que possibilitará uma maior compreensão do paciente submetido à cirurgia bariátrica para os profissionais de saúde. Solicito sua colaboração para realizar uma entrevista e solicito a sua autorização para publicar em revistas científicas. Com relação a sua participação, me comprometo em manter o seu nome em sigilo, bem como os dados confidenciais a serem apresentados e também aceitar a livre do senhor em aceitar ou participar ou não do estudo, respeitando o seu direito de desistir em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o senhor. Informo-lhe que esta investigação não trará nenhum risco. Comprometo-me, ainda, dispor os resultados do referido estudo, caso seja de seu interesse. Estou à disposição para algum esclarecimento, que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração o que tornará possível à realização desse estudo.

Diante o exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Participante da pesquisa

Responsável pela pesquisa

Testemunha

Glenda Agra
End: Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Fone: 3216.7109

ANEXOS

ANEXO - A
TESTE DE ENTENDIMENTO AOS PACIENTES CANDIDATOS À CIRURGIA DA
OBESIDADE MÓRBIDA

Este exame é realizado para mostrar a seu cirurgião que você entendeu as informações discutidas com ele. Se você responder qualquer questão incorretamente, isso alertará seu cirurgião a rever e rediscutir o assunto com você e, posteriormente, quando o cirurgião estiver satisfeito com seu entendimento, refará o teste. Caso faça o teste novamente, usando o mesmo questionário, favor datar e assinar sua alteração na resposta.

Todas as questões são Certo/Errado. Por favor, circule somente a resposta que julgar correta.

Certo/Errado 1. Há outras cirurgias disponíveis para a obesidade mórbida além da indicada pelo meu cirurgião.

Certo/Errado 2. O grampeamento do estômago e as costuras intestinais *nunca* abrem e resultam em infecções ou vazamentos.

Certo/Errado 3. Coágulos nas pernas ou pelve podem suceder da cirurgia da obesidade. Estes coágulos podem se desprender e se encaminhar para os pulmões, causando uma sensação de falta de ar e dor no peito.

Certo/Errado 4. Poucos meses após a cirurgia da obesidade, o paciente é capaz de comer e beber *qualquer* coisa que ele deseja e em qualquer quantidade.

Certo/Errado 5. A cirurgia da obesidade garante ao paciente a perda de peso após a cirurgia.

Certo/Errado 6. Diabetes, pressão alta, dores musculares ou doenças similares *sempre* melhoram após a cirurgia da obesidade.

Certo/Errado 7. Existe a possibilidade de necessitar de cuidados intensivos no hospital (UTI), por um tempo curto ou longo, após a cirurgia da obesidade.

Certo/Errado 8. Algumas vezes a reoperação é necessária devido a sangramento, hérnias, úlceras, aberturas dos “grampos cirúrgicos”, fístulas, obstrução dos intestinos ou estômago e outras causas.

Certo/Errado 9. Esta operação para obesidade implica acompanhamento periódico com médico por toda a vida e outras cirurgias caso necessitar.

Certo/Errado 10. Após a cirurgia da obesidade, o paciente precisa tomar suplementos vitamínicos por toda a vida.

Certo/Errado 11. Após esta cirurgia, nunca serei capaz de engolir (esmagado ou mastigado) os comprimidos novamente.

Certo/Errado 12. A cirurgia da obesidade não é um procedimento grande ou de risco.

Certo/Errado 13. Algumas vezes os pacientes vomitam bastante após a cirurgia da obesidade.

Certo/Errado 14. Após a cirurgia da obesidade, tendo alta hospitalar, o paciente deve obedecer rigorosamente às instruções médicas.

Certo/Errado 15. Nenhum paciente apresenta depressão após a cirurgia.

Certo/Errado 16. Os pacientes ficam totalmente satisfeitos nas 48 horas após a cirurgia da obesidade.

Certo/Errado 17. Foi garantido que eu perderia peso depois desta cirurgia de gastroplastia.

Certo/Errado 18. Após a cirurgia, posso apresentar cólicas abdominais e diarreias especialmente após comer determinados alimentos ricos em gorduras e açúcares.

Certo/Errado 19. No Brasil, aproximadamente um paciente em cem, morre devido esta cirurgia.

Certo/Errado 20. Por dez semanas da cirurgia da obesidade, o paciente não poderá comer nenhuma comida sólida.

Certifico que fiz o teste sozinho(a) sem qualquer ajuda nas respostas deste questionário durante o exame.

Local e data

PACIENTE:

EXAMINADOR:

FONTE: GARRIDO JR., 2003.

ANEXO - B
TERMO DE CONSCIENTIZAÇÃO DAS CONSEQÜÊNCIAS DA CIRURGIA DA
OBESIDADE

A cirurgia da obesidade é uma cirurgia de grande porte e é realizada apenas por motivos estritos em pacientes obesos mórbidos, com pouquíssimas exceções. Seu cirurgião se reserva o direito de interpretar essas razões e indicar ou contra-indicar a cirurgia baseado no julgamento clínico.

Há muitas cirurgias viáveis para pacientes obesos mórbidos, incluindo o grampeamento do estômago (gastroplastia vertical) restrição gástrica com bandagem (bandagem gástrica), combinação de cirurgia restritiva e mal absorptiva (gastroplastia vertical em Y de Roux), cirurgias estritamente disabsortivas (derivação biliopancreática), colocação de balões no estômago etc. Tentar continuar a perder peso através de dieta e não operar também é possível.

Muitos pacientes foram bem-sucedidos, mas não há garantia de qualquer benefício desta cirurgia. Para cada benefício em potencial, tais como melhora na diabetes, hipertensão arterial ou lombalgias etc., podem ocorrer falhas. Alguns pacientes obesos têm problemas respiratórios enquanto dormem. O problema respiratório nem sempre melhora depois de perder peso.

É esperado uma perda de peso, após um ano da cirurgia, de pelo menos 1/3 ou 1/2 do peso inicial do paciente. Isto acontece na maioria dos pacientes, mas alguns não perdem peso ou ganham seu peso de volta. Mesmo a cirurgia da obesidade bem-sucedida, somente funciona como auxílio à perda de peso e não é algum tipo de magia ou garantia. O paciente deve cooperar e fazer mudanças no seu estilo de vida, com pequenas refeições diárias, cortando os lanches, bebendo quase todos os líquidos sem calorias, comendo vagarosamente, e fazendo outras mudanças nos hábitos de comer e beber.

Quase todos os cirurgiões que fazem a cirurgia da obesidade têm complicações uma hora ou outra. Todo paciente tem um risco real para uma ou mais complicações. Não há garantias que uma complicação séria não venha ocorrer em qualquer caso. As mais freqüentes e sérias complicações que podem ocorrer são:

- Infecção de parede, cavidade corporal (abdominal ou tórax), pulmões (pneumonia, por exemplo).
- Inflamação ou infecção desses órgãos: pâncreas (pancreatite), estômago (gastrite ou úlcera gástrica), esôfago (esofagites com dor no peito, queimação etc), fígado (hepatite), vesícula biliar (colecistite, cálculos), rim (pielonefrite, insuficiência renal, nefrite), bexiga (cistite), duodeno (duodenite, úlcera duodenal).
- O baço pode sangrar durante a cirurgia e precisar ser removido. Isto pode aumentar seriamente o risco de infecção pós-operatória.
- Insuficiências dos órgãos como coração, rins, fígado, pulmões podem ocorrer após a cirurgia da obesidade.
- Coágulos das veias dos membros inferiores, pelve ou qualquer outro lugar do corpo podem se formar e chegar aos pulmões, causando dificuldades para respirar ou mesmo a morte. Esses coágulos também podem resultar em edema ou ulcerações, temporárias ou permanentes, nas pernas.
- Líquidos do estômago ou intestinos podem sair da cavidade abdominal, de outros órgãos ou através da pele. Pode ocorrer drenagem para uma bolsa por um longo período.

Alterações no paladar e nas preferências alimentares ocorrem com frequência. Muitos pacientes têm dificuldades em comer certos alimentos como carne vermelha, de consumo habitual antes da cirurgia. Algumas vezes após a cirurgia, pode ocorrer intolerância por certas comidas em alguns pacientes.

Alimentos ou líquidos podem não passar pelo reservatório gástrico ou intestino, necessitando de dilatação por instrumentos ou endoscopias (que têm seus próprios riscos). Tubos para alimentação podem ser passados para o estômago, intestinos ou veias, caso o paciente seja incapaz de comer ou beber o suficiente pela boca.

Cirurgia pode ser necessária.

Vômitos, náuseas, distensão abdominal, queimação precordial, diarreias, flatulência e fezes mal cheirosas etc. podem ocorrer com frequência após esse tipo de cirurgia e isto pode ser um problema ao comer certos tipos ou quantidades de comida. De certo ponto de vista, pode ser um benefício desta cirurgia, pois previne a ingestão de certos alimentos e líquidos por medo do vômito e diarreia. Entretanto pode fazer o paciente pensar seriamente em desfazer a cirurgia em certos momentos.

Sangramento do estômago, hérnia, abertura dos grampos cirúrgicos, necessidade de reoperação por estas ou outras razões, complicações de anestesia, problemas psiquiátricos como depressão que precisam de cuidados especializados e internação em clínica psiquiátrica, e também a morte são possibilidades resultantes da cirurgia. A estatística no Brasil mostra que aproximadamente 1% dos pacientes morre após a cirurgia da obesidade.

A reoperação pode ser necessária e nenhum paciente deve se submeter a cirurgia da obesidade se não estiver preparando a aceitar essa possibilidade, caso se torne real.

A internação na UTI pode ser necessária para observação ou tratamento de qualquer complicação que venha ocorrer da cirurgia.

Após meses e anos, qualquer tipo de problema nutricional pode ocorrer, incluindo falta de vitaminas, proteínas, calorias, minerais etc. Sintomas disso podem incluir mal estar, paralisias, confusão, exantemas, anemias, queda de cabelo, problemas de ossos ou articulações, ferimentos que c 12.0000 1 Tf 12.00000 0 0 12.00000 430.898 cs 0 0 0 1 Tf 12-1.0(,)-15

Eu li tudo acima, que foi descrito pelo meu cirurgião. Eu entendi este material, os riscos, as possíveis complicações, outras escolhas e os benefícios possíveis da cirurgia da obesidade, bem como a cirurgia que meu cirurgião recomenda para o meu caso.

Assinando esta declaração, eu estou demonstrando que li e aceitei todos os termos acima sem qualquer dúvida. Fui encorajado (a) a perguntar todas as questões, sendo todas bem respondidas, e entendi todas as respostas.

Local e data

PACIENTE

TESTEMUNHA

FONTE: GARRIDO JR., 2003

ANEXO - C
PROTOCOLO DIETÉTICO E NUTRICIONAL DE OBESOS MÓRBIDOS
SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO: RETORNO

1ª FASE – *fase da alimentação líquida*: esta fase compreende as duas primeiras semanas após a cirurgia e caracteriza-se como uma fase de adaptação. A alimentação é líquida e constituída de pequenos volumes (em torno de 50 ml por refeição) e tem como principal objetivo o repouso gástrico, a adaptação aos pequenos volumes e hidratação. Como consequência da alimentação líquida, a perda de peso chega a 10% em média nos primeiros 30 dias, devendo-se introduzir o uso de complementos nutricionais específicos para evitar carências de vitaminas e de minerais.

ALIMENTOS SUGERIDOS PARA OS PRIMEIROS 15 DIAS

Água sem gás, água de côco, chás claros, sucos naturais não ácidos, sucos artificiais dietéticos, caldo magro de carne de gado ou de ave e verduras – coado, gelatina dietética sem resíduos, iogurte natural desnatado, leite magro desnatado enriquecido com cálcio, café com leite, caldo de feijão, ovos quentes moles com sal, Gatorade, Hiline. É proibido o uso de açúcar para se evitar síndrome de Dumping, que pode desencadear sintomas como náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, rubor e sudorese.

Se houver necessidade de maior aporte protéico nesta fase ou em qualquer outra, deve-se fazer uso de suplementos nutricionais industrializados como Resource Diabetic, Resource Protein, Hiper diet TCM sem sacarose, Caseical, Promod.

A intolerância à lactose pode acontecer em alguns pacientes podendo gerar náuseas, vômitos e diarreia. Nestes casos a lactose deve ser excluída da dieta líquida.

2ª FASE – *fase de evolução de consistência alimentar*: de acordo com a tolerância e as necessidades individuais, a alimentação vai evoluindo de líquida para pastosa com a introdução de preparações liquidificadas, cremes e papinhas ralas. A evolução de cada paciente é variável de forma que a escolha de cada alimento deve ser acompanhada cuidadosamente para evitar desconforto digestivo como dor, náuseas e vômitos. Esta fase tem um tempo de duração diferente para cada indivíduo, porém, em média, dura em torno de 15 dias.

3ªFASE – *fase da seleção qualitativa e mastigação exaustiva*: passado o primeiro mês após a cirurgia, inicia-se uma fase onde a seleção dos alimentos é de fundamental importância, pois considerando que as quantidades ingeridas diariamente continuam muito pequenas, deve-se dar preferência aos alimentos mais nutritivos, escolhendo-se fontes diárias de ferro, cálcio e vitaminas. O paciente deverá receber um treinamento para reconhecer quais são os alimentos mais ricos nestes nutrientes, de forma a ficar mais independente para escolher as principais fontes de minerais e vitaminas encontradas nas suas refeições diárias. Como a alimentação passa a ser mais consistente, deve-se mastigar exaustivamente. A duração desta fase também varia individualmente e dura em média de um mês.

4ª FASE – *fase da otimização da dieta*: nesta fase, a alimentação vai evoluindo gradativamente para uma consistência cada vez mais próxima do ideal para uma nutrição satisfatória. Geralmente, esta fase ocorre a partir do 3º mês após a cirurgia quando quase todos os alimentos começam a ser introduzidos na alimentação diária. O cuidado com a escolha dos alimentos nutritivos deve continuar, pois as quantidades ingeridas diariamente continuam pequenas. Nesta fase, o paciente pode ser capaz de selecionar os alimentos que lhe tragam mais conforto, satisfação e qualidade nutricional. Somente não são tolerados alimentos muito fibrosos e consistentes.

5ªFASE – *fase da adaptação final e independência alimentar*: esta fase deve acompanhar o paciente a partir do 4º mês, e como nas fases anteriores, também evolui de acordo com as caracterí Q q /Cs1 cTm [()] TJ ET.0()] TJ E1.9(Q q /Cs1 cTm [()] TJ ET

adequado e necessitam de mais atenção da equipe multiprofissional. O reaprendizado da mastigação e deglutição lentas são fatores determinantes para uma boa digestão.

Para os pacientes submetidos à derivação biliopancreática em que a capacidade gástrica está maior (aproximadamente 350 ml), a evolução calórica é mais rápida chegando em 1.200 kcal até o 3º mês após a cirurgia, atingindo níveis surpreendentes de 2.300 kcal aos 6 meses de cirurgia. A perda de peso ocorre mais lentamente, principalmente nas mulheres, mas também é igualmente efetiva, com a finalidade de possibilitar uma ingestão alimentar mais rica e freqüente. Alguns cuidados nutricionais são necessários devido à diarreia ser constante no 1º mês após a cirurgia, podendo ocorrer esteatorréia. É prudente utilizar uma dieta pobre em resíduos, hipolipídica, com um balanço protéico adequado. Na medida da tolerância aos alimentos crus, como vegetais folhosos, há uma aceitação natural destes pelo paciente. Esses alimentos, por serem ricos em fibras insolúveis, tendem a acelerar o trânsito intestinal e devem ser usados com cautela. É importante que cada paciente descubra suas limitações dentro das orientações fornecidas e procure manter o acompanhamento nutricional periódico já que as deficiências nutricionais podem ser igualmente insidiosas como na gastroplastia com derivação em Y-de-Roux.

É comum ocorrer deficiência protéica, com hipoalbuminemia grave com conseqüente edema de membros inferiores, além de anemia ferropriva e osteomalácia. Os pacientes devem ser alertados desses riscos já no pré-operatório e lembrados que, embora sua ingestão alimentar possa ser maior, uma dieta alimentar deve ser determinante, ou seja, uma dieta hiperlipídica pode ser um dos fatores desencadeantes da esteatorréia persistente que carrega consigo além da gordura excedente todos os outros nutrientes com as proteínas, o ferro, além das vitaminas hidro e lipossolúveis.

A liberdade de volume alimentar eventualmente traz dificuldades para o acompanhamento nutricional, já que estes pacientes tornam-se “independentes” para as suas livres escolhas, principalmente quando estão bem e, aparentemente sem reflexos das deficiências nutricionais. É imprescindível alertar que o monitoramento periódico dos exames laboratoriais, o uso da suplementação nutricional com regularidade, além da avaliação do recordatório alimentar são essenciais para prevenir complicações metabólicas decorrentes da disabsorção intestinal promovida.

FONTE: GARRIDO JR., 2003

ANEXO - D**RESOLUÇÃO CFM Nº 1.766/05**

(Publicada no D. O .U., 11 jul 2005, Seção I , p. 114)

Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268/57, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045 de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional (Art.2º do CEM);

CONSIDERANDO que o médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente (Art.5º do CEM);

CONSIDERANDO que é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida (Art. 46 do CEM);

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina é órgão supervisor da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgador e disciplinador da classe médica, cabendo-lhe zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerça legalmente (Art. 2º da Lei nº 3.268/67);

CONSIDERANDO a necessidade de normatização do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;

CONSIDERANDO o parecer aprovado na sessão plenária de 13/05/05,

RESOLVE:

Art. 1º - Normatizar, nos termos dos itens do anexo desta resolução, o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.

Art. 2º- Novos procedimentos serão analisados pela Câmara Técnica sobre Cirurgia Bariátrica para Tratamento de Obesidade Mórbida.

Art. 3º - O paciente e seus familiares devem ser esclarecidos sobre os riscos da Cirurgia e a conduta a ser tomada no pós-operatório.

Art. 4º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, DF, 13 de maio de 2005

Dr. EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

Presidente

Dra. LÍVIA BARROS GARÇÃO

Secretária-Geral

ANEXO

1.INDICAÇÕES GERAIS

Pacientes com Índice de Massa Corpórea (ICM) acima de 40 kg/m².

Pacientes com IMC maior que 35 kg/m² e co-morbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida, tais como diabetes, apnéia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteo-artrites e outras.

Idade: maiores de 18 anos. Idosos e jovens entre 16 e 18 anos podem ser operados, mas exigem precauções especiais e o custo/benefício deve ser muito bem analisado.

Obesidade estável há pelo menos cinco anos.

Pelo menos dois anos de tratamento clínico prévio, não eficaz.

Ausência de drogas ilícitas ou alcoolismo.

Ausência de quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados.

Compreensão, por parte do paciente e de seus familiares, dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar por toda a vida do paciente.

2. RISCO CIRÚRGICO: deve ser compatível com o procedimento proposto e ausência de doenças endócrinas de tratamento clínico.

3. EQUIPE: precisa ser capacitada para cuidar do paciente nos períodos pré e trans operatório, e fazer o seguimento do mesmo.

COMPOSIÇÃO: cirurgião com formação específica, clínico, nutrólogo e/ou nutricionista, psiquiatra e/ou psicólogo, fisioterapeuta, anesthesiologista, enfermeiros e auxiliares de enfermagem familiarizados com o manejo desses pacientes.

4. HOSPITAL: precisa apresentar condições adequadas para atender obesos mórbidos, bem como possuir UTI e aparelho anestésico regulável para ciclagem com grandes volumes e baixa pressão.

5. PROCEDIMENTOS ACEITOS:

A) RESTRITIVOS:

1. BALÃO INTRAGÁSTRICO: colocação de um balão intragástrico com cerca de 500 ml de líquido, com 10% de Azul de Metileno, objetivando diminuir a capacidade gástrica do paciente, provocando a saciedade e diminuindo o volume residual disponível para os alimentos. Método provisório: o balão deve ser retirado no prazo máximo de seis meses.

INDICAÇÃO: adjuvante do tratamento de perda de peso, principalmente no preparo pré-operatório de pacientes com superobesidade (ICM acima de 50 kg/m²), com associação de patologias agravadas e/ou desencadeadas pela obesidade mórbida.

CONTRA-INDICAÇÕES: esofagite de refluxo; hérnia hiatal; estenose ou divertículo de esôfago; lesões potencialmente hemorrágicas como varizes e ângiodisplasias; cirurgia gástrica ou intestinal de ressecção; doença inflamatória intestinal; uso de antiinflamatórios, anticoagulantes, álcool ou drogas e transtornos psíquicos.

COMPLICAÇÕES: aderências ao estômago; passagem para o duodeno; intolerância ao balão, com vômitos incoercíveis; úlceras e erosões gástricas; esvaziamento espontâneo do balão; obstrução intestinal por migração do balão; perfuração gástrica; infecção fúngica em torno do balão.

VIA DE ACESSO: endoscópica.

2. GASTROPLASTIA VERTICAL BANDADA OU CIRURGIA DE MASON: Nestes procedimentos é criado um pequeno reservatório pequeno gástrico na região da cárdia, com

capacidade em torno de 20 ml, regulando-se a saída por um anel de polipropileno. Estas cirurgias provocam cerca de 20% de perda de peso.

INDICAÇÕES: pacientes não compulsivos, que não tenham o hábito de ingestão de doces em abundância e não se desviem da orientação nutricional, ingerindo líquidos ricos em calorias; caso contrário, os resultados são desanimadores.

VANTAGENS: causa mínimas alterações metabólicas, com baixa morbi-mortalidade e baixo custo. Procedimento reversível, preserva a absorção e a digestão. O estômago e o duodeno permanecem acessíveis à investigação endoscópica e radiológica.

DESVANTAGENS: perda de peso insatisfatória (menos de 50% do excesso de peso) por fístula gastrogástrica ou por intolerância progressiva maior à ingestão de líquidos ou pastosos hipercalóricos; maior ocorrência de vômitos; possibilidade de deiscência das linhas grampeadas, seguida de complicações intra-abdominais; procedimento inadequado tanto para pacientes que ingerem muito doce como para portadores de esofagite de refluxo.

VIA DE ACESSO: convencional (laparotômica) ou por videocirurgia.

3. BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL: é uma prótese de silicone que, colocada em torno do estômago proximal, faz com que este passe a ter a forma de uma ampulheta ou uma câmara acima da banda. O diâmetro interno da banda pode ser regulado no pós-operatório por injeção de líquido no reservatório situado no subcutâneo, de fácil acesso.

VANTAGENS: método reversível, pouco agressivo, permite ajustes individualizados no diâmetro da prótese. Com sua retirada é possível realizar outros procedimentos bariátricos, mínimas repercussões nutricionais. Não há secção e sutura do estômago. Baixa morbimortalidade operatória e retorno precoce às atividades habituais.

DESVANTAGENS: custo elevado; perda de peso frequentemente insuficiente a longo prazo; exige estrita cooperação do paciente em seguir as orientações dietoterápicas; riscos inerentes ao uso permanente de corpo estranho; inadequada para pacientes que ingerem muito doce e/ou apresentam esofagite de refluxo e hérnia hiatal; possibilidade de ocorrência de complicações a longo prazo, como migração intragástrica da banda, deslizamento da banda e complicações com o reservatório.

VIA DE ACESSO: convencional (laparotômica) ou por videocirurgia.

B) CIRURGIAS DISABSORTIVAS

Essas cirurgias (PAYNE OU BYPASS JEJUNO-JEJUNAL) estão proscritas em vista da alta incidência de complicações metabólicas e nutricionais a longo prazo. O princípio fundamental das mesmas é a perda, pelas fezes, das calorias ingeridas. As complicações ocorrem pela grande quantidade de intestino desfuncionalizado, que leva a um supercrescimento bacteriano no extenso segmento intestinal excluído, provocando alta incidência de complicações digestivas, tais como diarreia, cirrose, pneumatose intestinal e artrites. Pelo exposto, não mais devem ser realizadas.

C) CIRURGIAS MISTAS

As cirurgias mistas para tratamento de obesidade mórbida associam restrição e disabsorção em maior ou menor grau do intestino, dependendo da técnica empregada e da extensão do intestino delgado excluído do trânsito alimentar.

1. CIRURGIA MISTA COM MAIOR COMPONENTE RESTRITIVO: esse grupo de cirurgias compreende as diversas modalidades de bypass gástrico com reconstituição do trânsito intestinal em “Y de Roux”.

CIRURGIAS MAIS EMPREGADAS

CIRURGIA DE FOBI, CIRURGIA DE CAPELLA E CIRURGIA DE WITGROVE E CLARK. Estas cirurgias, além da restrição mecânica representada pela bolsa gástrica de 30 a 50 ml, restringem a alimentação por meio de um mecanismo funcional do tipo Dumping (mal-estar provocado pela ingestão de alimentos líquidos ou pastosos hipercalóricos) e ainda, pela

VANTAGENS: perda de peso adequada e duradoura, com baixo índice de insucesso. Tratam da doença do refluxo. São eficientes em comedores de doces e têm baixo índice de complicações em longo prazo. Fácil controle metabólico e nutricional do paciente. São reversíveis, embora com dificuldade técnica. Apresentam ótimos resultados em termos de melhora de qualidade de vida e das doenças associadas. São as mais usadas no Brasil e nos Estados Unidos, com maior tempo de acompanhamento.

DESVANTAGENS: tecnicamente mais complexas; acesso limitado ao estômago e ao duodeno para métodos radiológicos e endoscópicos; passíveis de complicações como deiscência de suturas; maiores chances de deficiências protéicas e anemia do que as cirurgias restritivas.

VIA DE ACESSO: convencional (laparotômica) ou videocirurgia.

2. CIRURGIA MISTA COM MAIOR COMPONENTE DISABSORTIVO: São procedimentos que envolvem menor restrição da capacidade gástrica, o que permite maior ingestão alimentar, com predomínio do componente disabsortivo.

CIRURGIAS MAIS USADAS

& CIRURGIA DE SCOPINARO (derivação bílio-pancreática com gastrectomia distal).

& CIRURGIA DE DUODENAL-SWITCH (derivação bílio-pancreática com gastrectomia vertical da grande curvatura e preservação do piloro). Nestas cirurgias o intestino delgado é seccionado a cerca de 250 cm da válvula íleo-cecal. O segmento distal é anastomosado ao estômago. O segmento proximal é anastomasado ao íleo a 50, 100 ou 150 cm da válvula íleo-cecal, dependendo da técnica escolhida.

VANTAGENS: não há restrição de alimentos ingeridos; muito eficazes em relação à perda de peso e manutenção a longo prazo; reservatório gástrico completamente acessível aos métodos de investigação radiológica e endoscópicos.

DESVANTAGENS: mais sujeitos a complicações nutricionais e metabólicas de difícil controle; maior chance de haver deficiência de vitamina B12, cálcio e ferro; maior chance de haver desmineralização óssea; alta incidência de úlcera de boca anastomótica; aumento do número de evacuações diárias, com fezes e flatos muito fétidos.

ANEXO – E
PORTARIA Nº 1.569, de 28 DE JUNHO DE 2007

Edição Número 125 de 02/07/2007

Ministério da Saúde Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 1.569, DE 28 DE JUNHO DE 2007

Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Constituição Federal, no capítulo saúde, em seus artigos 196 a 200 e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a magnitude social da obesidade na população brasileira e suas conseqüências;

Considerando o quadro de morbidade, composto por elevada prevalência de co-morbidades associadas à obesidade;

Considerando as condições atuais de acesso da população brasileira aos procedimentos de Cirurgia Bariátrica;

Considerando a possibilidade de êxito de intervenção na história natural da obesidade por meio de ações de promoção da saúde e prevenção da obesidade, em todos os níveis de atenção à saúde;

Considerando os custos cada vez mais elevados da atenção ao paciente portador de obesidade;

Considerando a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada que ofereça uma linha de cuidados integrais e integrados no tratamento da obesidade e suas co-morbidades, com vistas a minimizar o dano da obesidade, melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado e, quando necessário, à cirurgia bariátrica;

Considerando a necessidade de aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão em relação ao tratamento da obesidade no País;

Considerando a necessidade da implementação do processo de regulação, fiscalização, controle e avaliação da atenção ao portador de obesidade, com vistas a qualificar a gestão pública; e

Considerando a necessidade de promover estudos que demonstrem o custo-efetividade e analisem as diversas formas de intervenção na obesidade, resolve:

Art. 1º Instituir diretrizes para a atenção à saúde com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º Estabelecer que a prevenção da obesidade e a assistência ao portador de obesidade seja organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo:

I - desenvolver estratégias de promoção, proteção e de recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;

II - organizar a linha de cuidados ao portador da obesidade grave, em todos os níveis de atenção, promovendo, desta forma, a integralidade assistencial;

III - identificar os principais determinantes e condicionantes que levam à obesidade e ao desenvolvimento de ações trans-setoriais de atenção à saúde;

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços que realizam cirurgia bariátrica, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o paciente após a realização da cirurgia;

V - ampliar a cobertura do atendimento, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de atenção aos portadores de obesidade no Brasil;

VI - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica ao tratamento da obesidade;

VII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes das diretrizes para a atenção ao portador de obesidade, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com obesidade e aqueles em acompanhamento pós-cirúrgico;

VIII - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

IX - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais da saúde envolvidos com a implantação e a implementação das diretrizes para a atenção ao portador de obesidade, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Art. 3º Definir que as diretrizes para a atenção à saúde com vistas à prevenção da obesidade e à assistência ao portador de obesidade, de que trata o artigo 1º desta Portaria, sejam

operacionalizadas a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - Atenção Básica: realizar ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e a prevenção dos danos, bem como as ações para o controle da obesidade e suas comorbidades que possam ser realizadas neste nível, ações essas que terão lugar na rede de serviços básicos de saúde;

II - Média Complexidade: realizar ações diagnósticas e terapêuticas especializadas garantidas a partir do processo de referência e contra-referência do portador de obesidade, que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

III - Alta Complexidade: garantir o acesso e assegurar a qualidade das cirurgias bariátricas, visando alcançar impacto positivo na sobrevivência, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na realização do tratamento cirúrgico da obesidade, cuja assistência nessa modalidade se dará por meio dos hospitais credenciados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave;

IV - regulamentação suplementar e complementar por parte dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção ao portador de obesidade;

V - a regulação, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de obesidade serão de competência das três esferas de governo;

VI - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, fiscalização, controle e avaliação e promover a disseminação da informação;

VII - protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, controle e avaliação; e

VIII - educação permanente e capacitação das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde.

Art. 4º Determinar que a Secretaria de Atenção à Saúde crie uma câmara técnica, a ela subordinada, com o objetivo de acompanhar a implantação e a implementação da política instituída no artigo 1º desta Portaria.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO – F
CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE
ÉTICA



UFPB

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

CERTIDÃO:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 82ª Reunião Ordinária, realizada no dia 25/04/07 o projeto de Pesquisa da Interessada Glenda Agra intitulado “Qualidade de Vida de Pacientes Pós-Gastroplastia”. Protocolo nº1070/07.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

Prof. Eliane Marques D. de Sousa
Coordenadora CEP/CCS

CIDADE UNIVERSITÁRIA – CAMPUS I – CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – TELEFONE: 32167791

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)