



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA EICOS – PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOSSOCIOLOGIA DE  
COMUNIDADES E ECOLOGIA SOCIAL**

**ALGUNS OLHARES SOBRE MANUTENÇÃO E REGANHO DE PESO PÓS  
CIRURGIA BARIÁTRICA**

**GISA MARIA SOARES CAVALCANTE**

**Rio de Janeiro  
Fevereiro de 2018**

Gisa Maria Soares Cavalcante

ALGUNS OLHARES SOBRE MANUTENÇÃO E REGANHO DE PESO PÓS  
CIRURGIA BARIÁTRICA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia  
Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro,  
como requisito parcial para obtenção do título de  
Doutor em Psicossociologia de Comunidades e  
Ecologia Social

Orientadora: Prof. Dra. Leila Sanches de Almeida

Rio de Janeiro  
Fevereiro de 2018

ALGUNS OLHARES SOBRE MANUTENÇÃO E REGANHO DE PESO PÓS  
CIRURGIA BARIÁTRICA

**Gisa Maria Soares Cavalcante**

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Leila Sanches de Almeida

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação EICOS – Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

Aprovada por:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Leila Sanches de Almeida (Orientadora) - UFRJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Rosa Maria Leite Ribeiro Pedro - UFRJ

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mônica Ferreira de Farias - UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Nilza Rogéria de Andrade Nunes - PUC

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Angela Josefina Donato Oliva - UFRJ

Rio de Janeiro  
2018

Cavalcante, Gisa Maria Soares.  
Alguns olhares sobre manutenção e ganho de peso pós cirurgia bariátrica  
/ Gisa Maria Soares Cavalcante. Rio de Janeiro: UFRJ/EICOS,  
2018.  
xii, 181 f; 1,5 cm.  
Orientadora: Leila Sanches de Almeida  
Tese (Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia  
Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia,  
2018.  
1. Significações. 2. Subjetividade. 3. Manutenção de peso. 4.  
Reganho de peso. 5. Cirurgia bariátrica. I. Almeida, Leila Sanches  
de (orient.). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa  
de Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia  
Social. III. Alguns olhares sobre manutenção e ganho de peso pós  
cirurgia bariátrica.

Dedico este trabalho aos meus clientes que, por meio de sua confiança e disponibilidade na entrega ao trabalho terapêutico, têm, ao longo da minha trajetória, suscitado meu interesse crescente em buscar conhecimento teórico e alçar ampliar minhas fronteiras de humanidade. Muita gratidão.

## AGRADECIMENTOS

É chegada a hora de finalização desse ciclo, e como é de costume nos encerramentos, diversos sentimentos vêm à tona, sobretudo, no momento em que me dedico a escrever sobre esse fechamento. Dentre esses sentimentos que se fazem presentes, uma figura rapidamente se forma e se impõe. Reconheço aqui o profundo sentimento de gratidão... por tudo o que recebi nessa etapa da vida, por tudo o que me permitiu chegar até aqui e, principalmente, às pessoas que de forma profundamente afetuosa me ofereceram seu amparo, sua esperança, sua confiança, seu apoio nas muitas parcerias que construí ao longo do caminho.

Agradeço a Deus pelo dom da vida, por essa jornada de aprendizado constante.

À Elizabeth Toste, companheira existencial, pela parceria na vida, pelo apoio nesse caminho de estudos, por suportar lado-a-lado todas as renúncias que ele exige, acreditando na realização, ajudando a renovar a esperança e a força para prosseguir acreditando no inestimável valor dessa trajetória.

Aos meus pais, Cavalcante e Iracy, por todo amor e suporte, por terem me ensinado o valor do estudo e da busca constante de conhecimento e por seu apoio incessante e incansável na caminhada da vida e, em especial, nessa etapa.

À minha filhota de quatro patas, Nina, pelo amor incondicional, companheirismo e alegria, suavizando as agruras, trazendo leveza em meio às tensões e preocupações.

Aos meus irmãos Sandra (Téta) e José Augusto (Guto) pela fraternidade na vida, incentivo e compreensão em relação às minhas ausências em reuniões familiares nesse período. À minha Tia Yara, pelo apoio desde sempre. À minha cunhada Rosângela por seu apoio e presença carinhosa.

Aos meus sobrinhos muito amados, Júnior, Manu, Nathália, Carlos Henrique, Lorena (afilhada querida), Enzo e nossa pequena Júlia, por despertarem tanto amor, esperança e fé no fluxo da vida.

À minha Tia Máxima e minha prima Laura pelo amor, incentivo e por partilhar a vida. À D. Ilda, pelo apoio em forma de cuidados.

À minha amiga Adriana Moraes, pela estrada longa dessa amizade que propicia tantas trocas enriquecedoras e, sobretudo, oferece apoio e acolhimento e afeto sempre presentes. Ao querido Daniel Acosta pela amizade, incentivo e carinho de sempre.

À minha terapeuta, Elaine Cardozo, por me acompanhar nessa trajetória de construção pessoal de forma tão amorosa e cuidadosa.

Às queridas amigas Joana Mattos, Alba Santos, Daniela Boueri, Ana Beatriz Manssour e Érika Coelho pela amizade desde os anos iniciais da faculdade até hoje, por seu apoio, incentivo e carinho.

À Diretora de Enfermagem do Hospital Luiz Palmier, Flávia de Azevedo Medeiros, pela colaboração na flexibilização de horários nos momentos de desse trabalho, à equipe multidisciplinar do Hospital Infantil Darcy Vargas, sobretudo aos colegas com quem eu dividia os plantões das segundas e quintas-feiras.

De modo especial, agradeço às companheiras de trabalho, que se tornaram queridas amigas, por terem partilhado de forma mais próxima as aflições e angústias do trabalho no hospital e permanecerem até hoje oferecendo seu carinho, apoio e trocas inestimáveis, Denise Veigo, Aline Almeida e Michele Paula.

À querida Professora e Orientadora Leila Sanches de Almeida, pelo carinho e apoio nessa longa jornada desde a Iniciação Científica, passando pelo Mestrado e chegando ao Doutorado, pelos seus ensinamentos, incentivo constante e amizade construída no decorrer de tantos anos.

À Professora Rosa Maria Leite Ribeiro Pedro, pelas contribuições enriquecedoras no Exame de Qualificação e por sua participação na Banca de Defesa da Tese.

À Professora Vera Maria Ramos de Vasconcellos, pela participação no Exame de Qualificação e importantes contribuições para o desenvolvimento desse trabalho.

À Professora Maria Lucia Rocha Coutinho, agradeço a participação no Exame de Qualificação.

Às Professoras Mônica Ferreira de Farias, Nilza Rogéria de Andrade Nunes e Ângela Josefina Donato Oliva, pela disponibilidade de participarem da Banca Examinadora de Defesa da Tese.

Aos funcionários do Programa EICOS, sobretudo ao Ricardo, cuja disponibilidade e profissionalismo resultam em apoio constante e orientações valiosas, sempre oferecidas de forma atenciosa no decorrer do curso.

Aos profissionais de saúde que participaram desta pesquisa, oferecendo seu tempo, em meio à atribulada rotina de trabalho, depositando sua confiança na seriedade desta proposta, agradeço imensamente.

Aos pacientes que aceitaram participar desse trabalho, partilhando sua história, seus afetos, suas dores e, sobretudo, suas esperanças, minha profunda gratidão.

## LISTA DE SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CFM	Conselho Federal de Medicina
DCNT	Determinantes das Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10 <sup>a</sup> edição
EICOS	Programa de Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHME	Instituto de Métrica e Avaliação para a Saúde
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
SBCB	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica
SBCBM	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
SCN	Síndrome do Comer Noturno
SUS	Sistema Único de Saúde
TCAP	Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

## RESUMO

CAVALCANTE, Gisa Maria Soares. Alguns olhares sobre manutenção e reganho de peso pós cirurgia bariátrica. Tese (Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

A cirurgia bariátrica vem conquistando cada vez mais espaço entre as terapêuticas propostas para a obesidade grave e com o aumento da obesidade no mundo, tende a crescer ainda mais. Apesar de ser considerado agressivo ou mutilador, tem se apresentado como um tratamento potencialmente eficaz, capaz de oferecer efeitos terapêuticos positivos a longo prazo. Porém, para um resultado satisfatório duradouro é necessário o trabalho de uma equipe interdisciplinar, acompanhando o obeso desde o momento em que ele decide submeter-se à operação, mas sobretudo do próprio paciente que opta por trocar a obesidade e suas complicações por cuidados pessoais ao longo da vida. Assim, este estudo teve como objetivo conhecer o que pacientes bariátricos e profissionais envolvidos no processo de manutenção de peso corporal (saudável) e reganho de peso pós cirurgia bariátrica falaram sobre manutenção e reganho de peso por pacientes bariátricos, especificamente, quanto aos fatores explicativos de ordem psicossocial. Esta investigação foi desenvolvida através de um estudo de casos e teve como base a teoria da Subjetividade de Gonzalez-Rey. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com pacientes que realizaram a cirurgia e profissionais de saúde que trabalham em equipes interdisciplinares no atendimento a pacientes bariátricos. Concluiu-se que para que a imagem corporal, o excesso de peso, as comorbidades, o estilo de vida, os hábitos alimentares, a compulsão alimentar, o histórico de dietas, os transtornos de humor e de ansiedade, as expectativas em relação à cirurgia bariátrica, as orientações dadas no pré-operatório, a família como rede de apoio, o entrosamento da equipe interdisciplinar, a visão da cirurgia bariátrica como parte de um processo de tratamento e o emagrecimento caracterizaram-se quer como aspectos singulares (sentidos subjetivos), quer como processos psíquicos

(configurações subjetivas) que possibilitaram a compreensão da manutenção e/ou reganho de peso por pacientes bariátricos.

Palavras-chave: Significações, Subjetividade, Manutenção de Peso, Reganho de peso, Cirurgia bariátrica.

## ABSTRACT

CAVALCANTE, Gisa Maria Soares. Thesis (Doctoral degree in Community Psychosociology and Social Ecology) – Institute of Psychology, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Bariatric surgery has been gaining more and more space between the therapies proposed for severe obesity and with the increase of obesity in the world, it tends to grow even more. Although it is considered aggressive or mutilating, it has been presented as the only treatment until now that can offer positive therapeutic effects in the long term. However, for a satisfactory long-term result the work of an interdisciplinary team is necessary, accompanying the obese from the moment he decides to undergo the operation, but especially the patient himself who chooses to change obesity and its complications through personal care of life. Thus, this study aimed to know what bariatric patients and professionals involved in the process of maintenance of body weight (healthy) and weight regimens after bariatric surgery spoke about maintenance and weight regain by bariatric patients, specifically, regarding the explanatory factors of psychosocial order. This research was developed through a case study and was based on the theory of Subjectivity of Gonzalez-Rey. Semi-structured interviews were conducted with patients who underwent surgery and health professionals working in interdisciplinary teams in the care of bariatric patients. It was concluded that for body image, overweight, comorbidities, lifestyle, eating habits, binge eating, dieting history, mood and anxiety disorders, expectations regarding surgery bariatric surgery, the guidelines given in the preoperative period, the family as a support network, the interdisciplinary teamwork, the vision of bariatric surgery as part of a treatment process and the weight loss were characterized as singular aspects (subjective senses) as well as psychic processes (subjective configurations) that allowed the understanding of weight maintenance and / or regain by bariatric patients.

Key words: Meanings, Subjectivity, Weight Maintenance, Weight Regain, Bariatric Surgery.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
OBJETIVO.....	18
<b>2 O PROCESSO DE SIGNIFICAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DA SUBJETIVIDADE</b> .....	20
<b>3 A OBESIDADE E SEUS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS</b> .....	24
3.1 Definição e Considerações Clínicas.....	24
3.2 Principais Aspectos Psicossociais da Obesidade.....	34
<b>4 TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA A OBESIDADE: indicações e contraindicações</b> .....	41
<b>5 A CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA</b> .....	37
<b>6 MANUTENÇÃO E REGANHO DE PESO</b> .....	52
<b>7 METODOLOGIA</b> .....	56
7.1 Justificativa.....	56
7.2 Participantes e Procedimentos.....	56
<b>8 OLHARES DOS PACIENTES SOBRE MANUTENÇÃO E REGANHO DE PESO APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA</b> .....	59
8.1 Imagem Corporal e Excesso de Peso.....	59
8.2 Estilo de Vida e Comportamento Alimentar (Hábitos Alimentares, Compulsão e Dietas).....	72
8.3 Transtornos de Humor e de Ansiedade.....	82
8.4 O Processo de Decisão pela Cirurgia Bariátrica.....	85
8.5 O Período Pós-Operatório: Imediato, Emagrecimento, Acompanhamento no Pós Tardio.....	93
8.6 Manutenção do Peso.....	100
8.7 Reganho de Peso.....	103
<b>9 OLHARES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE MANUTENÇÃO E REGANHO DE PESO APÓS A CIRURGIA BARIATRICA</b> .....	106

9.1 Imagem Corporal e Excesso de Peso.....	106
9.2 Estilo de Vida e Comportamento Alimentar (Hábitos Alimentares e Compulsão) .....	107
9.3 Transtornos de Humor e de Ansiedade.....	109
9.4 A Cirurgia Bariátrica.....	111
9.5 O Pós-Operatório.....	141
9.6 Manutenção do Peso.....	149
9.7 Reganho de Peso.....	153
<b>10 DISCUSSÃO.....</b>	<b>157</b>
<b>11 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>167</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>169</b>
<b>ANEXO A T.C.L.E. (PACIENTES BARIÁTRICOS) .....</b>	<b>176</b>
<b>ANEXO B T.C.L.E. (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).....</b>	<b>177</b>
<b>ANEXO C ROTEIRO DE ENTREVISTA (PACIENTES BARIÁTRICOS).....</b>	<b>178</b>
<b>ANEXO D ROTEIRO DE ENTREVISTA (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).....</b>	<b>179</b>
<b>ANEXO E QUADRO 1.....</b>	<b>180</b>
<b>ANEXO F QUADRO 2.....</b>	<b>181</b>

## 1. INTRODUÇÃO

É crescente o número de pessoas buscando a cirurgia bariátrica. O Brasil ocupa a segunda posição no ranking mundial deste tipo de cirurgia, situando-se atrás dos Estados Unidos (PESSOA, 2017). Segundo dados da SBCBM, somente no Brasil, foram realizadas cerca de cem mil cirurgias bariátricas em 2016.

Apesar do procedimento bariátrico ser um tratamento, à primeira vista, agressivo e até mesmo mutilador, é considerado como sendo capaz de oferecer efeitos terapêuticos positivos a longo prazo. Dois fatores destacam-se para a duração de um bom resultado. Tanto quanto o acompanhamento do paciente por uma equipe interdisciplinar, desde o momento em que ele decide submeter-se à operação, é fundamental que o próprio paciente tenha de fato optado por trocar a obesidade e suas complicações por uma série de cuidados pessoais ao longo da vida. No entanto, observa-se que isso não se apresenta necessariamente como um plano perfeito. As questões psicológicas que burlam os mecanismos responsáveis por promover a perda de peso na cirurgia antiobesidade não podem ser desconsideradas (XIMENES,2009).

Ainda há poucos estudos sobre os aspectos psicossociais envolvidos na manutenção e reganho de peso por pacientes bariátricos - acerca dos aspectos singulares, processos psíquicos, valores e normas de cunho histórico, cultural e social. Além do trabalho de Ximenes (2009), cabe destacar as investigações desenvolvidas por Lazzarini (2015), Carvalho Júnior (2013), Magdaleno Jr e colaboradores (2011), Oliveira e colaboradores (2011) e Lima Filho (2008). Assim, me propus a desenvolver o presente estudo para conhecer o que pacientes bariátricos e profissionais envolvidos no processo de manutenção de peso corporal (saudável) pós cirurgia bariátrica falam sobre manutenção e reganho de peso por pacientes bariátricos, especificamente, quanto aos aspectos e processos psicossociais.

Essa questão despertou meu interesse porque há alguns anos, no trabalho clínico no consultório, deparei-me com o atendimento a pacientes que haviam se submetido à cirurgia bariátrica e vinham apresentando queixas, principalmente, a respeito da dificuldade em manter o peso perdido após a cirurgia, o que lhes trazia intenso sofrimento psicológico. Isto porque a cirurgia tende a ser encarada, na maior parte das vezes, como a última esperança para o alcance e manutenção de um peso saudável, após inúmeras tentativas de solução para a questão, com sucessivos resultados infrutíferos.

Meu primeiro contato com a questão da obesidade ocorreu por ocasião de estágio na área clínica que realizei durante o meu curso de graduação em Psicologia, quando me interessei também por transtornos alimentares. Eu atendi, durante o estágio, dois casos de Compulsão Alimentar, em que ambas as pacientes, adolescentes, apresentavam um quadro de excesso de peso e se queixavam da dificuldade de lidar com sua insatisfação em relação ao próprio corpo, por se encontrarem fora dos ideais de beleza e magreza impostos e aceitos nas sociedades contemporâneas ocidentais. Assim, comecei a estudar o tema Compulsão Alimentar, que resultou na composição de minha monografia de conclusão do curso. Ao longo dos anos, na minha prática clínica, fui me voltando mais especificamente para as questões sobre o excesso de peso e a obesidade que a Compulsão Alimentar, muitas vezes, envolve.

Minha motivação pelo tema foi se intensificando a partir do atendimento de crianças e adolescentes obesos, que traziam queixas de discriminação e preconceito sofridos por conta de seu excesso de peso, aparência física e volume corporal, inclusive na escola.

Outra influência determinante foi um trabalho que desenvolvi com crianças e adolescentes no contexto escolar, onde ouvia diversos relatos informais que evidenciavam uma forte preocupação com a aparência física e uma tentativa de se adequar ao padrão aceito socialmente.

Esses fatos me levaram a desenvolver no Mestrado do Programa de Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social (EICOS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com a orientação da Profa. Leila Sanches de Almeida, um estudo sobre os aspectos psicossociais da obesidade na escola, a fim de conhecer os discursos sobre obesidade em uma escola particular do Rio de Janeiro. A partir da análise das entrevistas realizadas com estudantes, professores e diretor da escola vi que os estudantes obesos vivenciavam na escola estigma e preconceito, embora muitas vezes utilizassem mecanismos de negação, naturalização ou distanciamento da questão (CAVALCANTE, 2007).

Considerando o meu interesse pela questão da obesidade e as questões emergentes na prática clínica em relação à cirurgia bariátrica, me propus a desenvolver no doutorado

este estudo para melhor conhecer os aspectos e processos psicossociais apontados por pacientes bariátricos e profissionais de saúde ao falarem sobre a manutenção e o reganho de peso corporal após a cirurgia bariátrica.

A cirurgia bariátrica, também chamada de cirurgia de redução do estômago ou gastroplastia, vem ganhando cada vez mais espaço, caracterizando-se, dentre os métodos terapêuticos propostos, como aquele que melhor atende ao tratamento da obesidade grave. A demanda de pacientes pelo procedimento bariátrico tem apresentado expressivo crescimento ao longo dos anos e, considerando-se o aumento dos índices da obesidade em todo o mundo, a tendência é que essa demanda cresça ainda mais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) distingue a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. Apresenta índices crescentes de prevalência e se caracteriza como uma epidemia em diversos lugares do planeta. Faz-se uma projeção de que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso e mais de 700 milhões estejam obesos (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO, 2016).

O Brasil encontra-se entre os países com o maior número de obesos, ficando atrás, quanto à população masculina, apenas da China e dos Estados Unidos. Em relação à população feminina, ocupa a quinta colocação, após Rússia e Índia. Em 1975, o Brasil já ocupava o décimo lugar no *ranking* de homens obesos e o nono de mulheres. O número de adultos brasileiros classificados como obesos é maior do que o de classificados como abaixo do peso (HORTON, 2016). De acordo com Ximenes (2009), a obesidade caracteriza-se como uma doença crônica, que evolui lentamente, acarretando inúmeras complicações nas esferas orgânica e psíquica.

Uma pesquisa bibliográfica realizada por Oliveira e colaboradores (2011) mostrou que aproximadamente 20% dos pacientes bariátricos recuperam peso, especialmente nos primeiros dois anos de pós-operatório, devido à pouca aderência às dietas pós-operatórias e/ou a alterações psicológicas pré-operatórias. Foi visto, em vários dos estudos clínicos por eles analisados, uma alta taxa de comorbidades psicológicas nos pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. Entre estas, as mais comuns nesses estudos foram alterações de humor e transtornos de ansiedade, colocando-se a compulsão

alimentar como o transtorno alimentar mais frequente, presente antes da cirurgia em 5% dos pacientes. Entretanto, a compulsão alimentar apareceu de forma muito frequente nos artigos como a causa da recuperação de peso no segundo ano pós-operatório dos pacientes bariátricos, o que levou Oliveira e colaboradores (2011) a concluir que não há evidências de que ela possa ser tratada através da cirurgia bariátrica.

Outro achado relevante presente em vários artigos (MORAES; CAREGNATO; SCHNEIDER, 2014; BARROS; MOREIRA; FROTA, 2013) foi a melhoria na qualidade de vida do paciente bariátrico após uma grande perda de peso com a cirurgia. Os autores chamam a atenção para a importância de estudos sobre as mudanças psicológicas dos pacientes bariátricos e os benefícios decorrentes do acompanhamento psicológico destes pacientes, especialmente após os dois primeiros anos de pós-operatório. Ressentem-se do número reduzido de investigações sobre essas questões.

Com o intuito de trazer contribuições ao trabalho interdisciplinar que deve ser desenvolvido com os pacientes bariátricos, considero um passo fundamental ouvir o que pacientes bariátricos e profissionais que atendem pacientes bariátricos falam sobre manutenção e ganho de peso corporal pós cirurgia. A análise das falas, isto é, da dimensão discursiva reconhecida como uma produção da subjetividade, permite que se alcance tanto os sentidos constituídos (o nível singular, as subjetividades individuais), quanto os significados compartilhados no nível social (a subjetividade social) sobre essa questão, proporcionando novos elementos para o desenvolvimento do trabalho clínico com pacientes bariátricos - e com obesos.

## OBJETIVO

O estudo qualitativo aqui proposto tem como objetivo conhecer o que pacientes bariátricos e profissionais envolvidos no processo de manutenção de peso corporal (saudável) pós cirurgia bariátrica falam sobre manutenção e ganho de peso por pacientes bariátricos. Especificamente, quanto aos aspectos e processos psicossociais.

Tendo em vista o objetivo a que se propõe, o presente estudo é composto dos capítulos a seguir.

Após esta introdução, segue o Capítulo 2, que aborda *O processo de significação e a construção da subjetividade* a partir de seus dois aspectos, a subjetividade individual e a social, segundo González-Rey (2003).

O Capítulo 3, após apresentar o conceito de *Obesidade* adotado neste estudo, já que a obesidade é a principal condição de saúde dos pacientes que se submetem à Cirurgia Bariátrica, traz uma revisão bibliográfica acerca dos *Aspectos Psicossociais* relacionados à manutenção e reganho de peso pós cirurgia bariátricas.

Os capítulos 4 e 5 conduzem o leitor a uma breve revisão de pesquisas sobre o *Tratamento Cirúrgico para a Obesidade*, especialmente a *Cirurgia Bariátrica e Metabólica*, uma vez que os achados são elementos constituintes da subjetividade social sobre manutenção e reganho de peso.

O Capítulo 6 é formado por relevantes *Considerações sobre Manutenção e Reganho de Peso* presentes na literatura sobre a questão.

O Capítulo 7, sobre a *Metodologia* utilizada, traz a justificativa do método de pesquisa adotado, os participantes do estudo, bem como os instrumentos e procedimentos desenvolvidos.

Os Capítulos 8 e 9 mostram, a partir das entrevistas realizadas, os *Olhares dos pacientes e dos profissionais de saúde sobre manutenção e reganho de peso após a cirurgia bariátrica*.

A *Discussão* dos aspectos e processos que constituíram os discursos dos participantes sobre manutenção e reganho de peso após a cirurgia bariátrica compõe o Capítulo 9.

Por fim, *Considerações Finais* sobre o objetivo proposto no estudo são apresentadas no Capítulo 10, além de sugestões de aprofundamento de algumas questões em estudos futuros da temática.

## **2. O PROCESSO DE SIGNIFICAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DA SUBJETIVIDADE**

González Rey (2002) define a subjetividade a partir da perspectiva histórico-cultural:

A subjetividade é um sistema processual, plurideterminado, contraditório, em constante desenvolvimento, sensível à qualidade de seus momentos atuais, os quais têm um papel essencial nas diferentes opções do sujeito. [...] A flexibilidade, versatilidade e complexidade da subjetividade permitem que o homem seja capaz de gerar permanentemente processos culturais que, bruscamente, modificam seu modo de vida, o que, por sua vez, leva à reconstituição da subjetividade, tanto social quanto individual (pág. 37).

Portanto, a subjetividade se constitui processualmente, envolvendo configurações de sentidos e de significados que emergem das múltiplas zonas da experiência individual e social (GONZÁLEZ REY, 2005).

Concebida desta forma, esta noção, adotada no presente estudo, evidencia a compreensão do psiquismo humano enquanto um processo subjetivo de caráter complexo, multidimensional, sistêmico, dialético e dialógico, ao invés de separá-lo e reduzi-lo a processos e elementos simples. De acordo com Martinez (2005), é uma definição de subjetividade que se constitui como uma expressão do paradigma epistemológico da complexidade na Psicologia.

Essa concepção de subjetividade de González Rey (2005), articula o individual e o social no psiquismo humano, apontado o caráter complementar, contraditório e recursivo que essa articulação implica. Rompe com as dicotomias entre individual-social,

interno-externo, subjetivo-objetivo e subverte os princípios do pensamento simplificador que fundamentaram a ciência clássica (MORIN, 1996).

A teoria de González Rey é marcada por um movimento social que buscava desenvolver uma psicologia menos individualizada e mais comprometida com as práticas sociais nos países latino americanos na década de 1980 (GONZÁLEZ REY, 2003). Tendo como base a teoria de Vygotsky, González Rey (2003) afirma que a compreensão do sujeito não pode ter como base argumentos deterministas, como os que são propostos pela biologia, ou mesmo por aqueles pressupostos que entendem o sujeito como um ser formado apenas por seu aspecto cognitivo ou, ainda, como um ser resultante de pulsões. Baseado na concepção do sujeito complexo de Morin (1996), González Rey (2003) compreende que o sujeito não pode ser apartado do seu contexto, pois é na relação com este contexto, que os sentidos vão sendo construídos. A pessoa vai se transformando em sujeito ao entrar na vida social, porém o modo de se integrar a este espaço é diferenciado pela própria socialização de suas diferenças individuais. Tais diferenças acabam por constituírem-se como elementos de sentido que organizam os sistemas de relação social que acompanham o desenvolvimento humano (GONZÁLEZ REY, 2003).

González Rey (2002), portanto, aborda a dialogia entre o sujeito e o mundo a partir das interações entre a subjetividade individual e subjetividade social. A subjetividade é considerada como um sistema de significações e sentidos subjetivos no qual organizam-se não apenas a vida psíquica do sujeito, mas também a da sociedade.

A subjetividade, longe de ser vista como uma realidade intrapsíquica, é concebida como um sistema aberto, que se constitui nos processos sociais. É um “macrossistema capaz de integrar teoricamente processos recíprocos e complexos de constituição de unidades qualitativamente diferentes, dentro do qual todas as unidades se mantêm em relação” (GONZÁLEZ REY, 2003, p. 185).

Para González Rey (2002), a subjetividade individual e a subjetividade social interatuam e integram um complexo processo de produção de sentidos. A intersubjetividade diz respeito à construção da realidade por consenso entre sujeitos, em especial, através da linguagem. A realidade vem a ser um domínio infinito de campos inter-relacionados, sendo a intersubjetividade um espaço potencial onde se pode

compartilhar consensos. Portanto, o conhecimento vem a ser uma construção, uma produção humana, que se legitima na sua continuidade e na sua capacidade de gerar zonas de inteligibilidade acerca do que é estudado e articulado nessas zonas, propiciando a construção de novos conhecimentos. Assim, é no campo da subjetividade e do simbolismo que se afirma uma abordagem qualitativa (GONZÁLEZ REY, 2003).

González Rey (2003) apoiou-se no conceito vygotskyniano de mente, como inseparável da cultura. De acordo com esta visão, a subjetividade é pensada a partir de uma perspectiva para a qual contribuem tanto a sua compreensão histórico-cultural, como as novas perspectivas sobre o funcionamento da realidade. Desta maneira, o conceito de subjetividade refere-se a um sistema complexo, capaz de expressar através dos sentidos subjetivos a diversidade dos aspectos objetivos da vida social que concorrem em sua formação.

A subjetividade se legitima por uma produção de sentidos subjetivos, sendo a dimensão discursiva plenamente reconhecida como uma produção essencial da subjetividade. Assim, a subjetividade encontra-se construída tanto no sujeito individual, quanto nos diferentes espaços sociais em que ele vive. A significação, portanto, pertence à ordem da intersubjetividade, já que a multiplicidade de produções de sentidos não se restringe à esfera individual.

A cultura representa, então, um sistema subjetivo, gerador de subjetividade, denominado de “subjetividade social”. Ao mesmo tempo em que o sujeito é constituído pela subjetividade social, ele também a constitui por meio de suas ações. A subjetividade social antecede a organização psicológica do sujeito e é formadora de toda a subjetividade individual. O desenvolvimento do sujeito individual, por sua vez, favorece e possibilita novos processos de subjetividade social (GONZÁLEZ REY, 2003).

Sendo assim, os sentidos subjetivos constituem-se pela complexa relação de emoções e processos simbólicos vivenciados no decorrer da vida do sujeito. Além disso, o sentido subjetivo de determinada situação encontra-se influenciado e mediado pelos sentidos subjetivos anteriores que já compõem a história daquele sujeito (GONZÁLEZ REY, 2003).

Portanto, conhecer o que os sujeitos falam sobre emoções, afetos, aspectos e processos psíquicos, valores e normas sociais envolvidos no processo de manutenção do peso corporal (saudável) alcançado após a Cirurgia Bariátrica e no reganho de peso é ter acesso a sentidos e significados que emergem nas múltiplas zonas de sentidos sobre suas experiências nas esferas pessoal e social. É alcançar conteúdos tanto da subjetividade individual, quanto da social.

### 3. A OBESIDADE E SEUS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

#### 3.1 Definição e Considerações Clínicas sobre a Obesidade.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016), a obesidade teve seu aumento mais que duplicado em todo o mundo, desde a década de 1980. Esses dados da OMS divulgados em junho de 2016, apontam que no ano de 2014, mais de 1,9 bilhão de adultos, com 18 anos ou mais, estavam acima do peso, sendo que, dentre esses, mais de 600 milhões eram obesos. Em termos percentuais, isto significa que 39% desses adultos, com 18 anos ou mais, estavam acima do peso e 13% deles eram obesos em 2014. Os dados apontam ainda que 41 milhões de crianças com menos de cinco anos de idade estavam acima do peso ou obesos em 2014.

De acordo com recente estudo realizado por cientistas do Imperial College London, a obesidade atinge hoje 641 milhões de adultos, o que corresponde a 13% da população mundial adulta, e este percentual pode chegar a 20% em 2025, caso a epidemia mantenha seu curso atual. O estudo aponta que um em cada oito adultos é obeso e que este número mais do que duplicou desde 1975 e que deve aumentar para um em cada cinco até 2025 (HORTON, 2016).

A base de dados do estudo contou com cerca de 19 milhões de participantes com idade mínima de 18 anos, residentes em 186 países. A pesquisa mostrou que na população masculina, a obesidade passou de 3,2% em 1975 para 10,8% em 2014, o que corresponde a cerca de 266 milhões de pessoas, enquanto que na população feminina, o índice de obesidade passou de 6,4% em 1975 para 14,9% em 2014, o que abrange cerca de 375 milhões de pessoas (*ibid*).

Segundo a pesquisa, que faz uma comparação em números absolutos entre os países mais populosos, o Brasil encontra-se entre os mais obesos do mundo, ficando atrás apenas da China e dos Estados Unidos, entre os homens, e, entre as mulheres, ocupando a quinta colocação, atrás de Rússia e Índia. Tal pesquisa destaca, ainda, que, em 1975, o Brasil estava em décimo lugar no *ranking* de homens obesos e no nono lugar no de

mulheres e concluiu que o número de adultos classificados como obesos é maior do que aqueles classificados como abaixo do peso. Além disso, afirmou que um quinto da população mundial adulta será de obesos em 2025. E que, embora a OMS (Organização Mundial da Saúde) tenha como meta para frear a obesidade nos próximos dez anos, que em 2025 os índices não sejam maiores que os de 2010, as chances de que tal meta seja alcançada são "virtualmente zero" (*ibid*).

De acordo os dados levantados pela pesquisa em questão, desde 1975, a obesidade triplicou entre os homens e dobrou entre as mulheres, de modo que o número de obesos passou de 105 milhões em 1975 para 641 milhões em 2014, evidenciando, assim, uma epidemia de obesidade grave (*ibid*).

Outro importante estudo foi realizado pelo Instituto de Métrica e Avaliação para a Saúde (IHME) da Universidade de Washington. A pesquisa levou em conta dados de 188 países, incluindo o Brasil e concluiu que de 1980 a 2013, obesidade e sobrepeso, em conjunto, aumentaram 27,5% entre os adultos e 47,1% entre as crianças (NG *et al.*, 2014).

Wannmacher (2016) afirma que a obesidade tem caráter pandêmico, multiétnico e ocorre em países desenvolvidos e em desenvolvimento (particularmente em áreas urbanas), em homens e mulheres, em todas as faixas etárias. A prevalência da obesidade vem crescendo acentuadamente nas últimas décadas e, conseqüentemente, os custos com suas complicações atingem cifras de bilhões de dólares (SEGAL e FANDIÑO, 2002). A maioria da população do mundo vive em países onde o excesso de peso e obesidade matam mais pessoas do que o baixo peso (WHO, 2016).

No Brasil, o levantamento realizado pelo IBGE e divulgado em abril de 2015 aponta que os índices de sobrepeso e obesidade chegam a quase 60%, de modo que cerca de 82 milhões de pessoas apresentaram o IMC (Índice de Massa Corporal) igual ou maior do que 25 (sobrepeso ou obesidade), havendo uma maior prevalência de excesso de peso em mulheres (58,2%) do que em homens (55,6%) (IBGE, 2015).

O estudo apontou, ainda, que o excesso de peso tende a aumentar com a idade, mais rapidamente para os homens, que na faixa de 25 a 29 anos chega a 50,4%. No entanto, nas mulheres, a partir da faixa etária de 35 a 44 anos a prevalência do excesso de peso (63,6%) ultrapassa a dos homens (62,3%), chegando a mais de 70,0% na faixa de 55

a 64 anos. A partir dos 65 anos de idade, passa-se a observar um declínio da prevalência do excesso de peso, tanto no sexo masculino quanto no feminino, sendo essa queda mais acentuada nos homens, que na faixa etária de 75 anos e mais corresponde a 45,4% contra 58,3% do sexo feminino (*ibid*).

Além disso, os dados mostraram que um em cada cinco brasileiros de 18 anos ou mais era obeso em 2013 (20,8%), sendo que o percentual era mais alto entre as mulheres (24,4%) do que nos homens (16,8%). Em um período de dez anos, a obesidade entre mulheres de 20 anos ou mais passou de 14,0% em 2003, segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), para 25,2% em 2013, de acordo com a PNS (Pesquisa Nacional de Saúde), enquanto que, entre os homens, o crescimento foi menor, de 9,3% para 17,5% (IBGE, 2013).

O desenvolvimento da obesidade traz sérias consequências para a saúde, pois a ela se associam várias complicações clínicas. Dessa forma, o crescente aumento da obesidade associado ao risco de doenças a caracterizam como um problema de saúde pública, tendo sido considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a doença do século XXI em 2004 (OPAS, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) distingue a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, que apresenta índices crescentes de prevalência e se caracteriza como uma epidemia em diversos lugares do planeta. Faz-se uma projeção de que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso e mais de 700 milhões estejam obesos. A obesidade atinge não apenas adultos, mas também crianças e adolescentes. O número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo poderia chegar a 75 milhões, caso nada seja feito (ABESO, 2016).

A obesidade é definida pela OMS como uma doença crônica, caracterizada pelo excessivo acúmulo de tecido adiposo no organismo, que chegou a um nível que pode ser prejudicial à saúde (WHO, 2016).

Segundo a SBCBM, a obesidade se define como uma alteração da composição do corpo, que envolve determinantes genéticos e ambientais identificando-se um excesso relativo ou absoluto das reservas corporais de gordura, que ocorre quando oferta de

calorias vem sendo maior que o gasto de energia corporal, e que resulta, frequentemente, em significativos prejuízos para a saúde (SBCBM, 2010).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (CID-10), a obesidade é considerada uma entidade nosológica clínica, que está inserida no capítulo IV das Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas, sendo descrita sob a sigla CID10 – E66. Obesidade (FRANÇA, 2014).

Porém, além de ser uma patologia, a obesidade também se caracteriza como um fator de risco para outras enfermidades. E ainda, está também associada a maior risco de depressão, que envolve uma menor produtividade e diminuição da autoestima, comum em pacientes obesos (SEGAL; FANDIÑO, 2002, RYDÉN; TORGERSON, 2006).

Sendo a obesidade, atualmente, considerada como problema de saúde pública mundial, trata-se de uma pandemia que atinge tanto países desenvolvidos, quanto os que estão em desenvolvimento (SWINBURN et al., 1999, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004). Sabe-se que no Brasil, do mesmo modo que em diversos outros lugares do mundo, o número de pessoas obesas já se encontra mais elevado que o de pessoas desnutridas (SOUZA *et al.*, 2007). Um estudo realizado pelo Instituto de Métrica e Avaliação para a Saúde (IHME) da Universidade de Washington levou em conta dados de 188 países, incluindo o Brasil. Concluiu que de 1980 a 2013, obesidade e sobrepeso, em conjunto, aumentaram 27,5% entre os adultos e 47,1% entre as crianças (NG, M. *et al.*, 2014).

Desde o ano de 2006, foi implantado no Brasil o VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. O sistema, que tem como objetivos medir a prevalência de fatores de risco e proteção para doenças não transmissíveis na população brasileira e subsidiar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, está presente em todos os 26 estados da federação e no Distrito Federal. O VIGITEL, que monitora a frequência e a distribuição dos principais determinantes das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) por inquérito telefônico, compõe o sistema de Vigilância de Fatores de Risco de DCNT do Ministério da Saúde (ANS, 2015).

De acordo com os dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL) do Ministério da Saúde, no ano de 2010, foi identificada a ocorrência de um aumento significativo no número de pessoas obesas, em ambos os sexos, de modo que no Brasil, 48,1% da população apresentavam excesso de peso e 15%, obesidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Três anos depois, na pesquisa VIGITEL publicada em 2013, ficou evidenciado que a quantidade de adultos obesos chegou a 17,5% no Brasil com prevalência da faixa etária de 25 a 50 anos, em ambos os sexos e que os índices da obesidade no país encontravam-se em contínuo crescimento quando comparados com o resto do mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

França (2014) afirma que a obesidade pode ter diversas causas: fisiológicas (doenças neuroendócrinas), uso de medicamentos (tais como antipsicóticos, antidepressivos, antiepiléticos, antidiabéticos etc.), cessação do tabagismo, vida sedentária e alimentação.

A SBCBM (2010) aponta que as principais causas da obesidade estão relacionadas a vários fatores que resultam da interação de fatores genéticos, ambientais (sociais), emocionais e, em especial, o estilo de vida. A ingestão excessiva de alimentos pode ser considerada um relevante fator para a obesidade e está relacionada aos hábitos de vida contemporânea que favorecem o exagerado consumo de alimentos de alto valor calórico e pobre qualidade nutricional. O sedentarismo é outro fator capaz de induzir a obesidade, sendo importante considerar que ao longo do tempo, o gasto energético vem diminuindo com as facilidades da vida moderna, como controles remotos de TV, elevadores, automóveis, escadas rolantes etc. A tendência genética também se configura em relevante fator, na medida em que pesquisas mostram que há uma relação entre herança genética e obesidade. Em geral, pais com peso normal têm em média 10% dos filhos obesos; quando um dos pais é obeso, 50% dos filhos serão obesos e quando ambos os pais são obesos, esse número pode subir para 80%.

A obesidade vem a ser, provavelmente, o mais antigo distúrbio metabólico, uma vez que existem relatos da ocorrência desta desordem em múmias egípcias e em esculturas gregas (BLUMENKRANTZ, 1997).

Romero e Zanesco (2006) afirmam que definir a etiologia da obesidade não se trata de uma tarefa simples, já que a mesma é caracterizada como uma doença multifatorial, ou seja, é resultado de uma complexa interação entre fatores comportamentais, culturais, genéticos, fisiológicos e psicológicos.

A obesidade pode ser classificada em dois contextos, sendo um relativo à determinação genética e fatores endócrinos e um outro, que diz respeito à influência de fatores externos, quer sejam de origem dietética, comportamental ou ambiental. Porém, acredita-se que os fatores externos são mais relevantes na incidência de obesidade do que os fatores genéticos (ROMERO; ZANESCO, 2006).

Assim, o acúmulo de gordura pelo corpo pode ser atribuído a diversos fatores causais, sendo a obesidade considerada uma doença multifatorial, uma síndrome clínica frequente e complexa, uma vez que surge a partir da interação entre fatores genéticos e ambientais, oferecendo como resultado sua expressão fenotípica (COUTINHO, 2002).

Desta forma, é possível se pensar que os fatores genéticos acabam por criar um “ambiente interno” favorável para que os fatores ambientais possam atuar favorecendo a produção do aumento excessivo de peso, que pode se caracterizar como sobrepeso ou certo grau de obesidade (COUTINHO, 1998).

Atualmente, como forma de refletir a preocupação existente em ressaltar o caráter multifatorial da doença vem sendo utilizado o termo “obesidades” e existem diversos critérios de classificação de indivíduos obesos. Algumas classificações encerram apenas uma preocupação acadêmica, enquanto outras podem apresentar aspectos fundamentais na abordagem terapêutica (COUTINHO, 1998).

Os graus mais altos de obesidade bem como a obesidade abdominal, medida pela circunferência da cintura, estão significativamente associadas à maior mortalidade do que peso normal, além de contribuírem, significativamente, para inúmeras comorbidades (WANNMACHER, 2016). Wannmacher (2016) afirma que para que se possa definir obesidade e sobrepeso, deve-se usar o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). No entanto, o IMC não permite aferir diferenciadamente o peso de músculos e gordura. Dessa maneira, para que se possa realizar um diagnóstico mais preciso, faz-se necessário aferir a circunferência da cintura e estabelecer a relação cintura-quadril. Diversos estudos

sugerem que essas medidas sejam utilizadas em conjunto com o IMC para avaliação de fatores de risco de mortalidade.

A OMS propõe que, na prática clínica, se utilize o IMC. Para calculá-lo, divide-se o peso em quilogramas pela altura em metros, elevada ao quadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Quando o resultado do IMC é igual ou maior que  $25 \text{ kg}/\text{m}^2$  se configura sobrepeso; se o IMC for igual ou superior a  $30 \text{ kg}/\text{m}^2$  configura-se obesidade. Quando o IMC se encontra acima de  $30 \text{ kg}/\text{m}^2$  fala-se em sobrepeso grau II ou obesidade. Em relação à gravidade, a OMS define obesidade grau I, quando o IMC se situa  $30$  e  $34,9 \text{ kg}/\text{m}^2$ ; obesidade grau II, quando o IMC está entre  $35$  e  $39,2 \text{ kg}/\text{m}^2$  e obesidade grau III, quando o IMC ultrapassa  $40 \text{ kg}/\text{m}^2$  (QUADRO 1, em anexo) (FONSECA, SILVA E FÉLIX, 2002).

Segundo Fonseca, Silva e Félix (2002), as classificações mais utilizadas baseiam-se na gravidade do excesso de peso e nas características da anatomia e do metabolismo do tecido adiposo, enquanto outras classificações enfocam os fatores etiológicos e as circunstâncias desencadeadoras (QUADRO 2, em anexo).

De acordo com Ballone (2007), no que se refere ao grau de obesidade, caso se deseje ressaltar apenas o tecido adiposo, existem meios variados de classificação. Pode-se utilizar a relação do peso/altura, utilizando-se a tabela do *Metropolitan Life Insurance Company*, ou as medidas de espessura de prega cutânea ou, ainda, o Índice de Massa Corpórea -IMC.

As classificações baseadas no tecido adiposo podem considerar ainda o número de células e a distribuição do tecido pelo corpo. Em relação ao número de células, por exemplo, a obesidade pode ser hipertrófica, que diz respeito à grande quantidade das células adiposas – adipócitos - no organismo, ou hiperplásica, que se refere a um aumento no tamanho dos adipócitos (COUTINHO, 1998).

Ballone (2007) afirma que a distribuição do tecido adiposo, ou seja, da gordura, no organismo de indivíduos obesos, é variável de uma pessoa para outra. A variação da gordura altera o risco de doenças associadas ao excesso de peso, de modo que, para classificar a distribuição de gordura pelo corpo, é necessário que se estabeleça o índice W/H, representado pela relação cintura-quadril, de modo que a medida da cintura deve ser apurada de acordo com a circunferência que passa entre o umbigo e as costelas. E,

para se estabelecer a medida do quadril, deve-se tomar a maior circunferência na região glútea.

Em termos gerais, existem dois tipos básicos de distribuição de gordura. Quando o índice W/H é maior que 0.9, ou seja, a cintura apresenta-se igual ou maior que o quadril, tem-se a Obesidade Andróide. Caso o índice W/H seja menor que 0.9, ou seja, o quadril se apresenta maior que a cintura, tem-se a Obesidade Ginóide. A obesidade andróide, é assim chamada por acometer mais os homens. Nela a gordura em geral, concentra-se no abdome, profundamente entre as vísceras. É também chamada obesidade em forma de maçã, obesidade visceral ou obesidade central. Já a obesidade ginóide, assim denominada por ser mais característica das mulheres, apresenta uma maior concentração de gordura subcutânea, particularmente da cintura para baixo. É chamada também de obesidade em forma pêra, obesidade subcutânea ou obesidade periférica (*ibid*).

Embora essas duas categorias de distribuição de gordura pelo corpo sejam variáveis, podendo existir até mesmo indivíduos que apresentem ambos os tipos simultaneamente, em relação à saúde física, as observações antropométricas sugerem que quanto maior a cintura em relação ao quadril, maior a propensão ao desenvolvimento de doença coronariana, diabetes, hipertensão arterial e dislipidemias (aumento de colesterol e triglicérides). Ou seja, a obesidade andróide é a que mais se associa aos riscos de doenças cardiovasculares (BALLONE, 2007).

Outro critério de classificação diz respeito às circunstâncias em que a obesidade ocorre: obesidade de longa data, obesidade da puberdade, obesidade da gravidez, obesidade por interrupção de exercícios, obesidade secundária a drogas, obesidade após parar de fumar e obesidade endócrina (BALLONE, 2007).

Sendo assim, considera-se obesidade de longa data o caso de indivíduos obesos desde a infância. Dentre as suas causas, costumam estar incluídas tanto a predisposição genética como a hiperalimentação precoce, sendo esta considerada a de mais difícil tratamento. A obesidade da puberdade é predominante em mulheres e tende a ter como causas angústias e ansiedades desta fase da vida e alterações orgânicas. De igual modo, a obesidade na gravidez e no pós-parto, tende a envolver fenômenos psíquicos e/ou orgânicos (*ibid*).

A obesidade por interrupção de exercícios, que é comum em esportistas, costuma se estabelecer a partir de uma frequente ingestão de grandes quantidades de calorias e redução ou abandono da prática de exercícios físicos, o que promove um acúmulo das calorias ingeridas em forma de gordura (*ibid*).

A obesidade secundária a drogas pode ocorrer pela utilização de alguns medicamentos como os corticoides, os antidepressivos e os estrógenos capazes de induzir a um ganho de peso. A obesidade após parar de fumar é explicada pela capacidade da nicotina de aumentar o gasto calórico por sua ação lipolítica e por promover perda de apetite. A obesidade endócrina, que aparece em somente 4% das obesidades, envolve as doenças da tireoide, do pâncreas e da suprarrenal (BALLONE, 2007).

No que diz respeito à etiologia, uma gama de fatores pode favorecer ou mesmo causar a obesidade, tais como, o excesso de ingestão de alimentos, gasto insuficiente de energia devido à pouca atividade física ou à taxa de metabolismo corporal diminuída, a predisposição genética, a quantidade de leptina diminuída no plasma, fatores ambientais predisponentes ao ganho de peso. Desta forma, têm-se as seguintes classificações: obesidades neuroendócrinas, obesidades iatrogênicas, obesidades causadas por desequilíbrios nutricionais, obesidades causadas por inatividade física, obesidades genéticas. Além destes, também fatores psicológicos estressantes e classe socioeconômica mais baixa podem contribuir no desencadeamento do distúrbio (COUTINHO, 1998) - vide Quadro 2, em anexo.

Considerando-se ainda a questão da etiologia, é possível classificar a obesidade em exógena e endógena. A primeira está ligada aos fatores externos, ambientais, tais como, hábitos alimentares, sedentarismo, etc. A outra envolve aspectos internos, como distúrbios endócrinos, tumores e as síndromes genéticas. Entretanto, estudos realizados com o objetivo de melhor compreender as causas e origens da obesidade mostram que a obesidade exógena abrange de 95% a 98% dos casos, enquanto a obesidade endógena é encontrada em apenas 2% a 5% dos casos de obesidade (SPADA, 2005).

Contudo, de acordo com Coutinho (1998), para que a classificação tenha aplicação prática, é necessário baseá-la em critérios matematicamente definidos. Tradicionalmente, os métodos de medida da obesidade se utilizam de tabelas que correlacionam o peso, a

altura e o biótipo. Embora essas tabelas ainda possam servir como instrumentos diagnósticos, aconselha-se que, atualmente, sejam interpretadas como representativas de uma média geral, devendo ser relativizadas (FONSECA, SILVA E FÉLIX, 2002).

Segundo a SBCBM (2016), o tratamento clínico que envolve dieta alimentar, exercícios físicos, medicação e acompanhamento médico e nutricional, podendo contar também com acompanhamento psicológico e fisioterápico se configura como a primeira opção para se livrar do excesso de peso. Tal tratamento objetiva conscientizar o paciente sobre a necessidade de mudar os hábitos como o sedentarismo e a má alimentação por um estilo de vida mais saudável que contemple atividade física e dieta balanceada. Entretanto, nos casos em que a obesidade traz sérios prejuízos à saúde e o tratamento clínico se mostra ineficaz, o tratamento cirúrgico, popularmente conhecido como “redução de estômago”, deve ser considerado. Dentre os vários tipos de cirurgias disponíveis, cabe ao médico apresentá-los ao paciente e recomendar o mais apropriado e seguro em cada caso.

Por tratar-se de uma condição médica crônica de etiologia multifatorial, o tratamento da obesidade envolve diversos tipos de abordagens. A orientação dietética, a programação de atividade física e o uso de fármacos antiobesidade tem sido os pilares principais do tratamento. Contudo, esse tratamento convencional para a obesidade grau III continua produzindo resultados insatisfatórios, com 95% dos pacientes recuperando seu peso inicial em até 2 anos. Assim, por existir a necessidade de uma intervenção mais eficaz na condução clínica de obesos graves, a indicação das operações bariátricas vem crescendo nos dias atuais (SEGAL; FANDIÑO, 2002).

O tratamento da obesidade é dificultado em função de sua complexidade, e acaba se tornando uma fonte de frustração tanto para médicos quanto para os pacientes, pois dentre as pessoas com sobrepeso ou obesidade que fazem regime alimentar bem-sucedido de curta duração, menos de 1% é capaz de manter um peso satisfatório de 3 a 5 anos após a interrupção do regime (FONSECA; SILVA; FÉLIX, 2002).

Dentre as complicações que acompanham a obesidade, estão incluídos o diabetes mellitus tipo 2, a hipercolesterolemia, a hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, apneia do sono, além de problemas psicossociais, doenças ortopédicas e diversos tipos de câncer (COUTINHO, 2007).

Wannmacher (2016) aponta que a obesidade e o sobrepeso em adultos trazem como consequências doenças cardiovasculares, diabetes, osteoartrite, alguns tipos de câncer - colorretal, renal, esofágico endometrial, mamário, ovariano e prostático -, dificuldades respiratórias como hipoventilação crônica (síndrome de Pickwick) e apneia do sono, infertilidade masculina, colelitíase, esteatose, refluxo gastresofágico, transtornos psicossociais e hipertensão arterial sistêmica.

Romero e Zanesco (2006) afirmam que estudos populacionais têm demonstrado que o excesso de tecido adiposo, sobretudo na região abdominal, encontra-se intimamente relacionado ao risco de desenvolvimento de doença arterial coronária, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, bem como dislipidemias, de modo que essa associação se eleva à medida que o índice de massa corporal (IMC) aumenta.

De acordo com Anjos (2006), o diagnóstico de obesidade e a determinação de requerimentos nutricionais constituem-se em desafios para a área de Nutrição, dadas as mudanças que ocorreram no perfil nutricional da população brasileira. Apesar de a desnutrição ainda existir em segmentos vulneráveis da população e em frequência inaceitável, ela continua em declínio em todas as regiões. Desse modo, o sobrepeso/obesidade vem a ser o agravo nutricional que mais preocupa, não apenas pelo seu incremento rápido e progressivo na sua prevalência, mas também pelo fato do fenômeno ocorrer em todas as fases da vida.

Tal fenômeno, que vem sendo observado internacionalmente, é causado por modificações ambientais. A relação entre a prática de atividade física e os hábitos alimentares tem evidenciado um quadro de balanço energético positivo, ou seja, a ingestão energética é maior do que o gasto energético (*ibid*).

### 3.2 Principais Aspectos Psicossociais da Obesidade

Atualmente, a obesidade tem suas bases fisiológicas bem definidas, caracterizando-se como uma doença crônica, de suscetibilidade genética, intensa influência ambiental, na qual diversos mecanismos metabólicos encontram-se alterados, de modo a favorecer um balanço energético positivo e consequente ganho de peso

(MATOS; BAHIA, 1998). Problemas hormonais devido a alterações nas funções das glândulas tireoide, suprarrenais e da região do hipotálamo também podem provocar a obesidade (SBCBM, 2016).

Paralela a essa concepção, coexiste a visão social da obesidade, estigmatizada, compreendida como consequência de algum distúrbio psicológico, decorrente de gula, de falta de força de vontade ou de uma fraqueza de caráter (MATOS; BAHIA, 1998).

Goffman (1978), ao falar sobre o conceito de estigma, afirma que a sociedade estabelece meios para categorizar as pessoas, de modo que estas são rotuladas de acordo com os diversos ambientes sociais. *“Então, quando um estranho nos é apresentado, os primeiros aspectos nos permitem ver a sua categoria e os seus atributos, a sua ‘identidade social’”* (GOFFMAN, 1978, p.12). Essas preconceções criadas acabam se tornando expectativas normativas e exigências rigorosas.

Contudo, frequentemente, ignora-se o fato de que elas tais preconceções perpassam a vida do indivíduo, de tal forma que tanto o sujeito submete os outros quanto é a elas submetido. Além disso, seus significados também são esquecidos com frequência e somente quando essas exigências não são preenchidas, é que se tornam perceptíveis nossas afirmativas sobre como um outro indivíduo deveria ser. Essas exigências poderiam ser denominadas de demandas e o caráter imputado ao indivíduo compõe a caracterização efetiva denominada por Goffman (1978) de “identidade social virtual”. Os atributos que o indivíduo na realidade possui são chamados de “identidade social real”.

Dessa maneira, em geral, quando o indivíduo possui em sua “identidade social real” algum atributo não contemplado pela sua “identidade virtual” tende a ser estigmatizado. Estigma é um termo criado pelos gregos para fazer referência a sinais, ou marcas feitas no corpo, com o objetivo de evidenciar alguma coisa de extraordinário, ou mal, sobre a condição moral de quem os apresentava, de modo que essa pessoa passava a ser evitada, especialmente em lugares públicos. Apesar de, historicamente, o termo designar um atributo depreciativo, este não se refere, no entanto, apenas aos atributos, mas também a uma linguagem que vai nortear as relações estabelecidas com a pessoa estigmatizada (GOFFMAN, 1978).

De acordo com Goffman (1978) podem-se definir três tipos de estigma. O primeiro se refere às abominações do corpo, que incluem as várias deformidades físicas. Um outro tipo está ligado às culpas de caráter individual, como vontade fraca, desonestidade, crenças falsas e rígidas, sendo estas inferidas, a partir de relatos de distúrbio mental, prisão, comportamento político radical, por exemplo. Por fim há os estigmas que podem ser transmitidos por linhagem como raça, nação e religião. Embora nem todo estigma seja visível num primeiro contato, é importante ressaltar que a visibilidade é um fator crucial do estigma.

Todos esses tipos e exemplos de estigma possuem a mesma característica sociológica de dificultar a relação cotidiana de um indivíduo, uma vez que a pessoa estigmatizada possui um traço que tende a se impor, afastando pessoas, diminuindo ou destruindo as possibilidades de reconhecimento de outros atributos que possua. Conseqüentemente, o estigma é uma característica atribuída a determinado indivíduo que tem grande efeito de descrédito podendo, algumas vezes, ser também considerado um defeito, uma fraqueza ou uma desvantagem (*ibid.*)

Goffman (1978) aponta como característica central da situação de vida do indivíduo estigmatizado a questão da aceitação. A discrepância que pode haver entre a identidade virtual e a identidade real de um indivíduo, manifesta e conhecida, pode prejudicar a identidade social, pois tem como efeito afastar o indivíduo da sociedade e de si mesmo, de tal modo que este se torna uma pessoa desacreditada frente a um mundo não receptivo. Ao encontrar dificuldades em ser respeitado e em ter considerado os outros aspectos que possui, isto é, em se sentir aceito pelos demais, o indivíduo estigmatizado pode se manter oscilante entre os pólos de retraimento e agressividade, passando de um para outro, manifestando comportamentos não receptivos à interação.

Tem-se, então que o estigma serve de base para vários tipos de discriminações que acabam comprometendo um intercâmbio social. Mais de uma identidade é atribuída ao indivíduo. É um contexto que propicia que o indivíduo permaneça desconfiado, confuso e hostil, podendo chegar a estados de ansiedade, depressão e isolamento. Assim, reduzem-se as suas chances de construir relações com os outros e desenvolver uma vida social satisfatória (*ibid.*)

Dessa maneira, segundo Goffman (1978), o estigma é uma característica atribuída a determinado indivíduo que tem grande efeito de descrédito, podendo, algumas vezes, ser também considerado um defeito, uma fraqueza ou uma desvantagem.

O obeso tende ser estigmatizado por se encontrar fora dos padrões aceitos socialmente. Mesmo crianças, quando obesas, em sua maioria são excluídas socialmente, vistas como preguiçosas e ridicularizadas (HELLER, 2004).

Portanto, para a condução do tratamento da obesidade, é importante que se leve em consideração a existência de aspectos psicossociais envolvidos nessa questão, tais como, características individuais, processos psíquicos, afetos, emoções, valores e normas sociais. A hiperalimentação, por exemplo, pode refletir um distúrbio ansioso, um distúrbio afetivo, um transtorno alimentar - do tipo compulsão alimentar periódica - e mesmo um desarranjo na dinâmica familiar (BALLONE, 2007)

Ballone (*ibid.*) menciona o fato de que, com frequência, mães ou outros cuidadores alimentam de maneira inadequada suas crianças, oferecendo-lhes uma superalimentação, como forma de compensação para outras emoções - quer sejam por culpa, frustrações passadas ou mesmo como manifestações distorcidas de amor, atenção, carinho (*ibid.*).

Desde a infância, o indivíduo sofre influência e inicia a formação de seus hábitos e gostos alimentares. Este processo ocorre principalmente por meio da internalização de regras, representações e significados sobre o que comer, o quanto comer e em que ocasiões (FELIPPE, 2003).

Os problemas emocionais são geralmente percebidos como consequências da obesidade. No entanto, problemas conflitos podem preceder o desenvolvimento dessa condição. Além disso, depressão e ansiedade também são sintomas comuns nos quadros de obesidade, principalmente em pessoas gravemente obesas (VASQUES; MARTINS; AZEVEDO, 2004).

Considerar a obesidade como um fenômeno biopsicossocial é interpretá-la em seu contexto cultural, histórico e social. Wadden e Stunkard (2002) enfatizam que os significados atribuídos à obesidade, bem como a forma como ela é vista socialmente, relacionam-se a contextos culturais específicos. O ambiente tende a direcionar e modelar

valores e normas sobre o peso corporal ideal, adequado e inadequado. Diferentes contextos históricos propiciam ideais de peso e atitudes diversas em relação a essa questão ao longo do tempo.

Swinburn *et al.* (1999) definem um ambiente obesogênico como aquele em que há influência de oportunidades e condições ambientais nas escolhas realizadas pelos indivíduos quanto a seus hábitos de vida, o que contribui para promover o desenvolvimento da obesidade. Configura-se, portanto, como um ponto crucial a promoção de escolhas mais saudáveis por meio de mudanças ambientais (*ibid.*). É importante que se considere que, predominantemente em países desenvolvidos, tanto o desenvolvimento econômico quanto a urbanização trouxeram profundas modificações no estilo de vida da população, traduzidos por padrões alimentares discutíveis e por modelos de ocupação predominantemente sedentários, favorecendo o aumento de peso e, portanto, a obesidade (OLIVEIRA *et al.*, 2003).

A imagem corporal é um outro aspecto psicossocial relevante relacionado à obesidade (CASTRO *et al.*, 2011). Schilder (1994), define a imagem corporal como a figuração formada na mente à respeito do corpo, englobando aspectos fisiológicos, sociais, afetivos e libidinais. Dessa maneira, a formação da imagem corporal vai além da experiência imediata da percepção dos aspectos físicos da unidade corporal, relacionando-se às conexões entre o indivíduo e o mundo ao seu redor, de modo a envolver os significados, sentidos e sentimentos a ele associados. Cash (1990, p. 70) reforça que a imagem corporal se relaciona com a experiência psicológica do sujeito sobre sua aparência e o funcionamento do seu corpo.

Sendo assim, MATTOS (2011) considera que, além da realidade física, concreta, do corpo, também existe um aspecto subjetivo/simbólico que estabelece relação com os significados sócio históricos sobre o corpo, favorecendo a satisfação, rejeição ou até mesmo distorção da imagem corporal.

O descontentamento relacionado ao peso, que pode levar a uma imagem corporal negativa, é proveniente de uma ênfase cultural na magreza e do estigma social da obesidade (CASTRO *et al.*, 2011). Pessoas com obesidade podem sofrer impacto negativo pelo apelo ao corpo magro cultuado nos dias de hoje (*ibid.*).

Segundo Ballone (2007) existem, atualmente, duas tendências sociais para as pessoas que estão acima do peso ideal. A primeira diz respeito a uma grosseira e desumana discriminação estética, já que a obesidade se encontra fora dos padrões de beleza física da sociedade atual. A outra atribui ao obeso, certas características psicológicas, ao encará-lo como uma pessoa que não têm força de vontade. Atribui, assim, a sua condição física à preguiça e à falta de empenho para emagrecer. Esses olhares tendem a promover o preconceito, propiciando aos obesos, dificuldades para relacionamentos sociais e afetivos, problemas para encontrar emprego e até mesmo quadros psiquiátricos consequentes a essa marginalização.

O peso social da obesidade vem carregado de discriminação e preconceito que estigmatiza para excluir. O estigma que marca a pessoa gorda e também as suas relações sociais tende a marcar os insucessos de suas atividades esportivas na infância, de sua vida afetiva na adolescência, o convívio constante com os apelidos desqualificadores e o confronto com os pré-julgamentos que associam a falta de inteligência à incompetência para se manter dentro do padrão de peso normal e aceitável (FELIPPE, 2003).

A exclusão vivida pela pessoa obesa envolve a impossibilidade de ter uma vida social ativa, levando-a a uma continuada experiência de privação de um convívio social satisfatório (*ibid*).

A obesidade é multideterminada por fatores fisiológicos, genéticos, ambientais, sociais, culturais e psicológicos, aumenta o risco de ocorrência de doenças orgânicas e está ligada a uma maior frequência de transtornos mentais e comportamentais, tais como os transtornos depressivos, de ansiedade, de personalidade e de compulsão alimentar (LOLI, 2000; ARONNE, 2002; CAPITÃO; TELLO, 2002; DOBROW; KAMENETZ; DEVLIN, 2002; AZEVEDO; SPADOTTO, 2004; FANDIÑO et al., 2004; HALPERN; RODRIGUES; COSTA, 2004; SANTOS, 2005; ALLISON et al., 2008). A ocorrência de episódios depressivos em um paciente bariátrico expressa, de um modo geral, a manifestação de transtornos que já haviam se desenvolvido antes do procedimento (MUNHON; MIGOTT, 2017).

Os hábitos alimentares também são construídos a partir de múltiplas influências: culturais, socioeconômicas, familiares e psicológicas. Sendo assim, o comportamento

alimentar sofre influência dos significados social e pessoal em relação à comida, sendo a escolha dos alimentos uma parte de um sistema complexo (MOLINER; RABUSKE, 2008).

É importante considerar que as pessoas com obesidade mórbida, em geral, têm uma longa trajetória de tentativas na diminuição do peso, por meio de dietas e pelo uso de medicação, com as quais não obtiveram o efeito desejável (DOBROW; KAMENETZ; DEVLIN, 2002; ASCENCIO, 2006; GIBBONS, 2006). O transtorno da compulsão alimentar, que é um tipo de transtorno alimentar, costuma ter relação com a obesidade mórbida e é um fator que traz dificuldades ao do tratamento, ocorrendo com maior frequência em pessoas com obesidade precoce, oscilação entre períodos de perda e ganho de peso (SEGAL; FANDIÑO, 2002; APPOLINÁRIO, 2004; FANDIÑO et al., 2004; SANTOS, 2005).

Os transtornos alimentares são doenças psiquiátricas que se caracterizam por alterações significativas no comportamento alimentar cujos reflexos se fazem notar no estado nutricional. Na anorexia nervosa ocorre a perda de peso, ao passo que o ganho de peso ocorre no caso do transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) e na síndrome do comer noturno (SCN) (BURGOS; SILVA, 2009).

O Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica envolve a ingestão de grandes quantidades de comida com perda de controle. A Síndrome do Comer Noturno se caracteriza pela ingestão de grandes quantidades de alimento antes de deitar, e no meio da noite, que pode acontecer em forma de um episódio compulsivo ou diversas “beliscadas”(ibid).

Para os pacientes com obesidade mórbida a cirurgia bariátrica surge como um recurso de tratamento e mais do que isso, como um apelo, uma esperança em direção a um novo modo de habitar o próprio corpo e o mundo (XIMENES, 2009).

Todavia, tal como ressalta Ximenes (2009), o procedimento cirúrgico está longe de se apresentar como um plano perfeito, na medida em que é preciso considerar que certos aspectos da conduta humana conseguem burlar os mecanismos que promovem a perda de peso na cirurgia antiobesidade, promovendo o reganho de peso.

#### **4. TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA A OBESIDADE: indicações e contraindicações**

Segal e Fandiño (2002) afirmam que obesidade grau III está associada a uma piora da qualidade de vida, à frequência elevada de comorbidades, à redução da expectativa de vida e à grande probabilidade de fracasso dos tratamentos menos invasivos. Os autores ressaltam que a indicação do tratamento cirúrgico deve se basear numa análise abrangente de múltiplos aspectos clínicos do doente. Além disso, é necessário que seja feita uma avaliação desses pacientes tanto no pré como no pós-operatório, por uma equipe interdisciplinar composta por endocrinologistas, nutricionistas, cardiologistas, pneumologistas, psiquiatras, psicólogos e cirurgiões.

Segundo Tavares *et al.* (2016), em casos de obesidade classe II (IMC>35) ou obesidade classe III (IMC>40), preconiza-se a cirurgia bariátrica como o tratamento mais eficaz para fazer perder peso e manter esse peso ao longo da vida. O método que vem sendo mais utilizado e considerado mais eficaz atualmente é a com derivação em Y de Roux. Esta intervenção tem por objetivo induzir e manter a perda ponderal, facilitando a redução ou eliminação das comorbidades. Nesta técnica, é feito o grampeamento de parte do estômago, que reduz o espaço para o alimento, e um desvio do intestino inicial, que promove o aumento de hormônios que dão saciedade e diminuem a fome. A combinação entre menor ingestão de alimentos e aumento da saciedade promove o emagrecimento.

Dessa maneira, são considerados candidatos à cirurgia bariátrica pacientes que apresentam IMC maior que 40 kg/m<sup>2</sup> ou com IMC acima de 35 kg/m<sup>2</sup>, associado a comorbidades como apneia do sono, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemias e dificuldades de locomoção, entre outras (TAVARES *et al.* 2016).

A seleção de pacientes requer um mínimo de cinco anos de evolução da obesidade com fracasso dos métodos convencionais de tratamento realizados por profissionais qualificados (SEGAL; FANDIÑO, 2002).

No Brasil, as indicações para o tratamento cirúrgico da obesidade foram publicadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2005). Sendo assim, estão indicados ao procedimento, pacientes com IMC superior a 40kg/m<sup>2</sup>, independentemente da presença de comorbidades; pacientes com IMC entre 35 e 40 que apresentem comorbidade que seja classificada como “grave” por um médico especialista na área da patologia que surgiu ou piorou graças à obesidade, tratamento clínico prévio considerado ineficaz e obesidade estável há pelo menos 2 anos (SBCBM, 2011).

No que diz respeito à idade, considera-se que abaixo de dezesseis anos não existem estudos que corroborem a indicação da cirurgia, a não ser em alguns casos de doenças genéticas específicas; em pacientes entre dezesseis e dezoito anos, considera-se que a realização da cirurgia bariátrica é possível, desde que haja indicação médica e exista consenso entre a família e a equipe interdisciplinar; em pacientes entre dezoito e sessenta anos, não há restrição quanto à idade; em pacientes acima de 65 anos, uma avaliação individual deverá ser feita pela equipe para que se possa avaliar os riscos envolvidos.

Além disso, também são considerados pré-requisitos, a compreensão por parte do paciente e da família de todos os riscos e consequências do tratamento cirúrgico e pós-cirúrgico e o suporte familiar constante.

Cabe ressaltar que, de acordo com o Ministério da Saúde e a SBCBM, existem algumas situações ou condições que contraindicam a realização da cirurgia bariátrica, tais como: doenças genéticas, limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar considerado adequado, quadro de transtorno psiquiátrico atual não controlado e o uso de álcool ou drogas ilícitas. Os quadros psiquiátricos graves, que estejam sob controle, não contraindicam esse procedimento, segundo a SBCBM. O Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (2008) coloca ainda que a cirurgia é contraindicada para indivíduos que tenham história recente de tentativa de suicídio e para pessoas portadoras de distúrbios demenciais graves (FRANÇA, 2014).

A cirurgia bariátrica tem como objetivo principal que a redução ponderal venha acompanhada da redução das comorbidades e da melhora da qualidade de vida. As condições melhoradas com o tratamento cirúrgico são as cardiopulmonares (hipertensão,

insuficiência cardíaca e respiratória, edema, síndrome da hipoventilação da obesidade), diabetes, dislipidemia, esofagite, condições ginecológicas (infertilidade, gestação e parto, incontinência urinária), cirrose e fibrose hepáticas, risco cirúrgico, osteoartrite, pseudotumor cerebral, índices de qualidade de vida (desemprego, depressão, ansiedade, autoestima, interação social, mobilidade física), transtornos do sono e tromboembolismo (SEGAL; FANDIÑO, 2002).

## **5. A CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA**

A cirurgia bariátrica vem sendo considerada como o tratamento mais efetivo para obesidade de grau III, embora o tratamento clínico seja a primeira opção para o tratamento da doença (COSTA *et al.*, 2009).

A cirurgia bariátrica caracteriza-se como a intervenção de maior eficácia para pacientes com obesidade severa, já que ela propicia a perda de 25 a 30% do peso corporal (LIMA FILHO, 2008).

O tratamento cirúrgico da obesidade tem como finalidade propiciar melhora na qualidade de vida, bem como na longevidade do obeso, solucionando as questões de ordem ocasionadas pelo excesso de peso, tanto as de ordem física quanto as de ordem psicossocial (COSTA *et al.*, 2009).

### **5.1 Definição**

De acordo com a SBCBM (2016), a cirurgia bariátrica e metabólica, conhecida também como cirurgia da obesidade, gastroplastia ou, popularmente, como redução de estômago, abrange um conjunto de técnicas cientificamente respaldadas, que se destinam ao tratamento da obesidade bem como das doenças associadas ou agravadas pelo excesso de gordura corporal.

Há cerca de seis anos, foi incorporado o conceito metabólico pela importância que a cirurgia adquiriu no tratamento de doenças causadas, agravadas ou cujo tratamento/controlado é dificultado pelo excesso de peso ou facilitado pela perda de peso, como o diabetes e a hipertensão. Tais doenças associadas à obesidade são também chamadas de comorbidades (SBCBM, 2016).

Segundo Carvalho (2007), a cirurgia bariátrica é considerada, dentre os tratamentos para a obesidade, o mais radical. No entanto, é tido também como o único que promove resultado em perda de peso expressiva (20% a 40% do peso inicial) e mantida por, pelo menos, 15 anos (13-15), permitindo a melhora dos parâmetros metabólicos. Cabe ressaltar que vem a ser um tratamento reservado para pacientes com  $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$  ou  $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$  com comorbidades associadas e com tratamentos convencionais prévios malsucedidos.

## 5.2 Histórico

A cirurgia bariátrica surgiu na década de 1950, e as cirurgias eram, inicialmente, do tipo disabsortivas, ou seja, promoviam uma grande diminuição da absorção dos nutrientes ingeridos (CAVALIERI; FANZÓI-DE-MORAES, 2004). Na Europa, a terapêutica cirúrgica se desenvolveu na década de 1960, tendo como objetivo principal a restrição alimentar (BETTINI, 2000).

De acordo com a SBCBM (2010), a cirurgia bariátrica chegou ao Brasil durante a década de 1970, com os trabalhos iniciais do cirurgião da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) Salomão Chaib, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, no serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo, utilizando técnicas de derivações jejuno-ileais do tipo Payne para o tratamento da obesidade, sem, contudo, conseguir alcançar os

resultados que esperava, os pacientes apresentaram graves sequelas causadas pela cirurgia (especialmente desnutrição grave) e o tratamento caiu em descrédito (SBCBM, 2010; MARCHESINI, 2006).

Na década de 1980, nos Estados Unidos, o cirurgião americano Edward Mason, considerado um dos pais da cirurgia bariátrica e um dos fundadores da Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e Metabólica descreveu as técnicas de *bypass* gástrico, gastroplastia horizontal e gastroplastia vertical com uso do anel de polipropileno, procedimentos que começaram a ser utilizados também no Brasil, pelo médico Arthur Garrido.

No início dos anos de 1990, as primeiras técnicas mistas, surgiram. Tais técnicas associavam restrição no estômago à diminuição da absorção através da redução de em média um metro do intestino. A técnica de gastroplastia vertical com anel foi sendo substituída pela banda gástrica ajustável que posteriormente deu lugar a cirurgia por videolaparoscopia (SBCBM, 2010).

No ano de 1996, os primeiros cirurgiões que atuavam com a cirurgia bariátrica fundaram, em São Paulo, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica – SBCB. Em seguida, no ano de 1998, foi realizado o Primeiro Congresso da SBCB no Hospital da Beneficência Portuguesa (SBCBM, 2010).

Na data de 26 de abril de 2001, foi editada pelo Ministério da Saúde a Portaria Nº628 que aprovou o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia no âmbito do SUS, quando hospitais públicos de saúde passaram a ser cadastrados como Centros de Referência em Cirurgia Bariátrica (*ibid*).

O ano de 2004 foi marco do início da chamada cirurgia metabólica, a partir de um artigo publicado pelo médico Francesco Rubino, que realizou um estudo sobre a exclusão duodenal e o controle da diabetes em animais (RUBINO *et ali*. 2004). Dessa maneira, surgiu o conceito de cirurgia metabólica devido ao sucesso que a cirurgia bariátrica obteve em relação às comorbidades comuns nos pacientes obesos. No ano de 2005, foram realizados no Brasil os primeiros estudos sobre a cirurgia metabólica e, no ano seguinte, o conceito metabólico foi incorporado à cirurgia bariátrica (SBCBM, 2010).

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2011), o número de cirurgias realizadas no Brasil tem tido progressivo aumento nos últimos anos. O número de cirurgias realizadas, que em 2003 foi de 16 mil, aumentou para 45 mil em 2009 (sendo 25% dessas realizadas por videolaparoscopia), chegando a 60 mil no ano de 2010 (sendo 35% dessas, por videolaparoscopia).

Desde janeiro de 2012 entrou em vigor no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que a cirurgia bariátrica através de videolaparoscopia deve ter cobertura dos planos de saúde (*ibid*).

Considerada um procedimento de grande porte, a cirurgia bariátrica tem taxa de mortalidade de 0,23% para os procedimentos por videolaparoscopia e, para os procedimentos abertos, a taxa de mortalidade é de 4% (*ibid.*)

### **5.3 Estatísticas**

Segundo a SBCBM (2010), a Cirurgia Bariátrica e Metabólica configura-se como um tratamento eficaz contra a obesidade grave. O avanço de técnicas e tecnologias levou a especialidade a se tornar uma alternativa segura e eficiente não só contra a obesidade, mas também contra doenças associadas como diabetes, hipertensão e outras agravadas pelo excesso de peso. O Brasil aparece como o segundo país no mundo que mais realiza este procedimento cirúrgico, com 80 mil registros por ano, atrás apenas dos EUA. O crescimento nos últimos dez anos foi de 300% e a taxa de mortalidade de pacientes que optam pelo tratamento não ultrapassa 0,15%.

Dados da SBCBM (2010) apontam que, vem ocorrendo um aumento no volume cirurgias bariátricas por ano. O número de 72 mil cirurgias realizadas em 2012 subiu para 80 mil cirurgias realizadas, chegando a 93,5 mil no ano de 2015.

O Brasil foi um dos primeiros países do mundo a desenvolver uma política pública para o atendimento e tratamento cirúrgico dos portadores de obesidade mórbida, por meio da portaria do Ministério da Saúde, publicada no ano de 2001, que regulava este tratamento no Sistema único de Saúde (SUS) (*ibid*).

## 5.4 Técnicas

Segundo a SBCBM (2010), a diferenciação entre as cirurgias se dá pelo mecanismo de funcionamento, de modo que é possível distinguir três procedimentos básicos da cirurgia bariátrica e metabólica – restritivos, disabsortivos e técnicas mistas -, que podem ser feitos por abordagem aberta ou por videolaparoscopia, que é menos invasiva e mais confortável ao paciente. Os restritivos são aqueles que diminuem a quantidade de alimentos que o estômago é capaz de comportar, enquanto os disabsortivos são aqueles que reduzem a capacidade de absorção do intestino. As técnicas mistas combinam um pequeno grau de restrição e desvio curto do intestino com uma discreta má absorção de alimentos.

Os procedimentos aceitos pelo CFM (2010), atualmente, são: restritivos (balão intragástrico, gastroplastia vertical bandada ou cirurgia de Mason, banda gástrica ajustável, gastrectomia vertical) e mistos (com maior componente restritivo: gastroplastia com reconstituição em Y do Roux; ou com maior componente disabsortivo: cirurgia de derivação bilio-pancreática com gastrectomia horizontal, que é também conhecida como cirurgia de Scopinaro, cirurgia de derivação bilio-pancreática com gastrectomia vertical e preservação do piloro, também conhecida como cirurgia de *duodenal switch*).

Sendo assim, no Brasil, são aprovadas quatro modalidades diferentes de cirurgia bariátrica e metabólica, além do balão intragástrico, que não é classificado como cirúrgico. O *bypass* gástrico, também chamado de gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”, vem sendo estudado desde a década de 1960, é a técnica bariátrica mais praticada no Brasil, chegando a 75% das cirurgias realizadas, em função de sua segurança e, sobretudo, de sua eficácia, já que o paciente submetido esta técnica perde de 40% a 45% do peso inicial. Trata-se de um procedimento misto, no qual é feito o grampeamento de parte do estômago, reduzindo o espaço para o alimento, além de um desvio do intestino inicial, o que promove o aumento de hormônios que promovem saciedade e diminuindo a fome. A combinação entre menor ingestão de alimentos e aumento da saciedade leva ao

emagrecimento, além de controlar as comorbidades como o diabetes, hipertensão arterial e outras doenças (SBCBM, 2010).

O procedimento da Banda gástrica ajustável foi criado no ano de 1984, chegou ao Brasil no ano de 1996 e corresponde a 5% dos procedimentos realizados no País. Diferentemente do *bypass*, essa técnica não promove mudanças na produção de hormônios, mas se mostra bastante segura e eficaz na redução de peso, promovendo uma perda de 20% a 30% do peso inicial, ajudando também no tratamento do diabetes. Trata-se de um anel de silicone inflável e ajustável que é instalado ao redor do estômago, é regulável, tornando possível controlar o esvaziamento do estômago (*ibid*).

Na Gastrectomia vertical, o estômago é transformado em um tubo, com capacidade de 80 a 100 mililitros (ml). Esta técnica promove boa perda de peso, equivalente àquela promovida pelo *bypass* gástrico e maior do que a proporcionada pela banda gástrica ajustável. Este procedimento é praticado desde início dos anos 2000 e costuma ter boa eficácia sobre o controle da hipertensão e de dislipidemias (alterações do colesterol e triglicérides) (*ibid*).

O procedimento denominado *Duodenal Switch*, criado em 1978, corresponde a 5% das cirurgias realizadas e vem a ser uma associação entre gastrectomia vertical e desvio intestinal. Nessa técnica, são retirados 85% do estômago, mantendo-se, no entanto, sua anatomia básica e sua fisiologia de esvaziamento. O desvio intestinal reduz a absorção dos nutrientes, levando ao emagrecimento, promovendo uma perda de 40% a 50% do peso inicial (*ibid*).

Além dos procedimentos cirúrgicos, existe ainda a chamada Terapia auxiliar – Balão intragástrico. Trata-se de um procedimento não cirúrgico, que é realizado por endoscopia para o implante de prótese de silicone, com vistas a diminuir a capacidade gástrica e provocar saciedade. O balão é preenchido com 500 ml do líquido azul de metileno, que, caso ocorra vazamento ou rompimento, é expelido na cor azul pela urina.

O paciente permanece com o balão por um período médio de seis meses, sendo indicado para pacientes com sobrepeso ou no pré-operatório de pacientes com super obesidade (IMC acima de 50 kg/m<sup>2</sup>) (*ibid*).

### **5.5 Equipe interdisciplinar**

De acordo com França (2014), o Brasil tem como especificidade a exigência por parte do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) e do Conselho Federal de Medicina (CFM 2005, 2010) de que se constitua uma equipe interdisciplinar para cuidar dos pacientes que pretendem se submeter a qualquer tipo de cirurgia bariátrica. Na data de 26 de abril de 2001, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria número 628/GM veio regulamentar a composição das equipes para a realização da cirurgia bariátrica (XIMENES, 2009). Tal equipe deve ter como membros obrigatórios um cirurgião que tenha formação específica, um médico clínico (geral, endocrinologista, intensivista ou cardiologista), um psiquiatra ou um psicólogo, bem como um nutrólogo ou nutricionista (FRANÇA, 2014). Ximenes (2009) destaca que, de início, foram habilitados como centros de referência quatro Hospitais da rede pública, sendo eles, o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, o Hospital de Ipanema no Rio de Janeiro, o Hospital Universitário de Curitiba e o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco e, somente, alguns anos depois teve início a experiência das equipes em unidades da rede privada.

Podem existir ainda alguns outros profissionais que componham a equipe, atuando junto à equipe obrigatória: anesthesiologista, endoscopista, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social e o profissional de educação física.

A visão interdisciplinar também ganhou, ao longo tempo, uma maior relevância, com o entendimento de que o tratamento cirúrgico é muito mais do que operar. Tal visão permitiu maior e mais efetiva participação de nutricionistas, nutrólogos, psicólogos, psiquiatras, educadores físicos e outros profissionais da saúde. A atuação conjunta desses profissionais evita complicações cirúrgicas imediatas e tardias, obtém resultados satisfatórios e abre caminho para o treinamento mais qualificado da equipe cirúrgica.

Valoriza-se, cada vez mais, um bom preparo pré-operatório e um acompanhamento eficaz de longo prazo no tratamento bariátrico e metabólico.

## 5.6 Pré e pós-operatório

A SBCBM (2010) preconiza a importância do preparo pré-operatório, já que este otimiza a segurança e os resultados da cirurgia bariátrica e metabólica. Dessa forma, é solicitado ao paciente que se empenhe em reduzir um pouco do seu peso – cerca de 10% - antes do procedimento cirúrgico, na medida em que alguns quilos a menos contribuem para oferecer melhores condições à anestesia geral e à operação.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) e também a SBCBM destacam que é necessário que os candidatos ao procedimento cirúrgico passem por um preparo pré-operatório que começa com consultas com o cirurgião bariátrico, o clínico (ou cardiologista), o psiquiatra e ou psicólogo e o nutricionista.

Durante tais consultas o paciente e seus familiares devem ser informados de forma ampla sobre o procedimento ao qual irá de submeter. Ainda na fase pré-operatória, é obrigatório o preenchimento Consentimento Informado que se trata do documento no qual o paciente assume que está devidamente informado à respeito dos benefícios e também riscos da cirurgia. Nesta fase também, o paciente deverá submeter-se a uma gama de exames, tais como, endoscopia digestiva, ultrassom abdominal e exames laboratoriais - hemograma, coagulograma, glicemia, perfil lipídico, enzimas hepáticas, uréia e creatinina, ácido úrico, TSH, dentre outros que ficam a critério da equipe - , exames de avaliação cardiológica - eletrocardiograma e outros a critério do clínico ou do cardiologista, exames de avaliação respiratória - radiografia de tórax e outros a critério do clínico ou do pneumologista - e exames de avaliação do aparelho digestório (ecografia abdominal e endoscopia digestiva alta – com pesquisa de *helicobacter pylori*).

No período pós-operatório, o paciente deve fazer consultas e exames laboratoriais periódicos, de acordo com conforme o tipo de cirurgia a que fora submetido e as rotinas estabelecidas pela equipe responsável. Nos casos em que há comorbidades, as mesmas devem ser acompanhadas por profissionais especialistas nessas doenças. Recomenda-se ao paciente atividade física e complemento vitamínico, além do uso de faixa abdominal nas operações abertas (SBCBM, 2010).

Podem ocorrer, ainda que raramente, complicações geradas pela cirurgia, como infecções, tromboembolismo (entupimento de vasos sanguíneos), deiscências (separações) de suturas, fístulas (desprendimento de grampos), obstrução intestinal, hérnia no local do corte, abscessos (infecções internas) e pneumonia. Além disso, sintomas gastrointestinais podem aparecer após a refeição, de modo que os pacientes que têm predisposição a esses efeitos colaterais devem observar certos cuidados, como reduzir o consumo de carboidratos, porcionar as refeições em pequenas quantidades e evitar a ingestão de líquidos durante as refeições. Alguns pacientes podem apresentar ainda desnutrição, fezes de forte odor e diarreias (*ibid*).

## 6. MANUTENÇÃO E REGANHO DE PESO

Segundo Godoy (2012), a primeira dificuldade que se apresenta no trabalho com obesos mórbidos, é leva-los a reconhecer a obesidade como uma condição de adoecimento crônico. Esses pacientes são portadores de uma doença progressiva capaz de trazer-lhes inúmeras complicações que até mesmo ameaça à vida, reduzem autoestima e a qualidade de vida.

A cirurgia bariátrica tem se apresentado, assim, como um tratamento efetivo para promover a perda de peso e importantes mudanças metabólicas, reduzindo as comorbidades. Entretanto, tem se configurado como um importante desafio, promover a compreensão de que o tratamento não se resume em submeter-se ao procedimento de forma passiva, mas envolve uma atitude ativa do paciente, exigindo que ele se responsabilize por mudanças em sua vida como um todo (*ibid.*)

Após a realização da cirurgia bariátrica, o emagrecimento costuma ser caracterizado por uma significativa redução de peso no período inicial, seguido de uma estabilização e posterior tendência do organismo à reaquisição (FREIRE, 2012). A perda de peso mais rápida costuma ocorrer nos seis primeiros meses, diminuindo a velocidade entre seis e nove meses, de modo que o peso tende a estabilizar-se entre doze e vinte quatro meses e após dois anos do procedimento, em geral há uma cessação da perda de peso. Nesse momento, inicia-se, então, a fase de manutenção, período no qual, em muitos pacientes, volta a acontecer uma reaquisição do peso(*ibid*).

Segundo Freire (2012), os fatores que influenciam tanto a manutenção quanto o reganho de peso são multifatoriais, têm sido realizados esforços no sentido de se investigar as possíveis causas e diretrizes para o tratamento.

Bastos *et al.* colocam que existem diversos fatores que podem ser apontados como preditivos para a ocorrência de reganho de peso. Seriam eles os hábitos alimentares inadequados, a dilatação do reservatório gástrico, a redução de atividades física e adaptações hormonais, que dependendo da forma como interajam podem resultar em consequências, desejadas ou indesejadas, sobre o peso corporal em curto e em longo prazo.

Segundo a ABESO (2016), a possibilidade do ganho de peso configura-se como um dos maiores temores do paciente que se submete à Cirurgia Bariátrica. É importante considerar que a maior parte dos pacientes já se submeteu a uma gama de tratamentos anteriores à Cirurgia Bariátrica, sendo alguns bem-sucedidos, outros nem tanto, mas todos acompanhados de enorme frustração por não conseguir manter os resultados a médio e longo prazo.

Embora a cirurgia bariátrica seja amplamente considerada como a melhor forma de emagrecimento, não se pode deixar de considerar, em relação a esse tratamento cirúrgico, que existe a real possibilidade do ganho de peso (TAVARES *et al.*).

Configura-se em um engano imaginar que após a cirurgia o ganho de peso nunca mais irá ocorrer. Em geral, os primeiros dezoito meses que sucedem à cirurgia são considerados como a fase romantizada, na qual a pessoa que se submeteu à cirurgia geralmente está bastante motivada, permanece seguindo à risca as orientações nutricionais, com apetite reduzido, desfrutando dos diversos elogios que vem recebendo sobre sua aparência e entusiasmada e dedicada à atividade física. Observa-se que na medida em que o tempo vai passando, o apetite vai aumentando, o peso tende a se estabilizar, os problemas emocionais podem retornar e os velhos hábitos podem reincidir (ABESO, 2016).

A ABESO (2016) afirma que a maior parte dos pacientes terá algum grau de recuperação de peso. Sendo assim, é importante que se estabeleça o que é considerado normal e até esperado e o que não é normal. Pode ser considerado normal e não exigir nenhum tratamento, o paciente recuperar entre cinco e 10% do excesso de peso que havia sido reduzido após vinte e quatro meses da cirurgia, desde que tenha sido forma lenta e sem houvesse alguma repercussão clínica. Como, por exemplo, no caso de uma mulher de quarenta e nove anos, que tinha sido operada há cinco anos, que pesava cento e vinte quilos, com altura de 1,65m, que tinha um excesso de peso de cinquenta e dois quilos no pré-operatório. Com vinte e quatro meses de pós-operatório, ela estava com o peso de sessenta e quatro quilos, o que significa que ela havia alcançado uma perda ponderal de cinquenta e seis quilos, o que corresponde a uma redução de cento e sete por cento do excesso de peso, o que é bem acima do esperado. Atualmente, ela se encontra com setenta

e dois quilos e apesar oito quilos de terem sido recuperados, a perda ponderal é de noventa e dois por cento do excesso de peso, o que pode ser considerado um resultado muito satisfatório. Dessa maneira, a indicação para essa paciente seria a de revisar seus hábitos e consultar a equipe interdisciplinar.

A ABESO (2016) propõe, ainda, que caso o reganho de peso tenha início ainda no primeiro ano de pós-operatório, ocorrendo de forma rápida, associado a maus hábitos, com o retorno de algumas comorbidades, tais como diabetes, esteatose (gordura no fígado), apneia do sono, colesterol e triglicerídeos, ou mesmo se a redução do excesso de peso for inferior a cinquenta por cento, isto não é considerado normal, devendo ser avaliado e, dentro do possível, tratado. Tomando como exemplo a mesma paciente de quarenta anos, operada há cinco anos, com peso de cento e vinte quilos e 1,65m de altura. Supondo que ela houvesse reduzido seu peso para oitenta e quatro quilos com vinte e quatro meses de pós-operatório, teria ocorrido uma perda de sessenta e nove por cento do excesso de peso. Caso ela atualmente estivesse com noventa e oito quilos, teria havido uma perda de quarenta e dois por cento do excesso de peso, o que significaria uma reengorda significativa. E se além disso ela estivesse novamente hipertensa e com esteatose hepática, seriam sérios prejuízos à saúde.

Caso o reganho de peso seja de até vinte e cinco do peso perdido após a cirurgia, já se tem indicação para que seja realizada uma cirurgia revisional (TAVARES *et al.*, 2016).

Tavares *et al.* (2016) afirmam que existem alguns fatores que podem estar relacionados à falha na perda ponderal. Dentre eles encontram-se a influência da carga genética, o diabete mellitus tipo 2, a dislipidemia, a circunferência abdominal acima dos valores normais, a deficiência de ferro, o tabagismo, uso de algumas drogas, a idade acima dos cinquenta anos e a fibrose hepática. Os autores consideram ainda que, fatores como índice de massa corpórea alto no momento da cirurgia, hábitos alimentares inadequados antes da cirurgia, autoestima, posição socioeconômica, também podem contribuir para a falha na perda de peso.

Sendo assim, Tavares *et al.* destacam que a etiologia do reganho de peso é multifatorial e ainda não está bem definida. Portanto, vem se configurando em um desafio

enfrentado pela equipe interdisciplinar no acompanhamento pós-operatório tardio dos pacientes é evitar o ganho de peso. Os referidos autores sugerem que haja um acompanhamento intensivo e interdisciplinar dos pacientes para que se possa preservar o peso e reduzir, bem como as comorbidades em até sete anos após a cirurgia. Dessa maneira, o paciente deve ser orientado a procurar, preferencialmente, a equipe interdisciplinar que o operou. Esta, por sua vez, deve estar preparada e apta para receber este paciente e acolhê-lo sem discriminação. É necessário que se faça avaliação clínica, nutricional e psicológica, além de exames específicos conforme a investigação clínica mostrar ser necessário.

Dessa forma, tendo como base essas informações e com um recordatório alimentar, pode-se ajudar o paciente a descobrir o que está causando o aumento do peso e buscar tratamento adequado. Observa-se que, em grande parte dos casos, a reengorda ocorre por retorno a maus hábitos alimentares, tais como padrão beliscador (consumo de alimentos em porções pequenas e frequentes), com preferência por alimentos de alto teor calórico e baixo poder de saciedade, como, por exemplo, biscoitos, doces e salgadinhos, consumo de álcool e bebidas com alto teor de açúcar e inatividade física (ABESO, 2016).

## 7 METODOLOGIA

### 7.1 Justificativa

A investigação foi desenvolvida através de um estudo qualitativo fundamentado na teoria da Subjetividade de Fernando Gonzalez-Rey (2003). A escolha da metodologia qualitativa de pesquisa justifica-se por sua possibilidade de aprofundamento da questão em foco, já que permite considerar as produções humanas de sentidos e significados, compreendendo-as em sua complexidade (ROSSETTI-FERREIRA et al., 2004).

Minayo e Sanches (1993) também destacam a abordagem qualitativa como sendo a mais apropriada para estudos desenvolvidos no âmbito da subjetividade e seus processos, uma vez que seu enfoque visa compreender as relações humanas bem como os significados produzidos nessas interações.

O processo de investigação da pesquisa qualitativa não pressupõe a existência de uma única realidade, mas entende que a interação entre pesquisador e participante da pesquisa faz emergir diferentes pontos de vistas que compreendem múltiplas realidades (GONZÁLEZ REY, 2002). Ressalta o *caráter construtivo interpretativo do conhecimento, o conhecimento como produção (humana) e não como apropriação linear de uma realidade que se nos apresenta* (GONZÁLEZ REY, 2012, p.5).

Quanto à legitimação da informação proveniente dos estudos qualitativos, tal como o estudo de casos, resulta da consideração de que a pesquisa é uma produção teórica, é uma construção de modelos de inteligibilidade que dão consistência à constituição de conhecimentos seja em um campo, seja em relação a questões específicas (GONZÁLEZ REY, 2012).

### 7.2 Participantes e procedimentos

A seleção das participantes foi feita através da técnica da “bola de neve”, por possibilitar o acesso a possíveis participantes do estudo mediante a indicação de entrevistados iniciais (BERNARD, 2005).

Participaram do estudo cinco pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica há, no mínimo, 18 meses e seis profissionais componentes de equipes interdisciplinares de cirurgia bariátrica, a saber, um médico endocrinologista, um médico cardiologista, um médico psiquiatra, uma nutricionista, uma psicóloga e uma fisioterapeuta, conforme os quadros a seguir.

Quadro I – Perfil dos pacientes

Participante	Idade (Anos)	SUS ou Particular	Reganho de peso		Tempo de Cirurgia (anos)	Atividade Profissional
			Sim / Não	Pro- porção		
Débora	43	Particular	Sim	2/3	6	Professora e psicóloga
Bento	59	SUS	Não	---	5	Representante de vendas
Suzana	59	SUS	Sim	1/3	8	Secretária
Karen	30	Particular	Não	---	2	Enfermeira
Regina	42	Particular	Não	---	2	Técnica de enfermagem

Quadro II – Perfil dos profissionais

Participante	SUS ou Particular	Tempo de Atuação (anos)
Médico Endocrinologista	SUS	20
Médico Cardiologista	SUS	9
Médico Psiquiatra	SUS	9
Nutricionista	SUS	9
Psicóloga	Particular	35
Fisioterapeuta	SUS	9

O estudo atendeu às normas e procedimentos instituídos na Resolução 466/2012 do CNS-MS.

No primeiro contato com os participantes, foi apresentado o objetivo da pesquisa, prestados os esclarecimentos necessários, solicitada a permissão para a gravação da entrevista a ser realizada e colhida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas cópias – anexos A e B.

A coleta de dados foi feita através de entrevistas semi abertas, que tinham como indicadores: obesidade, cirurgia bariátrica, reganho e manutenção de peso, e por anotações qualitativas conduzidas pela pesquisadora no campo.

A entrevista, conduzida sob a forma de diálogo, é considerada um instrumento privilegiado para o fornecimento tanto de informações sobre aspectos singulares (sentidos subjetivos) do tema em questão, quanto informações, congruentes ou não, acerca dos processos (configurações subjetivas) inerentes à questão. Os sentidos subjetivos e as configurações subjetivas conduzem a uma representação (ou a uma das representações) do fato estudado, que engloba tanto aspectos de sua organização como a sua processualidade (GONZÁLEZ REY, 2012).

Todas as entrevistas, gravadas em áudio, foram transcritas na íntegra, tendo sido mantidos os erros de português, as expressões coloquiais, exclamações, silêncios e outros aspectos (BARDIN, 2000).

A análise dos dados coletados foi feita a partir do princípio construtivo-interpretativo (GONZÁLEZ REY, 2012):

A representação de algo nunca esgota os sentidos subjetivos presentes em suas manifestações verbais e icônicas, sendo apenas um momento possível de sentido que adquire significação em sua relação com outros momentos e formas de expressão do sujeito ou dos espaços sociais estudados que podem estar aparentemente muito distantes do que estamos estudando (p. 126).

Procedeu-se à leitura exaustiva das entrevistas para a extração de recortes dos trechos considerados mais significativos em relação ao objeto de estudo. As anotações qualitativas também respaldaram a condução dessa análise. Alcançou-se, assim, sentidos

envolvidos na subjetividade social do tema investigado. Esses sentidos, expressos espontaneamente pelos entrevistados em diferentes contextos (consultórios, hospitais, shopping center e Internet), trouxeram temas que definiram os indicadores (equivalentes a eixos de análise): Imagem Corporal e Excesso de Peso, Estilo de Vida e Comportamento alimentar, Transtornos de Humor e de Ansiedade, O Processo de decisão pela Cirurgia Bariátrica, O Pós Operatório, A Manutenção e o Reganho de Peso. Estes indicadores produziram novas zonas de sentido sobre o tema em estudo.

## **8. OLHARES DOS PACIENTES SOBRE MANUTENÇÃO E REGANHO DE PESO APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA**

No presente estudo, parte-se do princípio de que a análise da dimensão discursiva enquanto uma produção da subjetividade permite que sejam alcançados tanto os sentidos como os significados atribuídos pelos sujeitos ao tema em questão. Portanto, são aqui considerados não apenas os sentidos, constituintes das subjetividades individuais, mas também os significados compartilhados socialmente, elementos da subjetividade social, sobre o tema estudado.

### **8.1- Imagem Corporal e Excesso de Peso**

Três momentos foram considerados em relação à imagem corporal: Imagem Corporal antes da Cirurgia, Imagem Corporal após o Emagrecimento e Imagem Corporal Atual.

O excesso de peso foi analisado a partir de dois aspectos: o surgimento do excesso de peso e as complicações de saúde.

#### **Imagem Corporal antes da Cirurgia**

O período que antecede à cirurgia, em geral, é o período em que o paciente se encontra com o peso bastante elevado. Embora em alguns casos, sejam dadas orientações

em relação à perda de peso antes da cirurgia, não se trata de uma perda significativa, de modo que paciente se encontra na condição de obeso.

Para referir-se a si própria, a paciente Débora usa a imagem da sanfona:

*DÉBORA: “É, eu sou sanfona mesmo(...) Eu sempre sanfonei demais.”*

Os sentidos atribuídos por Karen e Regina em relação à imagem corporal antes da cirurgia, ficam evidenciados quando elas falam sobre vestimentas.

*KAREN: “A parte de vestimenta também que nem uma capinha de bujão. Então assim, comecei a não achar lugar para comprar roupa. Ou então achava lugar para comprar roupa, mas não, não me agradava, só me vestia naquela... naquele padrão”*

*REGINA: “(...) que eu ficava chateada. Você poder passar na vitrine, ver uma roupa e você entrar na loja, ‘Ah não dá em você, não.’ ‘Não tem para você não’ e você ter que usar a roupa que coubesse em você... A roupa que te escolhia.”*

Marcelino e Patricio (2011) ressaltam que a cultura da exclusão de “corpos” que não sejam magros explicita-se no momento em que as pessoas obesas se veem diante de dificuldades para encontrar roupas que se adequem ao seu tamanho ou mesmo para conseguir um emprego.

Suzana falava antes da cirurgia sobre a sua condição de obesa como algo imutável:

*SUZANA: “(...) nasci para ser gorda mesmo... Então eu vou, vou ser gorda até o fim.”*

O aumento de peso promove uma alteração da imagem corporal e favorece uma deterioração da autoimagem e do autoconceito na pessoa obesa, diminuindo a sua autoestima, podendo levar ao surgimento de sintomas depressivos e ansiosos, uma redução da sensação de bem-estar e uma ampliação da sensação de inadequação social (MARTINS, 2012).

Bento relata que não tinha problemas com a questão do peso. Foi o único participante que atribuiu um sentido positivo à sua imagem corporal.

BENTO: “(...) eu levantava 126 kg no supino, sabe, eu tinha 125 de tórax, tinha 48 de braço (...)”  
 “Eu nunca tive assim problema assim de ganho de peso porque eu sempre fui atleta, né. Eu fui surfista, eu fazia Jiu-jitsu, eu fazia uma série de coisas.”

### **Imagem Corporal após emagrecimento**

No período de seis a doze meses após a realização da cirurgia, os pacientes costumam perceber significativas mudanças em seu peso corporal. Esse fato costuma promover alterações na autoimagem em função do emagrecimento.

Débora relata ter perdido cerca de 40 a 45 quilos e, com isso, ter se sentido melhor consigo mesma, ter mais autoconfiança para relacionar-se, sentir-se mais bonita, gostar mais de si mesma e de sua autoimagem.

DÉBORA: “em 6 meses eu perdi... em torno de 40, 45 kg . (...) Depois da cirurgia, teve um acréscimo no sentido de me sentir melhor, de me vestir melhor, de me sentir mais bonita, de de repente ir para a balada mais confiante, no sentido de paquerar, mas já existia isso antes. É... agora... agora é outra vida, completamente... Depois dos filhos, aí muda tudo. Então assim, eu to com um parâmetro diferenciado agora, né... pra te dar... Mas assim,

*o antes e depois da cirurgia teve uma mudança em termos de assim... de eu me vestir melhor, é... entrou... entrou mais assim essa questão da sexualidade, sim... Essa questão de sair, paquerar... e namorar... mas, mas já existia antes..."*

PESQUISADORA: *"Então, você está me dizendo que mudou a sua relação com o seu corpo?"*

DÉBORA: *"Ah... muito! Com certeza. Porque eu acho que é... é a grande questão. Sempre foi a minha grande questão, assim... eu me prefiro magra. Eu me acho mais bonita magra. E isso influencia, sim, na minha autoestima, na minha... segurança... Não que eu deixasse de viver antes, nunca deixei. Sempre saí, sempre passei, sempre namorei, mas é... tem uma mudança, sim, de qualidade, de autoimagem. Tem!"*

Karen também fala de ganhos em sua autoimagem após uma perda de peso significativa promovida pela cirurgia, que superou suas expectativas iniciais. Relata um aumento em sua autoestima, apontado por pessoas próximas.

KAREN: *"Fui a sessenta e oito e meio. Fui além do que eu queria. Eu queria setenta."*

*"...minha mãe diz que eu sou a última Coca-Cola light do deserto. Minha autoestima foi lá em cima, é surreal."*

Regina demonstra entusiasmo ao falar sobre sua autoimagem após a perda de peso promovida pela cirurgia, ressaltando o fato de poder escolher a roupa que vai vestir.

REGINA: *"(...) foi maravilhoso, tudo até hoje foi maravilhoso... Para mim então emagrecer, perder trinta e sete, então, é outra qualidade de vida."*

Suzana relata ter tido problemas com sua autoimagem durante e após o emagrecimento promovido pela cirurgia bariátrica. Ao ir se percebendo como uma pessoa madura e não gostando da imagem que se apresentava diante de si, desistiu de atingir a meta inicialmente estabelecida quando ainda faltavam dez quilos. Ela usa o adjetivo

“horrrível” para qualificar sua autoimagem e fala em ter se sentido frustrada, quando sua expectativa era de se alegrar com a perda de peso, por se tratar de algo que ela sempre desejou.

SUZANA: “...quando eu me vi emagrecendo demais, que eu me olhava no espelho, eu fui vendo que eu tava uma pessoa madura, entendeu. Isso foi me deixando, me deixando mais frustrada ainda. Então ao invés de me de me alegrar, né, por ‘tar’ perdendo peso, eu comecei a ficar frustrada. Aí, quando eu perdi trinta e seis que, que eu me olhava no espelho e achava HORRIVEL, aí eu falei para mim ‘não quero mais emagrecer do que isso.’ Eu ainda fiquei devendo à cirurgia dez quilos.

Alguns autores colocam que os efeitos psicológicos da rápida perda de peso na imagem corporal ainda precisam ser mais bem esclarecidos, fazendo-se necessário que se considere os aspectos psicodinâmicos envolvidos no desenvolvimento da obesidade para que se possa promover uma reorganização psíquica perante o emagrecimento, já que este, bem como sua manutenção vão exigir alterações não apenas no comportamento alimentar, mas também nas relações familiares (MOLINER; MORONI RABUSKE, 2008). Além disso, as resistências conscientes e inconscientes envolvidas na perda de peso, decorrem das mudanças na imagem corporal e no lugar que a pessoa ocupa na família. Assim, pode ocorrer que após a perda de peso promovida pelo procedimento bariátrico, a pessoa sinta satisfação pela perda de peso, mas tenha dificuldades em reconhecer-se e identificar-se com o corpo magro, experimentando um estranhamento ou mesmo mantendo a imagem corporal que tinha anteriormente sobreposta em seu corpo atual.

Regina também fala sobre o fato de não querer atingir a meta proposta pela nutricionista de dez quilos a menos que seu peso atual. Ela considera a possibilidade de reduzir cinco quilos para poder fazer abdominoplastia.

REGINA: “Para nutricionista, ela ainda quer que eu perca mais dez. Só que eu não quero, que eu não quero ficar seca demais, não quero ficar magrela, magrela, né. Eu vou até perder agora 5 por causa do cirurgião plástico. Porque ele

*acha melhor para fazer abdominoplastia, mas eu não quero perder os dez que ela quer, não.”*

A imagem corporal aparece como um dos aspectos psicossociais relacionados à obesidade que têm chamado atenção dos pesquisadores. Schilder (1994, p.35), a define como a figuração formada na mente a respeito do corpo, englobando aspectos fisiológicos, sociais, afetivos e libidinais. Dessa maneira, a formação da imagem corporal vai além da experiência imediata da percepção dos aspectos físicos da unidade corporal, relacionando-se às conexões entre o indivíduo e o mundo ao seu redor, de modo a envolver os significados, sentidos e sentimentos a associados. Cash (1990, p. 70) acrescenta que a imagem corporal se relaciona com a experiência psicológica do sujeito sobre sua aparência e o funcionamento do seu corpo.

Sendo assim, é possível considerar que além da realidade física, concreta, do corpo, também existe um aspecto subjetivo/simbólico que estabelece relação com os significados sócio históricos sobre o corpo, favorecendo a satisfação, rejeição ou até mesmo distorção da imagem corporal (MATTOS, 2011).

Como propõe Castro (2011), o descontentamento relacionado ao peso, que pode levar a uma imagem corporal negativa, é proveniente de uma ênfase cultural da magreza e do estigma social da obesidade (CASTRO, 2011). Pessoas com obesidade podem sofrer impacto negativo pelo apelo ao corpo magro cultuado nos dias de hoje (*ibid.*).

Dentre os entrevistados, Bento é o único que não demonstra contentamento e entusiasmo com o corpo magro. Ele fala sobre a necessidade de cirurgias reparadoras, que, no entanto, vem postergando pelo medo de sentir dores. Fala também sobre a redução das nádegas após a cirurgia.

*BENTO: “...eu estou na fila para fazer as cirurgias reparadoras. Eu fujo porque eu já soube que dói mais do que a bariátrica. Então eu sou medroso não gosto de sentir dor, então eu deixo passar sempre as mulheres na minha frente, que tem que consertar seio, consertar não sei o quê, bumbum caiu... o meu sumiu! O meu*

*eu não posso sentar em lugar do cimento porque dói o osso do bumbum. Não tenho mais bumbum, cabô, entendeu? Meu manequim chegou a... no auge, quando eu estava com cento e trinta quilos, era cinquenta e quatro. Hoje, meu manequim é quarenta, minha camisa é um, dois.”*

### **Imagem Corporal Atual**

Procurou-se conhecer como os pacientes se veem atualmente. É importante considerar que o tempo de realização da cirurgia é diferente para cada um deles. Tal como coloca a ABESO (2016), os primeiros 18 meses após à cirurgia são considerados como a fase romantizada, uma lua-de-mel, na qual a pessoa que se submeteu ao procedimento geralmente está bastante motivada para seguir à risca as orientações nutricionais, com apetite reduzido, desfrutando dos diversos elogios que vem recebendo sobre sua aparência e entusiasmada e dedicada à atividade física. E, à medida em que o tempo vai passando, o apetite tende a ir aumentando, e o emagrecimento tende a cessar.

Débora, que realizou a cirurgia há cerca de 6 anos, fala sobre um importante reganho de peso, de cerca de dois terços do que havia perdido.

*DÉBORA: “Pois é... Atualmente, eu tive um bom reganho de peso. Assim, dois terços do que eu perdi, eu ganhei... e eu vejo isso assim... eu não consegui sair do ciclo.”*

Suzana, que tem 9 anos de operada, fala sobre alguma insatisfação com o corpo.

*SUZANA: “Já que eu não consigo emagrecer ficar, magra do jeito que eu queria, é como se eu tivesse achado hoje em dia o meu set point, que é oitenta, oitenta e dois...”*

Karen e Regina são as que têm menos tempo de operadas. Karen fez a cirurgia há 2 anos e 4 meses e Regina, há 1 ano e dez meses. Ambas relatam grande satisfação com o corpo e a imagem corporal.

*KAREN: "...hoje eu tô satisfeítíssima com meu peso."*

*REGINA: "Hoje em dia você pode escolher a roupa que você quer usar, você pode, você pode entrar em qualquer loja e comprar sua roupa, né. Então para mim foi maravilhoso."*

Bento, que relata ter se submetido à cirurgia bariátrica como forma de controlar a glicemia há cerca de cinco anos, parece apresentar certa indiferença em relação à sua imagem atualmente. Quando perguntado sobre a questão com o peso atualmente, ele responde:

*BENTO: "Nem esquento. Não tem como subir porque eu não como."*

Bento, também é o único dos pacientes participantes que não expressa preocupação em relação ao ganho de peso. Tal como coloca Mattos (2011), as preocupações com a aparência do corpo afetam às mulheres de maneira bem mais intensa do que aos homens.

### **Surgimento do Excesso de Peso**

Em relação à questão do surgimento do excesso de peso corporal, duas dos cinco entrevistados relataram que desde criança sempre vivenciaram questões relativas ao excesso de peso.

*DEBORA: "Eu... eu lembro que eu sempre fui é... desde sempre assim... na memória, gordinha (pausa)."*

*KAREN: "Eu sempre fui gordinha... uma criança gordinha..."*

Suzana apontou, como o primeiro marcador do surgimento da questão do aumento do peso, o período da puberdade.

*SUZANA: “Olha eu desde muito nova, desde criança, eu sempre fui muito comilona. Mas não era uma coisa absurda. Agora, quando eu entrei na puberdade, aí eu tive um descontrole muito grande... Eu atribuí isso também à questão hormonal. E aí eu sempre tinha muita fome, sempre ‘tava’ pensando em comida... E as questões pessoais também nessa época, né, de transição da... da infância para maturidade, isso me deixou muito maluca, assim... Aí eu comia muito. Sempre tive esse problema, assim. Sempre tive que controlar o peso, né.*

De acordo com a classificação proposta por Ballone (2007), em relação ao surgimento da obesidade, verifica-se que Débora, Karen e Suzana apresentam obesidade de longa data. Esta pode ter seu surgimento na infância ou na puberdade e tem como principais características a combinação de uma predisposição genética com a hiperalimentação precoce, sendo considerada de difícil tratamento. Débora e Karen trazem como marco do aumento de peso a infância. Enquanto Suzana marca o início de sua obesidade na puberdade, o que ocorre predominantemente em mulheres, envolvendo não apenas as alterações orgânicas, sobretudo as hormonais, mas também as ansiedades e angústias dessa fase da vida (BALLONE, 2007).

Logo em seguida, Suzana apontou um outro marcador em que também viveu a questão do aumento do peso, de um modo ainda mais intenso, a menopausa.

*SUZANA: Aí depois dos 35 anos, foi uma coisa mais, mais potente, assim... porque eu ganhei muito peso, assim em 10 anos. Eu tive menopausa precoce. Eu tive que... Eu tive com 36 anos ainda. Então assim eu acho que engordei uns 40 Kg. Eu já tinha uns 10 acima do peso. Eu sempre pesei 10 kg, 8kg acima do peso normal, né. E nessa época da menopausa precoce, e eu acho que a cada ano, 5kg. Subiu muito porque... porque não sei se foi a questão hormonal novamente..., se foram as frustrações de não poder ter filho. Que eu sempre quis ter*

*filho. E assim, com o advento da menopausa precoce, eu sabia que eu não ia ter, né. Fiz terapia, fiz um monte de tratamento, mas não resultou. Aí, eu engordei muito... Eu, eu fiquei mais ou menos 50 quilos acima do meu peso normal. Eu tenho 1,58m. Cheguei a pesar 106 kg. Então é uma coisa assim muito absurda.”*  
*Aí eu... Aí isso também me ajudou muito a ganhar o peso porque eu comecei a ficar inativa, comecei a não caminhar mais do jeito que eu caminhava. (...) mas depois quando eu entrei nesse processo de menopausa e de e de frustração eu parei tudo isso passei 10 anos só engordando mesmo de fato.*

Segundo Lins e Sichieri (2001), a obesidade na perimenopausa atinge aproximadamente 60% das mulheres e parece existir uma associação entre menopausa e aumento de peso. Suzana atribui seu aumento de peso na menopausa a questões pessoais, que certamente vieram acompanhadas de ansiedade e angústia, tal como a frustração por não poder ter filhos.

Regina apontou a gravidez de seu terceiro filho como o marco de surgimento da questão do aumento do peso.

PESQUISADORA: “*Quando surgiu a questão do ganho de peso para você?*”

REGINA: “*Depois da terceira gravidez. Aí... aumentou muito peso. Na ligadura... tem gente que diz que tem a ver, né... E aí ele ficou descontrolado.*”

PESQUISADORA: “*Isso faz quanto tempo?*”

REGINA: “*Hoje 16 anos, 15 anos, 15,16 anos mais ou menos.*”

De forma semelhante à puberdade e à menopausa, a gestação e o período pós-parto constituem-se em momentos críticos na vida da mulher, nos quais ela fica mais exposta a fatores que podem levar à obesidade (LACERDA, 2004).

Bento, o único homem dentre os cinco pacientes entrevistados, apesar de afirmar que nunca teve problemas com o peso, relata que houve uma interrupção na sua rotina de

prática de exercícios variados, após sofrer um acidente e lesionar a coluna vertebral. No entanto, ele atribui seu ganho de peso ao início do uso de insulina para tentar controlar sua glicemia.

*BENTO: “Eu nunca tive, assim, problema, assim, de ganho de peso, porque eu sempre fui atleta, né... Eu fui surfista, eu fazia Jiu-jitsu, eu fazia uma série de coisas. Aí, eu sofri um acidente e fiz 3 hérnias de disco enormes parei de praticar esportes. Continuei caminhando e nadando... Então o que dava para fazer eu tava fazendo eu nunca fui sedentário. Aí, que que aconteceu? Eu descobri quê... Eu não era diabético. Fiquei diabético acordando no CTI. Eu tava com... Passei mal na loja, nessa época eu tinha a loja. Aí eu passei mal na loja. Aí quando eu acordei no CTI, a médica veio brigar comigo. Eu cheguei a 720 de glicose. Aí, enfim fiquei legal porque eu era atleta, meu coração então segurou legal, eu não tive grandes problemas. Aí que começou o problema porque eu comecei a usar insulina. Aí a insulina fez eu ganhar peso. Aí... é... É aquela briga eu não queria tomar... Mas eu tomava aquela insulina NPH e ela fazia eu ganhar peso, ganhar peso, ganhar peso.*

Segundo Ballone (2007), a obesidade que ocorre após a interrupção da prática de exercícios costuma se estabelecer a partir de uma ingestão frequente de alto teor calórico acompanhada de uma redução ou interrupção de uma rotina ativa, o que acaba por propiciar que as calorias ingeridas se acumulem em forma de gordura.

Perin (2012) ressalta que diversos estudos apontam que a interrupção de uma rotina de exercícios favorece um rápido aumento da massa adiposa, ganho de peso, além de resistência à insulina.

### **Complicações de Saúde Relacionadas ao Excesso de Peso**

Pelo fato de que a obesidade costuma apresentar doenças associadas de diversas ordens, as comorbidades, foi perguntado aos pacientes quais eram os problemas de saúde

que eles tinham antes da cirurgia. Em seus relatos, apareceram algumas das complicações de saúde que foram por eles vivenciadas.

Débora referiu-se a alterações nos níveis de colesterol e ácido úrico, esteatose hepática e hipertensão arterial.

*PESQUISADORA: “Como estava a sua saúde antes da cirurgia?”*

*DÉBORA: “Assim... em termos clínicos já tinham alguns apontadores ruins... Ainda não influenciavam meu dia a dia, mas assim... colesterol já estava lá no limite, o ácido úrico já estava lá no limite, as coisas tavam, clinicamente, assim... o fígado já tinha gordura... então eu não tinha... sintoma. Mas já tinha a ver essa questão clínica. E depois da cirurgia isso involuiu, assim. Até hoje, mesmo tendo ganho peso, eu não tenho... clinicamente eu tô bem.*

*PESQUISADORA: Você tinha elevação de pressão? Aumento de glicose?*

*DÉBORA: Não. Glicose, não porque eu sempre... meu caso é outro... eu sempre tive a glicose baixa... mesmo acima do peso. Mas a pressão, ela chegou a tá elevada, sim. Discretamente, mas tava.*

Bento apontou a hipertensão arterial e diabetes mellitus como problemas graves de saúde que estavam sendo recorrentes antes da cirurgia.

*BENTO: “Chegava com pressão vinte e quatro por doze e quinhentos, seiscentos, setecentos de glicemia... Cheguei a setecentos e vinte de glicose! Tava uma bomba! Tava uma bomba! E eu não era diabético, eu me tornei diabético e meu pai era diabético, meus tios...”*

Suzana relatou problemas articulares e o agravamento de problemas respiratórios preexistentes.

*SUZANA: “Olha minha saúde estava ótima. O único problema que eu tinha era de joelho,*

*assim... e... todas as minhas taxas eram assim no limite, né. Nunca passava disso, assim. Diante de tudo que eu comia, eu achava que estava muito bem. Os médicos não acreditavam assim de ver o meu colesterol, triglicerídeos... Tudo normal. Inclusive a glicose. Agora assim a saúde de uma forma geral tinha essa coisa do joelho e, assim, eu era... eu sou asmática, né. E eu tava tendo muita crise de asma e depois da cirurgia foi uma coisa que melhorou muito. Muito, muito mesmo foi essa coisa da asma! Hoje em dia eu controlo asma numa boa. Assim, não preciso ir mais para a emergência ficar tomando... inalação, essas coisas que eu precisava fazer isso de vez em quando e era viciada em bombinha. Ainda sou, mas assim muito mais para... para conter as crises que eu possa vir a ter e... mas crise mesmo nunca mais eu tive. Isso foi uma coisa assim... que eu antes, eu não sabia, ninguém nunca tinha me dito, que o peso muito alto interferia também na na... asma, na... na... na questão da respiração. Sabia que a gente respirava um pouco mais difícil porque a... o... os órgãos ficam meio comprimidos, não sei talvez. Mas que foi uma diferença grande, foi. Nessa questão da asma eu fiquei bem melhor depois hoje em dia eu sou outra pessoa ( risos) Eu ainda tenho asma Claro porque é uma doença É... é uma doença acho que para sempre né? Eu não conheço ninguém que tenha ficado bom de fato da asma, não.”*

Karen relatou problemas circulatórios, hipertensão arterial e dispneia mediante esforço físico.

*KAREN: “não estava nada bem... Porque assim minhas pernas doíam muito. Eu chegava no plantão com a minha perna muito inchada. E eu comecei a ficar preocupada com trombose, entendeu, então tudo isso aí. (...)Aí tive alguns picos de pressão também. Sentia muita falta de ar(...)”*

Regina fala sobre dores articulares, além da falar de disposição e cansaço físico intenso.

REGINA: “Assim a minha saúde não era ruim, mas já muito cansaço, eu não tinha muita disposição como eu falei se eu subisse uma ladeira, eu quase morria de cansaço tinha que parar várias vezes. E... assim a saúde, o colesterol tava alto, às vezes sentia a dor no joelho, coluna né...”

Tal como afirma França (2104) que a obesidade pode ser fator de risco para outras enfermidades, Wannmacher (2016) aponta que a obesidade e o sobrepeso em adultos costumam trazer como consequências doenças cardiovasculares, diabetes, osteoartrite, dificuldades respiratórias como hipoventilação crônica (Síndrome de Pickwick) e apneia do sono, esteatose e hipertensão arterial sistêmica. Sendo assim, observa-se que os problemas de saúde mencionados pelos pacientes participantes do estudo são apontados na literatura como sendo associados à obesidade.

## **8.2- Estilo de Vida e Comportamento Alimentar (Hábitos Alimentares, Compulsão e Dietas)**

### **Estilo de Vida e Sedentarismo**

Ao se analisar o estilo de vida antes e depois da cirurgia, observou-se o que os participantes falaram sobre práticas de atividades físicas, sedentarismo e *hobbies*.

Débora relata que não aconteceram mudanças significativas em seu estilo de vida: nunca praticou atividades físicas e não mudou seus hobbies.

DÉBORA: “Nunca consegui. Isso foi o tipo de coisa que eu nunca gostei, não gosto. Nunca consegui abraçar isso.” (Referindo-se à atividade física)

“Mas assim, meu lazer e meus hobbies, de antes e depois da cirurgia, podem até ter mudado, mas não mudaram muito, não. Eu sempre fui muito de sair, de... cinema... shopping... balada... esse foi meu perfil por muito tempo antes e depois da cirurgia.”

Bento, que já havia falado sobre a interrupção da rotina de exercícios físicos, por conta de um acidente no qual lesionou a coluna vertebral e que antecedeu à cirurgia bariátrica, relatou que em seu lazer não houve mudanças, continuou indo a cinema, teatro e saindo com os amigos.

BENTO: “... só os exercícios é que eu tive que não fazer, mas eu ia cinema teatro e saio com os amigos...”

Na fala de Suzana, em relação à prática de atividades físicas, pode-se perceber que ela passou por vários momentos distintos e que ela atribui essas mudanças, sobretudo à fase de menopausa precoce, que ela relata ter vindo acompanhada de depressão. Ela atribui à depressão o fato de ter se tornado inativa e se qualifica como estando atualmente “preguiçosa”.

SUZANA: “Olha, eu sou uma pessoa atualmente muito preguiçosa. Nesse período da menopausa de... eu fiquei meio deprimida, né. Isso diminuiu muito meu ritmo, assim. Que antes eu caminhava muito, eu fazia esportes, eu fazia academia, sempre gastei muita caloria, sempre tive... sempre fui uma pessoa muito ativa. Mas depois desse, desse des.. desse descontrole hormonal e da frustração, né de uma forma geral, de tudo, né de não... Dá... dá menopausa da frustração de saber que eu não ia controlar meu peso, não ia conseguir, isso me deu uma certa depressão.”

“Mas antes era uma pessoa muito ativa, sempre fui muito ativa, sempre caminhei muito e eu acho que isso também me ajudava a manter o peso mesmo eu comendo muito. Mesmo nas épocas que eu comia muito sem fazer dieta eu continuava... eu tenho ritmo, né físico assim... Eu... malhava... eu fazia.... ginástica na academia e.... gostava muito,  
“Eu caminhava em média 6 Km por dia... (Pausa...) e eventualmente ainda fazia academia (...).”

Ela fala sobre ter perdido a crença tudo que pudesse ajudá-la a emagrecer.

SUZANA: “*mas depois desse processo de prostração geral que eu perdi a crença em todas as em todos esses... em remédio, em dieta e que isso era um problema que eu ia ter a vida inteira, é que eu realmente joguei a toalha. Aí eu passei a não fazer nenhuma atividade. Agora, atualmente depois da cirurgia eu voltei a caminhar, mas... voltei a caminhar, fiz musculação uma época.*”

Martins (2012), propõe que, em mulheres, existe uma associação entre obesidade e depressão. Tal como apontam diversos autores, obesidade associa-se a um maior risco de depressão, já que ela envolve uma menor produtividade e diminuição da autoestima, comum em pacientes obesos (SEGAL; FANDIÑO, 2002; RYDEN; TORGERSON, 2006). Depressão e ansiedade parecem ser sintomas comuns nos quadros de obesidade, principalmente em pessoas gravemente obesas (VASQUES; MARTINS; AZEVEDO, 2004).

No que diz respeito aos *hobbies* e lazer, Suzana fala sobre mudanças ocorridas e que ela atribui não apenas à cirurgia bariátrica, mas às mudanças das fases de vida. Ela qualifica seus hábitos de lazer como muito sedentários.

SUZANA: “*É... eu costumava sair mais. É, mas eu atribuo também a essa mudança não a cirurgia bariátrica, mas uma mudança também de fase de vida né... Porque....(pausa)... é... (suspiro) você fica com menos energia mesmo e assim... eu fiquei muito tempo gorda, então já, já tava com uma vida, com um hábito de vida muito sedentário, já... Então o que eu fazia para me divertir eu jogar carta com as meninas, tomar cerveja... às vezes ir ao cinema e o que mais... (pausa) só. E depois continuei com essa mesma coisa assim ... Não tenho... assim.... não faça diferente não.*”

Karen afirma que em relação à atividade física, não conseguia praticar por problemas de saúde decorrentes do excesso de peso.

KAREN: *“Mudou, eu não conseguia fazer nada... Tanto que eu já tava ficando com insuficiência venosa esquerda. Então devido ao sobrepeso eu não consegui andar direito, né porque a perna inchava muito. Hoje em dia, eu corro, faço academia, tenho uma vida mais ativa, que antes eu não conseguia... também tinha muita crise de coluna. Então a coluna me impedir de fazer muita coisa.”*

Em relação aos *hobbies*, Karen relata que, anteriormente à cirurgia, seus hábitos de lazer visavam um conforto e pouca atividade, e que, atualmente, esses hábitos priorizam a atividade física.

KAREN: *“Era aquela coisa de acompanhar mesmo o namorado, único programa que a gente tinha era sair para comer. Ou então cinema e comer, cinema e comer, cinema e comer.”*  
*“(...) viajava, normal. Mas assim hoje eu faço trilha, se eu tiver que escolher um lugar para viajar, eu vou escolher um lugar de Serra. Eu escalei o pico da Bandeira, o segundo maior Pico do Brasil, entendeu? Antes eu queria ir para praia. Porque na praia eu não fazia esforço comia, tinha todo aquele conforto ali. Hoje, não. Já procuro viajar para um lugar que tem uma atividade legal. Então vou para um resort que tem atividades dentro. Procuro resort, às vezes, que tem academia para dar uma corrida. Então assim já mudou muita coisa.”*

Regina refere-se a um estilo de vida sedentário antes da cirurgia bariátrica, tanto em relação à prática de atividades físicas quanto em relação ao lazer.

REGINA: *“Bem, antes da cirurgia, era mais sedentário né, e... com a alimentação mais abusiva. Agora mais regrado... mais controlado... uma vida mais ativa, né, não tão sedentária. Apesar de eu não conseguir fazer exercício todos os dias que eu estou em casa, mas é bem mais ativo.”*  
*“Faço aeróbica e musculação.”*

PESQUISADORA: *Em relação aos hobbies e lazer houve mudança de antes para depois de cirurgia?*

REGINA: *“Com certeza, né... (risos)... Porque eu não tinha muita vontade de sair, assim*

*passar... sempre tinha a questão da falta de disposição (...) E hoje em dia, não. Hoje em dia, eu adoro sair, passear fazer trilha, praia, vou em todo lugar, vivo saindo.”*

A SBCBM (2010) aponta o sedentarismo como um fator capaz de induzir a obesidade e, ressalta, que é importante que se considere que, ao longo do tempo, por conta das facilidades como controles remotos de TV, elevadores, automóveis, escadas rolantes etc, o gasto energético vem diminuindo. Alguns autores chamam atenção para o fato de que, para além dos fatores genéticos atuantes na obesidade, é importante que se considere os fatores ambientais, em especial a alimentação e a atividade física, que conjuntamente poderiam explicar o acúmulo de excesso de gordura corporal em grandes proporções (PEREIRA, 2003).

A partir do relato de Karen e de Regina pode-se observar que significativas mudanças, em relação à prática regular de atividades físicas, bem como hábitos de lazer mais ativos foram adotados após a realização da cirurgia.

### **Comportamento Alimentar**

O indicador comportamento alimentar foi analisado a partir dos Hábitos Alimentares e Compulsão Alimentar, e Dietas. Em relação aos hábitos alimentares, foram analisados os sentidos e significados dos pacientes atribuíram à sua maneira de se alimentar rotineiramente e/ou dos padrões de alimentação construídos em sua história familiar e levados pela vida afora. Levou-se em conta também o histórico de dietas, levando-se em consideração o fato de que pacientes bariátricos costumam apresentar um histórico de diversas tentativas de perder peso nas quais não obtiveram o sucesso desejado.

### **Hábitos Alimentares**

Os pacientes falaram sobre seus hábitos de alimentação. Débora, Karen e Regina falaram que com frequência trocavam a comida tradicional pelo que elas chamam de “besteira”, petiscos de alto valor calórico e baixo valor nutricional.

DEBORA: *“Eu sou muito de besteira... Assim, o que a gente chama de besteira, de trocar a comida por sanduíche, salgadinho... eu sempre gostei muito de doce, né, então a alimentação era bem voltada para besteira mesmo.”*

No entanto, Karen e Regina falam à respeito de mudanças de hábitos alimentares que ocorreram após a cirurgia.

REGINA: *“É... porque eu comia muita besteira, tomava muito refrigerante. Era todos os dias de refrigerante. Adorava! É... assim... gosto até hoje, mas não como, me privo. Salgadinho, essas besteiras todas de rua eu... O meu forte não era comer arroz, feijão, essas coisas. Era besteira e doce. Então hoje em dia eu não como. Eu já estou liberada para final de semana. Aí só que também não como todo final de semana. Se eu tomar refrigerante é um dia, meio copinho, acabou. Tiro o gás... e doce eu como às vezes um chocolate, que, né, compro sempre diet, meio amargo... Já vai já escolhendo. Você aprende a escolher e saber o que você pode comer.”*

KAREN: *“(...) era lanche, hambúrguer...”*  
*“Antes... (pausa) eu não tinha regra né não tinha horário para comer Não tinha... Seleção de alimento né... eu comia de tudo.”*  
*“Refrigerante muito refrigerante. ... que mais?”*  
*“Hoje em dia eu já não posso comer de tudo. Até porque a minha cabeça teve que mudar também. Eu não posso comer um hambúrguer. Depois da cirurgia eu tive que aprender a mastigar. Tive que aprender a comer mais saladas porque eu comia salada, comia, mas não comia tanta. Menos doce apesar de hoje eu comer bastante doce ainda. Não consegui me desvencilhar do doce. Principalmente, na TPM, não adianta. Mas aí eu já procuro comer o chocolate 80% cacau, tirou aquele todo doce do açúcar normal. do Chocolate normal... Eu como açúcar, eu aprendi a substituir alimentos. Ao invés de comer um pacote de biscoito, eu vou comer duas*

*frutas. Então, eu consigo, hoje em dia, eu consigo mudar o hábito.*

Observa-se que as três pacientes falam de suas preferências por alimentos hipercalóricos e por alimentos doces.

Bento relata seu hábito de comer em excesso, mas segundo ele, isto ocorria por ser fisiculturista.

*BENTO: “Eu tenho cabeça de gordo. Eu era glutão. Mas eu era glutão não por ser obeso, eu fiz fisiculturismo. Eu não sabia comer pouco. Era... parecia que não tinha comido.”*

De acordo com a SBCBM (2010), a ingestão excessiva de alimentos pode ser considerada um relevante fator para a obesidade e relaciona-se aos hábitos de vida contemporânea, que favorecem o exagerado consumo de alimentos de alto valor calórico e pobre qualidade nutricional. Coutinho e Dualib (2007) ressaltam que nas sociedades de hábitos ocidentais, o consumo calórico tem derivado, predominantemente, de alimentos processados, de alta densidade energética, com altos teores de carboidratos e lipídios.

Karen e Regina falam sobre terem aprendido a realizar substituições de alimentos após a cirurgia, diminuir a frequência e as quantidades de ingestão dos alimentos de sua preferência.

Suzana fala sobre hábitos alimentares de sua família, que foram por ela vivenciados desde criança e ajudaram a construir seus próprios hábitos alimentares. Ela menciona a ingestão habitual de grandes quantidades de alimentos e da preferência por carboidratos e se qualifica como “muito comilona”.

*SUZANA: “Olha eu desde muito nova, desde criança, eu sempre fui muito comilona.”*  
*“Eu tenho uma tendência forte a não comer frutas, apesar de que eu gosto muito e de verduras também, mas o hábito da família era, sabe, comer assim muito carboidrato, muita comida de almoço, né. Carne, arroz, feijão, macarrão, sopa de feijão com macarrão... Então, isso tudo criou um hábito meio difícil de... de largar né.”*

Em um estudo desenvolvido por Marcelino e Patrício (2011), com abordagem qualitativa, com pessoas obesas, observou-se que todos os sujeitos possuíam práticas alimentares inapropriadas, tanto no aspecto quantitativo quanto no aspecto qualitativo dos alimentos e na dinâmica cotidiana de alimentação.

Um relevante aspecto que fica evidenciado, a partir dos relatos desses pacientes entrevistados, e que também, segundo Marcelino e Patrício (2011), já foi apontado em outras pesquisas refere-se ao desequilíbrio entre o gasto energético reduzido em função da falta de atividade física e a adoção de dietas de alto valor energético.

### **Compulsão Alimentar**

A questão da compulsão alimentar surgiu na fala de alguns dos pacientes ao falarem sobre a relação de prazer estabelecida com a comida.

*DÉBORA: “Porque a minha relação com a comida ainda é... hoje ela voltou... Hoje eu tenho uma relação com a comida de grande prazer, ela é uma das fontes de prazer.”*

*KAREN: “É horrível porque você, você quer comer. A fuga do obeso é comer... A minha fuga era comer, né, era... Começo então, assim, eu queria fazer várias despedidas.”*

(O termo *despedidas* refere-se a episódios de comer de forma ilimitada, como se nunca mais fosse ingerir determinados alimentos de que gostava).

*SUZANA: “Meu estômago é menor e eu não consigo fazer aquelas farras alimentares que eu fazia antes, que era isso que ajudava a engordar muito, né. Era umas farras alimentares que eu fazia... Então, hoje em dia eu não posso mais fazer isso.”*

Moliner e Rabuske (2008) propõem que o transtorno da compulsão alimentar, em geral, tem relação com a obesidade mórbida, apresentando-se como um fator que traz dificuldades ao tratamento, ocorrendo frequência maior em indivíduos com obesidade precoce, oscilação entre períodos de perda e ganho de peso.

### **Histórico de Dietas**

Um outro aspecto que foi observado no relato dos pacientes, em relação à história alimentar, diz respeito ao histórico de dietas. Quatro dos cinco pacientes descrevem inúmeras tentativas de dietas nas quais não obtiveram sucesso, devido ao fato de terem tido uma perda de peso insuficiente ou inexistente ou por não terem conseguido manter a perda de peso alcançada.

Débora fala sobre “sanfonar”, referindo-se ao fato de emagrecer, fazendo alguma dieta, tornar a engordar, tentar novamente emagrecer e assim, sucessivamente.

PESQUISADORA: *“Você já fez dieta?”*

DÉBORA: *“Várias. Muitas.”*

PESQUISADORA: *“Como é o seu histórico de dietas?”*

DÉBORA: *“É um histórico assim... é, é, eu sou sanfona mesmo, eu faço dieta por um período de tempo, nunca consegui fazer nenhuma dieta maluca. Tenho... nunca tive.... essa capacidade. Mas de tentar reduzir doce... de restringir o máximo possível... Eu consigo por um tempo, emagreço, aí depois não tem uma mudança de fato, tem uma contenção ali um tempo. Aí depois retoma e engordo... Eu sempre sanfonei demais.”*

*“Eu recorri a várias. De dieta, dieta nunca doida, mas eu já fiz dieta do Vigilantes do Peso, que não tem medicamento nenhum, já fiz dieta com anfetamina na época que era... que era... mais comum, né? Com Fenoproporex era comum. Já fiz dieta com antidepressivo, a Fluoxetina. Então assim... com medicamento, sem medicamento... Em termo de dieta mesmo aquela mais básica. Eu nunca consegui, realmente, fazer muita doideira, não... aquela de*

*cortar besteira, de reduzir a comida... Nunca peguei essa de proteína, porque eu nunca consegui. Então foi... foram essas.”*

Karen também se refere ao efeito sanfona.

PESQUISADORA: *“Você já fez dieta?”*

KAREN: *“Muito. A dieta da proteína, é... dieta com nutricionista várias vezes, dieta com endocrinologista várias vezes. Tudo... tentei de tudo!”*

PESQUISADORA: *“E você teve sucesso, você alcançou o que você esperava em alguma delas em algumas delas?”*

KAREN: *“Só as que eram associadas com medicação. Aí eu consegui emagrecer legal.”*

PESQUISADORA: *“Você conseguia manter?”*

KAREN: *“Não. Acabava e parava de tomar o remédio, achava que estava bem e voltava engordar de novo.”*

PESQUISADORA: *“E isso aconteceu para você várias vezes?”*

KAREN: *“Sim várias vezes. Tinha o efeito sanfona.”*

Suzana e Regina também mencionam já terem feito toda sorte de dietas de emagrecimento, sem, no entanto, alcançar o sucesso desejado na perda de peso.

SUZANA: *“Todas as dietas que você possa imaginar já fiz. Todas, absolutamente todas! Eu comecei a fazer dieta com 12 anos que foi quando eu menstruei, que aí eu tive esse descontrole e a minha mãe fazia o controle, né. De comer verduras, evitar certos alimentos e tudo mais. Mas é assim, sempre foi uma coisa temporária. Fazia emagrecia um pouquinho, daqui a pouco largava tudo. Aí voltava a engordar de novo, porque a grande questão eu acho que é o estilo de vida mesmo, né. O estilo de vida e aquilo que você foi acostumado a comer. Pelo menos no meu caso foi assim. E eu... as dietas não funcionam pra mim porque geralmente as quantidades e as qualidades dos*

*alimentos, não tem muito a ver com a realidade, no dia a dia, né.”*

*REGINA: “Tentei várias. Tentei fechando a boca assim, eu nunca tomei Medicação. Nunca fui para sibutramina essas coisas que às vezes o pessoal vai, né. Sempre tentei mesmo fechando a boca, entrando na academia, evitando algumas coisas, mas... perdia 2,3 kg mas depois ganhava tudo de novo né. Não tinha sucesso.”*

De acordo como Moliner e Rabuske (2008), as pessoas com obesidade mórbida costumam ter uma longa trajetória de tentativas de redução do peso corporal, tanto por dietas de restrição calórica, quanto pelo uso de medicação, práticas nas quais não conseguiram o sucesso desejado.

Bento fala sobre a dieta que fez para modificar seu padrão alimentar. Segundo ele, o fato de ter sido praticante de fisiculturismo o levou a estabelecer como padrão alimentar uma hiperalimentação. Assim, quando parou de praticar esse esporte, precisou fazer uma dieta para estabelecer um padrão de alimentação mais reduzido.

*BENTO: “... eu fazia uma hiper dieta porque eu fazia fisiculturismo. Aí eu parei de fazer fisiculturismo porque eu casei 4 vezes, né? Aí casamento, viajando, com, com mulher e tal, eu tive que fazer uma, uma dieta para o meu organismo se habituar a ter uma alimentação normal. Eu comia igual a um leão, né. Eu levantava cento e vinte e seis quilos no supino, sabe. Eu tinha cento e vinte e cinco de tórax, tinha 48 de braço... (...) Então, aí eu tive que fazer dieta, tive que fazer dieta. Mas eu nunca fui muito de fazer dieta porque eu sempre fui muito agitado, então, eu fazia muita coisa. Então, eu gastava bastante.*

### **8.3-Transtornos de Humor e de Ansiedade**

Suzana fala a respeito de seu estado depressivo e de problemas com bebida alcoólica após a cirurgia bariátrica. Refere-se à sua condição de operada, afirmando que, por não poder mais ingerir a quantidade de comida que costumava, lança mão da bebida alcoólica como forma de satisfação. Reconhece que o álcool tem seu efeito potencializado em seu organismo após a cirurgia e também por conta da medicação controlada de que faz uso.

*SUZANA: “Eu sempre tive problemas de depressão”*

*“Eu inclusive comecei a beber mais é... do que bebia antes e depois da cirurgia, porque como eu não conseguia comer e conseguia beber, então se eu fosse para algum lugar, se tivesse bebida, com certeza eu ia encher a cara, né. E sempre eu fazia isso. Hoje em dia eu faço isso eventualmente assim, mas ainda bebo bastante. Eu gostaria de beber menos, parece que... é.... Eu divido a compulsão. Como eu não posso comer muito, aí eu divido. Uma parte eu como e uma parte eu bebo. Agora não os dois ao mesmo tempo, entendeu? Porque assim tenho prazer da comida e tenho prazer da bebida. Para mim, eu gosto de vinho, gosto de cerveja, só bebidas que tem um... que são alimentos também, né. Então tem que estar sempre associado ao paladar... Eu não gosto de beber whisky, vodka, essas coisas que eu já bebia, mas hoje em dia eu curto só cerveja e vinho. Mas vinho gosto mais de vinho, mas eu fico muito bêbada também porque eu não sei, eu acho que a absorção é muito rápida. Eu também tomo remédio para ...para.... estabilizar.... desde que eu entrei na menopausa naquela época... Naquela história, que eu tomo é... estabilizador de humor. Eu tomei também antidepressivos. Na época, e depois o psiquiatra passou para o estabilizador de humor. E depois da cirurgia continuei tomando. De vez em quando eu troco porque a gente cria uma certa resistência. Mas esse estabilizador de humor também ele potencializa o efeito da bebida, né. Mesmo que um dia eu saiba que eu vou beber, se eu não tomar... mas tem um tempo de sair do corpo, né. E aí ele... eu fico muito bêbada.*

*Sempre impressionante, assim por isso que hoje em dia eu bebo mais. Em casa, sim. Quando eu saio assim eu procuro não, não beber ou então não saio para não beber. Entendeu? Isso é um agravante hoje em dia, assim.*

Munhon e Migott (2017) e Marcelino e Patrício (2011) mencionam em seus estudos que alguns pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, após o emagrecimento, apresentam depressão, alguns transtornos alimentares (bulimia e anorexia), dependência de álcool e outras drogas, compulsões diversas (por jogos, por compras, por sexo). Marcelino e Patrício (2011) afirmam que uma das razões estaria ligada ao fato de que a redução do estômago promove uma mudança na capacidade do órgão de receber grandes quantidades de alimentos de uma só vez, o que não permite que os alimentos sejam usados como forma de lidar com questões como solidão, carências afetivas - dentre outras razões que, inconscientemente, os levaram a engordar. Sendo assim, essas pessoas tendem a manifestar outros meios de lidar com suas questões, que podem não ser saudáveis, da mesma forma que o comer em excesso. Cabe salientar que Munhon e Migott (2017) ao verificarem em um estudo se os indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica desenvolveriam quadros depressivos no pós-operatório, observaram que a maioria destas alterações psíquicas já estavam presentes antes do procedimento.

Ximenes (2009) aponta para o fato de que, nesses casos, pode-se dizer que houve uma substituição do sintoma. Em relação ao uso e abuso de álcool, a autora propõe que, se a função alimento na vida do indivíduo sempre foi acalmá-lo ou anestesiá-lo de suas questões emocionais, agora, na impossibilidade de fazê-lo, o álcool, como depressor do sistema nervoso central, pode propiciar ao paciente uma falsa sensação de relaxamento e alívio, estabelecendo-se, assim, uma perigosa troca, tanto por poder levar a pessoa à reengorda, quanto por ter seus efeitos intensificados, no caso do paciente não estar bem nutrido.

Karen relatou questões ligadas à ansiedade. Após o término da entrevista, ela relatou que a médica ginecologista que a acompanha, a orientou a procurar psicoterapia.

Karen falou sobre sentir falta de mastigar, durante o primeiro mês, período em que ficou em dieta líquida, o que aponta para intensa ansiedade.

*KAREN: “Porque assim eu tive síndrome de abstinência de mastigação. Eu não podia ouvir o barulho do garfo no prato. Irritabilidade foi lá em cima. Eu, se alguém falasse a palavra comida do meu lado, eu já queria pular no pescoço, porque eu fiquei 23 dias na dieta líquida.”*

#### **8.4 O Processo de Decisão pela Cirurgia Bariátrica**

O indicador O Processo de Decisão pela Cirurgia Bariátrica foi analisado através de quatro momentos: A Tomada de Decisão pela Cirurgia, As Expectativas em Relação à Cirurgia, o Pré-Operatório e a Equipe Interdisciplinar.

##### **A Tomada de Decisão pela Cirurgia**

Débora relata que a sua decisão pela cirurgia veio após acompanhar o processo de emagrecimento de uma amiga que havia se submetido à cirurgia bariátrica.

*PESQUISADORA: “Como é que surgiu a decisão pela cirurgia bariátrica?”*

*DÉBORA: “Eu tive uma amiga que fez, gostou muito do resultado... e foi dali... e eu acompanhei muito de perto o processo dela. Porque antes, eu, na verdade, nem nunca tinha ouvido falar... assim, ouvia falar muito de longe, mas nunca tinha parado pra pensar no que se tratava.”*

*PESQUISADORA: “E o que você enxergou no processo dessa sua amiga?”*

*DÉBORA: “O emagrecimento, de cara. É... aquele emagrecimento... porque ela também tinha um histórico parecido com o meu de tentar e não conseguir emagrecer... Então foi a eficiência do processo.”*

Débora relatou anteriormente ter um histórico de diversas tentativas de emagrecimento, sem conseguir obter, no entanto, o sucesso desejado. Parece ter visto no

processo de emagrecimento da amiga, que segundo ela, também tinha um histórico de dificuldades para perder peso, uma “solução” para a sua questão. Ela fala em “eficiência do processo”, o que remete à ideia de que após o emagrecimento conseguido pouco tempo depois da realização da cirurgia, o “processo” encontra-se finalizado.

Bento relatou que a realização de sua cirurgia se deu por ordem judicial, devido à necessidade de realização do procedimento com urgência, devido à sua condição de saúde. Assim, não houve o tempo de preparo pré-operatório do paciente para o procedimento.

*BENTO: “Eu não digo decisão. Eu fui por ordem judicial. Tanto que eu não entrei em fila, não fiz dois anos de curso, não fiz nada. Até quando eu fiquei internado que chegaram à conclusão que... deixa eu te ensinar uma coisa que eu também não sabia. Tem gens nossos que ainda é da época das cavernas. Que faz, que esse gen faz você, guardar, depositar, transformar em gordura e guardar. Quando você não tem, o cérebro manda retirar para tua reserva. Só que hoje eu tô na época moderna, que a gente come tudo mas esse meu gen é muito desenvolvido. Então, quando eu não como, ele vai, autofagia ele mesmo. Me come. Aí, joga minha glicose lá no... Por isso é que eu fui fazer a cirurgia bariátrica. Se eu não fizesse isso, eu ia morrer. Não tinha remédio que fizesse, que controlasse a minha.”*

De acordo com o relato de Suzana, pessoas próximas a “convenceram” a fazer a cirurgia. Ela própria, apesar do grande incômodo que sentia com o excesso de peso já não tinha mais projetos para mudar essa realidade. Relata ainda que o fato de estar tendo, na época, dificuldades de locomoção em função de complicações no joelho, foi decisivo para a realização do procedimento.

*SUZANA: “Então... Eu não tomei essa decisão assim, né. Eu fui convencida pela minha prima, pelo meu primo e por essa amiga psicóloga. Porque eu já tinha desistido mesmo. De tudo, né. Eu achava que não valia mais a pena, já tava tudo... já tava numa idade que... já não era mais*

*jovem. E também não ia fazer muita diferença. Agora sim uma coisa que foi também decisiva foi que eu comecei a ter problema de joelho. Aí de fato, assim, me convenceu, assim. Um argumento muito forte, assim. Então tem que fazer para diminuir o peso e para me locomover, porque tava ficando com muito problema mesmo pra idade. (...)O que me convenceu mesmo foi... eu digo que o joelho foi a gota d'água. Porque eu tinha muita resistência mesmo de fazer. Eu nem me preocupava mais muito com o meu peso. Apesar dele estar assim no limite psicológico e físico... muito, muito no limite mesmo, eu tava.”*

Para Karen, a decisão veio depois de acompanhar o sucesso do procedimento de uma pessoa com quem se relaciona de forma muito próxima e perceber mudanças positivas que aconteceram na vida dessa pessoa, perceber também um descompasso na relação devido às limitações que ela acabava tendo por conta do excesso de peso e seus problemas de saúde.

*KAREN: “Como (a pessoa próxima a ela) fez tem quatro anos, mas eu não pensava em fazer... Mas aí eu comecei a ver a qualidade de vida (da pessoa próxima), que (...) com começou a ter qualidade de vida. Comecei a ver a minha saúde, que comecei a ter muito mais problema de coluna. É... a perna também né... que apareceu os problemas na perna. A parte de vestimenta também que nem uma capinha de bujão. Então, assim, comecei a não achar lugar para comprar roupa. Ou então, achava lugar para comprar roupa, mas não, não me agradava. Só me vestia naquela... naquele padrão. E comecei a comparar a minha vida com a dele. Comecei a ficar meio mal de cabeça porque ele...tava com uma vida totalmente diferente da minha. Pensei ‘bom, se eu não acompanhar (...), eu vou perder (...)’. Aí associei o fato (da pessoa) ter feito, de ter dado tudo certo e com meu estado de saúde.”*

Regina decidiu pela cirurgia pelo fato de não conseguir emagrecer sozinha. Fala ainda da influência de pessoas próximas que realizaram o procedimento e a incentivaram a fazer.

*PESQUISADORA: “Como foi a sua decisão pela cirurgia bariátrica?”*

*REGINA: “Muita pesquisa, né. Muita pesquisa. No início, tinha medo. Tive pessoas próximas a mim que operaram e sempre falavam ‘opera, opera, opera’. Mas eu não me sentia segura. Aí, pesquisei, procurei saber bastante informação, conversei com várias pessoas. E pelo não conseguir emagrecer sozinha, aí eu resolvi fazer.”*

*PESQUISADORA: “Entre você pensar sobre o assunto e tomar a decisão levou quanto tempo?”*

*REGINA: “Um ano. Fiquei um ano pesquisando, vendo, escutando, né, fazendo um levantamento.”*

### **Expectativas em relação à cirurgia**

Débora e Karen falam da expectativa de ficarem magras. Débora tinha como expectativa “solucionar” o problema de estar em um ciclo ininterrupto de perda e ganho de peso. Karen, que anteriormente falava da questão de não encontrar roupas que a agradassem para comprar, tinha como meta vestir um manequim P.

*DÉBORA: “Era que ia... é... emagrecer e... e ficar magra mesmo. Que eu ia dar uma solução para um problema que me acompanhava desde sempre que é essa coisa de sanfonar. De engordar, de emagrecer, de engordar...”*

*KAREN: “Entrar no manequim P. Eu pensava assim ‘gente eu preciso entrar no manequim P’. Além de ter saúde, mas assim de princípio, eu sabia que eu ia obter saúde né, qualidade de vida, mas meu sonho era entrar no manequim P.”*

Bento, que apresentava sérias complicações de saúde que o levaram a ter que fazer o procedimento bariátrico por indicação médica, como forma de controlar o metabolismo de sua glicemia, tinha como meta sair vivo do procedimento bariátrico.

*BENTO: “Sair vivo. Porque eu com a pressão vinte e quatro por doze. Então eu sabia que tava tudo, tava uma bomba. Eu digo a gente que tem uma certa cultura... eu digo eu devo tar com uma... Eu já imaginei meu hemograma, meu triglicérido, meu colesterol. Não sou burro. Quem tá com um quadro desse tá todo descontrolado.”*

Suzana, que relata ter sido seu problema no joelho o fator decisivo para optar pela cirurgia, relata que tinha como expectativa baixar o peso para possibilitar uma melhor condição de locomoção.

*SUZANA: “...fazer para diminuir o peso e para me locomover porque já tava ficando com muito problema mesmo pra idade. Porque era muito difícil mesmo meu joelho ele é... tanto que depois da cirurgia melhorou, desinflamou e tudo mais.”*

Regina que demonstrou ter adotado uma postura cautelosa, ao relatar que passou cerca de um ano pesquisando sobre a cirurgia, relata que sua expectativa era a de que o procedimento fosse realizado sem intercorrências ou complicações posteriores.

*REGINA: “Era que desse tudo certo, né, que corresse tudo bem, que não tivesse nenhuma complicação pós cirúrgica, né. Era que não tivesse nenhuma complicação após a cirurgia. Era o meu medo.”*

### **O Período pré-operatório**

Houve variações na duração e nas trocas com a equipe interdisciplinar durante o período pré-operatório.

DÉBORA: *“O enfoque no pré-operatório é a coisa do preparo para a cirurgia, né... Se você está certa, se você tem indicação clínica, se você psicologicamente tá apta no sentido de entender como é o processo...”*

Bento falou sobre um período muito curto de pré-operatório, já que ele precisou fazer a cirurgia bariátrica com urgência devido a complicações metabólicas.

PESQUISADORA: *“Como foi o seu período pré-operatório?”*

BENTO: *“Não tive. Tive só essa entrevista que foi com o cirurgião, com o anestesista, com o psiquiatra e com nutrólogo. Eles sentaram assim numa mesa e fizeram uma sabatina, perguntaram algumas coisas da minha vida, mas assim como eu te falei. Muito rápido... eles estavam mais preocupados com a minha cabeça, se eu era nervoso, se eu tinha vontade de me matar, e não sei o que, essas coisas e quais eram os meus hábitos alimentares. Parará, parará. Aí discutiram, aí chegaram disseram “não, dá para operar ele.” Aí resolveu me operar.”*

PESQUISADORA: *“Nesse momento do pré-operatório você recebeu orientações?”*

BENTO: *“Recebi aquele calhamaço de coisas para ler aqui no PC, daqui a pouco você já não lê mais nada. É muita coisa. Aí depois eles só vieram perguntar se eu desistia ou se eu faria. Eu digo “não, eu tenho que fazer, eu vou morrer, eu vou fazer”. Aí eles disseram “você tem cabeça para isso?” eu digo “tenho”. Tenho auto controle legal. Isso ajuda por conta do esporte, você ser doutrinado a fazer as coisas, de você ter uma rotina, então ajuda a disciplina.”*

Para Suzana, no período pré-operatório, houve acompanhamento psiquiátrico, já que ela já tinha tido depressão e fazia uso de estabilizador de humor.

PESQUISADORA: *“Fale-me um pouco sobre o seu período pré-operatório, que orientações você recebeu da equipe que te atendia?”*

SUZANA: *“Bom eu fiquei durante dois anos, né. Eu não sei se foram dois anos ou um. Eu tive*

*um período longo de acompanhamento, assim. Consultas com psicologia e com a psiquiatria porque eu sempre tive problemas de depressão e tudo. Eu tive um acompanhamento com um especialista em compulsão alimentar lá no Hospital das Clínicas Doutor José Vieira. Então ele tava fazendo mestrado na época nessa área. E aí ele tava atendendo todos os pacientes que necessitavam de tratamento psiquiátrico também, que usavam medicação. Eu passei dois anos com ele e dois anos antes da cirurgia, né. E 2 anos depois... não, aliás, acho que não foi dois anos, não me lembro isso direito. Eu não sei se foi um ano ou dois, mas eu sei que depois ainda continuei mais dois anos. Ao todo foram 3 anos de acompanhamento. Um ano antes, eu acredito, porque a minha cirurgia como foi por videolaparoscopia, eu não entrei naquela fila grande. Então em um ano eu consegui fazer a cirurgia. É isso mesmo. E depois eu continuei com tratamento, né, ia para a Psicologia, ia para nutricionista, equipe de nutrição e para o psiquiatra. Até ele terminar o mestrado dele eu fiquei com ele e depois eu voltei para minha terapeuta normal, que eu já tinha né e foi assim.”*

PESQUISADORA: “*Como foi o seu período pré-operatório?*”

KAREN: “*Ansiedade a mil. Nossa! E assim, eles pedem para você perder peso e assim, você balancear perda de peso com ansiedade é horrível porque você, você quer comer. A fuga do obeso é comer. A minha fuga era comer, né. Era comer, então assim eu queria fazer várias despedidas. Foi um ano para poder fazer. Aí foi um ano com o psicólogo e clínico, nutricionista e palestras do plano mesmo.”*

PESQUISADORA: “*Que tipos de orientações você recebeu no pré-operatório?*”

KAREN: “*Eles foram bem realistas inclusive com palestras e fotos, mostrando antes e depois. Eles falaram muito que a cirurgia não é milagre. Que a cirurgia é só um procedimento cirúrgico. Que eles operam estômago, mas não alteram a cabeça. Que a gente tinha que nesse período de pré tentar mudar alguns hábitos. Tentar*

*mastigar o alimento tentar, fazer exercício só que assim para mim era muito ruim fazer exercícios. Eu não conseguia por causa do peso e da perna. Eles falavam para gente que depois a gente vai ficar com pele, que tem gente que se frustra depois que faz a cirurgia é... Eles falaram de todos os riscos e eles foram bem claros. Eles faziam reunião com a família também para deixar a família ciente de tudo que poderia acontecer. Aí tinha palestra com quem já tinha feito a cirurgia para poder dar um ânimo para gente. E falar que é possível mesmo com a cirurgia. Que apesar de todos os riscos tinham muitos benefícios. E foi um ano bem complicado porque eu tive que associar todo essa pré mudança, trinta mil exames todo, toda semana tinha assim muitos exames. Tive que fazer vários, endoscopia tive H Pylori e eu tive que tratar para depois fazer... O que dorme clínica para fazer aquela polissonografia de noite inteira. Então assim a preparação foi um ano de ansiedade. Então eu recebia orientações da equipe como um todo na última reunião até os anestesistas foram, falaram da anestesia. Explicaram tudo.”*

PESQUISADORA: “Como foi seu período pré-operatório?”

REGINA: “Ótimo. Tudo tudo certinho O pré-operatório durou um mês e pouquinho. Em um mês um pouquinho eu fiz todos os exames.”

PESQUISADORA: “Que orientações você recebeu nesse período?”

REGINA: “Ah, a gente tinha acompanhamento com psicólogo, com o nutricionista. Foi bem.... assim.... a equipe acompanhando bem de perto. Foram duas consultas antes da cirurgia em cada um.”

## **A Equipe INTERDISCIPLINAR**

Todos os pacientes foram atendidos por uma equipe interdisciplinar.

Paciente Débora:

PESQUISADORA: *“Além do nutricionista, você era vista por outros profissionais logo após a cirurgia?”*

DÉBORA: *“Pois é, é o nutricionista e tinha... Era uma clínica que tinha um cirurgião, uma nutricionista, clínico... e tinha um psicólogo. Mas depois da cirurgia, eu só passei pelo nutricionista e pelo clínico.”*

Paciente Bento:

PESQUISADORA: *“E quem eram esses profissionais?”*

BENTO: *“Era o Cid (cirurgião) que de vez em quando passava, o irmão dele que é nutrólogo, que era de dois em dois meses, as duas nutricionistas e as duas psicólogas. Ah, e o clínico geral.”*

Paciente Karen:

PESQUISADORA: *“Que profissionais que participaram das orientações do pré-operatório?”*

KAREN: *“A psicóloga, a nutricionista, Gisele, Telma, o Luiz Alfredo, que é o cirurgião principal, os dois anestesistas, que é o Cadu e o outro que eu não lembro o nome. Aí tinha preparador físico também inclusive eles fazem caminhadas então dos grupos, anestesista, aí o clínico geral Doutor Luis Eduardo, era a equipe toda.”*

Paciente Regina:

PESQUISADORA: *“E quem são os profissionais que estão te acompanhando?”*

REGINA: *“O cirurgião, endócrino, psicóloga e nutricionista.”*

## **8.5 O Período Pós-Operatório: Imediato, Emagrecimento, Acompanhamento no Pós Tardio**

O período pós-operatório divide-se em duas fases: imediato e tardio. O pós-operatório imediato diz respeito ao período logo após a cirurgia, no qual o paciente, ainda internado, enfrenta a recuperação inicial, podendo sentir dores e mal-estar devido à realização recente do procedimento, recebe a atenção da equipe que dispensa cuidados medicamentosos e de curativos da ferida cirúrgica, tem alta, volta para casa, onde dará continuidade à sua recuperação. O pós-operatório tardio é o período após a recuperação inicial do paciente e dura pela vida toda.

### **O Pós-Operatório Imediato**

Débora relata que em seu período pré-operatório ela apresentou dificuldades clínicas e, em consequência dessas, demorou a voltar a comer a consistência sólida novamente. Ela qualificou o período do pós-imediato como bem sacrificante, ainda mais pelo fato de ter passado pelas festas de final de ano somente ingerindo dieta líquida (sopa). Ela fala sobre ter sentido medo, em um primeiro momento, ao pensar que talvez não pudesse mais voltar a comer normalmente. Porém, segundo ela, algum tempo depois, ela conseguiu voltar a se alimentar com alimentos sólidos e relata que a sensação foi muito boa devido ao rápido emagrecimento.”

*DÉBORA: “Então, foi um período assim, é... difícil clinicamente, porque eu demorei a conseguir comer de novo... Esse início é bem sacrificante. Eu lembro que foi final do ano, pegou novembro, pegou dezembro, todo mundo cheio de festas e eu na sopa. Batida... porque assim... não entrava nada sólido. Nada sólido. Ali, eu cheguei a ter até medo, do tipo “ai, meu Deus, será que nunca mais eu vou conseguir comer? Olha aí o que que eu fiz?” (risos), mas depois é, é... o organismo conseguiu retomar essa questão da alimentação e a sensação é muito boa, porque... você emagrece muito rápido!”*

O paciente Bento qualifica seu período pós-operatório imediato como maravilhoso, pelo fato de não sentir fome. E, mesmo tendo que se alimentar por dieta líquida (sopa) que, em geral, as pessoas acham o sabor ruim, para ele foi suportável.

PESQUISADORA: *“Como foi o seu período logo após a cirurgia?”*

BENTO: *“Maravilhoso, porque eu não tinha fome. Então todo mundo acha que ficar tomando aquela sopinha ela é ruim, paladar não era legal. Mas para mim, tendo líquido, para mim tanto faz como tanto fez.”*

Suzana refere-se ao seu período pós-operatório imediato como tendo sido bastante surpreendente, já que ela tinha a expectativa de que sofreria bastante, sentindo muita fome e não foi isso que ocorreu, uma vez que, segundo ela, não sentia fome. Ela afirma que seguia à risca as orientações médicas e que, assim, não apresentou problema algum, nem mesmo em relação à anestesia, que era algo que ela temia, sobretudo por ter tido conhecimento de alguns casos em que ocorreram complicações.

PESQUISADORA: *“Como foi o seu período logo após a cirurgia?”*

SUZANA: *“Foi bem surpreendente, assim, porque eu achava que eu ia sofrer muito, que eu ia ter muita fome. E aí eu não tive fome. E assim, eu fazia tudo bem direitinho como os médicos... eu não tive problema nenhum. Nada assim em relação à anestesia. Eu tinha medo disso, né. Com relação a algum acidente de percurso, porque houve alguns casos, né, lá.”*

Karen qualificou seu período de pós-operatório imediato como horrível, ao relatar que sentiu muita falta de mastigar e sentia-se extremamente irritada quando alguém falava em comida perto dela. Relata ter sentido muitas dores, sentia-se fraca durante o tempo em que permaneceu em dieta líquida e teve dificuldade em retomar sua rotina de trabalho.

PESQUISADORA: *“Como foi seu período logo após a cirurgia?”*

KAREN: *“Horrível”.*

PESQUISADORA: *“Horrível como?”*

KAREN: *“Quando as pessoas me perguntam assim ‘olha eu vou fazer a cirurgia, como é que foi, mas eu quero sinceridade.’ Aí eu digo assim ‘olha eu faria tudo de novo, mas eu queria acordar só no segundo mês, primeiro mês eu queria tá em coma.’ Foi horrível. Porque assim eu tive síndrome de abstinência de mastigação... Eu não podia ouvir o barulho do garfo no prato. Irritabilidade foi lá em cima. Eu, se alguém falasse a palavra CO-MI-DA do meu lado, eu já queria pular no pescoço... Porque eu fiquei vinte e três dias na dieta líquida. Então assim eu fiquei fraca tive hipotensão, tive que entrar em contato com o cirurgião, ele teve que passar umas duas vezes sopa por dia para mim. Porque tava fazendo uma pressão muito baixa, eu apagava... Dor, porque logo depois da minha cirurgia, nos dias depois eu fiquei menstruada, então eu tava sentindo a dor da cirurgia a dor da menstruação... E eu queria comer, queria mastigar. Eu sentia muita necessidade de mastigar... Então, assim o primeiro mês foi o horrível. O segundo mês eu voltei a trabalhar na ambulância. Aí a minha chefe botou um técnico para rodar comigo. Foi o que me ajudou porque Eu não podia pegar peso, eu vomitei muito porque tinha que comer rápido. Eu não podia comer rápido porque tava inchado ainda então assim... até uns 3 meses depois da cirurgia foi bem complicado O período de adaptação.”*

Regina falou de seu período de pós-operatório imediato como maravilhoso, por não ter tido nenhum mal-estar após o procedimento nem complicações pós cirúrgicas.

PESQUISADORA: *Como foi o seu período logo após a cirurgia?*

REGINA: *“Maravilhoso. Meu pós-cirúrgico foi ótimo. Não senti dor em momento nenhum. Não tive enjojo, náusea, nunca tive problema nenhum.”*

## **O Emagrecimento**

Os pacientes falaram sobre o emagrecimento que ocorreu algum tempo depois da cirurgia, em consequência das modificações anátomo-fisiológicas promovidas pelo procedimento.

Débora fala sobre a visibilidade do emagrecimento que, segundo ela, ocorre de forma rápida. Ela considera que em um período de seis meses, o seu processo havia sido finalizado.

*DÉBORA: “O resultado é muito visível! Você emagrece, sei lá, em um mês, sei lá dez quilos é muita coisa.”*

*“Uns meses, em 6 meses eu perdi... em torno de quarenta, quarenta e cinco quilos. É muito rápido, é muito... Seis meses você já tá com... Eu, pelo menos, já tinha o processo finalizado.”*

Bento também remete à questão da rapidez do emagrecimento afirmando que, em uma semana, perdeu onze quilos e que sua perda total foi de cinquenta e oito quilos.

*BENTO: “(...) eu perdi cinquenta e oito quilos. Eu perdi onze quilos em uma semana.”*

Suzana relata que, após a cirurgia, eliminou trinta e seis quilos e que, ao se olhar no espelho, se achava horrível. Então, decidiu parar de emagrecer, embora ainda faltassem dez quilos a serem eliminados para que alcançasse a meta previamente estabelecida.

*SUZANA: “Aí quando eu perdi trinta e seis quilos que, que eu me olhava no espelho e achava HORRÍVEL, aí eu falei para mim não quero mais emagrecer do que isso. Eu ainda fiquei devendo à cirurgia dez quilos.”*

Karen relata ter alcançado o peso de sessenta e oito quilos e meio, tendo ultrapassado sua meta inicial que era de setenta quilos.

*KAREN: “Fui a sessenta e oito e meio. Fui além do que eu queria. Eu queria setenta.”*

Regina demonstra satisfação com seu emagrecimento ao relatar que ao perder trinta e sete quilos modificou sua qualidade de vida.

REGINA: *“Para mim, então, emagrecer, perder trinta e sete quilos... Então, é outra qualidade de vida.”*

### **Acompanhamento no Pós Tardio**

No que diz respeito ao acompanhamento recebido no pós-operatório, apenas Débora sentiu falta de um esquema estruturado, pré-estabelecido, de acompanhamento clínico.

DÉBORA: *“Mas depois... é... eu achei falho, por um lado, é, porque depois você fica muito solta. Mas também tem o outro lado. Hum, cabe a mim buscar, né, também não posso ter uma babá... Mas realmente, se você não busca, a equipe... também não te busca e você também fica solta.”*

PESQUISADORA: *“Então você está me dizendo que depois da cirurgia não houve uma orientação mais contundente de que você precisasse fazer esse acompanhamento por mais tempo?”*

DÉBORA: *“Não... acho que não. Até tem uma falha sim. Eu também não posso jogar a responsabilidade no outro não, acho que é... cabe a pessoa... como tudo, né, cabe a pessoa buscar, como tudo, né? Cabe a pessoa buscar. Mas tem um pouco disso, assim... Você fica solta... se você não buscar... você não tem esse respaldo, não.”*

PESQUISADORA: *“Com que frequência eram realizados esses atendimentos?”*

BENTO: *“Todo mês. Não tinha data certa, mas eles ligavam e marcavam. Eu ia junto com a turma de setembro que foi o mês em que foi realizada a cirurgia. Olha, eu só tenho a elogiar.”*

*A equipe foi assim muito boa! São assim de uma atenção. Até para fazer exercício agora, foi com o laudo. Eu tenho laudo em casa liberando para fazer exercício. E lá eles deram apoio, eu tinha..., eu tinha, Nutrólogo comigo, eu tinha psiquiatra. Eu tinha as nutricionistas direto em cima de mim, conversava com o médico que me operou. Tudo fantástico, fantástico!”*

**PESQUISADORA:** *“Esse acompanhamento era só devido ao seu caso pelas circunstâncias que aconteceu ou era geral?”*

**BENTO:** *“Não, não era geral, padrão.”*

**SUZANA:** *“Sim houve o acompanhamento do endócrino, né. Eu sempre tive que... até hoje eu ainda vou todo ano nele, no endócrino, porque eu tenho que acompanhar todas as taxas. Eu tenho uma deficiência de ferro, de vitamina D, algumas coisinhas assim que eu sempre tenho que estar corrigindo. E aí... é só isso assim, a recomendação é essa né. Como você tem uma... eu fiz um desvio do intestino e tenho o estômago menor, então, eu tenho que realmente ver isso. Todo ano eu tenho que ver essas taxas. Essas coisas como é que tão. Absorção de vitamina D, de ferro, de tudo isso, né. Eu sempre fui um pouco anêmica e parece que isso piorou um pouquinho, mas eu tô sempre tomando remédio, corrigindo isso, né, com a endocrinologista. É isso.”*

**KAREN:** *“Eles marcam uma consulta com um mês de cirurgia, depois 3 meses, depois, depois 6, 9, 1 ano e depois 1 ano e meio. E depois do segundo ano, tipo você vai de ano em ano, mas eu não, não vou mais com eles porque assim eu mudei de plano. Eles não aceitam mais o meu plano, eu faço acompanhamento com ginecologista.”*

**PESQUISADORA:** *“Você tinha consulta de com quem?”*

**KAREN:** *“Com clínico e a nutricionista. Não paguei nada, nem anestesia. Foi tudo pelo plano.”*

PESQUISADORA: *“Após a cirurgia, você teve acompanhamento da equipe?”*

REGINA: *“Tive.”*

PESQUISADORA: *“Por quanto tempo?”*

REGINA: *“Ainda tenho até hoje. Tenho um ano e meio de cirurgia. Agora já é de 4 em 4 meses, né. Já espaçou mais.”*

PESQUISADORA: *“E esse acompanhamento dura até quando?”*

REGINA: *“Não me informaram, eu acredito que deve aumentar o espaço. Eu tenho consulta já marcada para dezembro e março. Até 2 anos eu já tenho consulta marcada.”*

PESQUISADORA: *“E quem são os profissionais que estão te acompanhando?”*

REGINA: *“O cirurgião, endócrino, psicóloga e nutricionista.”*

PESQUISADORA: *“O acompanhamento com o psicólogo está de quanto em quanto tempo?”*

REGINA: *“Agora tá de 4 em 4. Estava de 3 em 3, já foi de 2 em 2, de um em um, foi aumentando.”*

## 8.6 Manutenção do Peso

Foi analisado o que os pacientes falaram sobre manutenção do peso, após o emagrecimento alcançado depois da cirurgia bariátrica.

Débora relata, ainda que após o emagrecimento, manteve o peso alcançado por três anos. Coloca como marco temporal da recuperação do peso, o período da gravidez. Ela relata ter colocado para ela própria como “desculpa” o fato de estar gestante e de que após o nascimento do bebê, ela perderia o peso adquirido.

PESQUISADORA: *“Após os seis meses, você se manteve quanto tempo nessa meta?”*

DÉBORA: *“Uns três anos... Três anos. Por aí... aí eu engravidei e aí ali eu chutei o balde... “ah... to grávida...” Não a culpa não é da gravidez. Eu sei que a culpa é da cabeça. Mas foi a minha*

*desculpa. "Ah... não to grávida" "Ihhh, é assim mesmo, depois a gente recupera".*

Débora relata, ainda, que, após o nascimento de seu primeiro filho, sua rotina mudou bastante. Ela, que trabalhava em tempo integral, ficou em casa durante um ano, “só” com a criança. Segundo ela, esse período em que, como mãe de primeira viagem, experimentou inseguranças e medos, a comida serviu como suporte emocional. Dessa maneira, tendo estabelecido essa relação com a comida nesse período do primeiro ano de sua filha, engordou bastante, até mais do que havia engordado na gravidez. Sendo assim, ela obteve sucesso na manutenção do peso que havia perdido.

*DÉBORA: “Aí depois quando (...) nasceu eu... eu notei que assim... você tem uma quebra de rotina... é um ano que eu fiquei em casa... sem trabalhar... só com a criança... Aí tem um fator que eu acho... psicológico, né... de todas aquelas inseguranças e medos e aí eu vi que eu canalizei pra comida. A insegurança foi pra comida, os medos foram pra comida, foi tudo pra comida, e... aí eu engordei... eu engordei realmente demais nesse um ano, mais do que na gravidez.”*

Bento fala sobre o seu processo de manutenção de peso, após cinco anos de cirurgia. De acordo com seu relato, ele segue com as orientações recebidas em relação à alimentação, ingerindo pouca quantidade e evitando alto teor de gordura.

*BENTO: “Não tem como subir porque eu não como, entendeu? É aquela coisa se você é... Você tem que comer o que você gasta. Mesmo que eu queira eu não vou comer... vou comer coisa gordurosa porque eu não tenho vesícula. Quantidade que eu coma, muito baixa.”*

Suzana fala sobre o controle que faz sobre sua alimentação, como algo que ocorre “naturalmente”, por estar acostumada a fazer isso ao longo da vida.

*SUZANA: “Aí eu, eu como uma média de duas mil calorias por dia, de mil e novecentos a duas mil. Agora isso não é uma neurose, não, entendeu? Isso é uma coisa que eu faço naturalmente, to acostumada a controlar. Esse*

*tipo de coisa que eu já sei naturalmente que é que quando eu ultrapasso isso, entendeu? E tem sido assim atualmente”*

Para Karen, a questão para que possa manter o peso, precisa exercer um controle alimentar, além de ter que estar atenta à questão da mastigação. Além disso, efetuou mudanças na qualidade dos alimentos, afirmando que teve que “aprender a comer mais saladas” e “menos doces” e teve que aprender a substituir alimentos, sobretudo os doces que ela menciona como sendo o tipo de alimento que tem dificuldades de abrir mão.

*KAREN: “Eu procuro me privar de muita coisa com medo de um reganho. Depois da cirurgia, eu tive que aprender a mastigar. Tive que aprender a comer mais saladas. Porque, porque eu comia salada, comia, mas não comia tanta. Menos doce, apesar de hoje eu comer bastante doce ainda. Não consegui me desvencilhar do doce. Principalmente na TPM, não adianta. Mas aí eu já procuro comer o chocolate 80% cacau, tirou aquele todo doce do açúcar normal do chocolate normal e como. Eu aprendi a substituir alimentos. Ao invés de comer um pacote de biscoito, eu vou comer duas frutas. Então eu consigo, hoje em dia, eu consigo mudar o hábito.”*

Sobre a questão da manutenção, Regina relata que costuma fazer a escolha dos alimentos com vistas a evitar um possível reganho de peso e mal-estar. Busca, ainda, controlar as quantidades de comida a ser ingerida, seja no seu dia-a-dia ou em atividades sociais.

*REGINA: “Hoje em dia eu escolho o que eu vou comer, né. Assim o que eu devo comer, o que eu não devo para não ter o reganho de peso. Então eu controlo mais, mantenho vigilância sobre a quantidade de comida que eu consigo comer para não passar mal, né. A dieta ideal, que eu acompanho com o nutricionista regularmente.”*

*PESQUISADORA: “Como tem sido seu processo de manutenção do peso?”*

*REGINA: “Continuar mantendo a quantidade que eu como, duzentos e cinquenta gramas, escolhendo os alimentos que você vai comer. Hoje em dia, até se for numa festa, você come*

*uma coxinha, mas você sabe que você come uma, duas e parou por aí. É você saber fazer as escolhas. É saber que aquilo se você exagerar, vai te fazer mal, né. Então eu vou fazendo a minha... minha... balanceando vou fazendo as escolhas”*

## **8.7 Reganho de Peso**

Duas pacientes relataram ter tido reganho de peso, Débora e Suzana. Os pacientes Bento, Karen e Suzana não tiveram. No entanto, cabe ressaltar que tanto Karen quanto Suzana fizeram a cirurgia há cerca de dois anos. As duas pacientes que tiveram reganho, fizeram a cirurgia a há mais tempo: Débora há seis anos e Suzana há nove anos. Este dado é relevante dado que o período de até dezoito meses após a cirurgia, é considerado o período de “lua-de-mel” com o procedimento, quando o paciente se encontra sob os efeitos da satisfação com o emagrecimento. Após esse período é que o paciente costuma ficar mais susceptível ao reganho de peso. Sendo assim, pode-se pensar que quanto mais tempo de realização do procedimento o paciente tenha, maiores são as chances do reganho de peso acontecer.

Débora relata que teve um considerável reganho de peso, tendo recuperado cerca de dois terços do peso que havia eliminado. Ela fala sobre a questão de ter a comida como foco na sua vida e que isso não mudou após a cirurgia. Ela fala sobre um ciclo ininterrupto onde a comida que é foco da sua satisfação é colocada de lado por algum tempo, por meio de alguma restrição, mas em seguida ela volta ao foco. Ela fala que a cirurgia não foi um diferencial para quebrar esse ciclo e acabou funcionando de modo semelhante às dietas e medicações das quais já fez uso, ou seja, o procedimento cirúrgico promoveu uma interrupção momentânea, mas não definitiva. Ela fala sobre a sua relação com a comida como uma relação de prazer que permanece até hoje.

*DÉBORA: “Pois é... Atualmente, eu tive um bom reganho de peso. Assim, dois terços do que eu perdi, eu ganhei... e eu vejo isso assim... eu não consegui sair do ciclo. Eu tenho um tempo que*

*eu consigo tirar a comida do meu foco, seja pelo remédio, seja por uma dieta até sem remédio que eu já fiz... seja pela cirurgia e... mas volta. Então na verdade a cirurgia não foi um diferencial nesse sentido. Nesse sentido não foi... Porque a minha relação com a comida ainda é... hoje ela voltou... Hoje eu tenho uma relação com a comida de grande prazer, ela é uma das fontes de prazer.”*

Débora fala sobre a cirurgia como um instrumento para emagrecer, que promove a perda de peso de forma mais rápida que as dietas tradicionais. Fala ainda que esse emagrecimento a curto prazo, propiciado pela cirurgia, acaba promovendo uma satisfação e uma “euforia”, que quando acaba, exige que a pessoa assuma sua responsabilidade no processo, realizando modificações no comportamento alimentar. No entanto, ela reconhece que no caso dela, o padrão alimentar se manteve, caracterizando-se por um padrão beliscador, com preferência por alimentos doces.

*PESQUISADORA: Você falou de um ciclo. A cirurgia veio como uma quebra daquele ciclo?*  
*DÉBORA: A cirurgia veio como uma quebra momentânea, assim como as outras dietas. Nesse sentido que eu falo que eu acho que não foi diferencial. E aí, claro que não é da cirurgia, porque a cirurgia é instrumento, que você consegue, até porque, realmente emagrece. E emagrecer é difícil, né, é uma coisa que te pede uma certa disciplina e paciência porque o resultado ele é médio e longo prazo e com a cirurgia, ele é curto prazo. Então isso te dá um gás muito grande. Mas aí o depois, é... é..., depois que passa aquela euforia, e tudo aquilo, ele tem que ser mais bem cuidado, senão você... e aí depende de cada um. No meu caso, eu voltei a um esquema anterior, voltei, bem bonito, né... um chocolate hoje, um... e é sempre a coisa do doce que é o enfoque... é uma besteira hoje, é o chocolate, biscoito e nisso eu fui voltando ao meu padrão anterior.”*

Suzana relata que eliminou trinta e seis quilos após a cirurgia e que até hoje engordou dez quilos.

SUZANA: “... eu perdi trinta e seis, mas durante esses 9 anos de cirurgia, pós cirurgia..., eu engordei praticamente 10, né.”

Ela atribui seu comportamento alimentar à sua questão emocional: compulsão alimentar. Apesar de ela reconhecer seu quadro compulsivo, segundo ela, não conseguiu que ele fosse “resolvido”.

SUZANA: “Claro que a minha a minha compulsão eu me senti frustrada com, assim... o não controle da compulsão, apesar de todos os esforços que eu faço, de ir procurar terapia de, de fazer psicoterapia de fazer psiquiatria, tomar remédio e tudo mais... Disso não ser resolvido porque assim... Porque assim eu acho que não é só o físico, assim a questão da má, da má educação alimentar. Não é. É uma questão psicológica mesmo no meu caso.”

Em relação ao reganho de peso, Karen fala sobre as orientações que recebeu da equipe sobre o fato de que a estabilização do peso e possível reaquisição tempo de cirurgia pode acontecer após dois anos do procedimento e como ela encontra-se nesse período de tempo, ela se coloca atenta para evitar que isto aconteça, mantendo vigilância e controle sobre alimentação e sobre a prática de exercícios.

KAREN: “Eles falam que é a partir do segundo ano que começa a estabilizar o peso e você pode vir a ter o reganho. Como eu tenho dois anos e quatro meses, aí eu falei ‘não eu não vou ter reganho. Eu vou manter a alimentação.’ Como uma besteira ou outra, mas tento compensar com exercício e alimentação também depois, né.”

## 9. OLHARES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE MANUTENÇÃO E REGANHO DE PESO APÓS A CIRURGIA BARIATRICA

### 9.1 Imagem Corporal e Excesso de Peso

#### Imagem Corporal

Apenas a Psicóloga e o Cardiologista destacaram questões quanto à Imagem Corporal: o preconceito sofrido pelos obesos e a necessidade de se trabalhar o processo de reestruturação da imagem corporal no pós-operatório.

*PSICÓLOGA: “A primeira, a primeira operada da gente tinha cento e oitenta e dois quilos, uma senhora que não tem uma altura, assim, que você achasse normal, uma pessoa com cento e oitenta quilos. Era baixinha, né, era terrível.”*

*“É uma coisa ((riu)) que vê que não é... a... a questão do... do apelo, da coisa da, da cultura da beleza, né? As pessoas sofrem muito, sofrem muito... os obesos sofrem muito preconceito. Aí... isso é muito forte, essa coisa da aparência, muito forte mesmo.”*

*CARDIOLOGISTA: “é um paciente que vai ter que reaprender várias coisas no pós-operatório com a perda de peso, até a própria imagem, né, o conforto em relação a imagem que tinha, com o que ele vai, é, obter depois da cirurgia.”*

#### Complicações de Saúde em função do Excesso de Peso

Especialmente o endocrinologista, a psicóloga e o cardiologista ressaltaram diversas comorbidades comuns aos pacientes obesos.

*ENDÓCRINO: “...um diabetes mal controlado, uma sobrecarga ventricular, um, um quadro de (insuficiência) venosa, uma (insuficiência) renal...”*

PSICÓLOGA: “E se a pessoa tem entre um IMC trinta e cinco e quarenta, e tem comorbidades, quer dizer, doenças associadas... essas doenças geralmente são: hipertensão, diabetes... o dois. Eh... apneia do sono é muito comum nos obesos, eles roncam muito e fazem paradas durante o sono. Então é muito grave, assim pode ocorrer morte durante o sono. E doenças como artroses, hérnia de disco, certo? Problemas assim ortopédicos graves, hipertensão é muito comum, é mais comum, e diabetes tipo dois. Então aí essa pessoa tem direito a fazer tanto no SUS quanto no, no serviço... nos planos de saúde a partir de IMC trinta e cinco.”

CARDIOLOGISTA: “O grande obeso tem já um, um... um, um déficit, é, respiratório pela compressão, né, torácica, em função da massa gorda que envolve o tórax, que a gente chama de uma limitação restritiva. Alguns deles são mais inflamados, envolvem asma, bronquite e tem a, a... alteração obstrutiva associada à restritiva.”

## **9.2 Estilo de Vida e Comportamento Alimentar (Hábitos Alimentares e Compulsão)**

Os profissionais, ao falarem sobre estilo de vida e comportamento alimentar, trouxeram à tona questões variadas. A Psicóloga destacou a importância do controle do estresse pelo paciente. O Cardiologista apontou a necessidade de tratamento desde o período pré-operatório de problemas relacionados à compulsão alimentar e, portanto, a necessidade de mudança de estilo de vida no paciente. A Nutricionista não falou especificamente da compulsão alimentar, mas se referiu à necessidade de mudança de hábitos alimentares. Já a Fisioterapeuta apenas se referiu à questão do tabagismo dizendo que é importante, caso o paciente seja fumante, que se inicie com ele, desde o pré-operatório, o processo de cessação do tabagismo.

PSICÓLOGA : “Os principais cuidados são, é... ter uma vida mais, por exemplo, uma pessoa que tem uma rotina muito estressante, então ela precisa assim... digamos, se você tem uma empresa e as pessoas, por exemplo, que trabalham no seu próprio negócio, elas querem voltar logo a trabalhar, certo? Então, assim... pode voltar dentro de uns dez dias a trabalhar. Mas ele precisa ter, assim... baixar esse nível de estresse nas suas vidas, certo? Escolher a saúde de verdade, escolher ficar saudável, não é? Então as pessoas, muitas sabem que isso que as adoecem, mas querem continuar fazendo e ficar saudáveis. Aí assim, é uma visão de mundo, né?”

ENDOCRINOLOGISTA: “ Então, trabalhar isso no pré, identificando possíveis problemas de compulsão, que possam prejudicar no, no pós operatório, né, isso é fundamental ser detectado no pré. Pra saber que nível de, de, tra, trabalho deverá ser feito, de acompanhamento nesse paciente no pós operatório caso alguma dessas alterações seja já detectada no pré, já se inicie o tratamento no pré, a observação no pré e o acompanhamento no pós, que isso é fundamental.”

CARDIOLOGISTA: “Porque conseguiram pegar o... introjetar a mudança de estilo de vida e desde o início não tinham como objetivo fazer a cirurgia. E conseguiram através do... otimizando todo esse benefício da equipe interdisciplinar, atingir uma meta de peso e às vezes não precisar ir pra cirurgia. Né, então isso é, isso é muito importante a gente ver. É a maioria? Não.”

NUTRICIONISTA: “No pós-operatório ele vai ter que ficar muito Atento, tanto ao fracionamento quanto as quantidades que ele vai ingerir. em relação ao comportamento alimentar, determinados comportamentos que ele tem agora quando não é operado, não vão ser... é... vai ser inconcebível no pós-operatório.”

FISIOTERAPEUTA: “É... pela fisioterapia, no período pré-operatório, é... a gente... foca na cessação do tabagismo, se esse paciente for um tabagista...”

### 9.3 Transtornos de Humor e de Ansiedade

A necessidade de um trabalho terapêutico com o paciente bariátrico que apresente transtornos de humor, de ansiedade e de comportamento compulsivo foi destacada principalmente pela Psicóloga e pela Nutricionista.

PSICÓLOGA: “E é claro, que pra mudar e sair envolve muitas das, muitas questões emocionais, né? Muita gente tem noção de quantas emoções tem a ver com a sua ingesta. Assim, até diz assim, obesidade emocional. Essa frase é assim, uma frase comum de se ouvir. Assim, eu sei que eu como por isso, eu sei que eu como porque sou ansiosa, eu sei que eu como porque eu sou triste, certo? Então... tem que orientar a buscar de soluções para as suas questões.”

PSICÓLOGA: “E quem é que engorda de novo? O paciente que não tá bem psicologicamente, certo? Ou com, com... com complicações, como depressão... como compulsão, certo? Ou possivelmente aquele paciente que mais engordar e que não quer tratar a compulsão (principalmente), né?”

“(...) Em relação a risco psicológico, é assim... No Bypass, o risco maior é, é o alcoolismo... certo? E, assim, existem outras compulsões também. Por exemplo, é... compulsão por compras, compulsão por jogos de internet, compulsão por botar, começar a fumar... certo? Aquela pessoa que é... não bebia e começou a beber ou bebia pouco e começou a beber muito mais... é como se abrisse mão do alimento e logo procurasse uma outra forma de desaguar sua ansiedade e seus sintomas depressivos, certo? Procura uma outra forma de defesa psicológica.”

*“O que mais preocupa atualmente é o álcool porque é uma doença horrível, né? E as pessoas demoram muito a admitir que têm. Quando vão procurar ajuda, já estão num estágio lá... que é muito difícil o controle, né? Pessoas evitam porque sabem que faz... vai haver um tratamento com psiquiatria. As pessoas correm, correm, correm, até que a família pede socorro. Até que a pessoa, ela... não suporta mais, a família conduz. Muito mais é a família que conduz.”*

NUTRICIONISTA: *“...então, por exemplo, o paciente que chegou para mim relatou que é compulsivo por determinado alimento. Não falou nada para o psicólogo, com medo dele vetar a cirurgia. Esse paciente não vai melhorar a compulsividade dele, né? (...) ...ele disse para mim que ele é um bebedor frequente e o índice de alcoolismo pós cirurgia bariátrica é 13%. Então, se eu não comento isso com a equipe, esse paciente, ele já tem um problema com álcool que é um dos poucos itens que veta a cirurgia, essa questão com álcool, bebida alcoólica, ele vai chegar no pós-operatório e pode se tornar um alcoólatra. Então, é muito importante ter essa interação.”*

Oliveira e Yoshida (2009) mencionam que a ansiedade, a depressão, os transtornos do comportamento alimentar e também os transtornos de imagem corporal situam-se, entre os processos psicopatológicos, como os mais frequentemente relacionados à obesidade. Entretanto, eles advertem que a obesidade de grau III (com riscos extremos para a saúde) não é necessariamente acompanhada de sintomatologia depressiva severa ou grave. Ao conduzirem uma avaliação psicológica com 65 adultos obesos grau III quanto às dimensões Psicoticismo, Obsessividade-Compulsividade, Somatização e Ansiedade, na EAS – 40 (Escala de Avaliação de Sintomas – 40), Oliveira e Yoshida (2009) constataram que a severidade da psicopatologia presente na amostra de obesos grau III era semelhante à encontrada na população geral. Portanto, eles postulam

que apesar de ser comum a presença de comorbidades médicas junto à obesidade, isto não pressupõe necessariamente a existência de problemas psicológicos.

## 9.4 A Cirurgia Bariátrica

### Indicação Para a Cirurgia bariátrica

Os profissionais apontaram as indicações para o tratamento cirúrgico da obesidade que foram publicadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2005). Pacientes com IMC superior a 40kg/m<sup>2</sup>, independentemente da presença de comorbidades; pacientes com IMC entre 35 e 40 que apresentem comorbidade que seja classificada como “grave” por um médico especialista na área da patologia que surgiu ou piorou graças à obesidade, tratamento clínico prévio considerado ineficaz e obesidade estável há pelo menos 2 anos (SBCBM, 2011).

*ENDÓCRINO: “... já existe já um consenso formal, né, já uma indicação formal que a sociedade, vamos dizer, converge pra essa indicação. É um paciente que tem mais de quarenta de IMC ou o paciente que tem... mais de trinta e cinco, que possui alguma comorbidade associada a obesidade... por exemplo, a hipertensão, diabetes, uma esteatose hepática, uma questão articular... eh... ressaltando que... devem ser pacientes aí refratários a tratamento não cirúrgico e aí é uma questão: o que é refratariedade, né? Como a gente define isso, né? Ahn:... existe algumas questões de, de limite de idade, né? Hoje o... a legislação brasileira para pacientes abaixo de dezoito anos e acima de dezesseis anos, você precisa ter aí um consenso de profissionais, família, uma... envolver um pediatra ou um médico especializado em adolescente... e pra pacientes mais velhos, eh... a, a limitação da sociedade é sessenta e cinco anos, mas isso é muito relativo. Eu tenho paciente de setenta anos que tem uma saúde melhor do que um paciente com sessenta anos, não é?”*

NUTRICIONISTA: *“A indicação para cirurgia bariátrica ela ocorre não só por meio do IMC mas também em relação à idade e outros fatores. então em relação ao IMC, entre trinta e cinco e quarenta com comorbidades ou acima de quarenta sem comorbidades. Com relação à idade, entre dezesseis e dezoito anos, ou quando a família consentir ou quando a equipe também entraram em consentimento para poder operar esse adolescente e acima de sessenta e cinco anos quando os riscos da cirurgia não se sobrepõem aos benefícios que o paciente vai ter com a perda de peso. Entre outros fatores... Então, uma limitação intelectual do paciente, sem consentimento informado dele, endocrinopatias não tratadas, o paciente não pode operar, tem que avaliar se ele tem alguma nefropatia ou hepatopatia severa ou então alguma, alguma condição digestiva interferente. Por exemplo, um H Pylori, ou um câncer gástrico, enfim, é... determinadas enfermidades acabam tirando esse paciente da indicação.”*

PSICÓLOGA: *“Quando a pessoa eh... tem uma obesidade e... chega no IMC quarenta. O IMC quarenta é o peso dividido pela altura ao quadrado. E essa divisão dá quarenta ou mais, a pessoa tem obesidade que chamam mórbida ou obesidade severa, uma obesidade grau três. E se a pessoa tem entre um IMC trinta e cinco e quarenta, e tem comorbidades, quer dizer, doenças associadas... essas doenças geralmente são: hipertensão, diabetes... o dois. Eh... apneia do sono é muito comum nos obesos, eles roncam muito e fazem paradas durante o sono. Então é muito grave, assim pode ocorrer morte durante o sono. E doenças como artroses, hérnia de disco, certo? Problemas assim ortopédicos graves, hipertensão é muito comum, é mais comum, e diabetes tipo dois. Então aí essa pessoa tem direito a fazer tanto no SUS quanto no, no serviço... nos planos de saúde a partir de IMC trinta e cinco.”*

*“Ontem mesmo, foi permitido a nível nacional o uso da cirurgia para pessoas entre o IMC trinta e trinta e cinco. E isso assim é uma coisa que se*

*faz em diabéticos graves, diabéticos que não respondem bem ao tratamento clínico, certo? O uso de insulina não, não dá nenhum efeito, nem as medicações, certo? As pessoas que tem... se descontrolam esse, esse... esse diabetes com facilidade, ou com qualquer coisa emocional, certo? Então as pessoas que tentaram clínico, vivem tentando e vivem descompensando... diabetes, então é indicado a cirurgia que eles chamam de cirurgia metabólica.”*

**PSIQUIATRA:** *“O protocolo é o IMC acima de 40 e já mudou agora para 37 com comorbidades, mas em geral são casos que se considera que a partir de 2 anos, no mínimo, de uma intervenção multidisciplinar a pessoa não reduziu 50% do excesso de peso. Isso não é levado muito à risca, na verdade, na prática as pessoas muitas vezes não seguem esse protocolo. A equipe acho que ainda não há uma mentalidade sobre essa possibilidade de você fazer uma intervenção que seja sem necessariamente operar a cirurgia ainda é um grande alvo em relação a obesidade grave.”*

**CARDIOLOGISTA:** *“Olha, a indicação é, principal é que o paciente tenha um IMC... seja um paciente considerado obesidade grave, severa. Antigamente chamada de mórbida, esse termo tem caído agora um pouco em desuso e a gente tem voltado ao termo de obesidade grau 3, que é quando o paciente tem IMC acima de 40. Ou o paciente com IMC que seria o grau 2, em 35 e 40, mas com comorbidades importantes, né? Ou seja, alterações clínicas que aumentem a probabilidade de eventos, é, é... cardiovasculares nesse paciente. Então, essas seriam as principais indicações. Em um grupo de pacientes que já tenha se submetido a tratamento clínico com falência de tratamento clínico prévio e com esse perfil clínico associado. Essa seria a principal indicação.”*

**FISIOTERAPEUTA:** *“A cirurgia bariátrica é indicada quando o paciente apresenta IMC igual*

*ou maior que 35 com comorbidades ou o IMC igual ou maior que 40 sem comorbidades.”*

Recentemente, o CFM (Conselho Federal de Medicina) publicou um parecer que facilita a realização dos procedimentos por diabéticos, de acordo com reportagem do Jornal Folha de São Paulo, versão online do dia 02 de novembro de 2017 (Bariátrica para Diabéticos com Obesidade Leve ganha Aval de Conselho). Com esta publicação, a cirurgia bariátrica passa a ser indicada também aos pacientes que apresentem o IMC entre 30 e 34,9, que sejam portadores de diabetes tipo 2, com idades entre trinta e setenta anos. Além disso, é necessário que o paciente tenha diabetes há menos de dez anos e que responda adequadamente ao tratamento clínico com medicamentos e mudanças no estilo de vida.

Quanto à idade, para pacientes com menos de 16 anos a indicação da cirurgia se dá apenas em alguns casos de doenças genéticas específicas, em pacientes entre 16 e 18 anos, a realização da cirurgia bariátrica é possível, desde que haja indicação médica e exista consenso entre a família e a equipe interdisciplinar; em pacientes acima de 65 anos, deverá haver uma avaliação individual pela equipe com vistas a se avaliar os riscos envolvidos.

## **O Pré-Operatório**

Os profissionais falaram sobre o que consideram como características de um bom pré-operatório.

O endocrinologista ressalta a questão de dar o tempo suficiente que o pré-operatório exija, o que inclui definir cautelosamente o melhor momento cirúrgico, tanto do ponto de vista clínico, do preparo do paciente, quanto do ponto de vista psíquico e emocional, e ainda, do ponto de vista logístico que inclui a rede de cuidados, em geral, familiar, para auxiliar o paciente. Além disso, ele costuma incentivar seus pacientes, candidatos à cirurgia, a conversar com outros pacientes que já se submeteram ao procedimento há bastante tempo para que tenham uma noção do processo a longo prazo.

ENDÓCRINO: *“Bom, primeiro, não ter pressa, tá? A cirurgia bariátrica é uma cirurgia eletiva, não é uma cirurgia de urgência. Então, tem paciente que às vezes pode demorar um ano, ou até mais, porque... é... você definir o melhor momento cirúrgico não é simples, né? O paciente tem que tá... é... preparado do ponto de vista clínico, sem é... com melhor controle possível das, das condições que são causadas pela obesidade, mas que podem agravar um procedimento cirúrgico, por exemplo, um diabetes mal controlado, uma sobrecarga ventricular, um, um quadro de (insuficiência) venosa, uma (insuficiência) renal. Ahn... equilibrar bem o paciente clinicamente e também do ponto de vista psíquico, do ponto de vista emocional, do ponto de vista logístico, com relação a questões familiares e... isso é bem, é bem complexo, é bem difícil de você chegar numa harmonia, vamos dizer assim... é... de todos esses aspectos e, e... e esse paciente... e isso, é... coincida com os desejos, com os anseios do cirurgião, da, da família e do próprio paciente, né? Então, paciência e... e... é, muita informação, muito diálogo, muita troca de, de... de informações. E eu gosto muito de, de... estimular o paciente a conversar com pessoas que já fizeram a cirurgia. E sobretudo pessoas que já fizeram a cirurgia há dez, vinte anos, pra ele manter aí um universo aí de, de perspectiva”. “Então, eu acredito que o preparo pré-operatório, ele tem que ser muito focado na educação, na informação pro paciente.” “Você não pode omitir nenhuma informação ao paciente pra ele, pra ele saber exatamente eh... entender as letrinhas miúdas do contrato aí que ele tá assinando, vamos dizer assim, né?”*

A nutricionista ressalta o aspecto da importância da adesão do paciente às orientações da equipe interdisciplinar. Ela fala sobre a diferença que costuma haver entre a rede pública e a rede particular no que diz respeito à quantidade de consultas.

NUTRICIONISTA: *“Bom, o principal aspecto... é adesão do paciente com a equipe. Então, primeiro essa equipe tem que ser multidisciplinar, minimamente, tem que ter médico, nutricionista, profissional, profissionais da área da saúde mental, é... psicólogos, psiquiatras... o segundo quesito é adesão desse paciente ao programa de pré-operatório. Em clínicas particulares, por exemplo essa adesão ela não é durante muito tempo, o paciente tem duas três consultas, mas que já caracteriza um vínculo com essa equipe. No caso de uma instituição pública, esse paciente, dependendo do caso dele, ele pode ficar até um ano em preparo para cirurgia bariátrica. Então, o pré-cirúrgico é extremamente importante. Adesão do paciente, ele fazer todos os exames, ter um risco operatório aceitável e uma equipe multidisciplinar com, minimamente, esses médicos que eu te falei.”*

A psicóloga enfatiza a importância do entrosamento da equipe multidisciplinar, ressaltando que tal entrosamento não costuma ser algo que aconteça com facilidade. Marca uma diferença que costuma existir em relação a esse contato dos diversos profissionais no serviço público e na clínica privada. Ela fala sobre a importância dos profissionais terem conhecimento que vá além da sua própria área de atuação. Coloca, ainda, que esse entrosamento da equipe vem a ser importante para que o paciente se sinta acolhido e tenha a confiança de saber a quem procurar a qualquer momento que seja necessário.

PSICÓLOGA: *“Olha, eh... é importante que haja uma equipe entrosada, certo? Não é uma coisa muito fácil. Por exemplo, no serviço público, a gente tenta fazer reuniões pra discutir os casos e assim, aí falta o cirurgião, outro dia falta o nutricionista, no outro dia falta não sei quem. Cada um tem uma ocupação diferente, pra reunir toda uma equipe é uma coisa bem complicada. Acaba você indo discutir com um, depois falar com outro, depois encontrar no corredor, depois... certo? Então, eh... com o passar do tempo as pessoas foram se organizando a nível privado... nas equipes,*

*assim, consultórios que todo mundo tá junto, então... cirurgião, nutricionista, psicólogo... às vezes o endocrinologista também, certo? Fazem assim um, um serviço, digamos assim, dá um curso no Ceará, era Centro eh... Centro do Obeso do Ceará, uma coisa assim. Eh... então ali até a fonoaudióloga tá ali dentro da mesma clínica, então, isso aí é uma coisa excelente porque o paciente se sente acolhido por uma equipe inteira, eles tem a mesma filosofia de trabalho, eles... eles têm o mesmo discurso, certo? Porque você quando trabalha com a cirurgia bariátrica, você tem que saber um pouco do que a nutrição faz ali, você tem que saber um pouco do que o cirurgião faz, sobre as técnicas cirúrgicas, sobre... um pouco sobre o que o endócrino faz, um pouco de tudo, pra que você dê uma informação completa. Claro que você vai falar da sua área, mas eles perguntam outras coisas que envolvem algum conhecimento, então... das outras especialidades, certo, aí você vai encaminhar sua... pra aquele especialista, pra pergunta dele, né, que tem a ver a pergunta dele, mas você precisa saber um pouco pra... pra poder acompanhá-lo porque... pra poder dar um... uma idéia de equipe, não é? Uma idéia de que... de que a gente tá junto, de a qualquer momento que ele precise de qualquer especialista dessa equipe, ele vai poder contar. Vai poder procurar em qualquer ano seguinte certo? Então esse... esse é uma coisa ideal: ter uma equipe com quem se possa contar em qualquer momento, em qualquer momento da vida.”*

A Psicóloga enfatiza a importância do paciente ter motivação para participar e assumir a sua responsabilidade no processo:

*“Veja, quando você faz a avaliação, aí você vai eh... focar em alguns pontos do tipo: ver a motivação, né? (...) o tipo de motivação a pessoa tem, existe uma motivação... às vezes tá fora da pessoa, certo? Digamos, meu marido quer, meu marido quer que eu seja mais magra ou minha mãe acha que eu devia fazer... então a motivação precisa ser mesmo pessoal, certo, de se ter muita vontade porque é uma coisa que*

*exige bastante esforço... e esforço no sentido bem objetivo de abrir mão de comer aquilo que gosta, de mudar esse papel da comida na vida da pessoa, né? Só comer porque precisa comer e vai ter que comer aquela coisa certa, vai ter que comer naquele horário certo. Então assim... o papel prazer, do prazer é um pouco deixado de lado por alguns meses, né, claro que depois volta, mas as pessoas se queixam de mudar algo no paladar, do sabor das coisas assim demo... mudar um pouco... e assim, não comer o que quer, né, vai ter que comer coisa die, dieta.*

A Psicóloga considera fundamental incluir a família no processo, chamando-a a participar das orientações do pré-operatório, para que sejam de algum modo trabalhadas as questões dessa em relação à obesidade de seu membro que será submetido ao procedimento bariátrico, de modo que esta família venha a se constituir em uma rede de apoio para esse paciente.

*(...) Do papel que essa, que a obesidade deles tem na família... que muitas vezes o obeso é o bode expiatório, ele com a família. Tento incluir essa família na última sessão dessa avaliação. E hoje em dia é assim, todo mundo tá tentando incluir. Pra um adolescente, isso é uma obrigatoriedade, mas pra um adulto não é. Mas, assim, a gente recomenda. Porque quando o companheiro, quando a família tá compreendendo o que vai se passar e tá compreendendo o que é passar aquilo, aquela pessoa passar aquilo... assim, eu não tô falando de José, o seu marido, passando.*

O psiquiatra ressalta como importante no pré-operatório promover uma ampliação de consciência do paciente em relação à sua condição de obeso e sobre tudo o que está implicado na escolha que fez pela cirurgia bariátrica.

**PSIQUIATRA:** *“Assim é... seria que a pessoa tenha menos risco, não só de ter alguma complicação pós-cirúrgica, clínica, psicológica e ao mesmo tempo tenha consciência dos riscos dos riscos e benefícios da cirurgia bariátrica e faça uma opção não seja apenas levado. Porque a gente vê muito na prática o obeso é muito levado a isso. Como se fosse já uma coisa fora de possibilidades terapêuticas clínicas. A pessoa às vezes nem sabe, chega aqui com uma dor no*

*joelho “Olha você tá com muito peso” a pessoa não tinha nem consciência de que isso é obesidade. A pessoa não tinha nem chegado com outra dos malefícios. Então é eu acho muito importante que a pessoa tenha consciência plena de que fez uma escolha. Não é uma imposição em função de critérios que às vezes não são assim muito adequados, né.”*

O cardiologista enfatiza a importância de que o trabalho seja realizado por uma equipe interdisciplinar, tanto no pré quanto no pós-operatório.

*CARDIOLOGISTA: “Eu acho que em primeiro lugar, é um... é um pré-operatório interdisciplinar. Esse paciente, ele não é um paciente só do clínico, do cardiologista. É um paciente do clínico, do endócrino, do cardiologista, do... da nutricionista, do... da equipe de saúde mental, da psiquiatria, do psicólogo, do preparador de educação física, que é um programa que a gente procura manter aqui, da fonoaudióloga, ele tem que aprender a mastigar, ele tem que ser visto pelo dentista pra ver a denteição. Ou seja, é um todo um trabalho interdisciplinar que deve ser feito tanto no pré, quanto no pós-operatório desse paciente, tá?”*

A fisioterapeuta, que é especializada na parte respiratória, refere-se à importância do monitoramento no pré-operatório para tentar prever e minimizar os riscos e eventuais complicações, além de apontar a importância de uma boa equipe interdisciplinar, além de equipamentos adequados para super obesos.

*FISIOTERAPEUTA: “O foco, o paciente precisa ser é... monitorado da parte respiratória para gente conhecer como que é essa parte respiratória no pré-operatório para saber quais são os eventuais riscos e complicações que ele pode apresentar no pós-operatório. Um bom pré-operatório precisa ter uma boa equipe interdisciplinar, precisa ter estrutura adequada e equipamentos adequados para os obesos, super obesos.”*

Também foi perguntado a esses profissionais quais seriam as principais recomendações e/ou orientações a serem dadas aos pacientes no período pré-operatório.

ENDÓCRINO: *“Ela tem que saber as limitações, as vantagens e as desvantagens da cirurgia. Começar a treinar mastigação, começar a, a.. a, a entender que tipo de restrições ela pode vir a ter, ahn.: saber que eh.: a cirurgia, ela envolve eh... o pós operatório que pode ter dor, pode ter desconforto. Ahn.: ela vai ter que pensar que... ela pode ter necessidade de usar complexos vitamínicos, determinados suplementos pelo resto da vida. Ahn... dependendo da técnica cirúrgica e da tolerância do paciente pode ser que ela não consiga mais ingerir determinados alimentos que sejam muito atrativos pra ela antes da cirurgia. Se ela não tiver atenção com eventuais distúrbios comportamentais, compulsão, depressão, antes da cirurgia, se isso for presente depois da cirurgia, pode comprometer os resultados da cirurgia e pode gerar sofrimentos e outros problemas, né?”*

A nutricionista falou especificamente sobre as orientações de sua área, referindo-se a quatro pilares que sustentam tais orientações e recomendações: prescrição nutricional, orientação nutricional, comportamento e educação nutricional.

NUTRICIONISTA: *“Em termos nutricionais, ele é baseado em quatro pilares. A prescrição dietética, então a gente prescreve a dieta para esse paciente, porque ele precisa entender e se readaptar que ele vai ter que fazer dieta mesmo depois do pós-operatório. Então não é aquela ideia de vou fazer a cirurgia bariátrica, não preciso mais fazer dieta. Não. Vai precisar. E essa dieta de pré-operatório também é para ajudar a ilha ter boas condições de saúde para quando ele for operar. Orientações nutricionais, e aí nessas orientações nutricionais, a gente fala de todas as questões relacionadas à alimentação, a cirurgia, deficiências nutricionais que podem, podem ocorrer, questões de suplementação, com uma proteína ou poli vitamínicos. Então, essas orientações é justamente para poder preparar esse paciente para o pós-operatório. E o trabalho de educação*

*nutricional junto com o comportamento alimentar, que é formando então os quatro pilares. Educação nutricional que é para esse paciente começar a entender um pouco mais sobre nutrição. Então a gente explica para ele o que são os grupos alimentares, a gente ensina ele a importância do fracionamento da dieta... que no pós-operatório ele vai ter que ficar muito atento, tanto ao fracionamento quanto as quantidades que ele vai ingerir. Em relação ao comportamento alimentar, determinados comportamentos que ele tem agora quando não é operado, não vão ser... é... vai ser inconcebível no pós-operatório. Então a gente brinca assim todos os erros que acabam cometendo agora, no pós-operatório pode se tornar até fatal. Então ele precisa realmente estar baseado nesses quatro pilares, prescrição nutricional, orientação nutricional, comportamento e educação nutricional para que ele possa ter esse pacote de mudanças para o pós-operatório.”*

A psicóloga fala à respeito da necessidade de se realizar uma avaliação emocional desse paciente e coloca a questão da motivação para a realização da cirurgia como um primeiro aspecto a ser avaliado, já que o processo da cirurgia bariátrica como um todo vai exigir do paciente bastante esforço pessoal para abrir mão daquilo que gosta de comer. Além disso, ela enfatiza a importância da psicoeducação, que inclui informação e preparo do paciente em relação às mudanças que terá que empreender, sobretudo em relação ao papel da comida na vida em sua vida, uma vez que vai precisar encontrar outras fontes de prazer. Sendo assim, o paciente que lidar com a frustração da perda da comida como objeto de prazer.

Ela enfatiza ainda a necessidade de que o paciente possa encontrar na família uma rede de apoio tão necessária para lidar com todas as mudanças que vai precisar enfrentar, e que para isso é importante que essa família seja incluída na avaliação que faz parte do preparo para o procedimento cirúrgico.

*PSICÓLOGA: Veja, quando você faz a avaliação, aí você vai eh... focar em alguns pontos do tipo: ver a motivação, né? O tipo de motivação a pessoa tem, existe uma motivação...*

*às vezes tá fora da pessoa, certo? Digamos, meu marido quer, meu marido quer que eu seja mais magra ou minha mãe acha que eu devia fazer... Então a motivação precisa ser mesmo pessoal, certo, de se ter muita vontade porque é uma coisa que exige bastante esforço... e esforço no sentido bem objetivo de abrir mão de comer aquilo que gosta, de mudar esse papel da comida na vida da pessoa, né? Só comer porque precisa comer e vai ter que comer aquela coisa certa, vai ter que comer naquele horário certo. Então assim... o papel prazer, do prazer é um pouco deixado de lado por alguns meses, né, claro que depois volta, mas as pessoas se queixam de mudar algo no paladar, do sabor das coisas assim de... mudar um pouco... e assim, não comer o que quer, né, vai ter que comer coisa die, dieta. Então, eles... eles reclamam muito do tipo, eh... pra que se eu vou fazer uma cirurgia se preciso estar numa dieta? Então passa só a dieta. Mas assim, infelizmente o pré-operatório a gente tem que inundar a pessoa desse tipo de coisa, de informação sobre, se ele não tomar frente, se ele não tiver uma responsabilidade de manter essa dieta, ele vai engordar. A gente tem que mostrar que é uma coisa que tá muito mais com o paciente do que com o cirurgião, do que com equipe. Tá muito mais com ele a decisão da mudança... se não mudar o hábito, se não mudar, assim, o estilo de vida muitas vezes... aí então não vai ser um sucesso, né, você tem que mostrar no futuro, no futuro daqui há um ano a gente sabe que tá tudo ótimo, a pessoa tá super satisfeita, super feliz. Mas eu quero saber daqui há dez, entende? Eu sempre me preocupo com a motivação do pré... jogar lá pra frente, jogar lá... uma satisfação a longo prazo, um resultado bom a longo prazo. Então assim... fazer uma avaliação dessa motivação e também dar condição de lidar com a frustração, com a perda desse objeto de prazer, correto? Então, é... é... informação de uma forma mais geral, a gente chama é... de psicoeducação, de, de... de ter uma informação, ao mesmo tempo um preparo, ao mesmo tempo uma intervenção a partir das questões que você levanta na avaliação. Então tem alguns momentos que é, que é... que cabe uma intervenção, certo? Então muitos entram na*

*avaliação acordam pra várias coisas do papel que essa comida tem na vida deles, certo? Do papel que essa, que a obesidade deles tem na família... que muitas vezes o obeso é o bode expiatório, ele com a família. Tento incluir essa família na última sessão dessa avaliação, e hoje em dia é assim, todo mundo tá tentando incluir. Pra um adolescente isso é uma obrigatoriedade, mas pra um adulto não é, mas assim, a gente recomenda. Porque quando o companheiro, quando a família tá compreendendo o que vai se passar e tá compreendendo o que é passar aquilo, aquela pessoa passar aquilo... assim, eu tô falando de José, o seu marido, passando por isso, né? Aí assim, a gente trazer a família pra aquela realidade, pra... formas da família cooperar com essa mudança, certo? Então eles se sentem participantes e o paciente se sente apoiado e assim é também um preditor de sucesso, a família estar cooperativa com o tratamento, sabe?*

Além das questões relativas ao IMC e à idade, também são considerados pré-requisitos, por parte do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2005) e do Ministério da Saúde, a compreensão por parte do paciente e da família de todos os riscos e consequências do tratamento cirúrgico e pós-cirúrgico, bem como o suporte familiar constante.

O psiquiatra fala sobre a avaliação no pré-operatório para tentar excluir quadros que sejam impeditivos à realização da cirurgia, tais como, quadros psiquiátricos graves, sobretudo ideação suicida, impulsividade, transtornos alimentares, uso de álcool e drogas ilícitas. Quando não há nenhum desses impedimentos, realiza-se uma avaliação para que a pessoa possa entrar no processo para a realização da cirurgia.

*PSIQUIATRA: “A gente faz uma avaliação minuciosa da parte psiquiátrica, onde a gente tenta excluir quadro de alteração cognitiva grave que possa impedir a pessoa a manter a cirurgia, o pós-operatório. Quadros psiquiátricos graves, principalmente ideação suicida, impulsividade muito grande, uma questão alimentar muito grave, uso de álcool e*

*drogas são fatores que são impeditivos. Quando não há nenhum impedimento, a gente a gente pede um pouco mais de mais de tempo, a pessoa é, digamos assim, avaliada, é tratada estabilizada e entra no processo... no processo... pode entrar no processo da cirurgia.”*

Sabe-se que o Ministério da Saúde e a SBCBM, apontam algumas situações ou condições que contraindicam a realização da cirurgia bariátrica, tais como: doenças genéticas, limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar considerado adequado, quadro de transtorno psiquiátrico atual não controlado e o uso de álcool ou drogas ilícitas. Os quadros psiquiátricos graves, que estejam sob controle, não contraindicam esse procedimento, segundo a SBCBM. O Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (2008) coloca ainda que a cirurgia é contraindicada para indivíduos que tenham história recente de tentativa de suicídio e para pessoas portadoras de distúrbios demenciais graves (FRANÇA, 2014).

O cardiologista fala da importância da adesão do paciente ao tratamento, de que ele passe pelos profissionais da equipe interdisciplinar, que se submeta às avaliações de cada uma das áreas, sobretudo a avaliação clínica e que se proponha a mudança do estilo de vida desse paciente, não apenas à questão da alimentação, mas também à inclusão da atividade física.

*CARDIOLOGISTA: “É, primeiro a adesão ao tratamento. Ele vai ser recebido por uma equipe interdisciplinar, ser atendido inicialmente por um clínico, ser feito uma triagem, onde vão ser detectado as principais alterações clínicas que esse paciente tem. Então ele vai ser visto pela equipe de clínica e de endocrinologia, vai ser avaliado pelo cardiologista, serão realizados um par de exame pré-operatórios, que envolvem testes funcionais, como testes seguidos de caminhada, né? É, ecocardiograma, eletrocardiograma, as provas laboratoriais, bioquímicas, hemograma... vai passar pela equipe de nutrição, vai ser avaliado pela equipe de fisioterapia respiratória, vai ser feito a parte de avaliação de prova de função respiratória, vai ser visto pela equipe de fisioterapia*

*respiratória pra ver se é válido algum trabalho concomitante a esse paciente caso ele tenha um risco maior pré-operatório, né? É... questões ortopédicas relacionadas a obesidade serão vistas pela equipe da fisioterapia e ele ainda será avaliado pelo pessoal da equipe de educação física após a avaliação clínica e cardiovascular. É, orientando o, o preparo dele sob o ponto de vista da atividade física antes e depois da cirurgia. Ou seja, o objetivo é que se faça uma mudança do estilo de vida desse paciente não só em relação a dieta, mas também a introdução na atividade física. Claro que dependendo da capacidade física de cada paciente e das limitações que cada paciente possa ter em virtude da obesidade.”*

A fisioterapeuta coloca como recomendação e orientação importante para o paciente a cessação do tabagismo, caso o paciente seja tabagista e no auxílio que a fisioterapia pode trazer à parte respiratória nesse processo.

*FISIOTERAPEUTA: “É... pela fisioterapia, no período pré-operatório, é... a gente... foca na cessação do tabagismo, se esse paciente for um tabagista... é... e nos procedimentos é... cirúrgicos que ele vá ser submetido, e o que que isso implica na parte respiratória dele e como que a fisioterapia ajuda a ele a resolver a questão respiratória.”*

## **Técnicas**

A partir das falas dos profissionais, vê-se que a escolha da técnica para a cirurgia, *Bypass* ou *Sleeve* é feita pelo médico principalmente, a partir do perfil do paciente.

*ENDÓCRINO: “Na verdade nós temos hoje duas técnicas, que são as técnicas mais executadas. Noventa por cento dos pacientes ou mais estão fazendo uma dessas duas técnicas. É, Bypass e o Sleeve, né, não sei se você tem familiaridade com as duas. As duas técnicas já são técnicas consagradas, são boas técnicas, o*

*que a gente sabe é que ahn... não dá pra gente colocar tudo na conta da técnica não, né? A gente sabe que o Bypass é uma cirurgia um pouco mais complexa e que traz resultados melhores é, se a gente for comparar em estudos head-to-head, mas eu tenho pacientes que fizeram Bypass e que têm resultados não tão bons quanto aqueles, quanto outros que fizeram o Sleeve porque aqueles que fizeram o Sleeve tiveram um comprometimento maior do que aquele que fez o Bypass. Então, não dá pra você botar tudo na conta do, do... da cirurgia. A cirurgia é uma ferramenta, então se eu tenho um paciente... muito comprometido, ele pode ter resultados melhores com Sleeve do que aquele paciente que fez um Bypass, que é uma cirurgia que pode ter resultados é... um pouco mais impactantes sobretudo pra questão metabólica, pro diabetes. Ahn:... mas que não teve um comprometimento tão grande aí com, com... comportamental, vamos dizer assim.(...) Ahn:... hoje são duas técnicas que são feitas por vídeo, com bastante segurança, bastante eficácia, e... o Sleeve, hoje ele é mais realizado que o Bypass porque é uma cirurgia mais simples... um pouco mais rápida, é... menor custo, mais simples mesmo... no meu entender, tá? Ahn... que a longo prazo que o Bypass pode trazer um resultado de longo prazo maior.”*

**NUTRICIONISTA:** *“Então, em relação... aí eficácia da cirurgia bariátrica... hoje já se sabe que existe a questão do reganho de peso. A obesidade é uma doença crônica e progressiva. Não há cura. Então, não existe uma eficácia maior de uma técnica cirúrgica. O que existe é, de repente uma técnica Cirúrgica ser mais eficiente pra AQUELE paciente do que outra técnica. Então a técnica, e essa eficácia da técnica ela é para o paciente, e não para todos. Então tem paciente que ele encaixa muito bem no Bypass gástrico e tem paciente que encaixa muito bem numa gastrectomia. Então o que existe é isso. As cirurgias mais realizadas no Brasil são essas duas, Bypass gástrico em y de Roux, não estão mais colocando o anel ou a gastrectomia vertical que é Sleeve. Ambas as cirurgias não estão livres de deficiências de*

*micronutrientes, Deficiência de proteína e nem de reganho de peso. Então se eu for pensar no macro, em eficácia e cura é... isso é muito embrionário ainda para poder falar né... não é uma verdade absoluta, mas que ela controla uma doença crônica grave, ela controla. Que ela melhora metabólicamente esse paciente, esse paciente cursa com melhora de comorbidade, isso aí também já tem muita pesquisa é... fomentando e isso e corroborando com essa resposta. Em relação ao reganho de peso, aí envolve muitas outras questões além da cirurgia.”*

*PSICÓLOGA: “Olhe, de maior eficácia, de manutenção de peso a longo prazo é o Bypass, que antigamente se chamava cirurgia de Capella. Mas então, a eficácia de maior ganho de peso e maior manutenção a longo prazo, é essa. Mas hoje em dia tá sendo muito usada também o Sleeve. O Sleeve que é somente cortar o estômago... você deve ter visto já, né? Então a absorção é completa, então hoje em dia tanto os médicos estão aconselhando, quanto os pacientes estão buscando essa cirurgia porque eles têm visto os casos de complicações graves [...]. Então, eles mesmo sem entender profundamente disso. Mas muitos chegam pedindo essa técnica, sabe? Sentem como uma ajuda reduzir apenas o tamanho do estômago e sentem que isso basta. Então, o que acontece, eles perdem peso, bastante, bem... perde mais rápido a pessoa do Bypass e mais devagar a pessoa do Sleeve, mais tempo. Ambos perdem.”*

*PSIQUIATRA: “Eu diria que é... eu não sou cirurgião... mas assim, nós temos basicamente dois tipos, né que são as que estão em uso no momento. O Sleeve onde voce, você só grampeia a parte mais alta do estômago E que você tem uma uma perda de peso mais gradativa, mais discreta Que é menos menos espoliativo. E o bypass gástrico que são indicados em casos mais mais graves de, de obesidade onde você tem além da diminuição da câmara gástrica, você tem também uma... uma... uma... como é que eu vou dizer... uma anastomose que dificulta, dificulta a absorção de nutrientes, é mais*

*espoliativa. então é mais... Cada um se adequa a um perfil clínico da pessoa. Eu não sei qual delas seria a melhor. Eu diria que a melhor seria a combinação de uma consciência plena da pessoa, sabendo que a cirurgia não é uma coisa... apenas uma coisa... uma estratégia, digamos assim e não um fim, como a maioria das pessoas que chega aqui pensa, né, que com a cirurgia agora vou operar vou virar uma pessoa magra e acabou-se a história.”*

**CARDIOLOGISTA:** *“É, aqui, é, é... eu, eu posso falar assim, não sou da área da cirurgia e nem da parte clínica da indicação do método, né? Eu, eu avalio a parte cardiovascular. Mas a experiência que nós temos hoje aqui seria com o Fobi-Capela, né? Que é o Bypass. E hoje com a... o sleeve, que é a gastroplastia vertical, e que temos excelentes resultados. Eu acho que mundialmente, né, a que a gente tem mais resultado a curto e a longo prazo é a gastroplastia verti... é o Bypass, que seria a, a técnica de Fobi-Capela. Tá? Que ela mistura o restritivo, né, com o disabsortivo, mas ela não é inteiramente disabsortiva como as técnicas antigas. E é o que a gente tem a maior experiência aqui no HU.”*

**FISIOTERAPEUTA:** *“Aqui, é... eu acompanho os pacientes aqui do HU, eles fazem... a capela que realmente tem uma perda de peso expressiva, mas nem sempre... isso vai depender de cada paciente que eu vejo... e o Sleeve que eles tem feito bastante, recentemente. E os pacientes também perdem peso. Então eu não sei determinar um especificamente. Mas eu acredito que seja fator individual de comprometimento do paciente.”*

A eficácia de uma técnica é atribuída à forma como o paciente conduz seu pós-operatório.

## **Riscos**

Quanto aos riscos inerentes à cirurgia bariátrica, todos os profissionais mencionaram complicações diversas, relacionadas a sua área de atuação. Assim, no tocante à saúde mental, a Psicóloga e o Psiquiatra relataram adição ao alcoolismo, quadros compulsivos, suicídio, ansiedade e depressão.

*ENDÓCRINO: “A curto prazo, riscos inerentes a cirurgia. Deiscência de sutura, fístula, embolia pulmonar, ahn... acidentes anestésicos, hemorragias, ahn ,trombose venosa, infecção de ferida operatória... e a, e depois, a médio prazo, hérnias internas, ahn... uma necessidade de cirurgias futuras, como cirurgias de vesícula, pedras no rim é uma coisa que acontece muito no pós operatório, necessidades de cirurgias plásticas, né, ter ganho de peso, déficit nutricionais, né... na verdade, você troca um problema por outro. Você troca o problema da obesidade por um problema que é você gerenciar uma nova situação anatômica que exige aí uma atenção, uma questão comportamental muito focada pra, pra... pra, pra gestão desse novo... novo momento, vamos dizer, nova fórmula de, de funcionamento do teu, do teu organismo. Então, se você pega um indivíduo que tem uma obesidade mórbida, que tem dificuldade de gerenciar isso, e de um dia pro outro opera essa pessoa, ela vai ter dificuldade, muita dificuldade. Você, na verdade eu até brinco com os pacientes de que eles têm que fazer uma, tipo uma pós-graduação, um curso antes de operar pra poder entrar na cirurgia sabendo exatamente o que que eles estão fazendo, quais são os custos e os benefícios aí desse, desse... dessa nova realidade aí da vida, né?”*

*NUTRICIONISTA: “Olha, os principais riscos da cirurgia bariátrica... a questão do reganho de peso, deficiência nutricional e risco de desnutrição. Esses são os três grandes desafios de uma equipe dos médicos sobre o paciente. A cirurgia, apesar dela ser datada da época de sessenta, ela é muito jovem ainda no Brasil. Nós temos pacientes operados com quinze, vinte anos... então isso é muito novo ainda isso é*

*muito jovem. Então a gente não sabe ainda a repercussão de um paciente operado há cinquenta anos. Então a gente ainda não sabe muita coisa né. E quando se fala em comparação de técnicas Bypass e Sleeve, o Sleeve é mais nova ainda, 2000. No ano de 2000 é que começou a ser feito. Então nós nem sabemos ainda. Mas os grandes desafios são desnutrição, é... deficiência de nutrientes, e reganho de peso que é disparado.”*

**PSICÓLOGA:** *“Em relação a risco de vida, as complicações principais são a embolia pulmonar...e a fístula, certo? São, digamos... zero vírgula cinco a um por cento, é um percentual pequeno que se faz toda uma prevenção. Em relação a risco psicológico, é assim... no Bypass o risco maior é, é o alcoolismo... certo? E, assim, existem outras compulsões também, por exemplo, é... compulsão por compras, compulsão por jogos de internet, compulsão por botar, começar a fumar... certo? Aquela pessoa que é... não bebia e começou a beber ou bebia pouco e começou a beber muito mais... é como se abrisse mão do alimento e logo procurasse uma outra forma de desaguar sua ansiedade e seus sintomas depressivos, certo? Procura uma outra forma de defesa psicológica. Então... é... o que mais preocupa atualmente é o álcool porque é uma doença horrível, né, e as pessoas demoram muito a admitir que têm, quando vão procurar ajuda já estão num estágio lá... que é muito difícil o controle, né, pessoas evitam porque sabem que faz... vai haver um tratamento com psiquiatria. As pessoas correm, correm, correm, até que a família pede socorro. Até que a pessoa, ela... não suporta mais, a família conduz. Muito mais é a família que conduz.”*

**PSIQUIATRA:** *“O risco é, é uma cirurgia difícil que tem seus, tem suas, suas complicações. Aí você diz assim quais os riscos assim mais importantes da cirurgia, eu digo que é obviamente, que atualmente as cirurgias tem sido feitas até por robô são cirurgias menos, que sangram menos e tal, mas eu digo que a pior, pior, ou o pior é... desfecho, é... os quadros, é...”*

de suicídio pós cirúrgico, que é a pessoa *que, que é operada tem cerca de oito a dez vezes mais chances de cometer suicídio do que a população em geral. Então é... por motivos que ainda não, não são muito ainda evidentes. Então eu diria que isso é... ou então a pessoa migrar para uma, um outro quadro compulsivo que é sempre um risco da pessoa não... se a pessoa não estiver bem estruturada a questão da compulsão já migra para outra coisa.*”

CARDIOLOGISTA: *“Envolvidos na cirurgia? São riscos envolvidos aí a cirurgia inerente, você tem que tá avaliando risco cardiovascular prévio desse paciente. Tem pacientes que são de baixo risco, pacientes que são de risco intermediário, né? As complicações, a gente faz uma avaliação no pré-operatório sobre as avaliações... sobre os riscos durante a cirurgia e o pós-operatório que podem acontecer. Que isso é de um trabalho publicado em 2009 em que coloca como sexo do paciente, se tem hipertensão ou não, se teve passado de embolia pulmonar ou não, a existência venosa pron... é, prévia. É, trombose venosa prévia, é a, o.. o nível de obesidade que ele tem, né? E de acordo com esse score a gente avalia se é um paciente de baixo, de risco intermediário ou de grande risco. Então aqueles pacientes de risco, a probabilidade de risco intraoperatorio baixo, são pacientes considerados de menor risco, o pós-operatório já é feito direto na enfermaria e aqueles pacientes que tem um risco maior de complicação por essas variáveis clínicas, a gente já estipula um pós-operatório em terapia intensiva, com determinada observação. Se é um paciente que é um hipertenso grave, que toma mais de três ou quatro drogas, o pós-operatório tem que ser feito em terapia intensiva, tudo isso pra minimizar o risco, né?”*

*“E o que mais pode acontecer de complicações, complicações são mais temidas, são a fístula, né, no pós- operatório, que isso pode ter uma repercussão clínica-cirúrgica maior, talvez de todas as, as complicações seja estatisticamente a maior, e que a gente tem uma estatística extremamente baixa aqui de complicação em relação a isso. Eu nem me lembro quando foi a*

*última vez que isso aconteceu. E as outras complicações como infarto, são complicações de, de baixo risco, de baixa, de baixa prevalência no pós-operatório, tá?”*

*FISIOTERAPEUTA: “Os riscos respiratórios é... são relacionados ao próprio ato cirúrgico. Então os pacientes eles podem desenvolver atelectasia, pneumonia, insuficiência respiratória no pós-operatório.”*

Nota-se, portanto, como já foi apontada anteriormente, a importância de um trabalho psicoterápico de apoio a ser feito com o paciente ao longo do acompanhamento pós cirúrgico, desde a decisão pela cirurgia bariátrica.

## **Benefícios**

Benefícios na saúde física foram evidenciados por todos os profissionais. Entretanto, a Nutricionista e a Psicóloga se referiram também a ganhos na saúde mental, tais como, aumento da autoestima, êxito no tratamento da depressão e melhora da qualidade de vida (tal como uma maior participação em atividades sociais, etc.).

*ENDÓCRINO: “O mais evidente é, é com a perda de peso, você reduz o impacto das, das... das questões envolvidas com obesidade. A obesidade, ela... ela tem uma... uma, um reflexo metabólico de, de aumentar a resistência à insulina, aumentar a tendência pra desenvolver diabetes, hipertensão, ahn... problemas articulares, esteatose hepática, apneia do sono... ahn... questões sociais, ahn... alterações da função renal, sobrecarga renal, ahn... dinâmica respiratória também, asma brônquica... ou seja, você perdendo peso, você melhora... eh... de maneira impactante essas, essas comorbidades, né?”*

*NUTRICIONISTA: “Melhora de comorbidades, de forma geral, é... muitas vezes melhora também de, de questões da área da saúde mental, né. A questão da depressão, a questão de baixa autoestima, é melhora qualidade de vida dele 90%, aumenta essa... essa... é... esse*

*prognóstico de vida dele, então diminui muito a mortalidade desses pacientes, é... enfim, em termos ortopédicos, em termos... aí já tem que avaliar porque uma vez que o paciente fez um dano ósseo, uma remodelação, ele vai conviver com isso para o resto da vida. Mas os benefícios, com certeza, ainda se sobrepõem aos malefícios da cirurgia. A cirurgia ainda é um tratamento é... adequado, ainda é um tratamento bem é... é.... realizado, principalmente para grandes obesos. para todos? Não. Mas a maioria consegue obter bons resultados com a cirurgia bariátrica.*

**PSICÓLOGA:** (suspirou) *Imagina você hipertensa, diabética, com apneia do sono... com dores enormes nos joelhos e nos pés... na coluna... e você perde cinquenta quilos, aí você não é mais hipertensa, não é mais diabética, não tem mais apneia, não tem mais dor no joelho. É super benéfico. Se a pessoa souber fazer um acompanhamento adequado, cuidar de si, fazer exames regulares... então, o caminho da saúde é esse. Agora se a pessoa não se cuidar é o caminho da desgraça também. Então, ter aconselhamento é uma coisa que todo mundo que trabalha com isso, não é só Psicóloga, tem que ter. Ele faz... ele estaciona... ela deixa a doença sobre controle. Por exemplo, o diabetes, ele fica sobre controle, porque quando você tem uma ingesta menor, com o estômago pequeno, aí é claro que entra menos açúcar. E assim, os benefícios também a gente tem que apontar pra uma, é... um exercício físico, que aí a pessoa pode voltar a fazer um esporte, quando volta a perder peso, né? Então, a vida social... e uma coisa assim... uma vida amorosa, que muita gente fica isolada por conta da obesidade, então isso meio que são assim... na verdade, os mais valorizados. Os mais valorizados. As pessoas chegam pro médico e dizem assim: “Ah, eu vou ter que operar, eu tenho esse problema de saúde. Eu vou operar só por causa da saúde”. Mas a gente vê que não é, sabe? É uma coisa (riu) que vê que não é... a... a questão do... do apelo, da coisa da, da cultura da beleza, né? As pessoas sofrem muito, sofrem muito... os obesos sofrem*

*muito preconceito. Ai... isso é muito forte, essa coisa da aparência, muito forte mesmo.”*

*PSIQUIATRA: “Acho que o fato da pessoa ficar, ficar com um peso é... com um IMC menor, nem que seja por um tempo isso já, já tá está menos sujeito aos riscos metabólicos do obeso grave. E também como estratégia a pessoa pode reaprender, desde que seja treinado, seja, seja bem, como é que eu vou dizer, bem, é... bem treinado mesmo, poder ter uma outra opção em relação a, é... ao comportamento alimentar.”*

*CARDIOLOGISTA: “Os benefícios. Então, quando você consegue através da cirurgia, uma redução do peso desse paciente... hoje a gente já sabe que qualquer redução em torno de 10% do peso corporal já traz benefícios enormes sob o ponto de vista metabólico desse paciente. Reduzindo a insu... é, a, a... a resistência a insulina, o, é... praticamente no pós-operatório o paciente já sai sem drogas para o diabetes, então pelo menos você já consegue o controle dos níveis glicêmicos. Os níveis tensionais ou normalizam ou o paciente passa a ter menor necessidade de, passa a tomar menos medicações ou numa posologia menor do que ele tomava antes da... da cirurgia, né? Então o controle metabólico desse paciente, o estado inflamatório desse paciente, que é o que traz a ele o maior risco de vir a ter eventos cardiovasculares já diminui no pós-operatório, né?”*

*FISIOTERAPEUTA: “Focando no aspecto respiratório, a perda de peso melhora a capacidade respiratória. Então, existe uma relação direta entre esses dois fatores.”*

A melhoria na qualidade de vida do paciente bariátrico após uma grande perda de peso com a cirurgia é mencionada por diversos autores, cabendo destacar os estudos de Moraes, Caregnato, Schneider (2014) e Barros, Moreira, Frota (2013).

Moraes, Caregnato, Schneider (2014) e Barros, Moreira, Frota (2013) destacam a importância de estudos sobre as mudanças psicológicas dos pacientes bariátricos e os

benefícios decorrentes do acompanhamento psicológico destes pacientes, especialmente após os dois primeiros anos de pós-operatório.

### **Equipe Interdisciplinar**

Os profissionais falaram da importância de que o paciente tenha um acompanhamento anual por uma equipe interdisciplinar, e não por médicos de especialidades diferentes que atuem de forma isolada.

*PESQUISADORA: “Como é que deve ser esse trabalho de acompanhamento da equipe ao paciente?”*

*ENDÓCRINO: “(...) eu acho que... é, a equipe, ela tem que ter uma disposição de estar, vamos dizer, à disposição do paciente.”*

*“O que a gente recomenda é que no primeiro, na primeira fase pós-operatório, eh... uma revisão depois de um mês, depois você vai espaçando.” Então, um paciente que foi bem preparado pra cirurgia e que não tem nenhum, nenhuma, nenhum viés, vamos dizer, que justifique o acompanhamento mais próximo, uma vez por ano, ele ter contato com cada um dos profissionais da equipe pode ser o suficiente. Quer dizer, é evidente que isso aí vai variar de caso pra caso e do momento. Eu tenho paciente com vinte anos, com o primeiro médico que acompanhou pacientes de cirurgia bariátrica aqui no Rio de Janeiro.”*

*PESQUISADORA: “Que profissionais devem compor essa equipe multi?”*

*ENDÓCRINO: “Olha, o cirurgião ((riu))... É, uma pessoa da área de saúde mental, ou um psicólogo ou um psiquiatra, ahn::... pelo menos uma psicóloga, eventualmente um psiquiatra, dependendo da característica do paciente. Nutricionista, um, uma pessoa com formação clínica ou endocrinologista... Ahn::... você pode ter também profissionais de Educação Física, eh::... acho que o (lucro) é esse, aí você entra o anestesta, que acaba fazendo parte da equipe também, e você pode ter necessidade, dependendo da característica do paciente, da ajuda de outros profissionais, ou um cardiologista ou pneumologista, fisioterapeuta, dependendo aí da característica do, dos pacientes, tá?”*

PESQUISADORA: “E a interação entre essa equipe deve ocorrer de que forma?”

ENDÓCRINO: “Olha, eh... na verdade você tem que ter uma equipe que funcione com atendimento multi e interdisciplinar. A equipe tem que se falar, tem que trocar idéias, tem que ser coesa, (...). Interessante é você ter aí uma, uma equipe que funcione de maneira harmônica, isso é muito mais fácil você fazer quando você tá dentro de uma instituição... Fora da instituição fica um pouco mais complicado e, sobretudo, a nível privado, porque isso tem um custo, né? E hoje a gente vê a questão dos planos de saúde, eles remuneram muito mal os profissionais. E aí você tem consultas relativamente rápidas, eh... cerceamento, hoje você pega um plano de saúde, ele diz com uma consulta de psicologia a pessoa pode dizer se, se o indivíduo tem ou não condição de ser operado. Eu vou mentir, vou omitir, isso aí a gente acaba... hoje em dia os pacientes têm rede sociais, eles sabem exatamente o que que eles podem falar, o que que não podem falar, é... muitas vezes demora um ano pra aparecer uma pessoa e saber... Por isso que eu acho que é, a... talvez o maior inimigo aí da cirurgia é você ter pressa pra operar.”

PESQUISADORA: “Que profissionais devem compor a equipe interdisciplinar?”

NUTRICIONISTA: “Vamos lá... da área da medicina, que que é o ideal, padrão ouro, sonho de consumo... clínica médica, endocrinologia, cardiologista, é... psiquiatra. Esses são os quatro básicos Claro o cirurgião bariátrico. o cirurgião plástico é importante fazer parte da equipe, uma vez que esse paciente ele meio que finaliza o tratamento dele né... tem um grande fechamento com a cirurgia plástica, por causa da cirurgia reparadora. Vamos então agora falar dos outros profissionais não médicos. é importante ter. e tem que ter, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, Odontologista, fisioterapeuta. com e isso você consegue realmente uma equipe interdisciplinar completa, contemplando cada área, né... É... cada área peculiar no tratamento da obesidade, uma vez que as causas da obesidade vem de todas essas áreas que eu falei. Então seria um sonho de consumo.”

PESQUISADORA: “De que maneira deveria ocorrer a interação entre esses profissionais?”

NUTRICIONISTA: *“Desde o primeiro dia tem que haver a interação e tem que ser interdisciplinar. Se um profissional não conversar com o outro, é... tem informações que às vezes chega à nutrição que não chega na medicina, chega na psicologia e não chega na nutrição. Se a gente não tiver um consenso, né... E todos da equipe... “ tá, tudo bem, Vamos indicar...” vai ficar muito difícil e pode até haver um problema de conduta no pós-operatório. Então, por exemplo, o paciente que chegou para mim relatou que é compulsivo por determinado alimento, não falou nada para psicologia com medo, dele vetar a cirurgia, esse paciente não vai melhorar a compulsividade dele, né.... ou ele disse para mim que ele é um bebedor frequente de bebida alcoólica. O índice de alcoolismo pós cirurgia bariátrica é 13%. Então se eu não comento isso com a equipe, esse paciente ele já tem um problema com álcool que é um dos poucos itens que veta a cirurgia, essa questão com álcool, bebida alcoólica, ele vai chegar no pós-operatório e pode se tornar um alcoólatra. Então é muito importante ter essa interação, uma vez que cada profissional pode pegar né... aí uma informação chave de que esse paciente pode ter um prognóstico muito ruim, pós cirurgia bariátrica.*

PESQUISADORA: *“Que profissionais devem compor a equipe interdisciplinar na cirurgia bariátrica?”*

PSICÓLOGA: *“É... o endocrinologista, um cirurgião, uma anestesista, nutricionista, psicólogo... no hospital público, um enfermeiro, um assistente social, né, que traz a situação social, a condição da pessoa lidar com a dieta depois, né, a questão social é bem importante. Lá, já aqui fora no, no senso privado não... não, não tem, né, um serviço social, não é necessário. Mas assim, de fazer parte mesmo: nutrição, endocrinologia, cirurgião, é... eles colocam também um intensivista, certo? Mas hoje em dia não é mais um profissional muito atuante na cirurgia bariátrica porque a gente não leva mais pra UTI todo paciente bariátrico, só os muito pesados ou os muito complicados. (...) Aí a... o fisioterapeuta que faz um trabalho importante num pós operatório de, de... respiração, certo, que é muito importante a respiração. O fonoaudiólogo que faz um trabalho da respiração e deglutição, certo? E... do ensinar a mastigar, do ensinar a respirar e mastigar, porque quando você emagrece, perde peso, você é... o seu engolir*

*vai ser diferente, certo, então assim, há um descompasso, há muito engasgo, aí a atuação deles é muito importante, mas nem todas as equipes tem fonoaudiólogo, sabe? Ainda é... como o plano não obriga, aí ainda não é muito aceito não. Ah pelos próprios pacientes, né, só pelos, pelos... pelos profissionais não, pelos cirurgiões, sabe? Que muitos cirurgiões não encaminham e outros tem mais noção da importância desse profissional e encaminham sim.”*

*PESQUISADORA: “De que maneira deve ocorrer a interação entre esses profissionais da equipe?”*

*PSICÓLOGA: “Olhe... (suspirou) é como eu te disse, é importante as pessoas se reunirem, mas como é tão difícil, tanto a nível privado quanto, quanto a nível... é preciso as pessoas é, se não estiverem no mesmo ambiente, mas que encaminhem pra aquela pessoa, confie naquele trabalho, né? É, e tenha um modo de trabalhar semelhante. A gente sabe que em todas as condições existem charlatões, né? Então existe também pessoas desse, desse nível em todo lugar e em toda profissão. Então, por exemplo, eu fui dar umas aulas numa escola, num curso de avaliação psicológica e a menina me contou, sobre... que ela ligou pra um número que tava no, na internet lá, uma psicóloga vendendo um parecer, né? E por aí, pelo Brasil afora. Eu comentei com as colegas e todos sabem essas histórias. Assim como existem os cirurgiões que operam a pessoa que não tem indicação porque é particular. E o plano não cobre, né? Então, assim... profissionais que, desse nível, tem em todo lugar, né? Felizmente eu não trabalho com essas pessoas... porque eu vim lá do hospital e lá o pessoal tem um, uma... uma conduta mais ou menos uniforme, né? Mas... é, confiar no outro, falar mais ou menos na mesma linguagem desse nível ético, certo? E... operar aquelas pessoas... aquelas pessoas que realmente, que precisam ser operadas e não operar as pessoas que fulaninho pediu, fulaninho mandou, entende? Ou essa pessoa vai pagar quarenta mil, vamos fazer, certo? Então... equipes precisam ter alguma forma de entendimento mesmo que não haja essa reunião que seria uma coisa necessária. Por exemplo, eu quando quero falar de paciente, digamos, um paciente bem... comum, um paciente que vai ser, vai se estar, a gente já sabe que vai estar, vai dar um parecer apto, a gente já manda, manda o laudo e o médico lê e pronto. E o paciente que tiver algum problema a mais, aí eu faço um e-mail, eu mando um Whatsapp, eu marco com*

*ele no consultório dele, certo? O paciente que tem um problema a mais, eu faço isso. E assim eu sei que também faz uma colega nutricionista, sei que essa também faz um... um endocrinologista com o cirurgião, certo?*

**PESQUISADORA:** *“Por parte da equipe existe algo para enfatizar essa necessidade desse acompanhamento pós-operatório?”*

**PSIQUIATRA:** *“Sim, tem sim, de 3 em 3 meses, 1 ano tem todo protocolo que eu não sei até que ponto é seguido, na minha visão assim grosseira acho que não é seguido muito não. A pessoa se acha, nos casos de sucesso, as pessoas né, se libertam, vivem a sua vida e aí voltam depois ou não né, mas pode voltar às vezes com, com reganho, com, com situações Compulsivas mais graves.”*

**PESQUISADORA:** *“De que maneira o senhor considera que deve ocorrer o trabalho da equipe?”*

**PSIQUIATRA:** *“O que falta um pouco é a conscientização a maioria das pessoas que eu avalio no pré não tiveram uma boa uma boa, é, orientação. Não porque não tivessem tido, mas parece que há uma há um gap muito grande, daquilo que você fala e do que as pessoas entendem. Aqui temos, a gente tem palestras, é... semanais, uma vez o cirurgião, psicólogo, o psiquiatra, fisioterapeuta, sempre passado, repassado, aconselhamento profissional. Mas no fim isso é uma coisa mundial não é uma coisa só do Brasil, a resistência é mui... ouvirem, e, ouvir em, entenderem, e se posicionar de acordo, de acordo com aquilo que é falado, parece que é uma, há uma certa, é... é... resistência né.”*

**PESQUISADORA:** *“Que profissionais devem compor a equipe interdisciplinar?”*

**CARDIOLOGISTA:** *“Vários! Equipe clínica, né, de médicos. É, clínico, endócrino, né, que vão fazer a parte, a dobradinha inicial. Cardiologista, que vai não só na avaliação do risco pré-operatório, como na avaliação e nos testes pré-operatórios que vão ser feitos nesse paciente. A nutrição, a equipe de saúde mental, que a gente chama, que é composta por psicólogos e psiquiatras. O preparador físico, os fisioterapeutas, que aqui a gente tem o fisioterapeuta respiratório, que atua nessa... o, o grande obeso tem já um, um... um, um déficit, é, respiratório pela compressão, né, torácica, em função da massa gorda que*

*envolve o tórax, que a gente chama de uma limitação restritiva. Alguns deles são mais inflamados, envolvem asma, bronquite e tem a, a... alteração obstrutiva associada restritiva. Isso tem que ser muito bem preparado no pré-operatório, né, e treinado pela fisioterapia respiratória. Temos aqui a fisioterapia, que avalia a parte, é, articular desse paciente, preparando esse paciente pra atividade física. Assistência social que acompanha a gente aqui durante todas as consultas, tava aqui até agora. E assim, os problemas sociais que a gente avalia dentro do contexto do hospital público, devem ser avaliados pela assistente social. Se é um paciente que tem condições de no pós-operatório, de executar o que ele precisa executar, então é uma equipe grande que a gente tem aqui pra poder fazer esse aparato, tá?”*

**PESQUISADORA:** *“E de que maneira deve ocorrer o trabalho da equipe?”*

**CARDIOLOGISTA:** *“Como aqui, como você tá vendo. Em cada box tem um de nós, eu sou cardiologista, ela é clínica, nutrição tá aqui, o psicólogo chega uma hora e vai tá na sala aqui do lado. A gente trabalha num serviço que funciona, o grosso do serviço às quartas-feiras onde todos os profissionais tão se comunicando, indo de um box pro outro, passando problema pro outro. A, a interação acontece na, no próprio atendimento, porque a gente troca idéia de um paciente pro outro, com o paciente no box. Surgiu, acabou de surgir um problema agora, é, é... da parte da psicologia, da saúde mental. Então eu retiro o paciente, vou lá na frente, chamo a psicóloga do grupo, psiquiatra do grupo, já passo por um parecer escrito, já passo verbalmente o que eu achei, detectei como problema que tem que ser trabalhado e é passado pra equipe. É... toda a quinzena, a nutrição promove, a cada quinze dias ela promove uma reunião com os pacientes e com os profissionais, tá? Então... num, num, numa semana é feita pelas nutricionistas e na outra semana um dos profissionais é chamado pra dar uma palestra de acordo com a sua área de atuação na equipe. Então, elas, eles são estimulados a vir de quinze em quinze dias onde eles são pesados, onde é avaliado, é... dúvidas que eles tiveram da última consulta da nutricionista, consulta clínica, e recebem essas orientações, essas palestras que são dadas por cada individuo de cada equipe que compõe a equipe*

*interdisciplinar de atendimento ao obeso. Então isso acontece dessa forma aqui com a gente.”*

*PESQUISADORA: “Que profissionais devem compor a equipe interdisciplinar na cirurgia bariátrica?”*

*FISIOTERAPEUTA: “Pro... para o super obeso, uma equipe bem estruturada, o endocrinologista... o cardiologista... é... ortopedistas... pneumologistas... psiquiatra, acho que olharia bem esse paciente... nutrição, psicologia, assistente social, fisioterapia, preparador físico.”*

*PESQUISADORA: “De que maneira deve ocorrer o trabalho da equipe?”*

*FISIOTERAPEUTA: “(pausa) É... o ideal seria de maneira integrada né, onde os profissionais pudessem discutir os pacientes, traçar conduta individual para cada um deles.”*

*PESQUISADORA: “E como vocês acabam conseguindo fazer aqui, por exemplo?”*

*FISIOTERAPEUTA: “Aqui é... a gente conversa muito com a equipe é... por estar todo mundo no mesmo dia, Isso facilita a... a interação é... da equipe. A fisioterapia não fica no mesmo espaço físico..., mas eu tenho contato direto com eles e eles comigo né..., então eu vou lá ou eles vem aqui, a gente troca mensagens. Já existiu o momento em que a gente fazia reuniões para falar de determinados pacientes né os pacientes mais graves... né, a gente já fez reuniões interdisciplinares para tratar de alguns pacientes sim.”*

Cabe ressaltar um fato relatado pelo Psiquiatra. É comum a resistência do paciente em comparecer às consultas de acompanhamento pós cirúrgico. Esta não adesão é observada mesmo entre pacientes que tiveram orientação no período pré-cirúrgico com a equipe interdisciplinar através de palestras e consultas.

### **9.5-Pós-Operatório**

O período pós-operatório divide-se em duas fases: imediato e tardio. O pós-operatório imediato diz respeito ao período em que o paciente recebe cuidados logo após a cirurgia. O pós-operatório tardio é o período após a recuperação inicial do paciente.

### **O Pós-Operatório Imediato:**

A Psicóloga ressaltou, sobre a recuperação após a cirurgia, que, anteriormente todos os pacientes eram levados ao CTI, mas atualmente, a não ser em casos de maior risco, a recuperação dos pacientes é feita na própria enfermaria.

*PSICÓLOGA: "...a gente não leva mais pra UTI todo paciente bariátrico, só os muito pesados ou os muito complicados. Então, é... raramente o paciente vai pra UTI, só quando é aquele paciente enorme mesmo que tem que ser mesmo."*

O Endócrino falou sobre os cuidados imediatos dispensados ao paciente recém operado, em relação à progressão da dieta, uso de medicações, cuidados com a ferida cirúrgica e deambulação precoce.

*ENDÓCRINO: "Então a curto prazo é você ter uma vigilância pós-operatória, ter uma... seguir estritamente o, o... as recomendações da equipe, né, de... de limitações da, da... progressão da dieta e do, do uso dos medicamentos, do anticoagulante, do, da... das, das reposições vitamínicas, cuidados com os curativos, eh... deambulação precoce, ou seja, de andar logo depois da cirurgia. Seguir as recomendações da equipe...Fazer contato com qualquer coisa diferente que venha a acontecer, né, qualquer coisa que esteja acontecendo."*

A Nutricionista e o Cardiologista ressaltaram a questão da alimentação e progressão da dieta.

*NUTRICIONISTA: "Então... é... no iniciozinho, nas seis primeiras semanas, ou dois primeiros meses, ou no primeiro mês, isso vai depender de equipe... o paciente passa por uma evolução na dieta. Então ele passa de uma dieta líquida, evolui para semi líquida vai para pastosa e depois para uma dieta branda. E essa dieta branda é uma ponte para levar esse paciente para uma dieta normal. Nesse período, ele é suplementado, após esse período, também."*

CARDIOLOGISTA: *“E a parte mais importante é a parte nutricional. A reintrodução da alimentação, começa por uma dieta líquida que vai progredindo pra dieta pastosa, né, e observação quando entra a dieta sólida, quais são os alimentos que são mais tolerados ou menos tolerados e a adaptação dessa dieta a essa nova realidade desse paciente. Eu acho que isso é o mais importante no pós-operatório.”*

A fisioterapeuta enfocou a questão respiratória e de movimentação.

FISIOTERAPEUTA: *“No pós-operatório, é... a fisioterapia fica muito preocupada com a parte vascular. Então a mobilização precoce, colocar esse paciente para andar o mais rápido possível ficar de pé, para evitar eventos tromboembólico e com a parte respiratória. Muitos pacientes cursam um acúmulo de secreção, logo que saem do centro cirúrgico. Eles têm muita dificuldade para tossir, por conta do procedimento abdominal, então, a fisioterapia ela foca é... tanto na mobilização precoce quanto nos cuidados respiratórios.”*

Nota-se que houve uma ênfase no discurso do endocrinologista quanto à importância de os pacientes seguirem as recomendações da equipe. Mais uma vez, o profissional imbui o êxito do procedimento ao comprometimento do paciente com as orientações que devem ser seguidas.

### **Pós-Operatório Tardio**

Os profissionais falaram sobre como deve acontecer o acompanhamento pós-operatório.

ENDÓCRINO: *“...a longo prazo é você, eh.. o paciente tem que ter noção de que o problema dele não tá curado, tá? Você pega*

*sei lá, uma pessoa de trinta anos de idade que é submetida à cirurgia... - a expectativa de vida do brasileiro é trinta e cinco anos -, ela vai viver quarenta e cinco anos operada e trinta anos sem operar, ou seja, a maior parte da vida dela vai ser vivida com essas mudanças.”*

*“(...) Se eu te dou uma pessoa que já operou há, há seis meses, um ano, ela tá na lua de mel da cirurgia... Tá tudo uma maravilha, tá tudo uma beleza. Eu, eu gosto de mostrar daqui há dez anos, vinte anos, né?”*

**NUTRICIONISTA:** *Bom, cuidados em relação à ingestão dos micronutrientes, né... polivitamínico, ele tem que ter cuidado em relação à qualidade da alimentação dele, não adianta ele comer pouquinho de péssima qualidade... a gente sabe que, depois de 2 anos, aquele pouquinho, aquela caloria, né... é traduzida no corpo dele de uma forma diferente então esse paciente pode ganhar peso. Ele precisa estar sempre fazendo check-up, é... vendo como é que está... não só exame de sangue mas também vendo saúde óssea, que é um dos grandes problemas também do pós-operatório. Enfim... ele precisa agora realmente ter uma regularidade na sua visita aos médicos, se antes ele visitava os médicos com 2,3 anos, agora ele precisa ininimamente, anualmente, visitar esses pacientes.*

**PSICÓLOGA:** *“Os principais cuidados são, é... Escolher a saúde de verdade, escolher ficar saudável, não é? Então as pessoas, muitas sabem que isso que as adoecem, mas querem continuar fazendo e ficar saudáveis. Aí assim, é uma visão de mundo, né?”*

*Precisa mudar. Então... por isso que às vezes pra algumas pessoas, o preparo tem que ser... algumas pessoas chegam prontas, com isso muito arrumado. E algumas pessoas não, elas querem tudo ao mesmo tempo, ganhar muito dinheiro, trabalhar muito, ganhar muito dinheiro, ser magra... conseguir tudo ao mesmo tempo. E às vezes não é possível, então tem que se abrir mão de uma coisa em nome da outra, né? Então... as orientações são pra manter a sua saúde, certo? Procurar assim, depois da saúde, o resto. Tudo mais, ganhar dinheiro inclusive, né? Mas... é um pouco difícil. É um pouco difícil, mas ainda é a recomendação de todo mundo né, se priorizar, fazer seu acompanhamento bem feito... os resultados são muito melhores em quem faz o acompanhamento bom. Quem não faz um acompanhamento nutricional geralmente engorda ou desnutre, certo? É muito importante fazer, o psicológico é muito importante fazer porque, digamos, a pessoa com tendência depressiva muitas vezes, no pós-operatório, ela fica eufórica porque os primeiros meses perder peso é uma delícia. Ninguém tem sintoma depressivo, mas... quando passa esses primeiros meses ou o primeiro ano... e acontece algum grande estresse, começa tudo outra vez. E muitas vezes a pessoa que pensava que todo o problema da sua vida, o motivo da sua depressão era a obesidade, vai descobrindo que não é... certo? Então as pessoas que fazem o acompanhamento, que não fazem o acompanhamento de imediato, logo quando operam, elas voltam nessa época, aí vão começar a sentir os sintomas e já não podem comer pra desaguar esses sintomas, ou eles voltam ou eles procuram esses outros escapatórios que a gente viu, muitas.*

**PSIQUIATRA:** “O comportamento alimentar, a manutenção.”

*“O pós-operatório, né... é... a pessoa deve ser acompanhada até por pelo menos uns 2 anos após a cirurgia, com acompanhamento psiquiátrico principalmente no caso de alguma intercorrência. Mas que a pessoa venha, a gente estimula que as pessoas venham, de 3 em 3 meses, de 6 em 6 meses depois ... Enfim.... até a pessoa ter alta progressiva, mas não é o caso, as pessoas saem e voltam muitas vezes com situações graves, né.”*

*CARDIOLOGISTA: No pós-operatório? É, uma vigilância. O paciente que opera, é um paciente que ad eternum terá, terá que ter um controle médico porque uma vez que você... não importa a cirurgia que foi escolhida, ele terá é, ao longo desse percurso aí, é... alterações em relação a absorção de alimentos, então ele vai ter que ser revisto inicialmente no prazo de um mês, depois três meses, depois a cada seis meses... pra ser visto se, se os eletrodos são adequados, se a, o aspecto metabólico nutricional dele tá atendido, se as proteínas são ok, se tem alguma queixa em relação a desabsorção de alimentos. A suplementação de alimentação pós cirurgia, isso é fundamental, né, o paciente, ele não pode operar e achar que a vida dele a partir dali ele tá curado, não existe cura. A gente trocou um problema por um outro, melhor administrado do que a obesidade. A obesidade taria carregando ele prum final talvez mais próximo, e a troca que é feita, é feita pra é, é... ele vai perder em algumas coisas que podem ser repostas e vai ganhar, em termos metabólico, pela perda de peso, né? Então ele tem que ter a consciência, e isso é bem trabalhado no pré-operatório, que o acompanhamento é ad eterno.*

Embora o período pós-operatório imediato seja descrito como o mais difícil no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, devido aos incômodos provenientes do procedimento e às adaptações a uma nova realidade ainda desconhecida (SILVA; KAWAHARA, 2005), uma reação muito comum aos pacientes bariátricos, após alguns meses da cirurgia, é a postura de triunfo sobre a condição anterior da obesidade (MAGDALENO, 2009). Tal reação costuma estar ligada à visível perda de peso que acaba sendo percebida e elogiada pela equipe, pelos familiares e pelos demais pacientes. Essa fase tem sido caracterizada como *lua de mel*, na qual a evidente perda de peso acaba compensando qualquer sofrimento (*ibid.*).

Para o paciente costuma ser um período em que ele experimenta um aumento da autoestima e todo o sofrimento pela exclusão social, rejeição por ser gordo, ferida narcísica por apresentar um corpo fora dos padrões se dissipa e se transforma em uma grande satisfação por sentir-se a “vitrine da moda” (*ibid.*).

Na fase seguinte, no entanto, passada a euforia pela grande perda de peso, o paciente se depara com enfrentamento de sua nova realidade, seus conflitos, sonhos e ideais antes mascarados pelo excesso de peso (SILVA; KAWAHARA, 2005).

Após a acentuada perda de peso, a fase de lua de mel, marcada pela satisfação com o emagrecimento e os elogios recebidos, costuma ir dando lugar a outros sentimentos, como angústia, sensação de tédio indefinida, vazio, algo que fica faltando, sentimento de tristeza, vontade de ficar beliscando, o tempo todo, mas ainda assim a perda de peso continua visível. Porém, se o comportamento de beliscar permanecer, o peso pode voltar a aumentar apesar da cirurgia (*ibid.*). Não se pode desconsiderar também que ao longo do período pós-operatório podem reaparecer episódios depressivos (MUNHON, 2017) e que a obesidade necessita de um tratamento contínuo (VENZON; ALCHIERI, 2014)

## **Cirurgia Bariátrica Bem-Sucedida**

Os olhares dos profissionais para o êxito de uma cirurgia bariátrica levantaram aspectos variados, de acordo com a sua área de atuação.

*NUTRICIONISTA: “... Os principais fatores... é... o paciente ele perder de 5 a 10% do seu peso antes da cirurgia, esse fígado ele fica melhor né, mais acessível no momento da cirurgia. ele tem uma boa recuperação de pós-operatório. É... nos seus hábitos alimentares, a... adesão desse paciente a equipe interdisciplinar e a periodicidade dele no pós-operatório. então ele precisa voltar, nem que seja para outra equipe, mas ele precisa sempre ser assistido por alguma equipe interdisciplinar em cirurgia bariátrica. Via de regra para sempre, né..., pra sempre esse paciente vai ter que ser assistido. É como eu te falei, a gente não sabe a repercussão desse tipo de cirurgia. Então, ele precisa pelo menos anualmente, vir para a equipe, pelo menos.”*

*ENDÓCRINO: “Um bom preparo pré-operatório. Ah... um gerenciamento de expectativas e o seguimento à risca, por parte do paciente, compreensão, apoio da família, né, eh... uma boa condição clínica, ou seja, se tiver algum problema clínico, tem que ser tratado antes da cirurgia. O paciente tem que entrar no melhor momento, assim... de mínimo risco possível pra cirurgia, risco zero não existe, mas o mínimo possível. Tá? E tá, tá bem gerenciada as expectativas, ter um bom contato, uma boa empatia com a equipe, pra poder solicitar a ajuda dela quando necessária.”*

**PSICÓLOGA:** “Bom, o bem-estar, né? A saúde física e emocional. Não é a perda de peso, é a saúde, né? É o bem-estar. Eles chamam a felicidade, ((riu)) os pacientes. E... de certa forma é isso mesmo. Então, ficar magro... e feliz realmente não é o objetivo, né? Então uma pessoa que tá obesa, mas não quer operar porque a, o... único prazer da minha vida é comer, não vejo mais nada que me dê alegria na vida... não deve fazer. Né? Mesmo que ela sinta a... a dor no joelho, a dor no pé, mas ela não quer abrir mão, seria uma dor maior pra ela abrir mão do sanduíche dela, certo? Da pizza dela. Então... mesmo que seja

recomendado a pessoa com tantos e tantos quilos se operar porque tem essa doença, porque tem essa... não pode, só pode operar uma pessoa que queira se operar mesmo, que queira assumir a responsabilidade.”

*PSIQUIATRA: “Eu acho que é que a pessoa esteja bem clinicamente bem e... psiquiátricamente bem, quer dizer, não é também o que a gente vê muitas vezes. Às vezes a cirurgia ela é efetiva, mas a pessoa apesar da cirurgia, permanece insatisfeita. Não é uma... o ser humano não é matemático né...”*

*CARDIOLOGISTA: “Sob o ponto de vista clínico, o que a gente é, é... têm como objetivo é uma redução de pelo menos 50% do excesso de peso que esse paciente tinha. Ele não precisa chegar a se tornar um paciente sobrepeso ou de peso normal, mas se ele tiver tido uma redução de mais de 50% do excesso de peso que ele tinha no pré-operatório, isso é considerado um sucesso da cirurgia. Porque essa diminuição de peso é tá mais associada a diminuição dos riscos cardiovasculares que ele vai ter com a redução do peso. Tá?”*

*FISIOTERAPEUTA: “É... não ter as complicações do pós-operatório né... então a gente já viu algumas complicações que são raras que eu já acompanhei. Então não ter complicação da cirurgia em si. E ter a perda de peso esperada.”*

As falas dos profissionais sugerem a importância do acompanhamento dos pacientes pela equipe interdisciplinar para o gerenciamento de suas expectativas, as mudanças de seus hábitos alimentares e a redução de peso. Enfim, para o seu bem estar, para o sentimento de êxito na cirurgia.

## **9.6- Manutenção do Peso**

Os profissionais falaram sobre a questão da manutenção do peso, ressaltando o necessário para que o peso alcançado pelo paciente seja mantido.

O Endócrino enfatizou a capacidade do paciente de gerenciar-se e encarar a cirurgia como um importante instrumento que depende de sua atuação para que funcione a contento.

*ENDÓCRINO: “Gerenciar, tá sempre focado. Ele tem que tá sempre, entendendo que ele tá, na verdade, ele é um barco contra uma correnteza, ele colocou um baía motor. A cirurgia é um motor Mercedes cromado, potente. Se ele não fizer a manutenção do motor, não fizer a regulagem do motor e não, principalmente não souber usar o motor, né, e você tem que aprender antes da cirurgia, esse motor vai deixar ele na mão. E a gente tem que ter expectativa de longo prazo, eu não posso colocar aí um ano, dois anos, três anos, é muito fácil. Um ano, dois anos é tudo uma maravilha, vamos ver cinco, dez, vinte anos.”*

A Nutricionista aponta como sendo importante para a manutenção do peso alcançado após a cirurgia, a mudança de hábitos para que esta se some aos benefícios trazidos pela cirurgia relativos à uma melhora metabólica.

*NUTRICIONISTA: “Mudar seus hábitos alimentares junto a cirurgia. A cirurgia, ela vai propor, propor é... proporcionar, desculpa, uma melhora metabólica, então ele vai, ele vai ter uma melhora metabólica, no metabolismo de carboidratos, lipídios, gordura, vai. Vai ter a perda de peso, vai diminuir suas comorbidades, vai desinflamar. Tudo isso já vai propiciar um ambiente favorável para que ele mantenha a perda de peso.”*

A Psicóloga aponta que para que se alcance e se mantenha o peso alcançado é necessário que o paciente siga as recomendações da equipe que o acompanha. Sendo

assim, ele precisa mudar e sair da forma antiga de atuar, o que envolve questões emocionais. De acordo com o que a profissional tem observado em sua prática, muitos pacientes têm noção de que sua ingestão alimentar está perpassada por suas emoções. Porém, não basta ter essa noção, mas é preciso buscar soluções. Além disso, é importante que o paciente veja a cirurgia como um processo no qual ele precisa se implicar e não uma solução imediata. Segundo ela, as pessoas estão ficando mais cientes disso.

*PSICÓLOGA: “É... é, alcançar e manter é fazer tudo o que é recomendado por essa equipe. (...) Então... pra manter é preciso mudar e sair. E é claro, que pra mudar e sair envolve muitas das, muitas questões emocionais, né? Muita gente que tem toda noção de quantas emoções tem a ver com a sua ingestão. Assim, até dizer assim, em obesidade emocional essa frase é assim, uma frase comum de se ouvir. (...) Então... tem que orientar a buscar de soluções pras suas questões. (...) Pra manter tem que ter empenho, não é uma coisa que se mantém assim... Como eu operei eu vou tá resolvendo o meu problema, sabe? As pessoas tão ficando bem cientes. Tão se operando mais... sabendo o que estão fazendo. Não se iludindo tanto, sabe?”*

O Psiquiatra fala sobre a questão de que quanto maior foi a conscientização e esclarecimentos, maior a chance de se obter um resultado favorável.

*PSIQUIATRA: “(Silencio) Isso é complicado. (Silêncio) Agora... eu acho que a, a consciência, né, dá, dá, dá... alguma coisa, quer dizer, eu acho que quanto maior o esclarecimento, maior a chance de você ter resultados favoráveis, né.”*

O Cardiologista coloca que é importante que ocorra o acompanhamento, tal como ocorre no pré-operatório. A importância do acompanhamento da equipe e o engajamento do paciente como aspectos fundamentais para que o peso seja mantido.

CARDIOLOGISTA: *“Acompanhamento clínico, o mesmo acompanhamento do pré-operatório. Primeiro, o engajamento do paciente. E aqueles pacientes que vem sempre, periodicamente, consulta marcada inicialmente, como eu falei: primeiro mês, três meses, seis meses, depois passa a ser anual. Aquele paciente que tem compromisso e vem são aqueles que a gente vê a menor taxa de reganho de peso. Então, o primeiro ponto é adesão. O grupo tá aqui pra atender pré e pós, e eles saem com essa orientação, são operados com essa orientação, sabendo que isso é fundamental pra manter o peso.”*

A Fisioterapeuta ressalta que o paciente bariátrico passa uma reestruturação de vários aspectos da vida. Sendo assim, coloca como necessário que esse paciente seja acompanhado bem de perto pela equipe interdisciplinar, sobretudo pela equipe de Nutrição e de Psicologia.

FISIOTERAPEUTA: *“Muita determinação, foco nesse objetivo né... Porque é uma reeducação em todos os aspectos da vida... da pessoa né... então é mudança de hábito mesmo. O acompanhamento pela equipe interdisciplinar deve ter certeza do impacto para o paciente. Ser monitorado pela equipe interdisciplinar, para ele manter a perda de peso... então acho que as visitas frequentes no pós-operatório, à equipe principalmente de Nutrição e Psicologia porque alguns pacientes desenvolvem né algumas... trocam o hábito de comer por outros hábitos. Então, esse paciente precisa tá monitorado para... para manter o foco.*

A manutenção do peso alcançado após a cirurgia expressa o êxito do procedimento. Portanto, mais uma vez, os profissionais se referiram à importância do acompanhamento do paciente pela equipe de saúde para inclusive auxiliarem os pacientes a promoverem e gerenciarem sua mudança de hábitos.

### 9.7-Reganho de Peso

Os profissionais falaram sobre os aspectos que podem favorecer o Reganho de Peso.

O endócrino enfatizou que possíveis “distúrbios” do comportamento podem ocorrer quando o paciente já apresentava quadros de compulsão alimentar e depressão anteriormente à cirurgia, que não haviam sido detectados e que, portanto, não estavam sendo acompanhados após o procedimento. Tais distúrbios podem propiciar um comportamento alimentar inadequado, no qual a ingestão descontrolada de alimentos pode comprometer os resultados da cirurgia, promovendo ganho de peso, aumentando o sofrimento emocional e outros problemas de saúde.

*ENDÓCRINO: “Se ela não tiver atenção com eventuais distúrbios comportamentais, compulsão, depressão, antes da cirurgia, se isso for presente depois da cirurgia, pode comprometer os resultados da cirurgia e pode gerar sofrimentos e outros problemas, né?”*

O reganho de peso pode levar a um sentimento de derrota e fracasso, colaborando inclusive para o isolamento social (CARVALHO JÚNIOR, 2013).

A nutricionista, por sua vez, ressaltou a questão da influência do ambiente no reganho de peso, o chamado ambiente obesogênico. Ou seja, ainda que existam os fatores genéticos e fisiológicos que promovam o ganho de peso, a questão ambiental acaba tendo uma força maior na contribuição para os resultados relativos ao peso corporal do indivíduo (SWINBURN *et al.*, 1999). Logo, ela apontou para a necessidade de se empreender mudanças nesse ambiente com vistas a que se favoreça um balanço energético negativo, quer dizer, que o gasto energético seja maior que a ingestão.

NUTRICIONISTA: “(...) a gente sabe que o ambiente tem uma forte influência. Então, quando a gente pensa em obesidade, a gente pensa trinta por cento fisiológico, setenta por cento ambiente. Então, se ele não mudar os fatores ambientais, ele não vai ter sucesso porque, infelizmente, na cirurgia... por isso que temos aí os grandes casos de reganho de peso.”

A psicóloga fala da necessidade de que o paciente venha a assumir a responsabilidade pela continuidade de seu processo para que não ocorra o reganho de peso. Essa responsabilidade envolve empreender mudanças nos hábitos que compõem seu estilo de vida.

PSICÓLOGA: “(...) se ele não tomar frente, se ele não tiver uma responsabilidade de manter essa dieta, ele vai engordar.”

“(...) se não mudar o hábito, se não mudar, assim, o estilo de vida muitas vezes... aí então não vai ser um sucesso...”

No entanto, a Psicóloga aponta para a questão de que é esperado que o paciente tenha algum reganho de peso ao longo do tempo.

PSICÓLOGA: “...existem uns estudos de... é... o meu antigo chefe, ele fez uma pesquisa. Conheceu umas pessoas, com dez anos de operado, né, que um percentual de pessoas engordou. Percentual cem por cento. (Risos) Engraçado, né? Cem por cento. Mas existe aqueles que engordaram tudo outra vez, existe aqueles que engordaram uma quantidade grande, mas não tudo, e existem aqueles que engordaram pouco, que é o esperado. Certo? Então engordar um pouco é esperado depois de três anos, você ganhar, digamos... uns cinco, seis por cento do que você... do seu peso, certo?”

O psiquiatra fala da questão de que muitos pacientes operados, passado o mal-estar inicial devido à realização recente do procedimento, começam a aumentar o volume da ingestão de forma inadequada, correndo o risco de voltar a ingerir grandes quantidades ou quantidades maiores que as recomendadas, tal como costumava fazer antes da cirurgia. Sendo assim, aponta para a necessidade de que haja uma ampliação de consciência desse paciente para que haja mudanças no comportamento alimentar, caso contrário, tal comportamento, que promove uma alimentação fora dos parâmetros indicados para a manutenção do peso, propiciará um reganho. O profissional ressalta a questão de que muitos pacientes veem a cirurgia como uma solução definitiva para a sua obesidade e não se dão conta de que não houve mudanças em seu padrão compulsivo, de modo que se sua forma de pensar em relação à comida não mudar, tenderá a ocorrer reganho de peso e até mesmo quadros de obesidade em pacientes operados, o que ele classifica como algo perigoso para a saúde. Não há evidências de que a compulsão possa ser tratada através da cirurgia bariátrica (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

*PSIQUIATRA: “Grande parte acha que se, é... se eu posso comer a princípio timidamente... se eu posso comer uma fatia de pizza mas se eu comer duas eu passo mal? Aí a pessoa experimentar dois pedaços de pizza e não passou mal. E se não passar mal daqui a pouco comer uma pizza inteira e se a pessoa não tiver uma consciência essa cirurgia mais ou menos.... esse efeito da cirurgia dura mais ou menos uns 4 anos aí você pode ter o reganho de peso porque você não mudou o seu comportamento alimentar. Muitos acham que a cirurgia vai breçar, ela que vai breçar a minha compulsão, a minha vontade de comer. E eu faço de acordo com aquilo que eu... q que eu... que o meu organismo pode a pessoa que pensa assim, como pensava antes da cirurgia tende a ter reganho de peso (...) e você pode ter quadro de obesidade diante de uma pessoa operada. O que é, que é uma coisa... perigosa, né.”*

O cardiologista enfatiza a questão da importância do acompanhamento clínico e o engajamento do paciente a esse acompanhamento. Ele atribui a maior parte dos casos de reganho de peso àqueles pacientes que, apesar de terem recebido orientações quanto à relevância do acompanhamento, não retornam para as consultas do pós-operatório como havia sido indicado. Em alguns casos, passados alguns anos (quatro ou cinco) retornam após terem readquirido peso.

*CARDIOLOGISTA: “Se o paciente não quiser e não engajar, isso é um problema. Os pacientes que a gente mais vê com reganho de peso, são os pacientes que apesar de todas as orientações do pós-operatório, acabam se afastando do acompanhamento clínico. As pessoas que são marcadas, não retornam e aí a consulta tá marcada com a nutrição, não retornam. E aí quando eles passam a ter o reganho de peso, eles cinco, quatro anos depois eles retornam porque começam a se dar conta: “Ah pô, eu tô ganhando peso...”. E ele volta novamente a procurar.”*

A fisioterapeuta, ao falar sobre o reganho de peso, mencionou o fato de já ter visto acontecer casos em que, o reganho de peso fora tão intenso que o paciente acabou sendo submetido novamente à cirurgia bariátrica.

*FISIOTERAPEUTA: “(...) a gente já viu aqui de pacientes que precisaram fazer o procedimento cirúrgico mais de uma vez de tanto peso que ganhou mesmo com a cirurgia bariátrica. Precisou de outro procedimento bariátrico para emagrecer então isso eu já vi acontecer aqui também.”*

## 10. DISCUSSÃO

A manutenção e o reganho de peso integram um processo complexo biopsicossocial. Foram fenômenos pensados pelos pacientes bariátricos e profissionais de saúde a partir de uma *visão integral do indivíduo e a compreensão do binômio saúde-doença, como um fenômeno multicausal e interdependente na e da relação indivíduo-mundo* (SEBASTIANI; MAIA, 2005, p.51).

O caráter biológico da manutenção e reganho de peso remete-se às características genéticas e ao funcionamento do organismo de cada sujeito. Sabendo-se, contudo, que conforme descoberta de *Elizabeth Blackburn* e Carol Greider em 1985, os gens são regulados por mecanismos Epigenéticos. Como resultado, temos que os gens tanto controlam o organismo, como têm sua expressão controlada por fatores ambientais, o que flexibiliza a influência genética (HANEL, 2015). Portanto, práticas de dieta, de exercícios físicos regulares, mudanças no estilo de vida, estão entre os fatores que podem alterar a expressão dos gens, influenciando o processo em questão.

Já o caráter psicossocial da manutenção e reganho de peso abrange aspectos singulares (sentidos subjetivos) e processos psíquicos (configurações subjetivas) revestidos de afetos e emoções, valores e normas de cunho histórico, cultural e social.

A vida psíquica do sujeito, como também a sociedade, são organizadas por um processo complexo de produção de sentidos, a subjetividade. Portanto, refletir sobre os discursos acerca da manutenção e reganho de peso é construir um sistema de significações e sentidos subjetivos que refletem a subjetividade social e as subjetividades individuais.

Os aspectos (sentidos) e processos (configurações subjetivas) relatados pela maior parte dos pacientes e profissionais como relevantes para a manutenção e o reganho de peso foram: a imagem corporal, o excesso de peso, as comorbidades, o estilo de vida, os hábitos alimentares, a compulsão alimentar, o histórico de dietas, os transtornos de humor e de ansiedade, as expectativas em relação à cirurgia bariátrica, as orientações dadas no pré-operatório, a família como rede de apoio, o entrosamento da equipe interdisciplinar, a visão da cirurgia bariátrica como parte de um processo de tratamento e o emagrecimento.

Todas as quatro mulheres entrevistadas relataram que se encontravam insatisfeitas com sua imagem corporal antes de se submeterem à cirurgia bariátrica, devido ao descontentamento com seu peso. A ênfase cultural da magreza e o estigma social da obesidade contribuem na formação de uma imagem corporal negativa (CASTRO, 2011). Reafirmando essas questões sociais, vimos o relato de duas pacientes, Karen e Regina, sobre as dificuldades que se deparavam ao irem comprar roupas, já que ou não encontravam peças que lhes coubessem, ou quando encontravam, não era algo que lhes agradava. É a cultura da exclusão de “corpos” que não sejam magros explicitando-se no cotidiano das pessoas obesas (MARCELINO; PATRICIO, 2011). O aumento de peso pode conduzir à sensação de inadequação social, promovendo diminuição da autoestima (MARTINS, 2012).

Bento, o único homem entrevistado, não pareceu insatisfeito com seu corpo antes da cirurgia. Ao contrário, ele se referiu como tendo sido atleta, praticante de diversas modalidades de esportes. Mattos (2011) considera que as preocupações com a aparência corporal tendem a afetar as mulheres de maneira bem mais intensa do que aos homens.

Os profissionais de saúde ao falarem sobre a Imagem Corporal de pacientes bariátricos trouxeram também suas considerações sobre o Excesso de Peso. Reconheceram a importância da imagem corporal na subjetividade do sujeito, especialmente fazendo referências a sentimentos como angústia, sofrimento, devido a estigmas e preconceitos que, como vimos, também estavam presentes nas falas dos pacientes.

A obesidade tem um peso social que costuma vir carregado de discriminação e preconceito, estigmatizando o obeso e lhe direcionando para a exclusão social. Este estigma que marca a pessoa obesa, e também as suas relações sociais, é também a marca de seus insucessos em atividades esportivas na infância, de sua vida afetiva na adolescência, do convívio constante com apelidos desqualificadores e do confronto com os pré-julgamentos que associam a falta de inteligência à incompetência para se manter dentro do padrão de peso normal e aceitável (FELIPPE, 2003). Nos casos de obesidade severa, as frustrações e fracassos causados em grande parte pela pressão social podem,

inclusive, conduzir à deterioração da autoimagem e do autoconceito, favorecendo o aparecimento de sintomas depressivos e ansiosos (MARTINS, 2012).

Segundo a ABESO (2016), é comum que decorrido cerca de um ano e meio após a cirurgia, o paciente ainda se encontre motivado com sua aparência, seguindo as orientações nutricionais e com apetite reduzido. A partir daí, com o passar do tempo, o peso tende a se estabilizar e o apetite aumenta, o que pode provocar o retorno de problemas emocionais e de velhos hábitos alimentares (ABESO, 2016). Levando novamente ao sobrepeso e, até mesmo, à obesidade. Quanto aos pacientes entrevistados, o aspecto (sentido) atual atribuído a imagem corporal por Karen (2 anos e 4 meses de cirurgia) e Regina (1 ano e 10 meses de cirurgia) é de grande satisfação com seu corpo e sua imagem. Já Bento, que foi submetido à cirurgia bariátrica há cerca de 5 anos para controlar a glicemia, ainda mantém seu peso na meta pré-estabelecida, porém, demonstrou um pouco de indiferença em relação à sua imagem corporal atual e até uma satisfação maior com o corpo que tinha anteriormente à cirurgia, provavelmente, por se qualificar como atleta amador. Isto pode ser devido ao fato de ainda não ter feito a cirurgia reparadora que desejava. Débora e Suzana, ao falarem sobre sua imagem corporal atual, relataram um reganho indesejado de peso. Débora fez a cirurgia há cerca de 6 anos e readquiriu cerca de dois terços dos quilos que havia perdido, enquanto Suzana (8 anos de cirurgia) recuperou um terço do que havia perdido, cerca de dez quilos.

Cabe explicitar quando cada entrevistado percebeu que tinha um excesso de peso corporal: Débora e Karen, na infância; Suzana, na adolescência, intensificado após a chegada da menopausa (precoce); e Regina e Bento, quando adultos. Ela, após a terceira gravidez e ele com o uso de insulina para o controle de diabetes e com a interrupção de uma prática de exercícios físicos. Há eventos e momentos no curso vital, tais como a puberdade, a gravidez, a interrupção de exercícios, o abandono do cigarro, entre outros, que propiciam o surgimento da obesidade (BALLONE, 2007, LACERDA, 2004). Na puberdade, além de ser decorrente de alterações orgânicas, sobretudo hormonais, envolve as ansiedades e angústias presentes nessa fase da vida (BALLONE, 2007).

É importante que a autoimagem do paciente (o sentido constituído) e sua configuração subjetiva (sentimentos, sensações, satisfação/frustração,...) seja objeto de

atenção da equipe interdisciplinar e seja trabalhada, especialmente pelo psicólogo e/ou psiquiatra. O paciente bariátrico deve compreender que a imagem corporal é continuamente reconstruída pelo sujeito e precisa posicionar-se como um sujeito ativo neste processo.

Os sentidos atribuídos pelos participantes às comorbidades, ou seja, às doenças associadas à obesidade, colocaram-se como aspectos que também participam do processo de manutenção e reganho de peso. De um modo geral, antes da cirurgia, eram percebidos pelos pacientes e pelos profissionais como problemas graves de saúde (problemas circulatórios, articulares, diabetes, hipertensão, apnéia, esteatose hepática, etc.) e tinham um caráter recorrente. A obesidade e o sobrepeso em adultos são fatores de risco para outras doenças (FRANÇA, 2104, WANNMACHER, 2016).

O estilo de vida, quanto a atividades físicas, hobbies e alimentação, também apareceu como tendo um papel importante no processo de manutenção e reganho de peso. De fato, Pereira (2003) considera importante destacar que, independente da genética, fatores ambientais como o padrão de alimentação e a inatividade física podem responder em conjunto pelo excesso de peso e pela obesidade (PEREIRA, 2003). Nenhum dos cinco pacientes participantes tinha o hábito de praticar atividades físicas continuamente, antes de se submeterem à cirurgia bariátrica. Bento praticou atividades esportivas em diferentes momentos, até sofrer um acidente e parar com a prática de esportes. Suzana, também em alguns momentos, praticou alguma atividade física, mas, após ter entrado precocemente na menopausa, teve depressão e perdeu a motivação para essas práticas. As demais participantes sempre foram sedentárias. Após a realização da cirurgia, Karen e Regina incorporaram a prática de exercícios físicos à sua rotina. Os demais permaneceram sedentários. Já o lazer continuou presente na rotina da maioria dos participantes (cinema, teatro, encontro com amigos, balada,...). O sedentarismo, aliado às facilidades decorrentes do desenvolvimento tecnológico (elevadores, escadas rolantes, controle remotos de aparelhos eletrônicos, etc.), colaboram para a obesidade (SBCBM, 2010). Daí, as falas dos Profissionais de Saúde enfatizarem a necessidade de que o paciente venha a compreender, ainda no pré-operatório, que é imprescindível que haja mudanças em seu estilo de vida, o que inclui também os hábitos alimentares. Ele deve optar por fazer

escolhas mais saudáveis, seja diminuindo o estresse, mudando um padrão compulsivo de alimentação, cessando com o tabagismo,... Enfim, seu objetivo deve ser o alcance e a manutenção de uma vida saudável.

Portanto, um processo de grande valor envolvido na manutenção e no reganho de peso é a mudança de hábitos alimentares. Entre os hábitos alimentares contemporâneos de nossa sociedade temos o consumo excessivo de alimentos calóricos, ricos em carboidratos e lipídios, e pobres em termos nutricionais (COUTINHO; DUALIB, 2007, SBCBM, 2010). Todos os pacientes participantes admitiram que tinham maus hábitos alimentares antes da realização da cirurgia bariátrica, seja porque trocavam uma refeição por petiscos de alto valor calórico e baixo valor nutricional (Regina, Karen e Débora) ou porque comiam em demasia nas refeições (Bento e Suzana). Após a cirurgia, Regina, Karen e Bento promoveram mudanças em sua alimentação quanto à qualidade e à quantidade. Débora e Suzana, após a perda de peso, se reaproximaram do padrão de alimentação anterior à cirurgia. Como já destacado anteriormente, a adoção de dietas de alto valor energético e um gasto energético reduzido por falta de atividade física conduzem ao reganho de peso (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011, PEREIRA, 2003).

O Histórico de Dietas foi outro aspecto ressaltado no relato dos pacientes sobre perda, manutenção ou reganho de peso. As quatro pacientes descreveram inúmeras tentativas de dietas, com ou sem uso concomitante de medicamentos, nas quais não obtiveram sucesso, devido a uma perda de peso insuficiente ou inexistente, ou ainda por não terem conseguido manter a perda de peso alcançada. Moliner e Rabuske (2008) consideram comum essa trajetória de tentativas de redução do peso corporal ao longo da vida de pessoas com obesidade mórbida.

Um processo que pode interferir na manutenção de peso, provocando o reganho, é a compulsão alimentar, citada por Débora, Karen, Suzana e profissionais de saúde. A relação de prazer estabelecida com a comida pode fazer com que, em situações de ansiedade, a pessoa tenha episódios de comer exageradamente. Entretanto, conforme dito por Suzana, a redução do estômago leva a uma ingestão compulsiva de alimentos em menor quantidade do que era possível antes da intervenção cirúrgica. Segundo Moliner e Rabuske (2008), o transtorno da compulsão alimentar, frequente em indivíduos com

obesidade precoce, traz dificuldades ao tratamento da obesidade, por fazer o paciente oscilar entre períodos de perda e ganho de peso. Como mencionado anteriormente, entre os pacientes entrevistados, Débora, Karen e Suzana relataram obesidade precoce. O transtorno da compulsão alimentar requer um acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico sistemático do paciente, para que ele consiga mudar seu padrão alimentar. Para os profissionais de saúde, sobretudo a Psicóloga, o Endocrinologista e o Cardiologista, é necessário que esse tratamento psicoterápico inicie-se ainda na fase pré-operatória, para que o paciente consiga seguir as orientações nutricionais que lhe serão dadas após a cirurgia.

Os Transtornos de Humor e de Ansiedade também foram situados como processos que merecem especial atenção. Munhon e Migott (2017) advertem que os episódios depressivos que ocorrem após a cirurgia bariátrica não devem ser vistos como decorrentes do procedimento. Eles são a expressão de um transtorno anterior à intervenção. Entre os pacientes entrevistados, Suzana e Karen, respectivamente, fizeram referência a episódios de depressão e ansiedade. A chegada precoce da menopausa, anos antes de fazer a cirurgia bariátrica, levou Suzana à depressão. As grandes mudanças metabólicas que marcam a entrada do sujeito em diferentes períodos do ciclo vital propiciam o surgimento de transtornos depressivos (BALLONE, 2007, LACERDA, 2004). Após a cirurgia de redução do estômago, quando se encontrava deprimida e não podia mais ingerir uma grande quantidade de comida, Suzana começou a lançar mão de bebida alcoólica, como forma de satisfação. É comum que pacientes bariátricos encontrem novas formas para lidarem com suas questões, podendo desenvolver transtornos alimentares (bulimia e anorexia), dependência de álcool e outras drogas, compulsões diversas (por jogos, por compras, por sexo), entre outras (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011). Para Ximenes (2009), isso assinala uma substituição de sintoma. No caso de uso ou abuso de álcool, expressa um comportamento que busca alcançar uma falsa sensação de relaxamento e alívio, por desfocar o sujeito de suas questões emocionais. O risco aumentado de episódios de depressão em obesos é função da diminuição de sua autoestima e de uma menor produtividade (MARTINS, 2012, SEGAL; FANDIÑO, 2002, RYDEN; TORGERSON, 2006).

Karen relatou episódios de ansiedade. Falou que sentia falta de mastigar durante o primeiro mês após a cirurgia, período em que ficou em dieta líquida, o que significa uma intensa ansiedade. A médica ginecologista que a acompanha, orientou-lhe a buscar psicoterapia. A depressão e a ansiedade, comuns nos quadros de obesidade, principalmente em pessoas gravemente obesas (VASQUES; MARTINS; AZEVEDO, 2004), e muitas vezes recorrentes em pacientes bariátricos, indicam a necessidade de tratamento psicoterápico, tal como afirmaram a psicóloga e a nutricionista entrevistadas.

As Expectativas em relação à Cirurgia Bariátrica geram sentidos que têm um papel determinante para os pacientes na condução do processo de manutenção e reganho de peso após o procedimento. Todas as pacientes entrevistadas parecem ter visto na cirurgia bariátrica a solução para seus problemas de excesso de peso. Débora inclusive falou em “eficiência do processo”, o que remete à ideia de que após o emagrecimento alcançado pouco tempo depois da realização da cirurgia, o “processo” é “finalizado”. Quanto à Bento, sua expectativa era muito diferente. Era que a cirurgia não o levasse ao óbito, mas sim à saúde. Porque ele precisou realizá-la em caráter de urgência, por indicação médica, para que fossem promovidas mudanças metabólicas em seu organismo, que pudessem controlar sua glicemia.

Há um consenso entre os Profissionais de Saúde entrevistados quanto às indicações e contraindicações da Cirurgia Bariátrica, já que todos seguem as normas publicadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2005), assim como as recomendações da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). Recentemente, em 2017, o CFM (Conselho Federal de Medicina) publicou um parecer que facilita a realização dos procedimentos por diabéticos, de acordo com reportagem do Jornal Folha de São Paulo, versão online do dia 02 de novembro de 2017 (Bariátrica para Diabéticos com Obesidade Leve ganha Aval de Conselho). Com esta publicação, a cirurgia bariátrica passa a ser indicada também aos pacientes que apresentem o IMC entre 30 e 34,9, que sejam portadores de diabetes tipo 2, com idades entre trinta e setenta anos. Além disso, é necessário que o paciente tenha diabetes há menos de dez anos e que responda adequadamente ao tratamento clínico com medicamentos e mudanças no estilo de vida. As normas e

indicações estão instituídas, são seguidas, mas é necessário, segundo a psicóloga e o psiquiatra, que o paciente sinta-se motivado para a realização da cirurgia e compreenda que a razão para submeter-se ao procedimento é a sua saúde e seu bem-estar. Tal como foi o caso de Bento, que tinha esse propósito ao submeter-se à cirurgia. Como vimos, as demais pacientes queriam ter uma perda de peso definitiva decorrente do procedimento.

O período pré-operatório reveste-se de grande importância por ter como objetivo, seja através de consultas, palestras, levar os pacientes à adesão ao tratamento, ao comprometimento de seguirem as recomendações que lhes serão prescritas após a cirurgia e ao engajamento nas consultas de acompanhamento. Entre os nossos entrevistados, sua duração variou de uma consulta a várias, ao longo de cerca de um ano, independentemente do tipo de serviço ser público ou privado. Quanto aos profissionais, cabe destacar duas recomendações da psicóloga. A primeira diz respeito à psicoeducação, isto é, à importância de que seja trabalhado com o paciente as informações relevantes e necessárias para o seu processo de emagrecimento e manutenção do peso saudável e da boa saúde, e que também haja o seu preparo emocional pelo psicólogo para o enfrentamento das dificuldades que acompanham as restrições e mudanças impostas. Além disso, a psicóloga recomenda a inclusão da família do paciente na consulta de avaliação para cirurgia, pois a família deve formar uma rede de apoio ao paciente diante das mudanças a serem por ele enfrentadas.

Quanto à composição e entrosamento da equipe interdisciplinar, todos os entrevistados relataram consultas com médicos de diferentes especialidades, psicólogo e nutricionista. Entre os Profissionais de Saúde, houve relatos de equipes que contavam também com fisioterapeutas, fonoaudiólogos e professores de educação física. Todos os entrevistados, pacientes e profissionais, entenderam o trabalho desenvolvido pela equipe interdisciplinar como consultas e atividades voltadas para um mesmo fim: conscientização, adesão e orientação aos pacientes.

Outras questões tratadas nas entrevistas com os profissionais de saúde foram as técnicas, os riscos e os benefícios da Cirurgia Bariátrica. Todos falaram que a escolha da técnica, Bypass gástrico em Y de Roux (gastroplastia) ou o Sleeve depende do perfil de cada paciente. Entretanto, o procedimento escolhido sempre terá que vir acompanhado

posteriormente por mudanças no estilo de vida do paciente (ILIAS, 2011). A melhora das comorbidades, o emagrecimento rapidamente alcançado após a cirurgia e uma maior motivação para a vida social e amorosa foram alguns dos benefícios apontados pelos profissionais. Eles não são a garantia de manutenção do peso alcançado, mas podem significar um estímulo para a mudança do estilo de vida e continuidade do tratamento.

Em função dos profissionais entrevistados considerarem a cirurgia bariátrica um momento, parte integrante do processo de tratamento da obesidade, falar sobre Cirurgia Bariátrica Bem-Sucedida é referir-se ao processo desde o período pré-operatório - quando, segundo o endocrinologista, deve ser feito o gerenciamento das expectativas do paciente. É preciso que o paciente entenda que não vai ficar curado da obesidade e que precisará fazer e se adaptar a mudanças, além de ter que manter os cuidados ao longo do tempo. Ou, como explicou o cardiologista, é preciso uma vigilância *ad eternum*, com acompanhamento médico e nutricional, porque não existe cura, mas sim uma troca do problema da obesidade pelo cuidado constante com a saúde. A partir das falas dos profissionais, a cirurgia bariátrica bem sucedida é o alcance da saúde física e emocional, devido à boa condição física do paciente, ao bom vínculo formado com a equipe, ao seguimento à risca de suas recomendações, ao engajamento nas consultas de acompanhamento e à compreensão e ao apoio da família.

Outro aspecto que influencia o processo de perda, manutenção e reganho de peso é o emagrecimento rápido que, em geral, ocorre após a cirurgia, promovendo mudanças na imagem corporal. Três das pacientes entrevistadas se referiram a essas mudanças com alegria e até mesmo euforia. Entretanto, uma delas, Regina resolveu parar o processo de emagrecimento antes de atingir a meta proposta pela nutricionista, por considerar que havia alcançado uma boa imagem corporal. Outra paciente entrevistada, Suzana, também desistiu de alcançar a meta inicialmente estabelecida de emagrecimento. Para ela, o processo de reconfiguração da autoimagem trouxe insatisfação pela imagem que via e frustração da expectativa de sentir alegria com a perda de peso, algo que sempre desejou.

O estabelecimento de um limite pelo próprio paciente da quantidade de peso a ser perdida revela um descompasso entre o processo de ressignificação da imagem corporal

e o ritmo do rápido emagrecimento. Com isso, podem ocorrer distúrbios da imagem corporal, de modo que o paciente não se reconheça no corpo emagrecido.

Bento também não relatou contentamento quando diante de um corpo rapidamente emagrecido. Sentiu-se preocupado em alcançar uma imagem idealizada, tendo se referido à necessidade de cirurgias reparadoras.

Moliner e Rabuske (2008) consideram que os efeitos psicológicos na imagem corporal, promovidos pela rápida perda de peso, ainda precisam ser mais bem esclarecidos. Pode ocorrer que a pessoa sinta satisfação pela perda de peso, mas tenha dificuldades em reconhecer-se e identificar-se com o corpo magro, experimentando um estranhamento ou mesmo não reestruturando sua imagem corporal após o emagrecimento. É preciso que se leve em consideração os aspectos envolvidos no desenvolvimento da obesidade para que, assim, seja possível promover uma reorganização psíquica perante o emagrecimento.

Uma forma do psicólogo trabalhar a imagem corporal com o paciente, segundo Ximenes (2009), é solicitar-lhe que mantenha em seu quarto, no período pós-operatório, um espelho grande, no qual possa se olhar e tocar diariamente o seu contorno corporal, facilitando, assim, a percepção do corpo em transformação, de modo que a nova imagem corporal possa tomar seu devido lugar.

## 11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obesidade é parte de um processo biopsicossocial que inclui perda, reganho e manutenção de peso. Seu tratamento é contínuo. A cirurgia bariátrica é um importante instrumento para pacientes com obesidade severa. Contudo, a maior parte dos obesos que optam pela cirurgia bariátrica, após inúmeras tentativas infrutíferas de dietas e uso de medicações para emagrecimento, veem o procedimento como a solução para alcançar o emagrecimento definitivo. Entretanto, não há dieta, tratamento ou técnica que leve o obeso a esse resultado de manutenção definitiva do emagrecimento.

O êxito dessa técnica depende do paciente. É fundamental que seu objetivo para se submeter ao procedimento seja o alcance de saúde e bem estar. Ele deve compreender a cirurgia bariátrica como parte do tratamento contínuo para a obesidade e entender que é sua responsabilidade assumir um papel ativo no tratamento, o que inclui principalmente sua adesão às orientações da equipe interdisciplinar (mudanças no estilo de vida, na alimentação, entre outras) e às consultas de acompanhamento com os profissionais de saúde.

Neste estudo, através das falas de pacientes bariátricos e profissionais de saúde, pode-se ver que a imagem corporal, o excesso de peso, as comorbidades, o estilo de vida, os hábitos alimentares, a compulsão alimentar, o histórico de dietas, os transtornos de humor e de ansiedade, as expectativas em relação à cirurgia bariátrica, as orientações dadas no pré-operatório, a família como rede de apoio, o entrosamento da equipe interdisciplinar, a visão da cirurgia bariátrica como parte de um processo de tratamento e o emagrecimento caracterizaram-se quer como aspectos singulares (sentidos subjetivos), quer como processos psíquicos (configurações subjetivas) que possibilitaram a compreensão da manutenção e/ou reganho de peso por pacientes bariátricos.

Espera-se que os elementos apresentados possam subsidiar tanto o trabalho clínico do psicólogo especialmente com pacientes bariátricos, como fomentar o desenvolvimento de novos estudos sobre esses aspectos e processos.

Quanto a futuros estudos, sugerem-se ainda investigações sobre manutenção e reganho de peso entre grupos de pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica na rede pública de saúde e grupos de pacientes bariátricos da rede privada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLISON, D. B.; DOWNEY, M.; ATKINSON, R. L.; BILLINGTON, C. J.; BRAY, G. A.; ECKEL, R. H.; FINKELSTEIN, E. A et al. Obesity as a disease: a white paper on evidence and arguments commissioned by the Council of The Obesity Society. *Obesity*, v. 16, n. 6, p. 1161-1177, 2008

ARONNE, L. J. Classification of obesity and assessment of obesity-related health risks. *Obesity*, v. 10, n. S12, 2002.

AZEVEDO, M. A. S. B. de; SPADOTTO, C. Estudo psicológico da obesidade: dois casos clínicos. *Temas em Psicologia*, v. 12, n. 2, p. 127-144, 2004.

BALLONE, G. J. (2007). **Fisiopatologia da depressão**. Disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/>> Acesso em 20 out. 2008

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 2000.

BARROS, L M et al . Avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 36, n. 1, p. 21-27, 2015 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000100021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000100021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 Jan. 2018.

BASTOS, E C L *et al*. Fatores determinantes do reganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **ABCD arq. bras. cir. dig**, v. 26, n. supl. 1, p. 26-32, 2013.

BERNARD, H. R. Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approach. 4<sup>a</sup> ed. Lanham: AltaMira Press, 2005. Disponível em: <http://www.antropocaos.com.ar/Russel-Research-Method-in-Anthropology.pdf> Acesso em: 5 ago 2017.

BIERNARCKI, P.. WALDORF. D. Snowball sampling-problems and chain techniques of referral sampling. **Sociological Methods and Research**, v. 10, n. 2, 141-163, 1981. Disponível em: < <http://smr.sagepub.com/content/10/2/141.short>>. Acesso em julho de 2016.

BLUMENKRANTZ, M. **Obesity: the world's metabolic disorder**. Beverly Hills, 1997.

CAPITÃO, C. G.; TELLO, R. R. Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas. **Psicologia Hospitalar**, v. 2, n. 2, p. 0-0, 2004

CARVALHO, P. S. de *et al* . Cirurgia bariátrica cura síndrome metabólica? **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 51, n. 1, p. 79-85, Feb. 2007 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302007000100013&](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302007000100013&)

lng=en&nrm=iso> Acesso em 14 Oct. 2016.

CARVALHO JÚNIOR, A. Vivências emocionais de pacientes submetidos à cirurgia metabólica e bariátrica com ganho de peso: um estudo clínico-qualitativo. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP, São Paulo. 2013.

CASTRO, M. R., CARVALHO, R. S., FERREIRA, V. N., FERREIRA, M. E. C. Função e imagem corporal: uma análise a partir do discurso de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 32, n. 2-4, 2011.

CAVALCANTE, G. M. S. **A visão da obesidade em uma escola do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (EICOS). Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Resoluções**. Brasília, 2005. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2005/1766>. Acesso em 12/04/2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Resoluções**. Brasília, 2005. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2010/1942>. Acesso em 12/04/2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Resoluções**. Brasília, 2017. Disponível em [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27326:2017-12-07-18-00-22&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27326:2017-12-07-18-00-22&catid=3). Acesso em 12/12/2017.

COSTA, A. C. C., IVO, M. L., CANTERO, W. B., TOGNINI, J. R. F. Obesidade em pacientes candidatas a cirurgia bariátrica. **Acta paul enferm**, v. 22, n. 1, p. 55-9, 2009.

COUTINHO, W., DUALIB, P. Etiologia da obesidade. **Revista da ABESO**, v. 30, n. 30, 2007.

DOBROW, I. J.; KAMENETZ, C.; DEVLIN, M. J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. Psychiatric aspects of obesity. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 24, n. Supl III, p. 63-7, 2002.

FANDIÑO, J., BENCHIMOL, A. K., COUTINHO, W. F., APPOLINARIO, J. C. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v. 26, n. 1, p. 47-51, 2004.

FIGUEIREDO, M. D., *et al.* Comportamento alimentar e perfil psicológico de mulheres obesas. **Revista PsicoFAE**, v. 3, n. 3, p. 43-54, 2014.

GOFFMAN, E. **Estigma**: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: 1978.

GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade**: Os processos de construção da informação. 4ed. SP: Pioneira; Thomson Learning, 2012.

GONZÁLEZ REY, F. Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia. Em: **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia**. SP: Pioneira Thomson Learning, 2005.

GONZÁLEZ REY, F. **Sujeito e subjetividade**: uma aproximação histórico-cultural. SP: Pioneira Thomson Learning, 2003.

GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa em Psicologia**. SP: Pioneira Thomson Learning, 2002.

HALPERN, Z. S. C., RODRIGUES, M. D. B., COSTA, R. F. Determinantes fisiológicos do controle do peso e apetite. **Rev Psiq Clin**, v. 31, n. 4, p. 150-3, 2004.

HANEL, S. Epigenetics: how environment influences our genes. **Lindau Nobel meeting**. 2015. Disponível em: <http://www.lindau-nobel.org/epigenetics-how-the-environment-influences-our-genes/> Acesso em 14 jan. 2018.

HELLER, D. C. L. **Obesidade infantil**. Manual de prevenção e tratamento. Santo André: ESETec., 2004.

HORTON, R. Offline: Medicine and nutrition—“that's insane”. **The Lancet**, v. 387, n. 10029, 1706, 2016.

ILIAS, E. J. Síndrome metabólica após cirurgia bariátrica. Resultado depende da técnica realizada. **Rev Assoc Med Bras**, v. 57, n. 1, p. 6, 2011.

LACERDA, E. M. A. Fatores associados com a retenção e o ganho de peso pós-parto: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 7, n. 2, 2004.

LAZZARINI, L. M. L. **Avaliação de parâmetros psicológicos associados ao reganho e manutenção de peso após dois ou mais anos de realização de cirurgia bariátrica**. Dissertação (Mestrado). Programa de estudos pós-graduados em educação nas profissões da saúde. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2015.

LIMA FILHO, J. V. **Cirurgia da obesidade: caracterização psicossocial e psicopatológica dos candidatos**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2008.

LINS, A. P. M.; SICHIERI, R. Influência da menopausa no índice de massa corporal. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 45, n. 3, p. 265-270, June 2001 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302001000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302001000300009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 03 Mai. 2017.

LOLI, M. S. A. **Obesidade como sintoma**: uma leitura psicanalítica. VETOR Editora Psico-Pedagógica, 2000.

MAGDALENO JR, R., CHAIM, E. A., TURATO, E. R. Características psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 2009.

MARCELINO, L. F.; PATRÍCIO, Z. M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, 2011.

MARTINEZ, A. M. A teoria da subjetividade de González Rey: uma expressão do paradigma da complexidade na psicologia. In: **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia**. SP: Pioneira Thomson Learning, 2005.

MARTINS, S. O peso da mente feminina: associação entre obesidade e depressão. **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa , v. 28, n. 3, p. 163-166, maio 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2182-51732012000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732012000300004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 05 nov. 2017.

MATTOS, J. M. **Mulheres com excesso de peso e o culto ao corpo na cultura contemporânea**. Orientadora: Leila Sanches de Almeida. Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (EICOS). Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2011.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 237-248, 1993. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 16 Apr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>.

MOLINER, J., RABUSKE, M. M. Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v.10, n.2, p.44-60, dez 2008. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872008000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872008000200004&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em 08 abr 2016.

MORAES, Josiane da Motta; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; SCHNEIDER, Daniela da Silva. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 2, p. 157-164, 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002014000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000200012&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 Jan. 2018.

MUNHON, M. L., MIGOTT, A.M. B. **Alterações psicológicas em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica.** Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, v. 11, n. 66, 2017. Disponível em <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/556>. Acesso em 20/12/2017.

MORIN, E. (1996). A noção de sujeito. Em D. F. Schnitman (Org.), **Novos paradigmas, cultura e subjetividade.** Porto Alegre: Artes Médicas.

NG, M., FLEMING, T., ROBINSON, M., THOMSON, B., GRAETZ, N., MARGONO, C., & ABRAHAM, J. P. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, v. 384, n. 9945, 766-781, 2014.

OLIVEIRA, M. P., MARTINS, P. D. E., SIQUEIRA, E. J., ALVARES, G. S., WESTPHAL, D., CUNHA, G. L. Aspectos psicológicos do paciente pós-bariátrico. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, vol. 26, n. 3, supl. 1, 2011.

OLIVIERA, J. H. A., YOSHIDA, E. M. P. Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois da cirurgia bariátrica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 1, 12-19, 2009.

PEREIRA, L. O., FRANCISCHI, R. P., LANCHETA JR., A, H. Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, vol. 47, n. 2, 111-127, 2003.

PERIN, O. *et al.* Análise dos efeitos da interrupção de oito semanas no treinamento com pesos sobre indicadores antropométricos. **RBPFE-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 5, n. 27, 2012.

PESSOA, T. Saúde - Sem temer a balança. **O Globo**, supl. Zona Sul, p. 19, 30.03.2017

ROMERO, C. E. M., ZANESCO, A. O papel dos hormônios leptina e grelina na gênese da obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 19, n. 1, p. 85-91, Feb. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732006000100009&lng=m&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000100009&lng=m&nrm=iso)>Acesso em 04 Nov. 2016.

ROSETTI-FERREIRA, M. C., AMORIM, K. S., SILVA, A. P. S. **Rede de Significações e o estudo do desenvolvimento humano.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

RUBINO, F. et al. The mechanism of diabetes control after gastrointestinal bypass surgery reveals a role of the proximal small intestine in the pathophysiology of type 2 diabetes. **Annals of surgery**, v. 244, n. 5, p. 741, 2006.

RYDÉN, A; TORGERSON, J S. The Swedish Obese Subjects Study—what has been accomplished to date? **Surgery for obesity and related diseases**, v. 2, n. 5, p. 549-560, 2006.

SANTOS, L. A. S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. 2005.

SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cir. Bras.**, v. 20, supl. 1, 50-55, 2005 .

SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 24, supl. 3, p. 68-72, 2002. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462002000700015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700015&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 22 out 2016.

SILVA, R. S.; KAWAHARA, N. T. **Cuidados Pré e Pós-Operatórios na Cirurgia da Obesidade**. Porto Alegre: AGE, 2005.

SOUZA, R. et al. Confiabilidade de um questionário de frequência de consumo alimentar em mulheres. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 1, p. 103, 2007.

SWINBURN, B; EGGER, G; RAZA, F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. **Preventive medicine**, v. 29, n. 6, p. 563-570, 1999.

TAVARES, E. T., ANDRADE, A. A., MACÊDO, T. S. S., SILVA, A. M. T. C., ALMEIDA, R. J. Contribuição de aspectos psicossociais no ganho de peso em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Estudos**, v. 43, n. 1, p. 103-110, 2016.

VASQUES, F; MARTINS, F; AZEVEDO, A. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. **Revista de psiquiatria clínica**, v. 31, n. 4, p. 195-198, 2004.

VENZON, C. N.; ALCHIERI, J. C. Indicadores de compulsão alimentar periódica em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Psico**, v. 45, n. 2, p. 239-49, 2014.

WADDEN, T.; STUNKARD, A. (Ed.). Handbook of obesity treatment. **Guilford Press**, 2002.

WANNMACHER, L. Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. **OPAS/OMS-Representação Brasil**, v. 1, n. 7, p. 1-10, 2016.

XIMENES, E. **Cirurgia da Obesidade**: Um enfoque psicológico. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2009.

**ANEXO A****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Pacientes)**

Eu, GISA MARIA SOARES CAVALCANTE, doutoranda em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (Programa EICOS) do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), estou realizando uma pesquisa sobre os aspectos psicossociais no reganho de peso após a cirurgia bariátrica. O objetivo deste estudo é conhecer fatores e motivos envolvidos no processo de manutenção do peso corporal (saudável) alcançado após a Cirurgia Bariátrica. Esta investigação se justifica pelo crescente aumento do número de cirurgias bariátricas que vem sendo realizadas e pelo fato do reganho de peso vir se configurar como uma possibilidade real. Para a coleta de dados, serão realizadas entrevistas individuais com pacientes que tenham sido submetidos ao procedimento há pelo menos 18 meses. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas para serem analisadas, mantendo-se o anonimato da pessoa entrevistada. A participação da pessoa é voluntária e a ela serão fornecidos os esclarecimentos que se façam necessários e assegurado o sigilo dos dados obtidos com este estudo, de modo que as opiniões emitidas pela pessoa na entrevista estarão sob os meus cuidados e seu nome será trocado em todas as publicações referentes a mesma. Tendo sido concluída a pesquisa, os resultados da mesma serão disponibilizados através da entrega de um exemplar da dissertação à instituição e/ou profissionais que tenham colaborado com a seleção e indicação dos pacientes para as entrevistas. Os pacientes entrevistados poderão, então, ter acesso aos resultados através deste exemplar da dissertação que estará sob os cuidados da instituição e/ou profissionais que lhe prestam atendimento. Além disso, será também entregue aos pacientes participantes uma cópia do artigo que será elaborado sobre o trabalho realizado, onde constarão os resultados da pesquisa em questão.

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa acima referida.

Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

Assinatura do participante

---

Assinatura do pesquisador

GISA MARIA SOARES CAVALCANTE - E-mail: [gisacavalcante.psi@gmail.com](mailto:gisacavalcante.psi@gmail.com)  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CFCH/UFRJ) – [cep.cfch@gmail.com](mailto:cep.cfch@gmail.com)

**ANEXO B****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(Profissionais de saúde)**

Eu, GISA MARIA SOARES CAVALCANTE, doutoranda em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (Programa EICOS) do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), estou realizando uma pesquisa sobre os aspectos psicossociais no reganho de peso após a cirurgia bariátrica. O objetivo deste estudo é conhecer fatores e motivos envolvidos no processo de manutenção do peso corporal (saudável) alcançado após a Cirurgia Bariátrica. Esta investigação se justifica pelo crescente aumento do número de cirurgias bariátricas que vem sendo realizadas e pelo fato do reganho de peso vir se configurar como uma possibilidade real. Para a coleta de dados, serão realizadas entrevistas individuais com profissionais de saúde que componham equipes interdisciplinares que atuam com pacientes são submetidos à cirurgia bariátrica. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas para serem analisadas, mantendo-se o anonimato da pessoa entrevistada. A participação do profissional é voluntária e a este serão fornecidos os esclarecimentos que se façam necessários e assegurado o sigilo dos dados obtidos com este estudo, de modo que as opiniões emitidas pela profissional de saúde na entrevista estarão sob os meus cuidados e seu nome será trocado em todas as publicações referentes a mesma. Tendo sido concluída a pesquisa, os resultados da mesma serão disponibilizados através da entrega de um exemplar da dissertação à instituição e/ou profissionais que tenham participado da pesquisa. Além disso, será também entregue aos profissionais participantes uma cópia do artigo que será elaborado sobre o trabalho realizado, onde constarão os resultados da pesquisa em questão.

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa acima referida.

Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

Assinatura do participante

---

Assinatura do pesquisador

GISA MARIA SOARES CAVALCANTE - E-mail: [gisacavalcante.psi@gmail.com](mailto:gisacavalcante.psi@gmail.com)  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CFCH/UFRJ) – [cep.cfch@gmail.com](mailto:cep.cfch@gmail.com)

**ANEXO C - ROTEIRO DE ENTREVISTA 1 (PACIENTES BARIÁTRICOS)**

## A. Dados Sociodemográficos

- 1.Nome/Idade
- 2.Escolaridade
- 3.Atividade Profissional
- 4.Estado Civil/Filhos

## B. Indicadores: Imagem corporal e excesso de peso, estilo de vida: sedentarismo e comportamento alimentar (hábitos alimentares, compulsão e dieta), transtornos de humor e de ansiedade, cirurgia bariátrica, pós operatório, manutenção e reganho de peso.

## C. Possíveis perguntas

- 1.Quando surgiu a questão do ganho de peso para você?
2. Você já fez dieta? Caso sim, conte-me à respeito.
- 3.Fale-me sobre seu estilo de vida antes e depois da cirurgia.
- 4.Fale-me sobre a sua alimentação.
- 5.E quanto à atividade física?
- 6.E quanto aos *hobbies* e lazer?
- 7.Como surgiu a decisão pela cirurgia bariátrica?
- 8.Como estava a sua saúde antes da cirurgia? E seu estado de humor?
9. Fale-me sobre o seu período pré-operatório.
- 10.Você recebeu orientações?
- 11.Quais eram as suas expectativas?
- 12.Como foi o período logo após a cirurgia?
- 13.Houve mudanças na sua saúde?
- 14.Como você vê a sua questão com o peso atualmente? Você considera que suas expectativas foram alcançadas?
15. Você teve reganho de peso?
16. O que é necessário para a manutenção do peso alcançado após a cirurgia?

## ANEXO D - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- A. Caracterização do Profissional
  - 1. Especialidade
  - 2. Tempo de profissão
  - 3. Locais onde atua
  
- B. Indicadores: Imagem corporal e excesso de peso, estilo de vida: sedentarismo e comportamento alimentar (hábitos alimentares, compulsão e dieta), transtornos de humor e de ansiedade, cirurgia bariátrica, pós-operatório, manutenção e reganho de peso.
  
- C. Possíveis perguntas
  - Fatores de Clínica Médica
    - 1. Quais são os principais aspectos para que seja feita uma indicação de cirurgia bariátrica?
    - 2. Há quanto tempo você atua com cirurgia bariátrica?
    - 3. Quais são os principais aspectos de um bom pré-operatório?
    - 4. Quais são as principais orientações/recomendações a serem dadas neste período?
    - 5. Dentre as técnicas de cirurgia bariátrica permitidas no Brasil, qual você considera a de maior eficácia?
    - 6. Quais são os principais riscos?
    - 7. Que benefícios a cirurgia bariátrica pode trazer à saúde do paciente?
    - 8. Quais são os principais cuidados a serem tomados no pós-operatório?
    - 9. Quais são as principais orientações/recomendações a serem dadas neste período?
    - 10. Como deve ser feito o acompanhamento após a cirurgia?
  
  - A Equipe Multidisciplinar
    - 1. Que profissionais devem compor a equipe multidisciplinar na cirurgia bariátrica?
    - 2. De que maneira deve ocorrer o trabalho da equipe?
    - 3. De que maneira ocorre a interação entre os profissionais?
    - 4. Quais são os principais fatores para que uma cirurgia bariátrica seja considerada bem-sucedida?  
desejada?
  
  - Manutenção e Reganho de Peso
    - 1. O que é necessário para que o paciente alcance e mantenha a perda de peso desejada?
    - 2. O que é necessário para que se evite o reganho de peso?

**ANEXO E****QUADRO 1****CLASSIFICAÇÃO DA OBESIDADE SEGUNDO O RISCO PARA A SAÚDE**

<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Classificação</b>	<b>Riscos para a Saúde</b>
<b>18,0-24,9</b>	<b>Peso saudável</b>	<b>Sem riscos</b>
<b>25,0-29,9</b>	<b>Sobrepeso</b>	<b>Moderado</b>
<b>30,0-34,9</b>	<b>Obesidade Grau I</b>	<b>Alto</b>
<b>35,0-39,9</b>	<b>Obesidade Grau II</b>	<b>Muito Alto</b>
<b>&gt;40</b>	<b>Obesidade Grau III</b>	<b>Extremo</b>

**Fonte: Enciclopédia da Saúde: Obesidade e Outros Distúrbios Alimentares, vol.1/2, Rio de Janeiro:2001.pp.260**

## ANEXO F

## QUADRO 2

## CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA DAS OBESIDADES (ADAPTADO DE BRAY)

<b>Obesidade neuroendócrinas</b>
Síndrome hipotalâmica Síndrome de Cushing Hipotireoidismo Síndrome dos Ovários Policísticos Pseudo-hipoparatiroidismo Hipogonadismo Deficiência de hormônio do crescimento Insulinomia e hiperinsulinismo
<b>Obesidades iatrogêncas</b>
Drogas (psicotrópicos e corticosteróides) Cirurgia hipotalâmica
<b>Obesidades causadas por desequilíbrios nutricionais</b>
Dieta Hiperlipídica (principalmente gorduras saturadas) Dieta de confeitaria
<b>Obesidades causadas por inatividade física</b>
Inatividade forçada (pós-operatória) Inatividade do envelhecimento
<i>Obesidades genéticas</i>
Autossômicas recessivas Ligadas ao cromossoma X Cromossômicas

Fonte: Transtornos Alimentares e Obesidade. Porto Alegre: ArtMed, 1998, p.197-206.