

Vivência de mulheres que se submeteram à gastroplastia¹

The women's existence that they underwent the gastroplasty

Vivencia de las mujeres que se submeteram a la gastroplastía

Glenda Agra¹, Maria Emília Romero de Miranda Henriques^{II}

¹ Este artigo é parte da Dissertação de Mestrado, intitulada "Vivência de mulheres submetidas à gastroplastia", defendida em 28 de fevereiro de 2008.

^I Enfermeira e Psicóloga Hospitalar. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente da Faculdade Santa Emília de Rodat e da Universidade Unida da Paraíba. João Pessoa, PB. E-mail: g.agra@yahoo.com.br.

^{II} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pós- Doutora pela Escuela de la Salud Publica de la Universidad de Granada – ES. Docente do curso de graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. João Pessoa, PB. E-mail: milahenriques@hotmail.com.

RESUMO

A gastroplastia reduz as co-morbidades e melhora a qualidade de vida, resgatando a auto-estima e inclusão social do obeso mórbido. O estudo teve como objetivo investigar a vivência de mulheres que se submeteram à gastroplastia, a partir de seus discursos. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, do qual participaram 16 pacientes mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica. Os dados foram coletados nos meses de junho a julho de 2007, por meio da técnica de entrevista semi-estruturada, com a utilização do sistema de gravação, as quais foram analisadas qualitativamente, à luz da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Emergiram as seguintes idéias centrais: elevação da auto-estima e bem-estar psicológico; promoção de bem-estar físico; mudança negativa no pós-operatório imediato e mediato; mudança positiva após a fase de adaptação; possibilidade de maior socialização; satisfação familiar e pessoal enquanto mulher e maior disposição, segurança e melhor estado de humor. Conclui-se, portanto, que, a gastroplastia é um tratamento cirúrgico para obesos mórbidos, que remete à perda ponderal, melhora a auto-estima, mas que traz conseqüências negativas. Daí a importância do cuidar destas pacientes desde a decisão de se submeter à cirurgia até a total reabilitação.

Descritores: Mulheres; Gastroplastia; Qualidade de vida.

ABSTRACT

The gastroplasty reduces the co-morbidities and it improves the life quality, rescuing the self-esteem and social inclusion of the obese morbid. The study had as objective investigates the women's existence that you/they underwent the gastroplasty, starting from your speeches. It is treated of an exploratory study with qualitative approach, of which 16 patient women that underwent the bariatric surgery participated. The data were collected in the months of June to July of 2007, through the semi-structured interview technique; with the use of the recording system, which qualitative approach was analyzed, to the light of the technique of the Collective Subject's Speech. The following central ideas emerged: elevation of the self-esteem and psychological well-being; promotion of physical well-being; negative change in the postoperative immediate and mediate; positive change after the adaptation phase; possibility of larger socialization; family and personal satisfaction while woman and larger disposition, safety and better humor state. It is ended, therefore, that, the gastroplasty is a surgical treatment for obese morbid, that it sends to the loss body weight, it improves the self-esteem, but that brings negative consequences. Then the importance of taking care of these patients from the decision of submitting to the surgery to total rehabilitation.

Descriptors: Women; Gastroplasty; Quality of life.

RESUMEN

El gastroplastía reduce el co-morbidities y mejora la calidad de vida, mientras rescatando la autoestima y la inclusión social del obeso mórbido. El estudio tenido como el objetivo investiga la existencia de las mujeres que los sufrían el gastroplastía, mientras empezando de sus discursos. Se trata de un estudio exploratorio con acercamiento cualitativo de que 16 mujeres pacientes que sufrían la cirugía del bariatric participaron. Los datos eran reunido por los meses de junio a julio de 2007, a través de la técnica de la entrevista semi-estructurada; con el uso del sistema magnetofónico que el acercamiento cualitativo fue analizado, a la luz de la técnica del Discurso del Asunto Colectivo. Las ideas centrales siguientes surgieron: la elevación de la autoestima y bienestar psicológico; la promoción de bienestar físico; el cambio negativo en el postoperatorio inmediato y mediato; el cambio positivo después de la fase de adaptación; la posibilidad de socialización más grande; la familia y la satisfacción personal mientras la mujer y disposición más grande, seguridad y estado de humor bueno. Por consiguiente, ha acabado que, el gastroplasty es un tratamiento quirúrgico para obeso mórbido, que envía al peso de cuerpo de pérdida, mejora la autoestima, pero eso trae las consecuencias negativas. Entonces la importancia de cuidar de estos pacientes de la decisión de someter a la cirugía para sumar la rehabilitación.

Descriptorios: Mujeres; Gastroplastía; Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica, de etiologia multifatorial, além de ser caracterizada como psicossomática, apresentando fatores de risco para algumas patologias, consideradas graves, como dislipidemias, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, osteoartrite, entre outras. Ela apresenta enfoques genéticos, neuroendócrinos, metabólicos, nutricionais, ambientais, sociais e familiares e vem sendo considerada um dos graves problemas de saúde pública da modernidade⁽¹⁾.

A obesidade é determinada por causas múltiplas e complexas que levam ao distúrbio alimentar. O fracasso de tratamentos conservadores (dietéticos ou farmacológicos) tem levado à indicação do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida⁽²⁾.

A classificação etiológica da obesidade pode ser apresentada como de origem neuroendócrina, por ganho de peso induzido por medicamentos, por cessação de tabagismo, vida sedentária, alimentação, fatores psicológicos e sociais⁽³⁾. O Índice de Quetelet, utilizado como recurso diagnóstico antropométrico para definir o nível de obesidade, tem como inconveniente não distinguir entre a quantidade de massa gorda e de massa magra, porém foi adotado, em 1997, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como índice de referência de medida para a obesidade⁽⁴⁾.

A obesidade grau III, ou obesidade mórbida, é caracterizada quando o Índice de Massa Corpórea (IMC) e ultrapassa 40 kg/m². Essa condição patológica envolve aspectos indelévels à vida, pois está associada à diminuição da expectativa de vida, declínio da qualidade de vida e aparecimento de outras patologias, como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, doenças cardiovasculares, apnéia do sono, entre outras, aumentando, dessa maneira, a sua co-morbidade. De forma geral, a obesidade mórbida, além de acarretar transtornos emocionais, como depressão, ansiedade, transtorno de compulsão alimentar, bulimia, associa-se ao preconceito e estigma sociais⁽⁵⁾.

A obesidade mórbida acarreta problemas como a exclusão social, a qual conduz à discriminação e preconceito. Nesse contexto, o obeso passa a ser visto como pessoa incapaz de trabalhar, sem talento, inábil no deslocamento nos transportes públicos (uma vez que ocupa muito espaço ou não se acomoda adequadamente nas cadeiras) sendo vítima de achincalhos, capazes de acarretar uma diminuição da auto-estima⁽⁶⁾.

O obeso mórbido sofre por ter uma doença prejudicial à saúde, em sua perspectiva física e psíquica, ou seja, abrange diversos fatores: nutricionais, psicológicos, sociais ocasionando um déficit em sua qualidade de vida. Na busca de melhorar a qualidade de vida, o obeso realiza

diversos tratamentos: dietas nutricionais, reeducação alimentar, aumento das atividades físicas, além da modificação de comportamento e estilo de vida. Porém, quando essas medidas não alcançam êxito, o tratamento cirúrgico representa a terapêutica mais eficaz e, em muitos casos, é considerada a única solução⁽⁷⁾.

A obesidade mórbida, reconhecida como condição grave, implica três consequências: diminuição da qualidade de vida, devido à associação de co-morbidades, à diminuição da expectativa de vida e ao aumento de fracassos dos tratamentos conservadores⁽⁸⁾.

O obeso mórbido procura, na cirurgia bariátrica, a solução de seus problemas. Os principais objetivos da gastroplastia são a redução de co-morbidade e a melhoria da qualidade de vida⁽⁵⁾, podendo, também, com esse procedimento cirúrgico, ocupar outros espaços que foram prejudicados com essa patologia, neste caso, o resgate da auto-estima, inclusão social entre outros.

No entanto, as limitações físicas impostas pela obesidade mórbida diminuirão com o novo estilo de vida⁽⁹⁾ fazendo com que a pessoa experimente, através dessa nova situação, mudanças rápidas quanto à imagem corporal, visto que o obeso passa por algumas adaptações relacionadas a nova ingesta alimentar e questionamentos acerca da cirurgia. A diminuição progressiva da perda ponderal gera uma nova identidade corporal, o que intensifica alguns processos psicológicos, como elevação da auto-estima, proporcionando uma significativa melhora nos seus espaços sociais e psicológicos⁽¹⁰⁾.

As indicações para cirurgia bariátrica obedecem alguns critérios: que o paciente apresente um IMC \geq 40kg/m² ou apresente um IMC entre 35 e 40kg/m² associado a uma co-morbidade (diabetes mellitus, hipertensão arterial, apnéia do sono entre outras)⁽⁵⁾. A partir do momento em que a cirurgia é marcada, o paciente passa por uma rotina pré-operatória, a qual é exaustivamente detalhada, pois é a partir dessa história que o médico avaliará e escolherá a melhor técnica, que se adéque à história do paciente⁽¹¹⁾.

A manutenção permanente da perda ponderal é variável para cada paciente, dependendo da capacidade de absorção de energia, por unidade de superfície; do fenômeno de adaptação intestinal; da velocidade do trânsito intestinal, que pode ser influenciada pela maior ou menor ingestão de líquidos; do consumo de açúcar e do consumo de energia por unidade de massa corpórea⁽¹²⁾.

O período pós-operatório imediato é tido como difícil, pois o paciente encontra-se em estresse cirúrgico e está em fase de recuperação. Há uma desestabilização emocional, devido a dor e desconforto devido à ferida cirúrgica e drenos, adaptação à nova dieta líquida, restrições alimentares

e físicas, perda da autonomia naquele momento, expectativas, ansiedade, insegurança e emagrecimento ainda não visível. Portanto, o acompanhamento psicológico é imprescindível nesse momento, pois esse período está voltado para a adaptação aos novos hábitos⁽¹³⁾.

Os insucessos e as complicações das intervenções cirúrgicas para obesidade mórbida são inerentes ao método. Desse modo, os cuidados nutricionais, a aderência ao tratamento, o seguimento multidisciplinar garantem o sucesso da cirurgia⁽¹⁴⁾.

A expressão da qualidade de vida ligada à saúde tem mostrado variabilidade de conceitos, pois está relacionada às medidas de capacidade, ao estado de saúde, ao bem-estar psicológico, às redes de apoio social, à satisfação e ao estado de ânimo de pacientes⁽¹⁵⁾. Portanto, não se pode desvincular saúde de qualidade de vida, principalmente, no que diz respeito à obesidade mórbida, pois se observa melhora nas condições clínicas, o que remete respectivamente, à melhora na expectativa de vida e na qualidade de vida pós-cirurgia bariátrica⁽¹⁶⁾.

A gastroplastia tem como finalidade diminuir o peso ponderal, ocasionando o emagrecimento e o impedimento de aliviar tensões internas, através da superalimentação compensatória⁽¹⁷⁾.

Grandes mudanças ocorrem pós-gastroplastia: atitudes simples como sentar-se num barzinho (sem preocupar-se com a cadeira), ir ao cinema, viajar de avião, andar de ônibus, entrar numa piscina, ir à praia, recuperar o direito de ir e vir, não precisar de ajuda para levantar-se de um sofá ou mesmo para sua higiene pessoal, assumir responsabilidades das quais eram poupadas, por falta de condições físicas e pelas limitações que a obesidade impunha⁽¹⁸⁾.

As principais alterações apresentadas nos pacientes operados foram divididas de acordo com cada sistema⁽¹⁹⁾: no sistema respiratório, houve redução em quase 90% dos casos de asma e apnéia do sono. A redução das crises de asma foi atribuída à diminuição do refluxo gastroesofágico após o emagrecimento; no sistema cardiovascular, houve diminuição das pressões sistólicas e diastólicas com conseqüente diminuição do risco de hipertensão e infarto; queda acentuada do colesterol total, dos triglicérides, do ácido úrico e aumento da fração HDL do colesterol; nas alterações endócrinas, houve uma diminuição importante das taxas de diabetes e do risco e aparecimento da doença nos não diabéticos; as alterações gastrointestinais foram estenose da gastrojejunostomia, úlcera gástrica, fístulas gastrogástricas, obstrução intestinal de delgado, síndrome de Dumping, diarréia e vômitos, deficiência de ferro, vitamina B12, vitamina D e cálcio; nas alterações psiquiátricas, evidenciou-se o aumento da

auto-estima, melhora no relacionamento social e diminuição da ansiedade e depressão.

A gastroplastia objetiva não só eliminar ou amenizar as doenças associadas à obesidade, mas também promover o retorno às atividades sociais, melhorar o desempenho das atividades cotidianas e a afetividade interpessoal⁽¹⁴⁾.

Portanto, a gastroplastia se põe como alternativa para suprimir a obesidade mórbida em pacientes principalmente quando não possuem outra opção de tratamento.

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

Nessa perspectiva, é imprescindível conhecer a realidade do paciente que se submete à cirurgia bariátrica, tanto do ponto de vista de suas condições para manutenção de sua saúde quanto aos aspectos relacionados às suas condições físicas e psicológicas após o procedimento cirúrgico. Diante das considerações apresentadas, neste estudo foi traçado o seguinte objetivo: Investigar a vivência de mulheres que se submeteram à gastroplastia, a partir de seus discursos, na tentativa de mostrar a mudança da qualidade de vida, ou seja, a recuperação da auto-estima, a reintegração na sociedade, bem como a exclusão e preconceitos com obesos.

PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, realizado em uma clínica particular de gastroenterologia, entre os meses de maio e julho de 2007.

A pesquisa foi realizada com a anuência do diretor de uma clínica particular na cidade de João Pessoa-PB, onde as pacientes comparecem para consulta e evolução pós-operatória. O critério adotado para a escolha das participantes da pesquisa foi o período de pós-operatório mediato.

Para a coleta de dados, realizamos uma entrevista semi-estruturada, que constou de dados de identificação das participantes e perguntas referentes ao pós-operatório de gastroplastia, às mudanças no padrão alimentar, à vivência pós-gastroplastia no que se diz respeito aos aspectos social, familiar e profissional.

Todos os procedimentos metodológicos obedeceram aos padrões estabelecidos pela Resolução 196/96, que trata das Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. As entrevistas foram realizadas individualmente, em local privativo, após o agendamento prévio da data e horário e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em que constava a solicitação para gravar as informações. Os dados foram transcritos pelas pesquisadoras e validados pelos participantes. O projeto de pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (Protocolo nº 1070/07).

Para a análise dos dados, foi adotado o Referencial Metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), sugerida por Lefèvre e Lefèvre⁽²⁰⁾. Essa técnica é constituída de figuras metodológicas que possibilitam a tabulação dos dados provenientes dos relatos dos participantes envolvidos no estudo, para, posteriormente, serem consolidados em um único discurso.

Tal método enfatiza a requantificação pela análise de conteúdo, a requantificação pela categorização e a requantificação teórica. Ou seja, a soma dos discursos gera o DSC. No processo metodológico do DSC, são utilizadas as seguintes figuras metodológicas: Expressões-chave (ECH), que expressam a essência do depoimento, ou mais exatamente, o conteúdo do discurso; Idéias Centrais (IC), que são expressões linguísticas que revelam ou descrevem de forma mais sintética, precisa e fidedigna o sentido de cada discurso analisado e cada conjunto homogêneo de ECH; Ancoragem (AC), expressão linguística explícita de determinada teoria, ideologia ou crença, que o autor do discurso adota como uma afirmação; Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), ou seja, discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular, composto pelas ECH que tem a mesma IC ou AC; soma de pedaços do discurso que forma um todo discurso coerente.

Após a transcrição das falas (gravações), foi realizada a tabulação dos dados de cada pergunta da entrevista, copiando integralmente o conteúdo de todas as respostas relacionadas com determinada pergunta. Para essa etapa, foi elaborado um instrumento denominado Instrumento de Análise de Discurso (IAD). O IAD era constituído de ECH, IC e AC.

No segundo momento da tabulação, foram identificadas e sublinhadas em cada resposta, utilizando cores variadas para destacar, as ECH e as IC. No terceiro momento, foram identificadas as IC a partir das ECH. As IC são descrições do sentido presente nas expressões-chave, e não interpretações⁽²⁰⁾. O quarto momento caracterizou-se pela identificação e agrupamento das IC de mesmo

significado ou por similaridade. No quinto momento, foram denominados os agrupamentos por ordem alfabética. Depois, foi construído o DSC utilizando o IAD. Para construir o DSC, foi utilizado o material das ECH.

A partir das perguntas, foram definidos como idéias centrais, consideradas suficientes para análise: elevação da auto-estima, bem-estar psicológico e promoção de bem-estar físico; mudança negativa no pós-operatório imediato e mudança positiva após fase de adaptação; satisfação familiar e pessoal enquanto mulher, maior disposição, segurança e melhor estado de humor.

Os dados foram discutidos à luz da literatura pertinente e da experiência das pesquisadoras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média aritmética simples da idade das participantes do estudo era de 38 anos. Quanto à escolaridade, 13 mulheres tinham curso superior, 2 possuíam o curso superior incompleto, 1 tinha o ensino médio e, por fim, 1 tinha o ensino fundamental. Em relação ao estado civil, 8 eram casadas, 6 eram solteiras e 2 divorciadas. A média da renda familiar era de R\$ 2.795,00.

Em relação ao tempo que as participantes tinham feito a cirurgia, a média aritmética simples foi de 2 anos e 3 meses. No que diz respeito ao peso anterior (antes da cirurgia) e ao peso atual, as médias aritméticas simples foram, respectivamente, de 123,2kg e 76,8kg.

Apresentando o Discurso do Sujeito Coletivo

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

Quadro 1: Ideia central 1 e 2 e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes da pesquisa, em resposta ao questionamento 1. João Pessoa, 2007.

Questão 1. O que a cirurgia bariátrica proporcionou para melhorar sua qualidade de vida?	
1ª IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Elevação da auto estima e bem-estar psicológico	Elevação da auto-estima e bem-estar psicológico e aceitação da auto-imagem: não aceitava tirar a roupa, preferia tá vestida, e no escuro. Tomava banho bem rápido que era pra não me ver nua. O espelho eu só olhava o rosto; Prazer nas atitudes diárias como: meu sonho era cruzar as pernas, usar um salto 10 cm, me olhar no espelho e ver meu corpo inteiro, ver meus pés pela primeira vez; Tinha partes que a barriga não permitia ver [...], quando tirei o excesso de pele da barriga, fiquei encantada, me senti mulher [...]; Essa leveza nas atitudes diárias, como entrar num ônibus, sentar num cinema, poder me sentir mais fluida, mais ativa, poder entrar e sair sem estar carregando aquele corpo.
2ª IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Promoção de bem-estar físico	Melhorou em tudo na minha vida: resistência, disposição, Não andava direito, porque me sentia muito cansada, não ficar tão suada; Hoje, eu sou mais cheirosa [...] ; Até pra dormir ou levantar eram muitas dores, que sentia nas costas , depois que eu fiz a cirurgia melhorou em tudo; Eu sinto que meu sono, hoje, é fisiológico; Voltei a fazer exercício físico, porque a obesidade não dava condições de fazer, é aquela coisa, você é obeso, você precisa fazer atividade física, mas você já não tem mais condições, [...], posso lavar os meus pés, subir pra arrumar meu guarda-roupa, colocar um sapato, calçar uma meia; Entrar e sair de dentro de um carro.

A ideia central 1 da primeira questão evidencia que o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) das pacientes submetidas à gastroplastia expressa, de forma bastante clara, a elevação da auto-estima, uma vez que o reconhecimento de seu novo visual, ou seja, de seu corpo atual gera satisfação.

O DSC deixa transparecer que o bem-estar emocional revela-se como fator primordial da auto-estima, ou seja, o próprio julgamento feito através de crenças e atitudes que as participantes inseridas na pesquisa têm em relação a si próprias e ao pensamento de outros com relação às suas capacidades. Portanto, ter auto-estima é ter autoconfiança, ser feliz, ter auto-respeito, ser seguro.

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

Alguns autores^(5,18) revelam que a auto-estima de uma pessoa constitui a chave de seu comportamento, pois influencia seus processos mentais, suas emoções, seus desejos e suas metas; e é caracterizada por dois aspectos inter-relacionados: a auto-confiança, ou seja, a sensação de capacidade de realizar projetos e o auto-respeito, isto é, o sentimento, de que uma conduta tomada é ou foi condizente com os seus valores. Parte da auto-estima de uma pessoa resulta de como ela percebe o seu bem-estar físico. Isto é chamado de 'imagem corporal' e reflete não só o quadro mental que alguém faz de si mesmo, mas também a sua atitude diante de seu corpo com as várias partes e funções.

A partir do DSC, podemos nesta categoria afirmar que a gastroplastia melhora a auto-imagem e produz bem-estar físico e psicológico que se traduz na aquisição e participação no convívio social.

A ideia central 2 da primeira questão ressalta a promoção do bem-estar físico após a cirurgia, que se traduz em uma sensação de maior disposição e resistência nas atividades diárias, como andar, caminhar, levantar-se, dormir, bem como a

eliminação de certas doenças evidenciadas nos depoimentos das participantes do estudo.

O aparecimento de doenças decorrentes da obesidade é entendida como uma relação de dependência, que se traduz no impedimento de realizar tarefas por si próprio. Dois estudos^(10,14) ressaltam que a obesidade mórbida causa doenças, como dificuldade respiratória, hipertensão arterial, problemas articulares, artroses, problemas de sustentação do peso e varizes, dificuldades de se locomover e de se adaptar emocionalmente e socialmente e, por fim, incapacita as pessoas de fazerem tarefas corriqueiras, como sentar numa cadeira, passar numa roleta de ônibus, andar de bicicleta.

Conforme os DSC após a cirurgia, com a consequente diminuição de peso, as participantes da pesquisa começaram a usufruir melhor os movimentos corporais, que antes eram limitados, devido ao aporte excessivo de tecido adiposo.

Depois da cirurgia bariátrica, as participantes da pesquisa puderam desfrutar das atividades que priorizavam, acima de tudo, a satisfação na realização de tais atitudes e mudanças de

comportamento, frente às tarefas cotidianas, como: passar pela roleta do ônibus, sentar-se em cadeiras de plástico, calçar uma meia, amarrar os cadarços do tênis. Além disso, houve adesão à prática de exercícios físicos, como andar, caminhar, ir à academia, correr, pular, jogar, dançar, entre outros.

Pesquisas^(7,9,19) realizadas acerca dos benefícios da gastroplastia enfatizam que a cirurgia vai além de simples restrição calórica e perda ponderal. Há evidências de melhora do metabolismo da insulina e dos lipídeos. Nas pessoas que se submeteram à gastroplastia, a pressão arterial e a glicemia diminuem gradualmente, mesmo na ausência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Ao diminuir a absorção de gorduras, a cirurgia faz com que diminua os índices de colesterol e dos triglicerídeos, além de que a função e a morfologia hepática melhoram significativamente.

Desse modo, vale ressaltar que a qualidade de vida de uma pessoa expressa a qualidade de sua saúde, suas possibilidades, limitações individuais e coletivas. Representa o processo de satisfação de suas necessidades básicas e culturais de bem viver, de sobrevivência e de transcendência^(1,15,18).

Quadro 2: Ideia central 1 e 2 e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes da pesquisa, em resposta ao questionamento 2. João Pessoa, 2007.

Questão 2. O que a cirurgia bariátrica mudou no seu cotidiano, no que se refere ao padrão alimentar?	
1ª IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Mudança negativa no pós operatório imediato	A pior consequência foi os 3 meses de dieta líquida: na primeira semana, eu tive que tomar água de 30 em 30 minutos e uma refeição de meia em meia hora. Um copinho de suco de 50 ml ou um copinho com albumina batido, suco sem açúcar, e na segunda semana, um caldo de sopa sem tempero: é horrível! Comecei a mastigar e vinha as ânsias de vômitos, que ainda tenho; a ansiedade de comer ainda tenho, ainda como pra botar pra fora; Outra coisa negativa é viver me entalando; tenho que mastigar e quando isso não acontece, sinto logo um entalo e vomito.
2ª IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Mudança positiva após a fase de adaptação	Mudança nos hábitos alimentares: comia totalmente errado, hoje em dia, procuro mais alimento de qualidade. Como fruta, verdura, legumes, leite desnatado, adoçante, pão integral, produtos de soja, o que precisa é questão de disciplina; mudança na mastigação: além de comer pouco, tenho que comer bem mastigado, Controle alimentar: aprendi a me alimentar, pois eu não tinha controle, porque cabeça de gordo é eternamente gordo. A felicidade é tão grande, que a comida já não é mais importante. Você passa a ser seletiva de uma forma natural. Eu costumo dizer: drástico é tá gordo!

O DSC das participantes envolvidas no estudo expresso na ideia central 1 da segunda questão revela as consequências negativas da cirurgia bariátrica presentes nos períodos pós-operatório imediato e mediato das pacientes, como, por exemplo, náuseas, vômitos, síndrome de *Dumping*, aumento da flatulência, obstrução gástrica, alopecia e deficiência de alguns micronutrientes específicos, tais

como: ácido fólico, ferro e vitamina B 12, que justificam, mais uma vez, a necessidade de intervenção nutricional adequada.

Pesquisas^(8-9,12,19) realizadas acerca gastroplastia evidenciam que no pós-operatório, o reservatório gástrico diminui consideravelmente de tamanho acarretando deficiência de absorção de ferro, zinco, vitaminas e ácidos graxos desencadeando anemia,

desnutrição protéica e alopecia. Outro aspecto relacionado à cirurgia é que ao alimentar-se em vasta quantidade, o paciente pode entalar-se e é invadido por súbita sensação de mal-estar, o que induz o vômito, por meio do qual se alivia de tais sintomas.

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

O aspecto nutricional é muito importante para repor as perdas de elementos essenciais para a vitalidade do corpo e mente desses pacientes.

A partir do DSC, pode-se inferir que o sucesso da cirurgia bariátrica decorre de uma parceria entre o

recomendado pelo nutricionista e o cumprimento das dietas pelos pacientes cirurgiados.

Estudos^(7,12,19) realizados sobre o aconselhamento nutricional nos períodos pré e pós-operatórios enfatizam que o mesmo é imprescindível, pois se reforça a percepção do paciente acerca da importância de que perda ponderal só é possível quando o balanço energético torna-se negativo. Identificam-se, desse modo, erros e transtornos alimentares, promovendo expectativas reais de perda de peso, preparando o paciente para a alimentação específica no pós-cirúrgico, e, por fim, verificando o potencial do paciente para o sucesso da cirurgia.

Quadro 3: Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes da pesquisa, em resposta ao questionamento 3. João Pessoa, 2007.

Questão 3. Fale sua vivência após ter se submetido à cirurgia bariátrica, no que diz respeito à sua vida social.	
IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Possibilidade de maior socialização	Me sociabilizou mais, porque tinha vergonha e não tinha ânimo de sair de casa, tinha medo de sair, porque primeiro analisava as cadeiras, pra saber se ia caber, pra entrar ou, então, agüentar o meu peso. O ônibus? Tinha medo de ficar engasgada na roleta; Me achava feia, pesada; Já me senti discriminada várias vezes na rua: as pessoas ficam apontando, cochichando, xingando ou chacoteando você com apelidos ou sinônimos de gordo; A cirurgia resgata esse sentimento de não mais marginalidade, de não mais estar à margem do social, não mais ser tão diferente; A cirurgia me trouxe de volta: agora, eu tenho vida social!

A ideia central do questionamento 3 revela, através do DSC, que as participantes do estudo tiveram maior socialização depois que se submeteram à gastroplastia, visto que, após grande perda ponderal, deixaram de ser acometidas por sentimento de vergonha que emergia através de dois aspectos: o peso, ou seja, a massa corporal e o aspecto visual. O ser humano tem tendência a satisfazer sempre o outro, cuja opinião é carregada de ditames a serem seguidos.

O DSC evidencia a vergonha pelo corpo exageradamente grande, ou seja, as mulheres se percebiam enquanto obesas, e como mecanismo de defesa, evitavam mostrar o corpo, excluindo-se socialmente.

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

Autores^(1,13,17-18) relatam que o obeso mórbido é considerado desviante de padrões de normalidade estética, por isso torna-se estigmatizado e ainda mais, desacreditado, pois seu problema ou sua diferença física é um estigma visível. Desse modo, a

exclusão social contribui para a impossibilidade de compartilhar, levando a experiência da privação, de recusa, de abandono e de expulsão, caracterizando-se, desse modo, como exclusão social e não pessoal, pois admite discriminação, subalternidade, desigualdade e o não acesso ao público.

O DSC deixa transparecer que, depois da cirurgia (depois da importante perda ponderal), as participantes inseridas na pesquisa foram invadidas por um sentimento de encantamento por se sentirem participativas e ativas, deixando evidente a necessidade de estarem inclusas no meio social. Revelaram a vontade lancinante de viver "todo o tempo perdido" e, desse modo, sentir a sensação de liberdade, de plenitude, enfim, de se sentirem "viva".

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

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

Quadro 4: Ideia central 1 e 2 e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes da pesquisa,

em resposta ao questionamento 4. João Pessoa, 2007.

Questão 4. Fale de sua vida depois da cirurgia bariátrica nos contextos familiar e profissional.	
1ª IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO A minha família está me tendo de volta; antes, eu queria ficar distante das pessoas; Meus pais se sentem muito felizes em me ter hoje, porque eu podia estar morta; Meus filhos, eu noto eles mais felizes, porque todo mundo lá em casa era preocupado com minha saúde; É bom sentir bem; Com relação à sexualidade do gordo[...] as mulheres são mesmo generosas, porque o homem gordo é bem mais aceito do que a mulher gorda; mulher gorda sofre discriminação horrível, em relação à sexualidade. Então, isso foge do padrão do que o social impõe pra que você tenha como namorado ou que você seja uma pessoa desejável, atraente. Eu sei que hoje, eu tenho mais possibilidade de seduzir. Na vida afetiva mudou tudo: facilidade de se relacionar, ser pedida em namoro, ser pedida em casamento, enfim ser amada, me sentir mais mulher. Esse é o complemento que tava faltando, talvez era isso que eu buscava no alimento.
Satisfação familiar e pessoal enquanto mulher	
2ª IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO Na vida profissional, não podia andar daqui pr'ali, que sentia logo dores nas pernas, nos joelhos, ficava com dor na coluna, puxando o fôlego, toda suada, por causa do excesso de peso; Hoje, sou outra pessoa completamente diferente, tenho mais disposição, menos cansaço, meu esforço físico melhorou; Até pra estudar melhorou, porque com a gordura ficava mais preguiçosa e mais sonolenta; Com relação à vida profissional, na época da obesidade, uns empregos que você vai, o pessoal já lhe olha assim; se tiver um gordo e um magro, com certeza, ninguém vai avaliar seu currículo, vai querer o do magro; Depois da perda de peso, fiquei [...] melhor pra trabalhar, pegar outro emprego, não ficar naquela coisa só parada [...] melhorou bastante com relação a isso.
Maior disposição, segurança e melhor estado de humor.	

O DSC da ideia central do questionamento 4, com enfoque no contexto familiar, mostra com clareza que as participantes inseridas na pesquisa eximem-se de serem tocadas fisicamente ou de serem vistas quando gordas por seus maridos, contribuindo para a insatisfação das relações sexuais. Através das nuances do discurso, verifica-se que elas se denigrem frequentemente, rejeitam e envergonham-se de seus corpos, sentindo-se pouco à vontade em sua intimidade, pela falta de auto-estima.

O DSC das participantes da pesquisa expressa que as mesmas se sentiam sexualmente indesejáveis, e, por causa desse sofrimento emocional, evitavam lidar com avanços sexuais, necessários às suas intimidades sexuais. A obesidade mórbida permite que as participantes da pesquisa evitem o problema de ter que lidar com sua sexualidade.

Acerca da sexualidade e do prazer como indicativos, no que se refere à obesidade, alguns autores⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ dizem que a comida já é por si um prazer. No entanto, pode ser transformada numa substituição do prazer sexual. A ingestão alimentar excessiva relaciona-se ao prazer sexual de diversas

formas: pode está relacionada a uma resposta contra insatisfações sexuais; pode ser uma forma de esconder os desejos sexuais ou está sob a égide de esquivar-se do sexo.

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

O DSC correspondente ao questionamento 4 deixa transparecer que a família exerceu papel fundamental no pré e pós-operatório, representando fonte de apoio social.

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

Conforme alguns autores^(6,11), a família influencia e é influenciada pela saúde de seus membros e mostra ainda que, em cuidados primários à saúde, é fundamental reavaliar o contexto de saúde e doença no sistema familiar. No que refere à cirurgia bariátrica, a família se envolve no processo de preparação e continua com apoio no pós-operatório e isto representa a maior fonte de segurança para que

o paciente evolua bem. Faz-se necessário, assim, iniciar um trabalho de acompanhamento do paciente cirúrgico, no qual seja desenvolvida toda uma atenção ao paciente e sua família, prestando-se orientação em relação às expectativas da cirurgia, ou ouvindo-se sobre a ansiedade e a angústia para que se desmistifiquem as fantasias por meio de diálogo sobre estas manifestações, levando-se em conta o contexto social, econômico e cultural em que o paciente está inserido.

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

No DSC correspondente ao questionamento 4, com enfoque no contexto profissional, as participantes inseridas na pesquisa deixam transparecer que, enquanto obesas, sentiam dificuldades nas atividades laborais em decorrência do excesso de peso que impõe limitações.

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

Considerando o ambiente de trabalho, observa-se a existência de uma contínua busca por qualidade de vida, principalmente no que se refere à construção das identidades pessoal e social, as quais se configuram como questão essencial à saúde psicoafetiva e social do profissional.

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

No que se refere ao contexto profissional, autores^(1,6,15) salientam que, além dos avanços nos campos de sua técnica, organização, estrutura e desempenho de tarefas, a obesidade mórbida é um dos pontos de maior impacto frente às relações pessoais e à execução da atividade laboral. Essas variáveis, em conjunto com o aporte cultural das organizações em geral, acabam interferindo na qualidade de vida do profissional, tomando-o ponto convergente de discriminação e preconceito.

O DSC expressa que a cirurgia bariátrica propiciou melhora na qualidade de vida dessas mulheres, relacionada ao contexto profissional, deixando-as mais ativas, dispostas, seguras,

confiantes, menos indolentes. Nesse intercurso, percebe-se que O DSC evidencia o resgate da autonomia, ou seja, a capacidade de exercer seu papel social com dignidade, e, a partir disso, ser merecedora de reconhecimento.

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Com relação à elevação da auto-estima, observou-se, através do DSC, que as participantes inseridas na pesquisa sentiram-se mais mulheres, vestiram roupas de suas preferências, obtiveram leveza nas atitudes diárias, tornaram-se mais sensuais, aumentando assim o bem-estar psicológico.

Na promoção do bem-estar físico, o DSC mostrou que a cirurgia promove maior disposição para o autocuidado, bem como para o desenvolvimento de atividades ora impedidas pela obesidade mórbida. Ainda se consideraram as doenças que se oportunizam na pessoa que tem a obesidade mórbida.

Como tudo na vida e em todo procedimento que não é "natural" no ser humano, a gastroplastia demanda aspectos positivos e negativos, principalmente na fase de adaptação, ou seja, no pós-operatório imediato. Nessa perspectiva, um fato negativo evidenciado no DSC foi a mudança na quantidade, na qualidade e na consistência da alimentação, bem como a flacidez dos tecidos e a necessidade de outros tratamentos pós-gastroplastia. As mudanças positivas repousam na observância da reeducação alimentar e, principalmente, nos efeitos produzidos inicialmente a curto prazo. Verifica-se que

no início do pós-operatório, a perda ponderal é significativa, e isso gera satisfação pessoal e estimula a continuidade do tratamento.

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

Relacionada à satisfação familiar e enquanto mulher, o DSC mostrou quanto é importante a participação e incentivo da família na decisão de realizar a gastroplastia, bem como no processo de reabilitação. Nesse aspecto, constatou-se que, com o melhor convívio familiar, houve melhora na qualidade de vida das participantes da pesquisa. Vale ressaltar que a paciente e a família devem ser informadas antes do procedimento acerca dos benefícios e das alterações negativas do pós-operatório.

Maior disposição, segurança e melhor estado de humor foram evidenciados no DSC das participantes do estudo, em decorrência da perda de peso. Com a perda ponderal, verificou-se melhoria do desempenho, da respiração, do cansaço físico, gerando a possibilidade de a paciente executar tarefas que antes lhe eram dificultadas pelo excesso de gordura. Ainda a acessibilidade ao trabalho foi evidenciada pelas participantes do estudo, e a segurança foi considerada como uma auto-afirmação para o ser humano.

Durante e após a realização deste trabalho, as pesquisadoras, embora tenham sentido dificuldades na busca de literatura sobre o tema, consideram-no relevante, cuja contribuição para o ensino e para pesquisa é evidente. Este trabalho proporcionou um novo olhar para as pessoas que se submetem a esse tipo de procedimento, (principalmente para as mulheres inseridas na pesquisa) e, ao mesmo tempo, gerou conhecimentos para o desenvolvimento do cuidar e a elaboração de outros trabalhos que venham complementar esta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Felipe F. Obesidade zero. Porto Alegre: Sullina; 2003.
2. Santos IM, Fófano M. Características dos pacientes submetidos à cirurgia bypass gastrojejunal Y-de-Roux (Fobi-Capella) e avaliação da perda de peso. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde e Defesa Civil; 2007.
3. Puglia CR. Indicações para o tratamento operatório da obesidade mórbida. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2004 [cited 2009 dez 30];50(2):109-26 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20760.pdf>.
4. Mancini MC. Noções fundamentais – diagnóstico e classificação da obesidade. In: Garrido Jr AB. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 1-8.
5. Segal F, Fandiño J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet]. 2002 [cited 2009 dez 30];24 Suppl III:68-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13976.pdf>.
6. Michener HA, Delamater JD, Myers DJ. Psicologia social. São Paulo: Pioneira/Thompson Learning; 2005.
7. Toneto MG, Mottin CC, Repetto G, Rizzolli J, Moretto M, Berleze D et al. Resultados iniciais do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida em um centro multidisciplinar. Revista AMRIGS [Internet]. 2004 [cited 2006 mar 14];48(1):16-21. Available from: <http://www.amrigs.org.br/revista/48-01/Resultados%20iniciais%20do%20tratamento%20cir%C3%BArgico.pdf>.
8. Fandiño J, Benchimol AK, Coutinho WF, Appolinário JC. Cirurgia bariátrica: aspectos clínicos-cirúrgicos e psiquiátricos. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [Internet]. 2004 [cited 2009 dez 30];26(1):47-51 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n1/20476.pdf>.
9. Campgnolo CQ, Beatriz K, Prateado LM, Di Lascio RG, Heller DCL. A influência do acompanhamento psicológico na visão dos cirurgiões bariátricos na cidade de Curitiba [Internet]. Porto: O portal do psicólogos; 2004 [cited 2009 dez 30]. Available from: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0247.pdf>.
10. Garrido Junior AB. Obesidade em questão. São Paulo: Amil; 2006.
11. JD, Ferraz EM, Arruda PCL, Ferraz AAB, Martins ACAM, Garrido Jr AB. Rotina pré-operatória: exames clínicos e preparo. In: Garrido Jr AB. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 53-9.
12. Pareja JC, Pilla VF. Pós-operatório: cuidados e medicação. In: Garrido Jr AB. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 113-22.
13. Franques ARM. Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória B – participação do psicólogo. In: Garrido Jr AB. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 75-9.
14. Garrido Junior AB. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu, 2003.
15. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2000 [cited 2009 dez 30];5(1):7-18. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>.
16. Ades L, Kerbauy RR. Obesidade: realidades e indagações. Psicol. USP [Internet]. 2002 [cited 2005 abr 25];13(1):197-216. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100010.

17. Marta AK. Pensando sobre a obesidade... Cadernos da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. 2002; (106):25-29.

18. Segal A. Seguimentos dos aspectos psíquicos. In: Garrido Jr AB. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 287-290.

19. Ilias EJ. Consequências fisiológicas, psicológicas e metabólicas da cirurgia bariátrica. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2007 [cited 2009 dez 30];53(2):95-107. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n2/04.pdf>.

20. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: Educs; 2005.

Artigo recebido em 27.05.08.

Aprovado para publicação em 18.08.09.

Artigo publicado em 31.12.09.