

**UNIVERSIDADE TIRADENTES
CURSO NUTRIÇÃO**

**JANILSON TEIXEIRA DE SANTANA
JEORGEANY DIAS DE OLIVEIRA**

**A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO
NUTRICIONAL E PSICOLÓGICO NO PRÉ E PÓS-
OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA**

**ARACAJU
2014**

**JANILSON TEIXEIRA DE SANTANA
JEORGEANY DIAS DE OLIVEIRA**

**A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO
NUTRICIONAL E PSICOLÓGICO NO PRÉ E PÓS-
OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA**

Trabalho apresentado, para obtenção do Título de Bacharel em Nutrição da Universidade Tiradentes. Sob orientação da Prof^a Msc. Doriane da Conceição Lacerda.

**ARACAJU
2014**

RESUMO

A obesidade mórbida é uma doença crônica multifatorial, onde o paciente pode apresentar diversas complicações clínicas associadas. Por apresentar um quadro clínico de extrema complexidade que pode dificultar os tratamentos convencionais, a estratégia de tratamento mais eficaz tem sido a cirurgia bariátrica, porém ressalta-se a importância de uma avaliação multidisciplinar criteriosa que pontue o estado do paciente de ordem biológica, social e psicológica já que a psicopatologia é um traço comum nos indivíduos com obesidade.

O objetivo deste artigo é investigar aspectos nutricionais e psicológicos de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em uma clínica particular de Aracaju-SE.

Foi realizado estudo transversal com 25 pacientes portadores de obesidade mórbida, submetidos à gastroplastia “tipo Capella. Foi utilizado um protocolo próprio de coleta de dados o qual continha informações sobre a identificação do paciente (nome, idade, sexo, complicações, tipo de cirurgia), coletados dos prontuários dos pacientes, mediante autorização do cirurgião responsável. Os dados de motivação para a procura pelo atendimento nutricional e psicológico, alimentos preferidos e rejeitados. Para os dados de qualidade de vida foi aplicado o questionário BAROS (bariatric analysis and reporting outcome system).

Dos pacientes analisados a maioria eram do gênero feminino, tinha mais de 2 anos de cirurgia, com idade entre 26 a 66 anos, antes da cirurgia a comorbidade mais prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS), 64% e 52% fizeram o acompanhamento nutricional e psicológico pré-operatório e no pós-operatório 68% e 98% não compareceram para o acompanhamento respectivamente. O alimento menos tolerado foi a carne bovina e em relação a qualidade de vida a maioria afirma melhora considerável.

Apesar da melhora na qualidade de vida declarada pelos pacientes, é preciso que haja um estímulo maior para que os pacientes submetidos a cirurgias bariátricas mantenham o acompanhamento nutricional e psicológico no pós-operatório para prevenir possíveis complicações a médio ou longo prazo.

PALAVRAS-CHAVE/UNITERMOS: Obesidade, Cirurgia Bariátrica, Nutrição, Psicologia.

ABSTRACT

Morbid obesity is a chronic multifactorial disease, in which the patient may present with various clinical complications associated. By presenting a clinical picture of extreme complexity that can complicate conventional treatments, the most effective treatment strategy has been bariatric surgery, however we stress the importance of a careful multidisciplinary assessment that scores the patient's state of biological, social and psychological as psychopathology is a common trait in individuals with obesity.

The target of this paper is to investigate nutritional and psychological aspects of patients undergoing bariatric surgery at a private clinic in Aracaju - SE.

A cross-sectional study of 25 patients with morbid obesity undergoing gastroplasty "Capella type. A proper protocol for collecting data which contained information on patient identification (name, age, sex, complications, type of surgery), collected from patients who, upon authorization of the responsible surgeon was used. The data of motivation for the search for the nutritional and psychological treatment, preferred and rejected food. For data quality of life questionnaire BAROS (bariatric analysis and reporting outcome system) was applied.

Most of the patients studied were female, had more than 2 years of surgery, aged between 26 to 66 years before surgery the most prevalent comorbidity was hypertension (HBP), 64 % and 52 % made up nutritional and psychological preoperative and postoperative day 68 % and 98 % did not attend the follow-up respectively. The less tolerated food was beef and for the quality of life most states considerable improvement.

Despite the improvement in quality of life declared by patients, there must be a greater stimulus for patients undergoing bariatric surgery maintain the nutritional and psychological support postoperatively to prevent possible complications in the medium or long term.

KEYWORDS: Obesity, Bariatric Surgery, Nutrition, Psychology.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000), a obesidade é uma condição caracterizada por anormal ou excessivo acúmulo de gordura em tecidos adiposos com vários prejuízos para a saúde dos indivíduos afetados. A obesidade é considerada um comprometimento orgânico complexo, de diversas causas e de difícil manejo e tratamento. A obesidade é considerada uma doença crônica de difícil controle que, em sua manifestação mais grave, está sujeita a recidivas e insucessos terapêuticos (GILL, 2006; WHO, 2009). Ela se desenvolve ao longo da vida e está geralmente associada à comorbidades, nem sempre reversível após a intervenção terapêutica. As coronariopatias, hipertensão arterial, alterações da bomba cardíaca, diabetes melitus precoce, apneia do sono e embolia pulmonar são as principais comorbidades relacionadas ao excesso de peso. Ressalta-se ainda que a colelitíase, osteoartrite degenerativa, úlcera venosa, hérnias hiatal, inguinal e umbilical, e câncer de útero, mama e colón podem estar intimamente relacionados com excesso de peso.

Entretanto, nem todas as sociedades enxergam o excesso de peso como uma condição de infelicidade e estigma, nem pode ser atribuído a todas as pessoas como resultado de uma alimentação inadequada, sedentarismo ou fatores genéticos (HELMAN, 2009). As doenças associadas, agravadas ou causadas pela obesidade, levam a uma acentuada diminuição da qualidade de vida e o aumento da taxa de morbidade de tais pacientes, principalmente nos casos denominados de obesos mórbidos, quando apresentam uma grave desproporção entre o peso e a altura, iguais ou superiores a 40 kg/m² (FARIA, LEITE, 2012). A cirurgia bariátrica (CB) é apontada como um dos tratamentos mais eficazes para a obesidade grau III, tanto na redução do peso quanto na sua manutenção (ARASAKI, 2005; SANTOS, BURGOS, & SILVA, 2006; SEGAL & FANDIÑO, 2002). Este tratamento desponta num contexto em que os tratamentos convencionais, tais como dieta, atividade física, medicamentos e psicoterapia, ainda apresentam resultados insatisfatórios para obesidade mórbida, sendo que cerca de 95% dos pacientes retomam o ganho de peso igualando ou superando aos níveis iniciais em até dois anos (SANTOS,

BURGOS, & SILVA, 2006; SEGAL & FANDIÑO, 2002; VASCONCELOS & COSTA NETO, 2008).

Por outro lado a sociedade contemporânea cultua o corpo perfeito, com a interferência da mídia, que reforça e propicia a falta de espaço social ao obeso, gerando preconceito, marginalização, isolamento e exclusão social (FARIA, LEITE, 2012). A cirurgia bariátrica é vista como um meio eficaz de inclusão social mediante a qual o indivíduo ganha um novo corpo social e redefine a sua sociabilidade. Através da cirurgia bariátrica, o obeso pode alcançar a perda de peso com qualidade de vida e desenvolver mecanismos voltados para a sua nova etapa da vida. (FARIA, LEITE, 2012). Os comportamentos direcionados para o objetivo de conseguir um corpo que se enquadre nos padrões de beleza impostos como ideal podem afetar negativamente a percepção da imagem corporal, especialmente nos indivíduos que apresentam um quadro de sobrepeso e obesidade (APPOLINÁRIO & CLAUDINO, 2000). No entanto, com o crescente uso das cirurgias bariátricas no tratamento da obesidade, relatos pós-cirúrgicos para o aparecimento de anorexia nervosa e bulimia nervosa começam a ser descritos. Uma adequada avaliação psiquiátrica pré-cirúrgica é essencial para o diagnóstico e adequado tratamento precoce de um transtorno alimentar prévio (CORDÁS; LOPES FILHO; SEGAL, 2004).

Para o sucesso no tratamento cirúrgico da obesidade com promoção de perda ponderal satisfatória e manutenção de saúde é fundamental que o paciente tenha um acompanhamento nutricional direcionado para suas necessidades. Fazem-se imprescindíveis modificações de hábitos alimentares, com auxílio de instrumentos que promovam o entendimento dos pacientes em relação aos grupos, favorecendo a uma real educação nutricional reforçada por equipe multidisciplinar: médicos, nutricionista, psicólogo e posteriormente fisioterapeuta e educador físico.

Enfim, a maneira em que o paciente enxerga sua alimentação e o relacionamento que estabelece com os alimentos diante das varias situações sociais, culturais e psicológicas é um dado que pode contribuir para construção de ações de educação nutricional pré e pós-operatórias mais específicas e aumentar a eficiência do tratamento nutricional como um todo.

O objetivo deste trabalho é investigar aspectos nutricionais e psicológico de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em uma clínica particular de Aracaju-SE.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal com 25 pacientes portadores de obesidade mórbida, submetidos à gastroplastia “tipo Capella”. O estudo realizou-se durante o mês de abril de 2014, em uma clínica privada do município de Aracaju-SE, pós os pacientes assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. Para a seleção dos participantes do estudo, adotaram-se como critério de inclusão na amostra, todos os pacientes com acompanhamento regular durante o período de seguimento pré e pós-operatório estabelecido. O trabalho foi conduzido por meio de um protocolo próprio de coleta de dado o qual continha informações sobre a identificação do paciente (nome, idade, sexo, complicações, tipo de cirurgia) que foram coletados dos prontuários dos pacientes, mediante autorização do cirurgião responsável (ver Anexo). Além disso, foram coletados dados como motivação para a procura pelo atendimento nutricional e psicológico, alimentos preferidos e rejeitados. Para os dados de qualidade de vida foi aplicado o questionário BAROS (bariatric analysis and reporting outcome system), que analisa não apenas a perda de peso, mas também a diminuição das comorbidades e melhora da qualidade de vida do paciente com questões que abrangem a avaliação da autoestima, da atividade física, do relacionamento social, da disposição para o trabalho e da atividade e interesse sexual. Esse processo classifica os pacientes em cinco grupos (fracasso, aceitável ou ruim, bom, muito bom e excelente) (ver Anexo). Além disso, serão deduzidos pontos em relação às complicações cirúrgicas apresentadas pelo paciente e às reoperações (MARQUES, 2005). Para a tabulação dos dados foi utilizada a estatística descritiva e os resultados analisados e comparados com a literatura pertinente.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra foi composta por 25 indivíduos, os quais foram submetidos ao processo de cirurgia bariátrica nos últimos três anos. Deste, 84% (n= 21) do sexo feminino e 16% (n= 4) do sexo masculino, com idade entre 26 e 66 anos (Tabela 1).

O predomínio de mulheres na maior parte dos estudos pode ser justificado em parte, pelo sexo feminino se preocupar mais com a saúde e com a estética, buscando tratamentos específicos (RANGEL et al, 2007; GERMANO et al, 2010; LEHMANN et al, 2006).

Observa-se que a faixa etária predominante em ambos os sexos foi entre 36 a 50 anos, sendo esta média de idade a mesma encontrada em outros estudos de cirurgia bariátrica (QUADROS et al, 2007; DINIZ et al, 2008; PEDROSA et al, 2009).

Tabela 1: Característica sócio demográfico e qualitativo dos pacientes submetidos à gastroplastia. Aracaju, 2014.

Variável	Numero	Percentual (%)
SEXO		
Feminino	21	84
Masculino	04	16
IDADE		
Adulto	23	92
Idoso	02	8
ESCOLARIDADE		
Fundamental	03	12
Médio	06	24
Superior	16	64
PROFISSÃO		
Aposentado (a)	01	4
Biológicas	03	12
Exatas	06	24
Humanas	15	60
RENDA		
01 a 02 salários	03	12
03 a 05 salários	14	56
A partir de 06 salários	08	32

No presente estudo o máximo de peso encontrado anterior à cirurgia foi de 175 Kg e o mínimo de 93 Kg, com altura máxima de 1,90 cm e a mínima de 1,47 cm e o IMC máximo 68,39 Kg/m² e mínimo de 43,05 Kg/m². Nos achados da pesquisa algumas doenças foram demarcadas as principais apontadas em percentual, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) 36%, Diabetes Mellitus (DM) 28%, Dislipidemias (Hipercolestoremia) 12% e outras comorbidades representando 24% (Gráfico 1).

No que diz respeito ao diagnóstico da obesidade, o parâmetro utilizado pelos profissionais de saúde é o Índice de Massa Corporal (IMC) que classifica a presença de excesso de massa corporal associado ao risco de comorbidades sem, no entanto, distinguir valores de massa magra e gorda. A obesidade mórbida ou grau III é o maior grau de obesidade e caracteriza-se por IMC acima de 40 kg/m. Nesses casos, o tratamento clínico, baseado na mudança do estilo de vida, abrangendo o acompanhamento nutricional, psicológico e a prática de atividade física, não é suficiente para diminuir o comprometimento da saúde na maioria dos pacientes. Dessa forma, a cirurgia bariátrica pode ser indicada (CUPPARI, 2009; WHO, 1997; SBEE, 2004).

A forma mórbida da obesidade pode ser acompanhada por algumas comorbidades associadas, portanto, a indicação da cirurgia bariátrica é reforçada pela presença de tais comorbidades que resulta da obesidade ou por ela agravada, tais como: doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, síndrome da apneia do sono, alguns tipos de cânceres e muitas outras condições patológicas, fazendo da obesidade um desafio aos serviços de saúde, tanto no que se refere no tratamento quanto ao controle dessa epidemia (GERMANO et al, 2010; RANGEL et al, 2007).

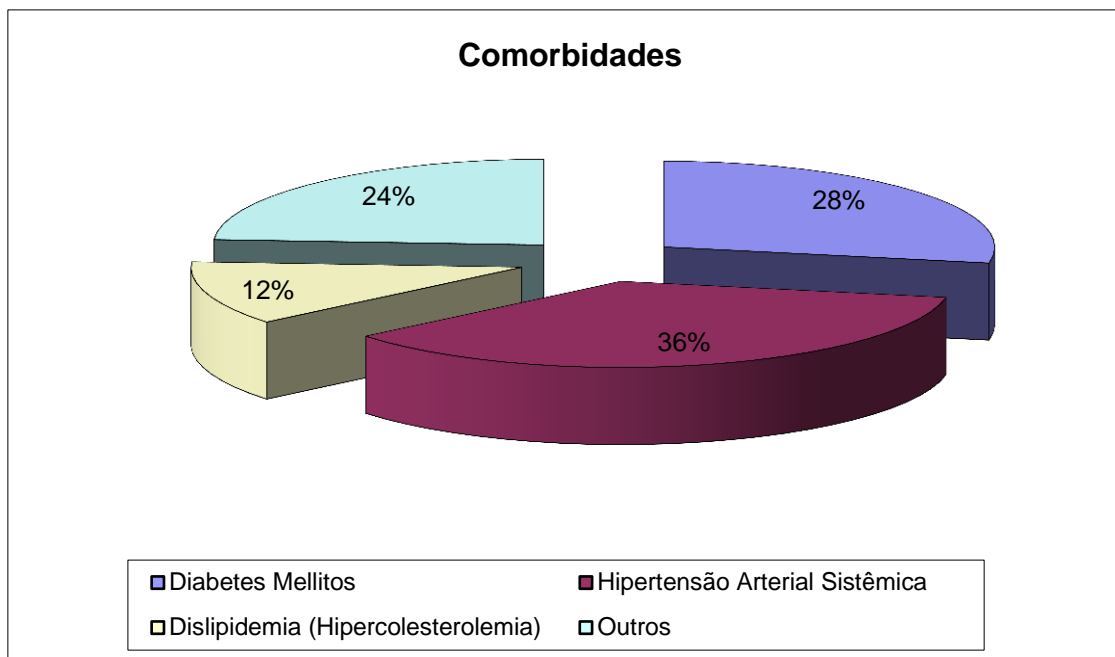


GRÁFICO 1: Comorbidades em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica de uma clínica particular de Aracaju-SE.

Segundo Garrido Júnior et al 2000, a cirurgia para tratamento da obesidade grave vem sendo empregada há quase 50 anos. Iniciou-se na década de 1950 com operações que causavam má absorção, abandonadas no fim da década de 1970 pelos seus efeitos indesejáveis graves e frequentes, tais como: diarreia, desidratação, vômitos, dor abdominal, problemas hepáticos e cirrose. A partir de então, passaram a predominar os procedimentos que limitam a ingestão de alimentos, seja pela simples restrição da capacidade do estômago, seja por sua divisão e anastomose ao jejuno proximal.

Segundo o Consenso Latino Americano de Obesidade (1999) as cirurgias são classificadas como disabsortivas e/ou restritivas. São reconhecidas 3 técnicas de tratamento cirúrgico. A gastroplastia vertical com bandagem foi desenvolvida em 1982 por Mason. É uma cirurgia restritiva que consiste no fechamento de uma porção do estômago através de uma sutura, gerando um compartimento fechado. A utilização de um anel de contenção resulta em um esvaziamento mais lento deste “pequeno estômago”. Com este procedimento, os pacientes experimentam uma redução em média de 30% do peso total nos primeiros anos. Porém, observa-se uma queda na velocidade de perda de peso para menos de 20% após 10 anos de seguimento.

Eles passam a selecionar e ingerir alimentos líquidos hipercalóricos com uma passagem rápida pelo “estômago estreitado” (p. ex.: “milk shake”, leite condensado, etc.) (FANDIÑO, BENCHIMOL, COUTINHO, APPOLINÁRIO, et al, 2004).

Nos últimos anos, entretanto, vem predominando uma terceira técnica que reúne a restrição à disabsorção, chamada de cirurgia de Capella. Aqui, a gastroplastia está associada a uma derivação gastrojejunal em formato da letra Y (chamada de Y de Roux). Este procedimento consiste na restrição do estômago para se adaptar a um volume menor que 30 ml. A redução de volume da cavidade é obtida através da colocação de um anel de contenção na saída do compartimento formado (orifício menor que 1.5 cm) e conexão com uma alça intestinal. A ingestão de carboidratos simples pode, assim, ocasionar a chamada síndrome de “dumping” (náuseas, vômitos, rubor, dor epigástrica, sintomas de hipoglicemia) (FANDIÑO, BENCHIMOL, COUTINHO, APPOLINÁRIO, et al, 2004).

Dentre os 25 entrevistados 100% foram submetidos à cirurgia de gastroplastia pelo método de Fobi-Capella nos últimos três anos. Segundo Herrera et al 2000, a cirurgia bariátrica feita pela técnica de Capella leva a uma perda total de 75% do excesso de peso no decorrer de um ano e é de extrema importância no tratamento da obesidade mórbida, por ser capaz de reduzir, ou até mesmo eliminar, as principais comorbidades relacionadas ao excesso de peso e, com isso, trazer melhorias na qualidade de vida do paciente.

O relato de casos dos pacientes estudados ressalta que 64% tiveram um acompanhamento pré-operatório nutricional, 52% realizaram o acompanhamento psicológico e 88% relatam ser importante o preparo no pré-operatório (Gráfico 2). Segundo Cronin & Mac Donough et al 1987, o intuito do aconselhamento nutricional no período pré-operatório é o aumento do potencial de sucesso no pós-operatório e objetiva promover perda de peso inicial, reforçar a percepção do paciente de que a perda de peso é possível quando o balanço energético se torna negativo, identificar erros e transtornos alimentares, promover expectativas reais de perda de peso, preparar o paciente para a alimentação no pós-operatório e verificar o potencial do paciente para o sucesso da cirurgia.

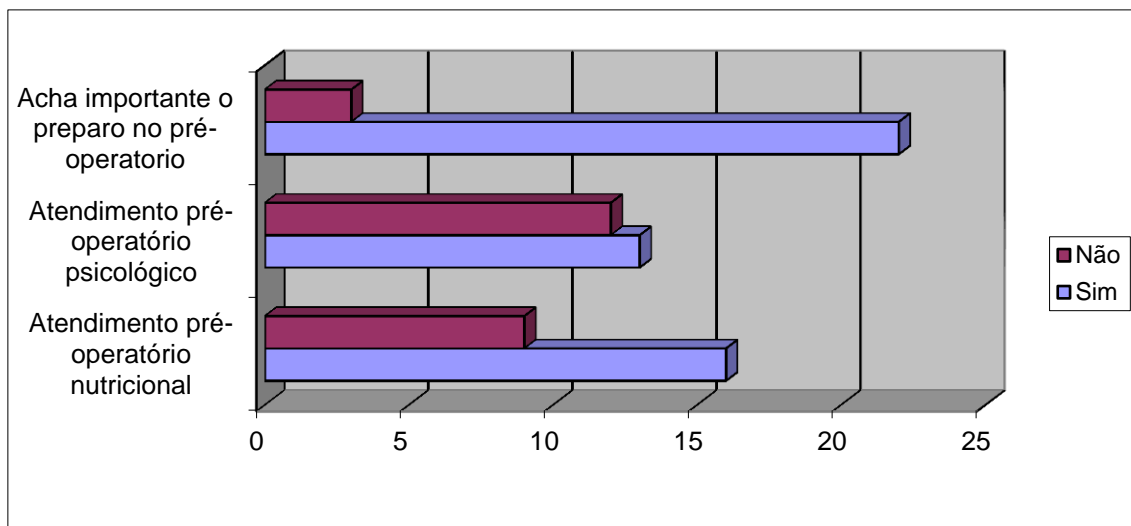


GRÁFICO 2: Opinião dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica sobre a importância dos atendimentos pré-operatório de uma clínica particular de Aracaju-SE.

Cronin & Mac Donough et al 1987, ressaltam a importância do trabalho em equipe para relatar o progresso de cada paciente a todos os membros, de forma que somente pacientes que tenham resultado satisfatório sejam liberados para cirurgia.

A redução do peso é a mudança mais visível e, talvez, a principal ocorrida após a cirurgia bariátrica. Tendo como base o emagrecimento, inúmeras outras alterações ocorrem, como a melhora das doenças associadas e da qualidade de vida.

Não é necessária a normalização do peso para se obter benefícios significativos na saúde. A moderada perda de peso pode aliviar as sequelas da obesidade maciça, mesmo que estes pacientes permaneçam obesos (MONTEFORTE e TURKELSON, 2000; BUSETTO et al., 2000; DEITEL, 2001). Segundo o conceito de Halverson e Koehler (1981), a redução de pelo menos 50% do excesso de peso inicial é considerada como sucesso terapêutico.

O processo cirúrgico demanda uma intensa adesão dos pacientes no período pós-operatório, pois implica modificações de hábitos alimentares, comportamentais e de estilo de vida. Portanto, é preciso que se tome cuidado com a crença que alguns pacientes têm no milagre cirúrgico, procurando um tratamento eficaz e passivo, podendo colocar em risco o êxito do tratamento, pela

desresponsabilização que essa situação pode causar por parte do paciente (EHRENBRINK et al, 2009).

Enfatiza-se a importância do Aconselhamento Nutricional cuidadoso no pós-operatório, pois o paciente passará por inúmeras modificações de hábitos alimentares. Segundo Antonini et al 2001, somente o acompanhamento nutricional adequado garante o sucesso da cirurgia, evitando complicações, como vômitos, intolerância alimentar e perda de peso insuficiente.

Após a cirurgia bariátrica, com a necessidade de mudanças drásticas nos hábitos alimentares, sociais e comportamentais, além da mudança de sua imagem corporal, surgem, muitas vezes, dificuldades de adaptação à nova vida e de adesão ao tratamento, podendo, assim, colocar em risco o sucesso da cirurgia. Nesse sentido, o paciente deve ser avaliado e acompanhado pela equipe multidisciplinar que estará envolvida no tratamento, em intervalos regulares, para monitorar o seu funcionamento psicológico (Fandiño et al., 2004).

Na população estudada somente 32% retornaram ao atendimento nutricional e 8% retornaram ao atendimento psicológico pós-cirurgia constatamos uma adesão negativa a equipe porque a partir desse momento, o paciente deve comparecer as consultas nutricionais e psicológicas mensalmente para dar continuidade ao tratamento. Mesmo com os dados apontados os pacientes relatam uma satisfação com o seu peso pós-gastroplastia tendo expressado em 60% (Gráfico 3).

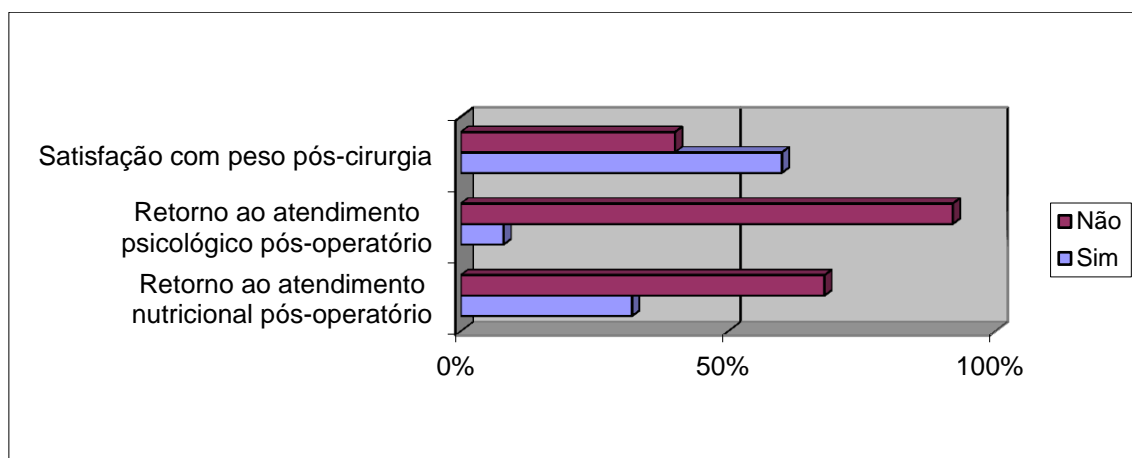


GRÁFICO 3: Retorno nutricional e psicológico no pós-operatório e satisfação do peso em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica de uma clínica particular de Aracaju-SE.

Verifica-se a necessidade de acompanhamento constante, pois durante as consultas itens essenciais para evitar sintomas indesejáveis e complicações são monitorados, verificando-se a necessidade de suplementos específicos e discutindo-se as modificações necessárias na alimentação, de acordo com a tolerância de cada um (CRUZ, MORIOTO et al, 2004).

Entre 18 e 24 meses de pós-operatório, é comum ocorrer uma perda de peso significativa. Frente a esta realidade, o acompanhamento nutricional no pós-operatório de cirurgia bariátrica, torna-se fundamental para garantir a monitoração da evolução de perda ponderal dos pacientes, assim como a monitoração do seu estado nutricional (MÔNACO et al, 2006). No presente estudo realizado o percentual de adesão às consultas nutricionais e psicológicas foram insignificantes. Esse dado deve ser motivo de novos estudos para verificar se os pacientes estão de fato fazendo o acompanhamento necessário e contínuo para manter sua perda de peso com saúde.

A frequência de sinais e sintomas dos entrevistados variou entre queda de cabelo com 84%, diarreia 32%, vômitos 28%, entre outros sintomas (Gráfico 4). A queda de cabelo ocorre devido a carências nutricionais ocasionados por erros alimentares, falta de ferro e/ou zinco, juntamente com outros desequilíbrios originados pelo processo cirúrgico, pois o mesmo aumenta ainda mais as necessidades nutricionais para controlar o estresse gerado (ZILBERSTEIN; CARREIRO, 2004). Vários autores comentam que os sinais e sintomas mais observados em pacientes que sofreram o procedimento cirúrgico são: anemia, anorexia, diarreia, síndrome de Dumping, e, desnutrição proteico-energética (PAPINI-BERTO; BURINI, 2001; SHILS, et al., 2003; MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002).

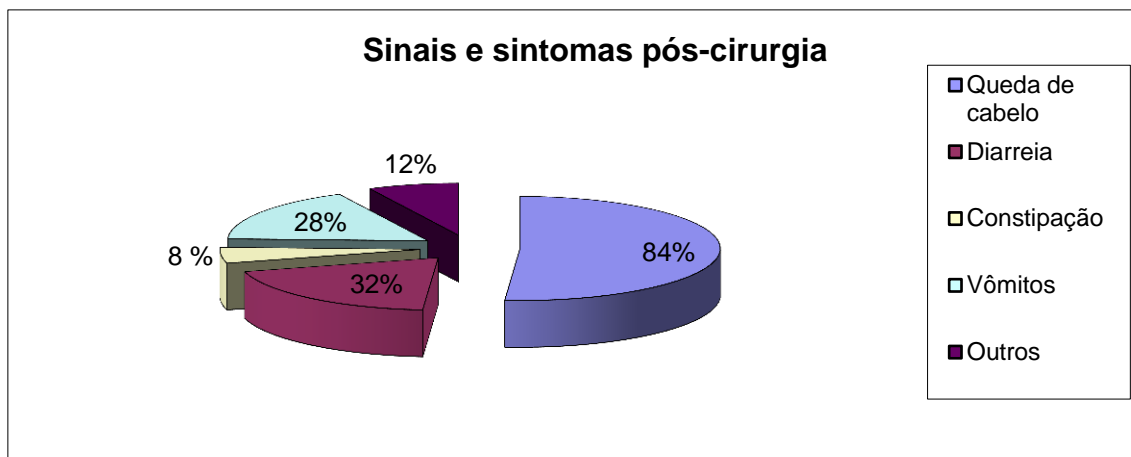


GRAFICO 4: Sinais e sintomas mais frequentes no pós-operatório em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em uma clínica particular em Aracaju-Se.

Quando a quantidade de ingestão for em excesso e a refeição for consumida em alta velocidade, os vômitos serão frequentes (SHILS et al., 2003). Comer ansioso, não mastigar direito os alimentos, alimentar-se em excesso e vomitar para aliviar esse excesso, indica que não há regularidade diante das orientações. O vômito não é normal, se persistir, indica possível problema com a operação. O paciente precisará se ajustar à nova capacidade gástrica, que está muito menor do que antes, de 30 a 50 ml de tamanho (ZILBERSTEIN; CARREIRO, 2004).

As carnes constituiu um dos alimentos considerado intolerados segundo a pesquisa ficando com os achados de 48% (Gráfico 5). Nelson et al 2004, descrevem a ocorrência de intolerância à carne vermelha e ao leite, levando a mal estar e náuseas. A experiência negativa com o alimento faz com que os pacientes tenham receio de ingeri-lo novamente, retardando a sua introdução. A orientação no pré-operatório, quanto à possibilidade de ocorrência de desconforto na introdução destes alimentos e sobre a necessidade de introdução gradual, reduziu a frequência de ocorrência do problema.

Knaane & Ortigoso et al 1999, destacam que os pacientes são diferentes uns dos outros e que o comportamento humano não é determinado por leis biológicas, mas por leis complexas relativas às ciências humanas em que o individual, o único deve ser considerado.

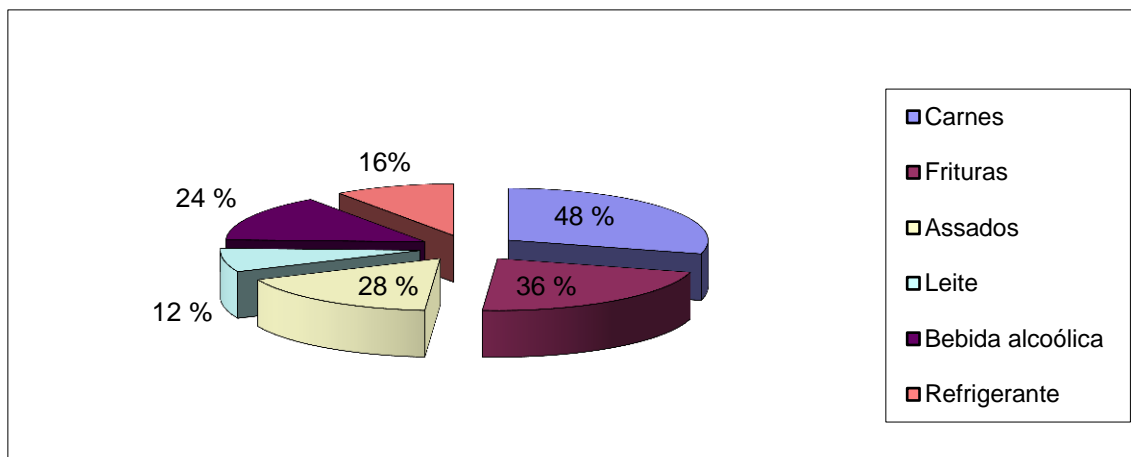


GRAFICO 5: Alimentos não tolerados por paciente no pós-operatório submetidos a cirurgia bariátrica de uma clínica particular de Aracaju-SE.

A qualidade de vida é influenciada por muitos fatores, incluindo psicológicos, físicos, relações com outras pessoas e com a sociedade. Representa um valor relativo que cada pessoa dá às suas necessidades e expectativas, atribuindo um nível de importância às limitações causadas por suas doenças (SOLOW, 1977; SULLIVAN, M. B., SULLIVAN, L. G. e KRAL, 1987; WADDEN et al., 1996; NGUYEN et al., 2001).

Após a operação bariátrica pode haver melhora significativa na confiança em si próprio, na autoestima, na percepção da imagem corporal, na sexualidade, na atividade física, no comportamento social e na motivação para o trabalho. Pode ocorrer melhora do estado emocional, assim como do humor e de outros transtornos psicossociais (SOLOW, 1977; GRACE, 1987; CAMPS et al., 1996; WADDEN et al., 2001; MARQUES, 2002).

O principal objetivo da cirurgia bariátrica é resolver problemas metabólicos e reintegrar os pacientes às atividades socioculturais e profissionais, e não restaurar a perfeição estética. Desta forma, é necessária uma mudança no estilo de vida do paciente, dando preferência aos alimentos saudáveis e uso de suplementação vitamínica, ferro e microelementos. Neste contexto, a intervenção mecânica serve apenas para aumentar a facilidade de adesão à dieta, induzindo à saciedade após a ingestão de pequenos volumes de alimentos. Porém, o cuidado nutricional deve ser mantido por toda a vida, caso contrário, poderá ser assumido um padrão alimentar de alta densidade calórica e desequilibrado nutricionalmente, resultando em aumento de peso e, conseqüentemente, desordens metabólicas (PREVEDELLO et al, 2009).

Na pesquisa foi utilizado um questionário autoral adaptado do artigo original “Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica”. Com questões de múltipla escolha e com mais de uma alternativa, aplicado de forma informal em conjunto com outros protocolos proposto no estudo.

Dentre os resultados expressivos com relação à autoestima prevaleceu à discriminação estética em função disso não desejavam mais ser obesos. Todo ser humano tem o desejo de ser aceito e apreciado. O indivíduo obeso muitas vezes – se não na maioria delas – é abatido pela autoestima ZAGO, (2006) define a autoestima como “opinião e sentimento que cada pessoa tem por si mesmo”. “É ser capaz de respeitar, confiar e gostar de si”.

Muitos dos pacientes referem-se ao “o dia do arrependimento” por múltiplos fatores pós-cirurgia, nos pacientes pesquisados 76% afirmam não ter passado por esse questionamento.

As mulheres são mais suscetíveis aos padrões impostos pela mídia, buscam mais os tratamentos para a obesidade e também apresentam maior frequência de distúrbios alimentares e psiquiátricos (Matos et al., 2002). Este fato pode ser observado também em adolescentes, pois entre eles as meninas possuem uma maior insatisfação corporal quando comparadas aos meninos (KOSTANSKI, 1998). Um estudo longitudinal conduzido entre 1987 e 2004 concluiu que as porcentagens de mulheres submetidas à CB eram de 85% em 1987 e de 80% em 2004 (SAMUEL, 2006).

No estudo realizado cerca de 40% dos entrevistados negou a existência de transferência de impulsos alimentares para outro foco como bebida, compras, sexo ou até mesmo a comida. O comer compulsivo pode estar ligado a outros transtornos psiquiátricos que possuem uma maior incidência na população obesa (BERNARDI, CICHELERO, & VITOLO, 2005), sendo os mais frequentes a ansiedade e a depressão. No caso da ansiedade, o ato de comer é justificado pelos obesos como um modo de diminuir essa ansiedade, levando a um ganho de peso proporcional à frequência de ocorrência de episódios de ansiedade (CAPITÃO & TELLO, 2004). Embora os candidatos à CB possam apresentar várias alterações comportamentais características de psicopatologias, as mais comuns são a ansiedade e a depressão (FADIÑO & APPOLINÁRIO, 2006; OLIVEIRA, 2004; ZANCANER, 2012).

A dificuldade de adesão nos primeiros 15 dias de dieta líquida e posteriormente em dosar os alimentos no estômago representaram 40% das insatisfações dos pacientes estudados. No momento da evolução do esquema alimentar de uma semana para a outra, o paciente é orientado a observar se terá condições de consumir a quantidade indicada, maior que a da semana anterior. Recomenda-se um cuidado especial na primeira refeição. Caso esteja farto antes de consumir a quantidade indicada orientado a não forçar, evitando vômitos. O paciente deve estar ciente também de que pode haver variações de consumo de uma refeição para a outra e que o volume indicado é o máximo que ele pode consumir, não devendo preocupar-se caso consuma menos, esporadicamente (CRUZ, MORIOTO et al, 2004).

Os pacientes submetidos à gastroplastia no estudo tiveram 76% de disciplina no tocante às orientações nutricionais. Bem como foi relatado 40% de uma situação típica do processo cirúrgico “comer e vomitar”. A aquisição de novos hábitos alimentares é fruto de esforço, portanto mais uma conquista para o ex-obeso. O sabor passou a ser valorizado, pois comer devagar, mastigando bem os alimentos por exigência da cirurgia, parece ter sido fator fundamental dessa mudança. Como visto, a cirurgia são modificações apenas na quantidade ingerida, mas também o tempo que o alimento permanece na boca até ser engolido. Trata-se de um aprendizado cujas consequências se fazem sentir em vários setores da vida. Os ex-obesos ainda estão ávidos por comida, porém agora já conseguem desacelerar o momento de comer (BENEDETTI, 2003).

A família no contexto das relações teve uma adesão positiva de 100% na forma de acolhimento e percepção com esse recém-operado. É uma decisão humana de quem não quer correr o risco de ver complicações em pessoa de sua estima, com uma cirurgia que não é de urgência e, possivelmente, até desnecessária. Com certeza, esse familiar não tem que se locomover com o excesso de peso, não avalia o risco de morte ou a possibilidade de viver 10 a 15 anos a menos, ou ainda suportar uma qualidade de vida deteriorada. (BALTASAR, 2000).

Podemos perceber que há uma preocupação com outros fatores, além da perda de peso, para avaliar o sucesso do tratamento cirúrgico da obesidade. A melhora da qualidade de vida e a redução de doenças relacionadas à obesidade são

também analisadas. Nesse protocolo de avaliação denominado de BAROS: (Bariatric analysis and reporting, outcome system), são atribuídos pontos a cada um dos aspectos: perda do excesso de peso, redução da comorbidade e qualidade de vida. De acordo com a pontuação, os resultados são classificados em Excelente, Muito Bom, Bom, Aceitável e Insuficiente (DINIZ et al, 2002).

No estudo foi utilizado o protocolo de avaliação de BAROS: (Bariatric analysis and reporting, outcome system), para quantificar e qualificar os resultados dos avaliados, tendo um grau satisfatório quanto à qualidade de vida.

Referente à perda de peso esperado os pacientes apresentaram um alto grau de satisfação com índices de 80% e 76 % com relação a sua autoestima (Gráfico 6). Os ganhos foram considerados numerosos e de maneira geral vinculados à sensação de normalidade, à possibilidade de fazer as coisas simples que os “outros” fazem, visto que as dimensões do corpo agora se aproximam dos padrões de normalidade e a alimentação está mais controlada. Assim, recuperaram a saúde, voltaram a viver melhor, adquiriram autoconfiança, melhorando a autoestima e os autocuidados. Com isso sentiram segurança para melhorarem as inserções sociais, o relacionamento familiar e o desenvolvimento profissional. Todos esses resultados foram percebidos como grandes conquistas graças aos esforços despendidos (BENEDETTI, 2003).

Com relação à atividade física pós-cirurgia bariátrica os pacientes estudados adquiriram em 56% o habito satisfatório da atividade física (Gráfico 6). A atividade física regular apresenta vários benefícios no tratamento da obesidade: aumento do gasto energético, estímulo da resposta termogênica aumentada a TMB e a termogênese induzida pela dieta, aumento da capacidade de oxidação e mobilização da gordura, melhora o condicionamento cardiovascular (RADOMINSKI, 1998).

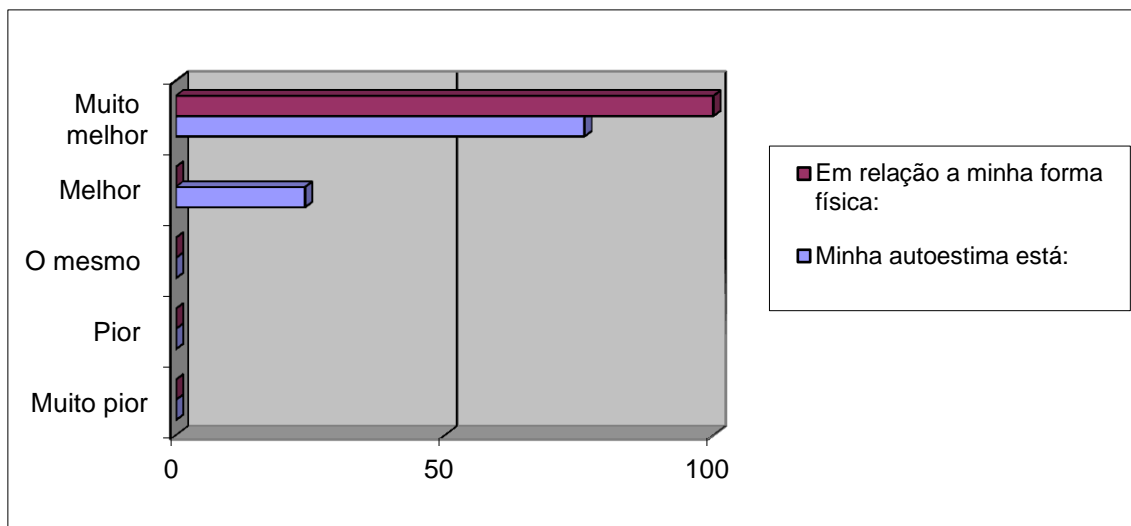


GRAFICO 6: Autoestima e forma física do Questionário de Qualidade de Vida - BAROS: (Bariatric analysis and reporting, outcome system) de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica de uma clínica particular de Aracaju-SE.

O exercício físico, por sua vez, não se mostra tão efetivo para o emagrecimento, quando adotado isoladamente. A melhor estratégia para potencializar a perda de gordura, sem que haja redução substancial de massa magra, é então, a associação do exercício físico com o tratamento dietético (COSTA, 2004).

Dos 25 pacientes submetidos aos questionários e protocolos 88% afirmou que fariam novamente a cirurgia de gastroplastia se assim necessitassem. As re-operações podem ser necessárias nos pacientes que continuam com índices anormais de peso, naqueles pacientes com comorbidades antigas ou novas que justifiquem nova intervenção e ainda para o tratamento de complicações específicas de cada procedimento cirúrgico. As re-operações devem ser realizadas apenas quando todas as medidas conservadoras falharem na resolução da causa do insucesso terapêutico (MARCHESINI, J. B. e MARCHESINI, J. C. D., 2002).

As re-operações, em geral, são tecnicamente difíceis; estão associadas a maiores índices de complicações e devem ser indicadas precisamente. Preferencialmente, devem ser feitas em tecido não manipulado previamente. Muitas vezes a operação empregada na primeira técnica pode condicionar a escolha da segunda técnica (MARCHESINI, J. B. e MARCHESINI, J. C. D., 2002).

De acordo com dados levantados com a população estudada 84% afirmam sentir-se com mais capacidade de trabalhar e 48% asseguram estar mais envolvido com atividades sociais. Cade et al. (2009) afirmam que os aspectos

positivos do emagrecimento geralmente levantados pelos pacientes são: elevação da autoestima, disposição para o trabalho, sensação de corpo leve, melhores condições de saúde.

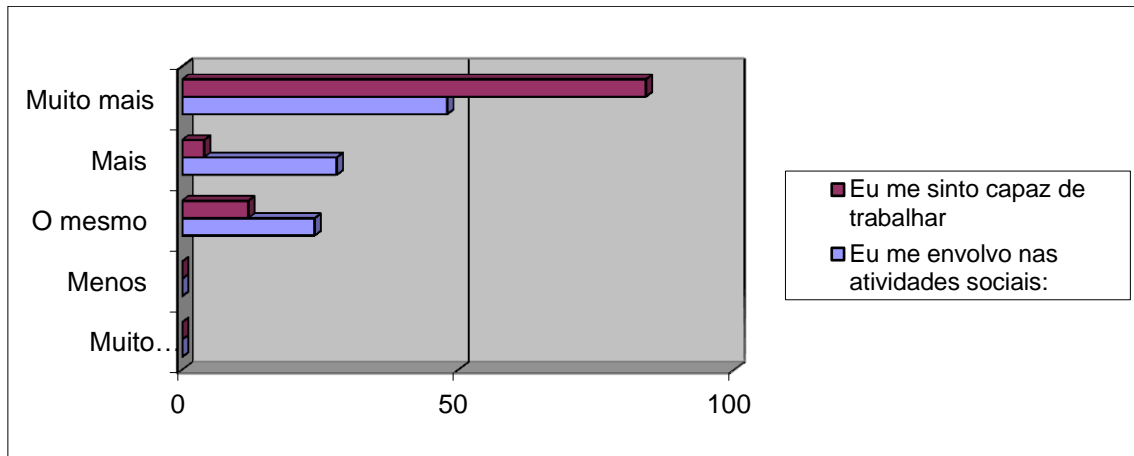


GRÁFICO 7: Capacidade de trabalho e envolvimento nas relações sociais do Questionário de Qualidade de Vida - BAROS: (Bariatric analysis and reporting, outcome system) de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica de uma clínica particular de Aracaju-SE.

Dos 25 pacientes aqui estudados 60% comprovaram que seu interesse sexual ficou muito melhor (Gráfico 7). De fato a obesidade compromete a sexualidade não apenas pelas dificuldades físicas, devido ao acúmulo de gordura e comorbidades associadas que afetam a função sexual, mas também porque o obeso possui a sexualidade fortemente reprimida devido à insatisfação e distorção com relação a sua imagem corporal (GONÇALVES E MORAES; 2004).

Estudos realizados com 31 mulheres obesas na Universidade Federal do Maranhão mostram que as mesmas foram beneficiadas positivamente tanto nos domínios sexuais como, desejo, excitação, lubrificação e orgasmo, quanto no aspecto emocional diminuindo a ansiedade frente sexualidade (BARROQUEIRO, 2009).

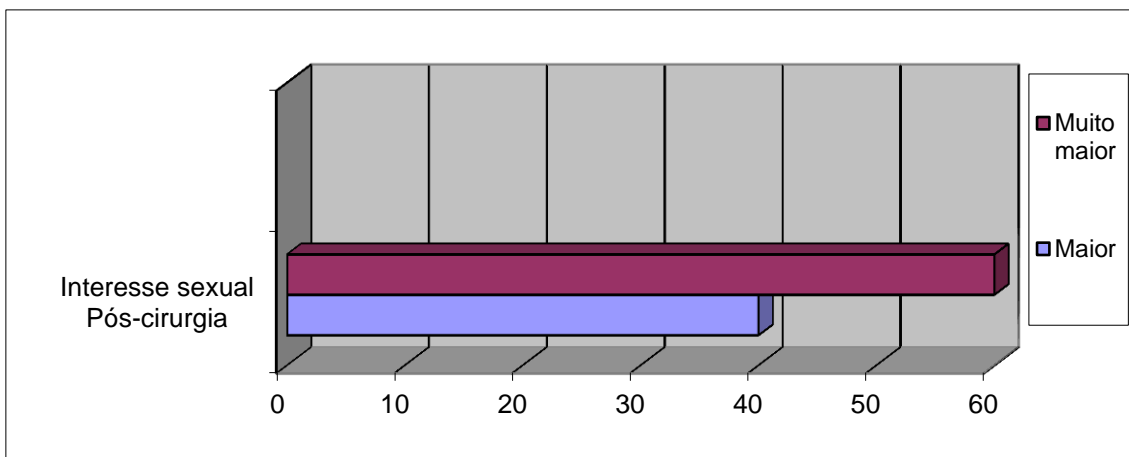


GRÁFICO 8: Interesse sexual do Questionário de Qualidade de Vida - BAROS: (Bariatric analysis and reporting, outcome system) de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica de uma clínica particular de Aracaju-SE.

A cirurgia bariátrica é uma forma efetiva e sustentada de redução do peso, sendo que a mesma é acompanhada da melhora das doenças associadas à obesidade e apresenta índices de readaptação psicológica e social alto (WAITZBERG, 2000; GELONEZE; PAREJA, 2006; HALPERN; MANCINI, 2002).

CONCLUSÃO

Toda mudança corresponde a uma reação social e a uma resposta emitida em forma de comportamento. Desta feita, a pessoa que perde peso, aumenta seu senso de valor próprio, se traja com maior propriedade, sente-se mais adequada, é percebida como objeto de desejo. O eixo obesidade – cirurgia – comportamento – psicologia – nutrição, aspectos sociais, profissionais, sexuais e autoestima são processos interligados propiciando outro “eu” depois da cirurgia e o conseqüente emagrecimento; um “eu” mais verdadeiro que se enquadra ou deixa de ser refém dos ditames sociais, culturais e dependência emocional e/ou psicológica proporcionando uma melhor qualidade de vida.

A conscientização maior em tratar esses indivíduos de forma multidisciplinar, levando em conta as variáveis ambientais, psicológicas e fisiológicas, a fim de que se busque uma alternativa mais eficaz no seu combate.

A mudança de hábito alimentar é um processo contínuo; os esclarecimentos sobre alimentação e nutrição devem anteceder a cirurgia e ser construído de modo a alicerçar uma educação alimentar duradoura. É de suma importância à construção do conhecimento da ingestão alimentar desse grupo, orientando e prevenindo as carências nutricionais. O sucesso da cirurgia decorre em “tratar a cabeça” antes do procedimento operatório no que diz respeito ao acompanhamento psicológico observando uma relação direta com o ganho de peso.

Há uma carência de publicações e nesse sentido novos estudos devem ser realizados sobre o retorno aos profissionais nutricionistas e psicólogos no pós-operatório dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. É fundamental para garantir o sucesso da cirurgia, monitorando a evolução dos pacientes em relação à perda de peso, aspectos alimentares e psicológicos, adesão a dieta, no sentido de promover o aconselhamento dietético adequado e o impacto na perda ponderal.

REFERÊNCIAS

ANTONINI DR, PARIERA CRV, SIMÕES N, CONCON Filho A. Avaliação nutricional dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Bol Cirur Obes 2001; 2(4):3.

APPOLINÁRIO, J. C., & CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. Revista Brasileira de Psiquiatria, 22(2), 28-31, 2000.

ARASAKI, C. H. Cirurgia bariátrica para tratamento da obesidade. In A. M Claudino & M. T. Zanella (Orgs.), Guia de transtornos alimentares e obesidade (pp. 287-296). São Paulo: Manole, 2005.

BALTASAR, A. Como de jarde ser obeso. Madrid: Arán Ediciones, p. 202, 2000.

BARROQUEIRO, R.S.B. Sexualidade, ansiedade e depressão em mulheres após cirurgia bariátrica. Maranhão, 2009. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde). Universidade Federal do Maranhão.

BENEDETTI, C. De obeso a magro: a trajetória psicológica. São Paulo: Vetor, 2003.

BERNARDI, F., CICHELERO, C., & VITOLO, M. R. Comportamento de restrição S. S. Almeida, D. P. Zanatta, & F. F. Rezende alimentar e obesidade. Revista de Nutrição, 18(1), 85-93, 2005.

BUSETTO, L.; PISENT, C.; RINALDI, D.; LONGHIN, P. L.; SEGATO, G.; DE MARCHI, F.; FOLETTI, M.; FAVRETTI, F.; LISE, M.; ENZI, G. Variation in Lipid Levels in Morbidly Obese Patients Operated with the LAP-BAND® Adjustable Gastric Banding System: Effects of Different Levels of Weight Loss. Obesity Surgery, New York, v. 10, n. 6, p. 569-577, Dec. 2000.

CADE, N. V. BORLOTI, E., Perin, A. R. V. e R., Silveira K. A., Ferraz, L., Bergamim, M. P. Efeitos de um treinamento em autocontrole aplicado em obesos. [Versão eletrônica], 2009.

CAMPS, M. A.; ZERVOS, E.; GOODE, S.; ROSEMURGY, A. S. Impact of bariatric surgery on body image perception and sexuality in morbidly obese patients and their partners. Obesity Surgery, v. 6, n. 4, p. 356-360, Aug. 1996.

CAPITÃO, C. G., & TELLO, R. R. (2004). Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas. Revista Psicologia Hospitalar; 2(2); Jan/Mar; 14(1):65-72, 2009.

Consenso Latino Americano de Obesidade. Arq Bras Endocrinol Metab; 43:21-67, 1999.

CORDÁS, T. A., LOPES, A. P. F., SEGAL A. Transtorno alimentar e cirurgia bariátrica: Relato de caso. Arq. Bras Endocrinol Metab, 48(4), 2004.

CORDÁS, Táci A.; LOPES FILHO, Arnaldo P.; SEGAL, Adriano. Transtorno Alimentar e Cirurgia Bariátrica: Relato de Caso. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v. 48, nº 4, p.564-571, agosto, 2004.

COSTA, R. F. Obesidade: Exercício físico. Revista Qualidade em Alimentação e Nutrição, Nº 17, 10-11 Janeiro 2004.

CRONIN BS, MAC Donough AB. Nutrition management of morbid obesity in conjunction with surgical intervention. Top clin nutr; 2(2):59-68, 1987.

CRUZ, Magda R. R., MORIMOTO, Ivone M. I. Intervenção nutricional no tratamento da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. Ver. Nutr., Campinas, 17(2):263-272, abr/jun., 2004.

CUPPARI, L. Nutrição nas doenças crônicas não transmissíveis. Barueri, SP: Manole, 2009.

DEITEL, M. How Much Weight Loss is Sufficient to Overcome Major Co-Morbidities. Obesity Surgery, New York, v. 11, n. 6, p. 659, Dec. 2001.

DINIZ, M.F.H.S.; PASSOS, V.M.A.; BARRETO, S.M.; DINIZ, M.T.C.; LINARES, D.B.; MENDES, L.N. Perfil de pacientes obesos classe III do Sistema Público de Saúde submetidos à gastroplastia em "Y de ROUX", no Hospital das Clínicas da UFMG: altas prevalências de super obesidade, comorbidades e mortalidade hospitalar. Revista Médica de Minas Gerais, v.18, n.3, p.183-190, 2008.

DINIZ, M.T.C.; SANDER, M.F.H.; ALMEIDA, S.R. Critérios de eficiência do tratamento cirúrgico e Avaliação de qualidade de vida. In: GARRIDO JR. A. B. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu, p.309-316, 2002.

DOBROW, I. J, KAMENETZ, C., & DEVILIN, M. J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, Dez. 2002.

EHRENBRINK, P.P.; PINTO, P.E.E.; PRANDO, L.F. Um novo olhar sobre a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares. São Paulo – SP. 7(1); 88-105, 2009.

FADIÑO, J. N., & APOLINÁRIO, J. C. Avaliação psiquiátrica da cirurgia bariátrica. In Nunes, M. A., Appolinário, J. C., Galvão, A. L. & Coutinho, W. (Org.), Transtornos Alimentares e Obesidade. Porto Alegre: Artmed, (pp. 343-352), 2006.

FANDIÑO J., BENCHIMOL A. K., COUTINHO W. F., APPOLINÁRIO J. C. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Jan/Abr. 2004.

FARIA, V. B.; LEITE, S. L. Qualidade de vida: Um processo avaliativo pós-cirurgia. Meta: Avaliação/ Rio de Janeiro, v.4, n.10, p. 78-90, jan/abr. 2012.

GARRIDO Jr AB, HALPERN A, RODRIGUES, JGG. Cirurgia para obesidade grave: vivência de duas décadas. Rev Bras Nutr Clín; 15(3):400-5, 2000.

GERMANO, A.C.P.L.; CAMELO, C.M.B.M.; BATISTA, F.M.; CARVALHO, N.M.A. Perfil Nutricional dos Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica e dos Critérios Adotados para Encaminhamento em um Hospital de João Pessoa, PB. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, v.14, n.2, p.43-59, 2010.

GILL, T. Epidemiology and health impact of obesity: an Asia Pacific perspective. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 15 (Suppl), 3-14, 2006.

GONÇALVES, A.F; MORAES, D.E.B. Obesidade e sexualidade. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. v. 15, n.1, p.103-112. 2004.

GRACE, D. M. Patient selection for obesity surgery. *Gastroenterol. Clin. North Am.*, v. 16, n. 3, p. 399-413, Sep. 1987.

HALVERSON, J. D.; KOEHLER, R. E. Gastric bypass: analysis of weight loss and factors determining success. *Surgery*, v. 90, n. 3, p. 446-455, Sep. 1981.

HELMAN, C.G. *Cultura, saúde e doença*. 5 ed. Tradução de Ane Rose Bolner. Porto Alegre: Artmed, p. 432, 2009.

HERRERA MF; LOZANO-SALAZAR RR; GONZÁLES-BARRANCO, J, Rull JA. In: Deitel M, Cowan Jr GSM. Update: surgery for the morbidly obese patient. Canada: FD Communications; p.55-62, 2000.

KNAANE, R.; ORTIGOSO, SAF. O profissional da saúde e o seu cliente. *Rev Banas Qualidade*; 8(89): 74-8, 1999.

KOSTANSKI, M. Adolescent body image dissatisfaction: relationship with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(2), 255-262, 1998.

LEHMANN, A.L.F.; VALEZI, A.C.; BRITO, E.M.; MARSON, A.C.; SOUZA, J.C.L. Correlação entre hipomotilidade da vesícula biliar e desenvolvimento de colecistolitíase após operação bariátrica. *Rev. Col. Bras. Cir.*, v.33, n.5, p.285-8, 2006.

MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. Krause: alimentos, nutrição & dietoterapia. 10. ed. São Paulo: Roca, 2002.

MARCHESINI, J. B.; MARCHESINI, J. C. D.; MARCHESINI, S. D.; CAMBI, M. P. C.; FRARE, R. C.; STROBEL, R. Derivações Biliopancreáticas com Gastrectomia Distal (Operação de Scopinaro) e Gastrectomia Vertical com Preservação do Píloro (Duodenal Switch de Hess e Marceau). In: GARRIDO JR., A. B.; FERRAZ, E. M.; BARROSO, F. L.; MARCHESINI, J. B.; SZEGO, T. *Cirurgia da obesidade*. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 163-171.

MARQUES, H. P. V. Evidências epidemiológicas da correlação entre as etapas de avaliação e o resultado final do BAROS - Bariatric Anlysis and Reporting Outcome System. 76f. Dissertação (Mestrado em Clínica Cirúrgica) - Programa de Pós-Graduação em Princípios de Cirurgia da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, Curitiba, 2002.

MARQUES, H. P. V. Evidências epidemiológicas da correlação entre as etapas de avaliação e o resultado final do BAROS - Bariatric anlysis and reporting outcome system. Curitiba, 2003. 76 f. Tese (Mestrado em Clínica Cirúrgica) - Programa de Pós-Graduação em Princípios de Cirurgia da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná.

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

MATOS, M. I. R., Aranha, L. S., Faria, A. N., Ferreira, S. R. G., Bacaltchuck, J., & Zanella, M. T. Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 165-169, 2002.

MATOS, M. I. R.; ZANELLA, M. T. Alterações do comportamento alimentar, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade grau III. *Rev. Abeso*, São Paulo, v. 3, n. 9, 2001.

MÔNACO, D.V.; MERHI, V.A.L.; ARANHA, N.; BRANDALISE, A.; BRANDALISE, N.A. Impacto da cirurgia bariátrica “tipo capella modificado” sobre a perda ponderal em pacientes com obesidade mórbida. *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, v.15, n.4, p.289-298, jul./ago., 2006.

MONTE FORTE, M. J.; TURKELSON, C. M. Bariatric Surgery for Morbid Obesity. *Obesity Surgery*, New York, v. 10, n. 5, p. 391-401, Oct. 2000.

MOTTIN, CC. Tolerância alimentar no acompanhamento pós-operatório da cirurgia bariátrica: um estudo de 149 pacientes obesos mórbidos. *Bol Cirurgia da Obes*; 3(3):45, 2002.

NELSON JK, GASTINEAU CF, MOXNESS KE. *Mayo clinic diet manual: a handbook of nutrition practices*. Missouri: Mosby; p.195-205, 1994.

NGUYEN, N. T.; RIVERS, R.; WOLFE, B. M. Early Gastrointestinal Hemorrhage after Laparoscopic Gastric Bypass. *Obesity Surgery*, New York, v. 13, n. 1, p. 62-65, Feb. 2003.

OLIVEIRA, V. M., LINARDI, R. C., & AZEVEDO, A. P. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4),199-201, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global*. Genebra: OMS, 2004. (Relatório da Consultadoria da OMS).

PAPINI-BERTO, S.J.; BURINI, R.C. Causas da desnutrição pós-gastrectomia. *Arq. Gastroenterol*; 38(4): 272-5, 2001.

PEDROSA, I.V.; BURGOS, M.G.P.A.; SOUZA, N.C.; MORAIS, C.N. Aspectos nutricionais em obesos antes e após a cirurgia bariátrica. *Rev. Col. Bras. Cir.*, v.36, n.4, p.316-322, 2009.

PREVEDELLO, C.F.; COLPO, E.; MAYER, E.T.; COPETTI, H. Análise quantitativa e qualitativa da dieta de pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Rev. Bras. Nutr. Clin.*, v.24, n.3, p.159-65, 2009.

QUADROS, M.R.R.; SAVARIS, A.L.; FERREIRA, M.V.; BRANCO FILHO, A.J. Intolerância alimentar no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev. Bras. Nutr. Clin.*, v.22, n.1, p.15-9, 2007.

RADOMINISKI, R. B. A importância da atividade física no tratamento da obesidade. In: HALPERN, A. et al. *Obesidade*. Lemos Editorial, São Paulo, p. 247-260, 1998.

RANGEL, L.O.B.; FARIA, V.S.P.; MAGALHÃES, E.A.; ARAÚJO, A.C.T.; BASTOS, E.M.R.D. Perfil de saúde e nutricional de pacientes portadores de obesidade mórbida candidatos à cirurgia bariátrica. *Rev. Bras. Nutr. Clin.*, v.22, n.3, p.214-9, 2007.

SALLET, P.C.; SALLET, J.A.; DIXON, J.B.; COLLIS, E.; PISANI, C.E.; LEVY, A.; BONALDI, F.L.; CORDÁS, T.A. Eating behavior as a prognostic factor for weight loss after gastric bypass. *Obes. Surg.*, v.17, n.4, abr., 2007.

SAMUEL, I., MASON, E. E., RENQUIST, K. E., ZIMMERMAN, M. B., & JAMAL, M. Bariatric surgery trends: an 18 years report from the International Bariatric Surgery Registry. *The American Journal of Surgery*, 192, 657-662, 2006.

SANTOS, E. M. C., BURGOS, M. G. P. A., & SILVA, S. A. Perda ponderal após a cirurgia bariátrica de Fobi-Capella: realidade de um hospital universitário do nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 21(3), 188-192, 2006.

SEGAL, A., & FANDIÑO, J. Indicações e contraindicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 68-72, 2002.

SHILS, M.E.; OLSON, J.A.; SHIKE, M.; ROSS, A.C. *Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença*. 9. ed. Barueri, SP: Manole, 2003.

SOLOW, C. Psychosocial aspects of intestinal bypass surgery for massive obesity: current status. *Am. J. Clin. Nutr.*, v. 30, n. 1, p. 103-108, Jan. 1977.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEE). Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. *Sobrepeso e Obesidade: Diagnóstico*, 2004. Disponível em: <http://projotodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/089.pdf>. Acesso em: 23 maio 2013.

SULLIVAN, M. B.; SULLIVAN, L. G.; KRAL, J. G. Quality of live assessment in obesity: physical, psychological and social function. *Gastroenterol. Clin. North. Am.*, v. 16, n. 3, p. 433-442, Sep. 1987.

VASCONCELOS, P. O., & Costa Neto, S. B. Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. *Psico*. 39(1), 58-65, 2008.

WADDEN, T. A.; SARWER, D. B.; ARNOLD, M. E.; GRUEN, D.; O'NEIL, P. M. Psychosocial status of severely obese patients before and after bariatric surgery. *Problems in General Surgery*, v. 17, n. 2, p. 13-22, Jun. 2000.

WADDEN, T. A.; SARWER, D. B.; WOMBLE, L. G.; FOSTER, G. D.; MCGUCKIN, B. G.; SCHIMMEL, A. Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surgical Clinics of North America*, v. 81, n. 5, p. 1001-1024, Oct. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva, 2000. Report of a WHO consultation.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2009). Obesity and overweight. Geneva, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Report of a WHO Consultation on Obesity. Obesity, preventing and management the global epidemic. Geneva: WHO, 1997.

ZAGO, Cristina. O que é autoestima? Disponível em:
<<http://www.uol.com.br/cyberdiet/colunas/autoestima.html>>. Acesso em: 25 abr.2014.

ZANCANER, M. S. O papel do psicólogo no período Peri operatório hospitalar de cirurgia bariátrica. In A. R. M., Franques & M. S. A Arenales-Loli (Orgs.), *Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade* (pp. 13-30). São Paulo: Vetor, 2012.

ZILBERSTEIN, B.; CARREIRO, D.M. *Mitos & realidades sobre obesidade e cirurgia bariátrica*. 1.ed. São Paulo: Referência Ltda, 2004.

ANEXO

QUESTIONARIO DE AVALIAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICO/NUTRICIONAL

Nome: _____

Sexo: F () M () Idade: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____

Renda familiar: _____ Altura: _____ Peso anterior à cirurgia: _____

Peso atual: _____ Peso ideal: _____ Procurou atendimento nutricional no pré-operatório? SIM () NÃO () Se SIM quantas vezes? _____ Se não porque não procurou? _____

Procurou atendimento psicológico no pré-operatório? SIM () NÃO () Se SIM quantas vezes? _____ Se não porque não procurou? _____

Por qual motivo que procurou?

- () Buscando carta de recomendação para cirurgia
- () Porque o medico mandou
- () Para fazer educação alimentar
- () Para perda de peso
- () Para me preparar para a cirurgia
- () Nenhuma das alternativas

Além da obesidade, possui alguma comorbidades abaixo:

() Diabetes () Hipertensão () Dislipidemia () Outra.

Qual? _____

Tipo de intervenção cirúrgica?

() Banda Gástrica () Scopinaro () Fobi-Capela () Outra () Qual? _____

Tempo de internação cirúrgica?

() 01 dia () 02 dias () 03 dias () 05 dias ou mais

Há quanto tempo realizou a cirurgia?

() 01 mês () 02 a 03 meses () mais de 06 meses

Retornou ao atendimento nutricional no pós-operatório?

() Se SIM, por qual motivo _____
() Se NÃO, por que motivo _____

Retornou ao atendimento psicológico no pós-operatório?

() Se SIM, por qual motivo _____
() Se NÃO, por qual motivo _____

Você achou importante o preparo no pós-operatório? Por quê?

Até o momento, quanto perdeu de peso?

() 05 kg () 10 kg () 20 kg () 30 ou mais kg

Apresenta ou apresentou alguns dos sinais e sintomas abaixo?

Queda de cabelo Diarreia Constipação Vômitos Outros

Qual? _____

Quais alimentos você não consegue ingerir?

Doces Frituras Assados Grelhados Carnes Leite Ovos

Queijo Legumes Verduras Frutas Pães e massas Água e sucos

Bebida alcoólica Refrigerantes

QUESTIONARIO PSICOLÓGICO

1) Hoje, que a operação já foi feita, você acha que foi mais motivado (a) por quais dos fatores abaixo?

- Discriminação social e estética Saúde debilitada
- Situação conjugal estremecida
- Depressão Desejo interno de iniciar uma nova etapa na vida
- Não queria mais ser gordo
- Pelos limites físicos que tinha para fazer o que gostava de fazer.

2) Você fazia algum tratamento para controlar problemas da área emocional?

- Para a depressão Para a ansiedade Para transtorno do pânico
- Para compulsão Para transtorno bipolar Para a insônia
- Para transtorno explosivo
- Para transtorno compulsivo alimentar Nenhum dos acima

3) Após a operação seu estado emocional se alterou?

- Sim, mas somente no hospital Sim, no período da dieta líquida
- Sim, nos primeiros 30 dias
- Sim, nos primeiros seis meses em que fiquei sem açúcar.
- Sim, no primeiro ano Alterou para melhor assim que a dor passou
- Continuo a mesma pessoa.

4) Você chegou a ter “o dia do arrependimento”, descrito por alguns operados, quando estão com dor no hospital, ou quando passam por alguma consequência cirúrgica que não esperavam?

- Sim Não

5) Um dos assuntos conversados nas entrevistas pré-operatórias é a possibilidade de transferir o mecanismo impulsivo-compulsivo para outro foco como a bebida, as compras, o sexo ou mesmo continuar na comida. Isso ocorreu com você? (Tente ser sincero para fins de pesquisa).

- Sim, estou bebendo muito.
- Sim, estou comprando muito.
- Sim, estou comendo e vomitando muito.
- Sim, estou trocando muito de parceiras (os)
- Sim, estou jogando muito.
- Sim, estou praticando exercícios exageradamente.
- Sim, estou consumindo medicações exageradamente.
- Nenhuma das acima.

6) Qual você considera a pior fase da operação?

- Fase dos exames Perícia Retorno da anestesia
- Quinze dias dos líquidos
- O início da mastigação Dosar o alimento no novo estômago
- Pensar em plásticas e em novo internamento.

7) Você conseguiu seguir as orientações nutricionais?

- Sim, totalmente Sim, mas somente as orientações dietéticas (comida), não tomei suplementos. Sim, mas só quanto aos suplementos, não segui a dieta
 Não

8) Você acha que desenvolveu algum problema alimentar do tipo:

- “Comer e vomitar” “Mastigar e dispensar o bagaço da comida”
 “Perder o prazer de comer” “Evitar situações que sejam concentradas no ato de comer: jantares, almoços, coquetéis.” Nenhuma das alternativas

9) Hoje que você já passou por todo o procedimento e que alguns serviços fazem seis meses de preparo pré-operatório, você acha que as consultas psicológicas poderiam ser estendidas para quatro a seis ao invés de ficar em uma única antes da operação?

- Sim Não

10) Você acha que sua família estava preparada para conviver com você mais magro (a) e com melhor autoestima, e com todas as consequências disso?

- Sim Não

11) Mesmo sua autoestima estando em alta após a cirurgia bariátrica, você pode afirmar que seu desejo sexual está melhor?

- Sim Não

12) Você perdeu o peso que esperava perder?

- Sim Não

13) Você mudou seu estilo de vida adicionando hábitos saudáveis do tipo exercícios físicos regulares e com orientação profissional?

- Sim Não

14) Você faria a operação novamente?

- Sim Não

15) Você acha que existe preconceito em relação ao operado bariátrico?

- Sim Não

QUESTIONÁRIO BAROS UTILIZADO PARA AVALIAÇÃO DOS PACIENTES
QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA PÓS-OPERATÓRIO-BAROS (bariatric
analysis and reporting outcome system). MARQUE A ALTERNATIVA QUE
CORRESPONDE A SUA QUALIDADE DE VIDA APÓS A CIRURGIA.

1. MINHA AUTOESTIMA ESTÁ:

MUITO PIOR PIOR O MESMO MELHOR MUITO MELHOR

2. EM RELAÇÃO A MINHA FORMA FÍSICA:

MUITO PIOR PIOR A MESMO MELHOR MUITO MELHOR

3. EU ME ENVOLVO NAS ATIVIDADES SOCIAIS:

MUITO MENOS MENOS O MESMO MAIS MUITO MAIS

4. EU ME SINTO CAPAZ DE TRABALHAR:

MUITO MENOS MENOS O MESMO MAIS MUITO MAIS

5. MEU INTERESSE SEXUAL ESTÁ:

MUITO MENOR MENOR O MESMO MAIOR MUITO MAIOR

6. CONDIÇÕES CLÍNICAS (EX. HIPERTENSÃO, DIABETES, APNÉIA DO SONO, ETC.):

AGRAVADAS SEM MELHORA MELHORADAS
 UMA PRINCIPAL RESOLVIDA, OUTRAS MELHORADAS
 TODAS AS PRINCIPAIS RESOLVIDAS, OUTRAS MELHORADAS

7. OCORREU ALGUMA COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA?

SIM NÃO

SE SIM, QUAL_____

8. PRECISOU SER REOPERADO?

SIM NÃO

9. % EXCESSO DE PESO PERDIDO: