

ASPECTOS PSICOLÓGICOS APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

COLLARES, Lenise Alvares³
FRANCO, Dionisa de Barros¹
GONÇALVES, Estanislau Mendes¹
NARDI, Suzana dos Santos²
ORTIZ, Ivone Rodrigues¹
PRADIE, Lisiane Teles¹
REYES, Amanda²

¹ Discentes do Curso de Psicologia, Nível IV 2021/2- Faculdade IDEAU – Bagé/RS.

Docentes do Curso de Psicologia, Nível IV 2021/2 - Faculdade IDEAU – Bagé/RS.

³ Coordenadora do Curso de Psicologia, Nível IV 2021/2 - Faculdade IDEAU – Bagé/RS.

RESUMO: Pacientes obesos têm recorrido à cirurgia bariátrica como recurso eficaz para perder peso. O objetivo do estudo foi avaliar os efeitos da cirurgia bariátrica no reconhecimento da identidade corporal e os processos de autoestima e depressão com uma revisão integrada no viés psicanalítico. Entretanto, este procedimento pode causar alterações comportamentais significativas. Nasce a necessidade de um olhar diferenciado, em relação ao indivíduo que se submete ao processo da cirurgia bariátrica, entendendo algumas questões referentes a suas expectativas e a percepção que estes possuem do próprio corpo. Com a crescente incidência de casos de obesidade no mundo, e a rotina cada vez mais agitada, a saúde e o cuidado com o próprio corpo se tornam cada vez mais difíceis de se manter. Desta forma emergem diversas doenças físicas e psicológicas decorrentes desta condição, e buscando soluções mais práticas para o problema, substituindo-se as dietas e exercícios pela cirurgia bariátrica.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica, Transtornos Psicológicos, Psicanálise

ABSTRACT: Obese patients have resorted to bariatric surgery an effective resource to lose weight. The aim of the study was to evaluate the effects of bariatric surgery in the recognition of body identity and the processes of self-esteem and depression with an integrated review of the psychoanalytical bias. However, this procedure can cause significant behavioral changes. The need arises for a different look, in relation to the individual who undergoes the process of bariatric surgery, understanding some related issues and their expectations and the perception they have of their own body. With the growing incidence of obesity cases in the world, and the increasingly hectic routine, health and body become increasingly difficult to maintain. Thus, several physical and psychological diseases emerge from this condition and seeking more practical solutions to the problem, replacing diet and exercise by bariatric surgery.

Keywords: Bariatric Surgery, Psychological, Disorders Psychoanalysis.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A obesidade é um fator preocupante, que vem prejudicando cada vez mais a saúde física e emocional dos indivíduos, pessoas que possuem quadros de obesidade costumam se sentirem insatisfeitas com sua aparência e acabam desenvolvendo uma série de transtornos emocionais. Com isso acabam procurando ajuda para que assim possam mudar essa situação, e acabam se submetendo à cirurgia bariátrica, uma cirurgia que consiste na redução de estômago, contribuindo assim para a perda de peso ABESO (2016).

Méa e Peccin (2017) sugerem que as mudanças psicológicas devido a cirurgia bariátrica são vários, em alguns casos, se tem expectativas que vão além do emagrecimento, como a resolução de conflitos interpessoais e conjugais, problemas sociais, emocionais e profissionais, bem como mudanças de traços em sua personalidade.

Mas, mesmo após a cirurgia, alguns procedimentos são fundamentais, como o acompanhamento por equipe multidisciplinar, para que se mantenha os resultados, e aí é possível perceber que os pacientes quando abandonam o tratamento, acabam desenvolvendo outros tipos de compensações no lugar da comida, como é o caso da bebida alcoólica, cigarro e outros, que atuam como substitutos dos alimentos.

O objetivo deste trabalho é a identificação dos possíveis transtornos psicológicos pós-cirurgia, detectar possível aquisição de hábitos, verificar a possibilidade do reganho de peso e mudanças corporais, compreender a importância da continuidade do tratamento por equipe multidisciplinar.

Foi utilizado pesquisas bibliográficas que consistem na consulta de livros, artigos e outros, que tratam sobre a temática em questão. Por se tratar de uma pesquisa com base em conteúdos bibliográficos, foi utilizado o procedimento de leitura exploratória, visando ter mais interação com o conteúdo e trazer mais conhecimento sobre esta temática.

Nessa perspectiva o artigo foi dividido em quatro subtítulos para uma melhor compreensão do tema abordado. O primeiro a conceituação pós-cirurgia bariátrica, o segundo depressão, ansiedade e compulsão alimentar pós-bariátrica, o terceiro mudanças corporais na cirurgia bariátrica e o quarto e último a instalação da obesidade e a cirurgia bariátrica: um enfoque psicanalítico.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Conceituação da cirurgia bariátrica

Segundo Moliner & Rabuske (2008), a cirurgia bariátrica e metabólica, realizada no aparelho digestivo para diminuir a ingestão e absorção de alimentos, é a intervenção mais invasiva para o tratamento da obesidade, utilizada quando os tratamentos dietético,

farmacológico e a atividade física não surtem mais resultados, e quando o risco da cirurgia é menor diante da gravidade do quadro de saúde global do indivíduo.

A indicação cirúrgica é baseada em três critérios: índice de massa corpórea (IMC) acima de 30 Kg/m³, com a presença de comorbidades, tais como alto risco cardiovascular, diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, e 16 anos a idade mínima para a realização da cirurgia (MINISTERIO DA SAUDE, 2016 pg. 16).

No Brasil, de acordo com o censo 2008-2009, do Ministério da Saúde, 34% da população de 20 à 59 anos estava com sobrepeso (IMC igual/menor 25 ou maior 30 kg/m³) e 14,5% da população era considerada obesa (IMC igual/menor 30 kg/m²) (BRASIL, 2011).

A cirurgia bariátrica no Brasil passou a ser realizada no ano de 2001 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

São realizados três tipos de cirurgia para suprir as necessidades perante o perfil dos pacientes. Sendo assim, as técnicas cirúrgicas podem ser classificadas:

- Cirurgias restritivas, que são as que visam diminuir o tamanho da câmara gástrica para propiciar saciedade precoce e consequente perda ponderal, a exemplo da banda gástrica.
- As cirurgias disabsortivas visam o desvio intestinal para diminuir a área absorptiva, a exemplo têm-se o by-pass jejuno-ileal.
- E ainda as cirurgias mistas que combinam os dois mecanismos de ação, a restrição gástrica e desvio intestinal, a exemplo dessas técnicas têm-se o Bypass Gástrico em Y de Roux (cirurgia de capella) e a Derivação biliopancreática em Y de Roux tem sido a mais eficaz na indução da perda de peso e sua manutenção satisfatória, em longo prazo (CARVALHO apud SZEGO et al., 2000).

Em virtude do aumento de obesos e seus tratamentos convencionais como reeducação alimentar, remédios entre outros, muitas vezes sendo ineficazes na perda significativa de peso apresentando elevados índices de reincidência no ganho um tempo depois. A cirurgia bariátrica tem obtido resultados positivos perante a redução de peso e sua manutenção em pacientes em obesidade mórbida (MURARA, et al. apud CHOBAN, 2002).

Em consequência à cirurgia, o indivíduo ficará satisfeito com uma pequena quantidade de alimento, podendo haver intolerâncias alimentares no primeiro ano de cirurgia estando associadas às adaptações do organismo à nova capacidade gástrica, às alterações do sistema gastrointestinal e à capacidade do indivíduo de se adaptar à nova realidade, não apresentando tempo determinado e variando individualmente (QUADROS, 2007).

2.2 Depressão, ansiedade e compulsão alimentar pós-bariátrica

A Organização Mundial de Saúde (2016), aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, sendo projetada que, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso, e mais de 700 milhões de obesos, o número de crianças com sobrepeso no mundo poderia chegar a 75 milhões, caso não seja nada feito.

A obesidade é uma doença multifatorial, muitas vezes ligada à compulsão alimentar, e esta segue alguns critérios diagnósticos, sendo sua identificação de extrema importância para o curso do tratamento. De acordo com organização mundial de saúde, a obesidade é uma condição caracterizada por excessivo acúmulo de gordura em tecidos adiposos com vários prejuízos para a saúde dos indivíduos afetados (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE).

Entretanto, a autoestima acaba também por interferir na saúde e na qualidade de vida das pessoas, pois sua ausência pode levar ao isolamento social e as doenças psicossomáticas e ou psiquiátricas, como a depressão por causarem sentimentos de autodepreciação e baixa estima (SCHULTHEISZ, 2015).

Estudos têm revelado, associação entre obesidade e problemas de saúde mental, demonstrando que a obesidade aumenta o risco de depressão (ABESO, 2016).

De acordo com a OMS (2016) a depressão será a principal doença mais incapacitante em todo o mundo. A pessoa com depressão deixa de produzir e tem sua vida bastante prejudicada. A depressão é um transtorno mental e esses são classificados como síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na relação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

O transtorno depressivo maior ou depressão é uma doença heterogênea caracterizada por baixo humor, perda de interesse e prazer em atividades normalmente desagradáveis, perda de energia, dificuldade de pensamento e tomada de decisão, distúrbio de apetite e sono, perturbações psicomotoras e ideação suicida (OMS, 2017).

Ao realizar a cirurgia bariátrica, o indivíduo sai da condição de obeso e entra na categoria de estrofico ou peso considerado normal ou saudável para a altura, uma vez que comer constitui a principal fonte de prazer e se essa fonte é inibida, deixando um lacuna, um vácuo,

isso pode resultar em inexplicáveis transtornos como depressão e ansiedade. UTRINI (2013 p.63).

A necessidade de mudanças de rotinas, o que provoca algumas dificuldades nas relações sociais, em especial na família, principalmente em decorrência do assédio a comida e o conflito com suas limitações alimentares. Esse processo exige dos indivíduos uma maior reflexão sobre si mesmo, o que provoca o emergir de diferentes significados ou reforços de questões existenciais (MARCELINO & PATRÍCIO, 2011).

Após emagrecer com a cirurgia bariátrica, os pacientes podem desenvolver depressão, bulimia, anorexia, dependência ao álcool e outras drogas, compulsões por jogos, compras ou sexo. Um dos motivos seria porque a redução do estômago não permite que suas carências afetivas continuem a ser suplementadas nos alimentos, entre outras razões inconscientes que os levaram a engordar. O alimento é transformado pelo sujeito no objeto que o liberta do sentimento da falta e do vazio, e conseqüentemente, da frustração e da sua ansiedade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Pode-se fazer um comparativo com o paciente bariátrico, com um dependente químico, pois assim como o dependente, há aqui uma tentativa psicossomática de superar algo que é de outra ordem, de ordem psíquica, pela utilização de um recurso a substâncias externas concretas que tem como função o bem estar emocional (DRUMMOND, 2016).

A comida pode assim representar, para alguns obesos, algo semelhante à droga, tendo o mesmo inconveniente do vício, ou seja, o de ser repetido sempre que houver a necessidade de aplacar o conflito (VIANA, 2013).

A perturbação depressiva pré ou pós-cirúrgica, influencia consideravelmente na recuperação e nos resultados do tratamento, estando associada a preocupação com a aparência e autoestima (EHRENBRINK et. al., 2009).

A ansiedade é um processo emocional, onde o indivíduo apresenta sintomas como: palpitações, aceleração da frequência cardíaca, suores, tremores, sensação de falta de fôlego e sufocamento, sensação de engasgamento e asfixia, dor ou desconforto no tórax, náuseas ou desconforto abdominal, sensação de estar com vertigem e outros (LYRA, 2021).

Para que se possa fazer uma associação entre ansiedade e cirurgia bariátrica é necessário que algumas emoções já estejam presentes, antes e após a cirurgia, como por exemplo, o afastamento de atividades que eram rotineiras, o medo, a expectativa, anseio de curas de patologias, uma chance de reencontrar-se no seu corpo e a perda de produtividade laboral, assim

é possível perceber que a cirurgia bariátrica vai além da significativa perda de peso, Tae e outros (2014) afirmam de certa forma que pessoas que se encontram nessa situação de perda de peso, possuem mais riscos para os sintomas de ansiedade e depressão.

Parece haver uma espécie de ciclo entre os sintomas de ansiedade, depressão e outros distúrbios emocionais que contribuem para o desencadeamento de atos compulsivos, que resultam em sentimento de culpa, dificuldade em controlar seus impulsos e baixa autoestima (SILVA et. al. 2003, ESPINDOLA E BLAY, 2006; PETRIBU, 2006).

O conceito de compulsão alimentar diz respeito a episódios de ingestão de alimentos em excesso em intervalos de tempo considerados curtos, seguido pelo descontrole do que se está comendo (APPOLINÁRIO, 2004).

Algumas pesquisas apresentam que a Obesidade não é um critério para um diagnóstico de transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP), porém, é uma condição clínica que geralmente acompanha o quadro dos pacientes que possuem o transtorno de obesidade (APPOLINÁRIO, 2000; PASSOS, YAZIGI & CLAUDINO, 2008).

A literatura refere que os pacientes com TCAP possuem autoestima mais baixa e preocupam-se mais com o peso e a forma física do que outros indivíduos que também possuem sobrepeso sem terem o transtorno (APPOLINÁRIO, 2000; PASSOS, YAZIGI & CLAUDINO, 2008).

2.3 Mudanças Corporais na Cirurgia Bariátrica

Embora a escassez de estudos na literatura psicanalítica possa ser considerada um entrave para a resolução do problema da adição alimentar, a literatura disponível apresenta alguns caminhos para se pensar o fenômeno da obesidade e a opção pela cirurgia bariátrica e metabólica. A partir de uma compreensão freudiana, tanto os artigos de Magdaleno, Chaim e Turato (2009, 2010) quanto o de Mendes e Vilhena (2016) reiteram a possível etiologia da obesidade fundada nos primórdios do desenvolvimento humano, na infância, período de estruturação do psiquismo. Haveria a ocorrência do ódio infantil perante o ambiente frustrante e a exigência agressiva de gratificação orientada para o objeto. Esta prevê a incorporação, mecanismo característico da fase oral, como modelo que a criança dispõe para relacionar-se com o mundo: "A partir de falhas nesse momento fundamental da construção do sistema relacional da criança se estruturariam os sintomas mais primitivos que irão se expressar, mais

tarde, por comportamentos aditivos, entre eles a obesidade mórbida" (Magdaleno Junior, Chaim & Turato, 2009, p. 74). Ainda sobre a perspectiva de uma etiologia alicerçada na "pré-história" do indivíduo, Mendes e Vilhena relacionam a obesidade e toxicomania com a fase oral, dado que em ambas "o objeto de adição serve como satisfação substitutiva de uma atividade libidinal inibida" (2016, p.25).

A contribuição de Navaron e Corcos (2015) também percorre um caminho freudiano ao apresentar a obesidade mórbida como uma forma de melancolia aplicada ao corpo, segundo a lógica da perda do objeto primordial ilustrada por meio da repetição do jogo infantil. O corpo obeso em um constante movimento de ganho e perda de peso estaria reatualizando a experiência traumática de deixar o objeto de amor primário. O colapso do corpo seria resultado de uma falência narcisista consecutiva à perda do objeto primordial, de acordo com o modelo freudiano da melancolia. Cremasco e Ribeiro (2017) também abordam o operador teórico da melancolia em seu trabalho ao sinalizar a importância da relação mãe/bebê para a inscrição do narcisismo primário e constituição do ego ideal, visto que falhas no estabelecimento dessa conexão impedem que o bebê adentre em uma dinâmica identificatória diversificada. Disso resulta em profunda identificação com o nada em decorrência da formação de vazios deixados pelas perdas narcísicas. Tais vazios surgem como queixas na clínica de pacientes obesos, sendo a ingestão compulsiva de comida uma manobra para tamponar o sofrimento melancólico que essas lacunas suscitam.

Os achados também indicam uma etiologia pautada no déficit de simbolização, alicerçada na psicanálise das relações de objeto, circunscrita nos artigos de Magdaleno Junior, Chaim e Turato, (2009, 2010) e de Ramiréz (2016). Os dois primeiros artigos sinalizam a importância da figura da mãe ou cuidador principal como acolhedores do "ambiente interno" do bebê e propiciadores do desenvolvimento da imagem de si na "fase do espelho". Baseados em uma perspectiva winnicottiana, apontam que falhas nesse cuidado e contenção poderiam causar desajustes na progressiva diferenciação da soma em direção à formação do psicossoma. Essas falhas incapacitariam o sujeito a criar um referente simbólico para lidar com as pressões advindas do corpo: "A fome para os obesos mórbidos, é uma área de vazio representacional, descarregando o impulso alimentar em caminhos sem mediação do simbolismo e, portanto, fora do controle do sujeito" (Magadaleno Junior, Chaim & Turato, 2010, p. 432).

Segundo Ramiréz (2016) a ausência de um olhar cuidadoso para com a dimensão simbólica do corpo, o paciente possui um enorme desafio, frente as mudanças corporais, pois a

partir da noção lacaniana de um corpo trinitário (real, simbólico e imaginário), pré e pós-cirurgia, pode gerar efeitos indesejados na aspecto psicológico, como causar depressão, suicídio e até mesmo transtornos alimentares.

A teoria lacaniana também está presente no artigo de Mendes e Vilhena (2016), as quais extrapolam o eixo pulsional da satisfação oral e exploram a problemática da relação de objeto indicando que a exagerada fixação no objeto, característica das toxicomanias e adições, faz da comida uma espécie de objeto-fetichismo para o comedor compulsivo. Disso, decorre que o vínculo estabelecido com o objeto não se fez ou não se sustenta no plano da alteridade, tornando-se uma questão de sobrevivência, engendrando a irrefreável passagem ao ato - o comer compulsivo. A partir de uma concepção de gozo do Real, indica-se a ocorrência de um laço social perverso, haja vista uma sociedade que vende satisfação pulsional generalizada: "assistimos ao desmonte de uma economia do desejo e sua substituição por uma economia do gozo que rejeita a castração e evidencia o engano de que a satisfação da demanda é equivalente à satisfação do desejo" (Mendes & Vilhena, 2016, p. 18). As autoras preferem enfatizar a gordura como uma expressão de diferentes formas de subjetivação e não como signo patológico. Assim, o fenômeno obesogênico teria valor de significante, sobrepondo-se ao significado e tendo algo a dizer. Sua expressão poderia ser lida como a manifestação do sofrimento do corpo grande e obeso que, paradoxalmente, é invisível para o mundo ou somente visível através da demasia alimentar.

Os artigos de Rocha, Vilhena e Novaes (2009) e Rocha, Vilhena e Novaes (2008) situam o fenômeno da obesidade a partir do gozo parcial é possível, que teria uma relação "primitiva" com o campo do significante, estando referido a um "mais-além" do princípio do prazer. Os artigos defendem um modo particular de gozo dos sujeitos obesos, representado pela compulsão alimentar, cujo funcionamento pautado nos pontos de condensação, lhes daria certa identidade com difícil descolamento. A dimensão visível de gozo estaria expressa pelo comer com sofrimento e não um degustar prazeroso, em que a comida se apresentaria mais como um objeto condensador de gozo do que de desejo.

A noção de gozo, traz o conceito de curto-circuito para se pensar o comer compulsivo: "No 'ato de devoração', o obeso come compulsivamente num curto-circuito, numa passagem ao ato" (Vilhena, Novaes & Rocha, 2008, p. 398). Contudo, o texto não apresenta uma explicação a respeito desse mecanismo proposto como recorrente nos sujeitos obesos. Possivelmente as autoras estariam se referindo à passagem ao ato como indicadora da insustentabilidade da estrutura de ficção pela ocorrência de um curto-circuito. Nesse sentido, chama a atenção a pouca

consideração da dimensão imaginária e narcísica do corpo obeso na dinâmica identificatória do sujeito, uma vez que sobre esta dimensão da imagem corporal do eu irá incidir o procedimento específico da cirurgia. De todo modo, acredita-se que esse deslocamento marginal demonstra uma maior preocupação no entendimento do mecanismo de adição alimentar do que na concepção de propostas interventivas ou definição de estruturas clínicas em uma avaliação diagnóstica específica para esta cirurgia.

Também pôs em evidência uma diversidade de formas de conceber a obesidade e a sua etiologia, demonstrando que há poucas aplicações mais sistemáticas de avaliações clínicas a partir da psicanálise (MAGDALENO, 2008).

2.4 A Instalação da obesidade e a cirurgia bariátrica: Um enfoque Psicanalítico

Este texto trata o tema obesidade e da cirurgia bariátrica (cirurgia de redução de estômago) pelo viés psicanalítico, este estudo se deve ao aparecimento da obesidade como epidemia na sociedade contemporânea (CARMAGNANIS, 2014).

E por outro lado, segundo Recalti (2002), a clínica psicanalítica mostra também que novas formas de psicopatologias surgem com frequência assustadora, que são as patologias do ato ou patologias do narcisismo, que incluem os transtornos alimentares, as adições, as psicossomatizações.

Os transtornos alimentares existem há tempos, mas é na sociedade contemporânea que eles aparecem com mais força, isto é, a força do ato, que a pós-modernidade com a exacerbação da individualidade, impõe aos indivíduos.

Fernandes (2006), ressalta que os transtornos alimentares aparecem através de compulsão, muitas vezes ocupam o lugar do reprimido, sendo apenas direcionada ou deslocada para outra atividade, ocorrendo a repetição, a partir da perspectiva freudiana, está diretamente ligado ao modo como o sujeito lida com a angústia, tornando o corte, gerado pelo processo cirúrgico, algo a ser elaborado pelo sujeito.

Do outro lado, no que diz respeito ao viés psicanalítico, a hipótese é a de que quando há falhas na separação da mãe e individuação do bebê pode ocorrer consequências para a instalação da obesidade no indivíduo (LUGÃO, 2008, pg. 89).

Freud diz que o bebê precisa de um adulto próximo para que “interprete” seus atos, cuide dele e transmita uma estrutura significativa e inconsciente dele próprio (ELIA, 2004, pg. 41).

Para que haja esse ambiente facilitador, Winnicott se faz valer de duas expressões relativamente simples, mas que fazem grande diferença na construção do ego corporal do bebê, que vem antes do ego psíquico, que são os termos “holding” (segurar) e “mãe suficientemente boa” (CARMAGNANIS, 2014, pg. 199).

Quando há intercorrências nesse processo de cuidados com o bebê, a integração se dá de forma deficiente, o excesso ou a falta da mãe para o bebê trará consequências para seu desenvolvimento (WINNICOTT, 2006, pg. 15).

De acordo com Lugão (2008) a primeira fase da organização sexual citada por Freud é a oral, onde o objetivo inicial é a incorporação do objeto, não se separando da função da nutrição, nesta fase a boca é a região que proporciona maior prazer, através da sucção, sendo a via pela qual a criança entra em contato com o mundo e sacia o desconforto causado pela fome.

Na fase oral passiva, a criança é totalmente dependente de quem deve suprir suas necessidades, tendo como principal objeto de desejo o seio materno, sendo o principal conflito desta fase, o desmame, onde a criança deve se tornar menos dependente da mãe, uma fixação nesta fase pode ocasionar problemas como bebida, comida e tabagismo (LUGÃO, 2008 p. 87).

Conforme Fernandes (2006), a mãe intrusiva é tão nociva quanto a ausente, denotando assim os efeitos nefastos da mãe de extremos, é aquela que tem dificuldade na separação de si com seu bebê, sendo assim, fazendo-se necessário criar mecanismos para se proteger dessa invasão materna, que é sentida tão intensamente, e a gordura corporal que envolve o corpo do indivíduo obeso pode ser um deles.

2.5 Metodologia

Trata-se de um Projeto de Aperfeiçoamento Teórico-Prático (PATP) desenvolvido por alunos do curso de Psicologia da Faculdade IDEAU de Bagé. O PATP busca, através do ensino teórico, um aprendizado prático, proporcionando dessa forma, a formação de profissionais alinhados com o mercado de trabalho e capazes de empreender com criatividade e responsabilidade.

Para a presente pesquisa foi utilizada uma amostra de 8 pessoas, sendo 7 do sexo feminino e uma do sexo masculino com idades entre 35 a 50 anos.

A pesquisa foi realizada no período de 2 a 25 de setembro de 2021, através de entrevista foram realizadas 13 perguntas semiestruturadas sobre os aspectos pós-bariátrica.

Dessa forma, em um primeiro momento, foi realizada uma revisão de literatura a fim de construir o referencial teórico do trabalho. Neste estudo bibliográfico foi realizada a pesquisa em diversos meios, como livros, artigos, google acadêmico e revistas, elaborando assim uma revisão bibliográfica e uma pesquisa subsequente de campo.

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa segundo Goldenberg (1997) a pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, entre outros. Assim, os pesquisadores que adotaram a pesquisa qualitativa opõem-se ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que todas as ciências têm sua especificidade.

3 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os participantes da pesquisa, serão nomeados como grupo F e grupo M. O estado civil dos componentes do grupo F são todos casados e atualmente do grupo M (um componente) há pouco tempo se divorciou.

Na presente pesquisa, a opção em realizar a cirurgia por parte dos participantes foi quase por unanimidade, por condições delicadas de saúde como problemas na coluna, pressão alta, diabetes, dores nas articulações, apenas uma pessoa do grupo F, disse ter realizado a cirurgia por estética.

Segundo Brasil (2016), a indicação cirúrgica é baseada em três critérios: índice de massa corpórea (IMC) acima de 30 Kg/m³, com a presença de comorbidades, tais como alto risco cardiovascular, diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica de difícil controle.

Todos os participantes realizaram avaliação psicológica antes da realização da cirurgia, apenas uma pessoa do grupo F realizou tratamento psicológico como de preparação para a cirurgia.

Para Ehrenbrink et al. (2009, pg.88), a perturbação pré ou pós-cirúrgica influência na recuperação e nos resultados do tratamento, estando a associada a preocupação com a aparência e autoestima.

De todos os participantes da pesquisa, apenas uma pessoa, do grupo F continua realizando tratamento após 4 anos de realização da cirurgia e tem obtido sucesso no tratamento, pois, não desenvolveu nem um tipo de transtorno, não adquiriu hábitos e também não teve reganho de peso pós-cirurgia.

No restante dos sete participantes da pesquisa, todos de alguma maneira demonstraram desenvolver algum tipo de transtorno, como transtorno de ansiedade e depressão pós-bariátrica e também desenvolver hábitos como troca do alimento por bebidas alcoólicas, café, chimarrão ou até mesmo sofrem com a compulsão alimentar.

Para Utrini (2013), ao realizar a cirurgia bariátrica, o indivíduo sai da condição de obeso e entra na categoria de estrófico ou peso considerado normal ou saudável para a altura, uma vez que comer constitui a principal fonte de prazer e se essa fonte é inibida, deixando uma lacuna, um vácuo, isso pode resultar em inexplicáveis transtornos como depressão e ansiedade.

Na maioria dos participantes tiveram reganho de peso pós-cirurgia e comentam que foi em função de não conseguir controlar as emoções, muita ansiedade frente as mudanças que a obtiveram no decorrer do pós-cirúrgico.

Dos 8 participantes, 7 acreditam ser importante a continuidade do tratamento multidisciplinar, pois a mudança é radical em todos os sentidos e para que se tenha equilíbrio emocional para enfrentar essas mudanças, que antes eram descontadas na comida.

Em relação a qualidade de vida, foi positiva a resposta de todos participantes, me sinto 100%, hoje eu consigo atar um calçado, fazer minha higiene (tomar banho), caminhar sem ficar ofegante, me sinto feliz ao realizar meus afazeres domésticos sem limitação e sem precisar de ajuda dos outros.

Para que se possa fazer uma associação entre ansiedade e cirurgia bariátrica é necessário que algumas questões já estejam presentes, como por exemplo, o afastamento de atividades rotineiras, o medo, a expectativa, anseio de curas de patologias, uma chance de reencontrar-se no seu corpo e a perda de produtividade laboral, assim é possível perceber que a cirurgia vai além da significativa perda de peso (TAE, 2014).

Nas mudanças físicas, apenas uma participante da pesquisa realizou a plástica para a retirada de pele, o restante (7 participantes), não fizeram, não se sentem incomodados, pois “antes da cirurgia era muito pior”, “eu tinha uma barriga enorme”, diz uma participante.

Sendo assim, através da fala dos entrevistados, a cirurgia bariátrica foi a última alternativa para dar conta da obesidade, após várias tentativas de emagrecimento com dietas e remédios, entretanto, em busca de uma melhor qualidade de vida é que os participantes desta pesquisa realizaram a cirurgia.

Contudo, com o elevado aumento de obesos e tratamentos convencionais como reeducação alimentar, remédios e perda insignificante de peso, Murara (2002), comenta que a cirurgia bariátrica tem obtido resultados positivos perante a redução de peso e sua manutenção em pacientes em obesidade mórbida.

Mesmo sabendo da necessidade de reorganização interna para aderir às mudanças, foram em busca de melhor saúde física, autoestima e saúde emocional.

Embora a grande maioria não realizasse acompanhamento psicológico pós-cirurgia, relataram ser de suma importância para a eficácia da cirurgia, pois a realização da mesma não é a garantia de eliminação da obesidade.

	Grupo F (Mulheres)	Grupo M (Homens)
Realizava algum tratamento psicológico antes da cirurgia?		
Realizou a cirurgia por problemas de saúde.		
Realiza tratamento psicológico pós-cirurgia?		
Adquiriu algum transtorno pós-cirurgia? Ansiedade, depressão ou compulsão alimentar.		
Você teve reganho de peso pós-cirurgia?		

Você acha importante a continuidade do tratamento por equipe multidisciplinar pós-cirurgia? Nutricionista, psicólogo e psiquiatra.		
Legenda: Todos os participantes:  Apenas 1 participante:  Apenas 2 participantes:  Nenhum: 		

Tabela 1: Aspectos Psicológicos Pós-bariátrica.

Fonte: Elaborado pelos autores do presente artigo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o aumento da obesidade mórbida, e uma busca por sanar esse problema, o obeso tem procurado a cirurgia bariátrica com objetivo de algo definitivo.

O acompanhamento anterior à cirurgia se faz importante para que o paciente seja orientado sobre as mudanças nos hábitos e no estilo de vida exigidos pela cirurgia, para que este possa estruturar seu pensamento e comportamento.

Percebe-se que grande parte dos pacientes reganha peso após o primeiro ano de cirurgia, adquire algum transtorno ou “hábitos” como troca pelo alimento que antes poderia ser consumido em grande quantidade.

Logo que o paciente emagrece e o fator “obesidade” começa a sumir e todos os seus problemas não somem, pois o paciente obeso enfrenta a obesidade como o maior problema, e muitas vezes não conseguem identificar algum vazio, podendo começar gerar sintoma de angústia, tristeza, vontade de “beliscar” o tempo todo, e a preocupação com o aumento do peso novamente.

O acompanhamento pós-cirurgia é tão importante quanto antes da realização desta, pois através dos relatos dos participantes da pesquisa, dos 8, 7 não realizaram tratamento psicológico posterior, contudo, desenvolveram transtorno de ansiedade ou depressão, uso de medicação e adquiriram “hábitos” como troca do alimento.

No pós-operatório o acompanhamento multidisciplinar é fundamental para a cirurgia atingir seu resultado esperado, respeitando as demandas de cada paciente para consultas

mensais, trimestrais, semestrais nos primeiros dois anos e, após esse período, anualmente, por toda a vida.

5 REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Cirurgia Bariátrica: A situação atual do Brasil**, 2016. Disponível em: <<http://www.abeso.org/br/coluna/cirurgia-bariatica/cirurgia/bariatica>>.

ALMEIDA, R.A., & MALAGRIS, L. E. N (2011). **A prática da psicologia da saúde**. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 14, 183 – 202.

ALVES, R. de B. **Ciência criminal**. Rio de Janeiro: Forense, 1995.

APPOLINÁRIO, JC. **Transtornos alimentares**. In Botega NJ, ed. **Prática Psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2º ed. Porto Alegre: Artmed; 2006 p. 325-40.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**. Proposta preliminar. Segunda versão revista. Brasília: MEC, 2016. Disponível em: <http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_publicacao.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: endocrinologia e nefrologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, 27p.

CARVALHO, C.R. **Análise comportamental de obesos mórbidos e de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. Pernambuco: Dissertação de Mestrado. 2009, p.23 a 39.

DRUMMOND C. Obesidade. Associação Mundial de Psicanálise. **O FREUD S. Inibições, sintomas e angústia**. Disponível em: <<http://www.freonline.com.br/livros/volume-20/volinibições-sintomas>>.

EHRENBRINK P.P, PINTO E.E.P., PRANDO F.L. **A new look at bariatric surgery and eating disorders**. Psicologia Hospitalar. 2009;7 (1): 88-105.

FAINTUCH, J. **Nutrição parenteral**. São Paulo: CAD, 2010. Disponível em: <<http://www.fugesp.org.br/nutriesaude3-4htm>>. Acesso em: 03 set. 2010.

FIGUEIREDO, M.D. **Avaliação dos aspectos depressão, ansiedade, compulsão alimentar e qualidade de vida de mulheres obesas, submetidas a tratamento medicamentoso antiobesidade 2012**. 128f. Dissertação (Mestrado em Medicina Interna) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

LEAL, C.W. & BALDIN N. **O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com**

obesidade mórbida. Rev. Psiquiatra RS. 2007;29 (3): 324-7.

LUGÃO, S. M. **Aspectos narcísicos da clínica da obesidade (Dissertação de Mestrado)**, Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

LYRA, A, C, M. **Ansiedade Pós Cirurgia Bariátrica: Uma Revisão De Literatura.** Disponível em: <<https://bdtdcc.unipe.edu.br/wp-content/uploads/2019/02/TCC-Ana-Claudia-21-dez-biblioteca.pdf>>. Acesso em: 19/10/2021.

MAGDALENO JR. **A Dialética de Erros e o mal-estar na cultura hoje.** Ide. 2008; 31 (46):46-51.

MAGDALENO, JR., CHAIM, E. A., & TURATO, E. R. (2009). **Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 31(1): 73-78.

MAGDALENO, JR., Chaim, E. A., & Turato, E. R. (2010). **Surgical treatment of obesity: some considerations on the transformations of the eating impulse.** Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental, 13(3): 425-440.

MENDES, N., & VILHENA, J. (2016). **Corpo de consumo, corpo consumido: uma experiência ambulatorial no atendimento a pacientes de cirurgia bariátrica.** Polêmica, 16(3): 09-30.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Total de cirurgias de redução de estômago no ano de 2008.** Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso: 21/9/2021.

MURARA, J.R.; J.R. MACEDO, L.L.B.; LIBERALI, R. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo v.2, n.22, n. 7, p.87-99.

NASCIMENTO, S, A; MELLO, C, D, S; MELO, M, C, B; COSTA, J, M. **Ansiedade, Depressão, Compulsão Alimentar E Desesperança Em Pacientes Candidatos À Cirurgia Bariátrica.** Disponível em: <http://200.133.11.20/bitstream/123456789/461/1/Artigo%20Final_Samara_Anacleto_do_Nascimento.pdf>. Acesso em: 19/10/2021.

Navaron, A., & Corcos, M. (2015). **Le corps tombe: l'obésité massive entre cannibalisme et Bistouri. L'évolution psychiatrique, 80 (2): 362-374.**

Oliveira, V. M., Linardi, R. C., & Azevedo, A. P. **Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos.** Revista de psiquiatria clínica, 31(4): 195-198.

PANNETTA, J. C. Os parasitas da carne e seus reflexos econômicos. **Revista Nacional da Carne.** São Paulo, v. 1, n. 4/5, p. 24-25, abr./maio 1980.

Ramírez, R. B. (2016). **Bypass del cuerpo simbólico: algunas consideraciones psicológicas de las cirugías bariátricas en obesidad mórbida.** Psicoperspectivas 15(2): 5-15.

RECALCATI, M. O “demasiado cheio” do corpo: por uma clínica psicanalítica da obesidade. In: Latusa. Rio de Janeiro, n. 7, 2002.

Ríos, B. et al. (2014) **Consenso latinoamericano sobre el manejo psicológico en cirugía bariátrica**. BMI Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana, 4(1): 163-167.

Rocha, L. J. L. F., Vilhena, J., & Novaes, J. V. (2008). **Comendo, comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea**. Revista mal-estar e subjetividade, 8(2): 379-406.

Rocha, L. J. L. F., Vilhena, J., Novaes, J. V. (2009); **Obesidade mórbida: quando comer vai muito além do alimento**. Psicologia em Revista, 15(2): 77-96.

SEBASTINI, R. W. & MAIA, E.M.C (2005). **Contribuições da psicologia da saúde hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico**. Acta Cirúrgica Brasileira, 10, 50-55 doi: 10.1590/50102 – 86502005000700010.

SZEGO, T. **Derivação gastrojejunal com ou sem anel**. Cirurgia da Obesidade, São Paulo, p. 189-19. 2000.

UTRINI, MC. **Obesidade e distorção da imagem: a dificuldade de reconhecimento da imagem corporal pelo obeso (dissertação)**. Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro, 2013.

QUADROS, M. R. R. et.al **Intolerância alimentar no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. Rev. Bras. Nutr. Clin, n. 22, p.15-19, 2007.

6 APÊNDICE



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDEAU – BAGÉ
CURSO DE PSICOLOGIA

1- () MASCULINO () FEMININO

2- ESTADO CIVIL? () SOLTEIRO(A) () CASADO(A) () OUTROS

3- PORQUE VOCÊ OPTOU POR FAZER A CIRURGIA BARIÁTRICA?

4- COM QUE IDADE E QUE ANO REALIZOU A CIRURGIA?

5- REALIZAVA ALGUM TRATAMENTO PSICOLÓGICO ANTES DA CIRURGIA?

() SIM () NÃO

6- REALIZA TRATAMENTO PSICOLÓGICO PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA?

() SIM () NÃO

7- ADQUIRIU ALGUM TRANSTORNO PSICOLÓGICO PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA?

() TRANSTORNO DE ANSIEDADE

() DEPRESSÃO () OUTROS. QUAL? _____

() COMPULSÃO ALIMENTAR

8- ADQUIRIU ALGUM TIPO DE HÁBITO PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA, COMO:

() USO DE DROGAS

() USO DE ÁLCOOL

() TABAGISMO

() OUTROS. QUAL? _____

9- VOCÊ TEVE REGANHO DE PESO PÓS-CIRURGIA?

() SIM

() NÃO

10- O QUE VOCÊ ACHA QUE DEVE TER CONTRIBUÍDO PARA O REGANHO DE PESO?

11- VOCÊ ACHA IMPORTANTE A CONTINUIDADE DO TRATAMENTO PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR (NUTRICIONISTA, PSICÓLOGO E PSIQUIATRA)?

PORQUE? _____

12- COMO VOCÊ AVALIARIA SUA QUALIDADE DE VIDA HOJE, PÓS-BARIÁTRICA? COMENTE.

13- COMO FOI SUA ADAPTAÇÃO EM RELAÇÃO AS MUDANÇAS FÍSICAS?



INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO
EDUCACIONAL DE BAGÉ
FACULDADE IDEAU DE BAGÉ


