

Cirurgia Bariátrica: a trajetória de mulheres obesas em busca do emagrecimento

Marcela Rodrigues de Castro*
Maria Elisa Caputo Ferreira**
Renata Silva de Carvalho***
Vanessa Nolasco Ferreira***
Helange Alice do Carmo Pereira****

RESUMO

Dentre as diferentes formas de tratamento da obesidade mórbida, a cirurgia bariátrica vem sendo considerada o método de maior eficiência. Investigou-se, neste estudo, o Pólo de obesidade do Sistema Único de Saúde da cidade de Juiz de Fora – MG. Procedeu-se à investigação qualitativa pela análise do conteúdo de 20 entrevistas de mulheres submetidas ao procedimento cirúrgico, as quais relataram a sua trajetória antes e após a redução de peso corporal. Observou-se que a fase de maior incidência da obesidade foi na adolescência e fase adulta durante a gestação. As formas mais utilizadas para emagrecer foram dietas e remédios, sendo que a motivação para a realização da cirurgia foi a estética e a saúde. À cirurgia bariátrica foi atribuído o sentido de ‘situação extrema’, sendo a única solução para a obesidade. A obesidade no grupo pesquisado foi resultado do somatório de diversos fatores, sendo os principais: mudanças hormonais na adolescência e na gestação aliada a ingesta hipercalórica, o que evidencia a necessidade de uma equipe multiprofissional.

Palavras-chave: Obesidade. Cirurgia Bariátrica. Saúde.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Organização Mundial da Saúde - OMS (1997), a epidemia da obesidade se espalha por todo o mundo. Conhecida por se tratar de uma doença crônico-degenerativa e complexa, pode ser causada por diferentes fatores como: genéticos, comportamentais e ambientais (ANDRADE, 2006).

A OMS (1997) classifica a obesidade pelo índice de massa corporal (IMC), que é calculado pela razão entre o peso corporal em quilogramas e a altura em metros elevada ao quadrado (kg/m^2). Assim, são consideradas pessoas com sobrepeso corporal aquelas com IMC maior que $25 \text{ Kg}/\text{m}^2$; obesas aquelas com esse índice superior a $30 \text{ Kg}/\text{m}^2$; e obesas mórbidas as que possuem IMC maior que $40 \text{ Kg}/\text{m}^2$. Essa última, frequentemente, vem acompanhada de comorbidades ou morbidades associadas.

A obesidade é menos frequente nos países da África e Ásia, sendo nesta última mais presente na população urbana (TARDIDO; FALCÃO, 2006). Nos Estados Unidos da América (EUA), de 40% a 50% dos adultos apresentam IMC maior que $25 \text{ Kg}/\text{m}^2$, valor de corte de normalidade considerado pela OMS, e 20% a 25% maior que $30 \text{ Kg}/\text{m}^2$ (ALMEIDA; FERREIRA, 2005). De acordo com Tardido e Falcão (2006), há um aumento progressivo na prevalência de adultos obesos dos EUA, sendo que, no período de 1976 a 1994, verificou-se o aumento da obesidade entre homens, na proporção de 12,3% para 19,9%, e entre mulheres, de 16,9% para 24,9%. Na Europa, verificou-se, em 10 anos, um aumento entre 10% e 40% de obesidade na maioria dos países, dentre os quais se destaca a Inglaterra. Países como Austrália,

* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Educação Física e Desportos, Laboratório de Estudos do Corpo – LABESC - Juiz de Fora, MG.
E-mail: marcelarodriguescastro@hotmail.com

** Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Educação Física e Desportos, Laboratório de Estudos do Corpo – LABESC - Juiz de Fora, MG.

*** Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Psicologia, Laboratório de Estudos do Corpo – LABESC - Juiz de Fora, MG.

**** Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Educação Física e Desportos - Juiz de Fora, MG.

Japão, Samoa e China também apresentaram aumento da prevalência de obesidade, apesar da China e o Japão ainda apresentarem as mais baixas prevalências (TARDIDO; FALCÃO, 2006).

Blumberg (2006), Pinheiro, Freitas e Corso (2004) esclarecem que países em desenvolvimento, como o Brasil, vêm demonstrando um declínio na desnutrição e elevação nos índices de obesidade de um modo mais acentuado do que em países já desenvolvidos. No país, a obesidade é um evento recente, no entanto, a OMS sugere projeções para 2015, indicando que os níveis de obesidade podem atingir 31% das mulheres e 17% dos homens. Este crescimento traz prejuízos não só à saúde da população, mas também onera o orçamento do país. Felipe e Santos, (2004, p. 36) estimam que, “no Brasil, o custo anual da obesidade seja de quase 1 bilhão de reais”.

Os dados mais precisos que se tem sobre a obesidade no Brasil são provenientes da Pesquisa de Orçamentos Familiares (IBGE - POF)¹, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no período de julho de 2002 a junho de 2003, com o apoio do Ministério da Saúde, 10 milhões de adultos estão obesos (ANVISA², 2005). Todas as faixas etárias são atingidas, sendo prevalente na meia idade. Pesquisa publicada pelo Ministério da Saúde³, em 2009, revela que 13,0% dos adultos brasileiros são obesos e 43,3% possuem sobrepeso corporal, sendo o índice entre as mulheres (13,6%) maior do que dos homens (12,4%).

A gravidade do problema deu origem a um número significativo de pesquisas que abordam a prevenção e o tratamento da obesidade, que englobam dietas, medicamentos, atividade física, entre outros (CABRAL, 2002; COUTINHO, 2000; FRANCISCHI et al., 2000; MCARDLE; KATCH; KATCH, 2000; MOLINA JUNIOR; ZANELLA, 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001; SOUTO, 2005; WACHENBERG, 1992; ZANELLA, 2005b).

Em casos de obesidade mórbida, o tratamento atualmente considerado mais eficaz na perda de peso corporal é a cirurgia bariátrica (ARASAKI et al., 2005; MUN; BLACKBURN; MATTHEWS, 2001; SANTOS; BURGOS; SILVA, 2006; SEGAL; FANDINO, 2008). O procedimento cirúrgico foi realizado pela primeira vez em 1954, por Kremem e Linner (FARIAS, 2005) e desde então tornou-se conhecido, pesquisado e realizado no mundo.

1 Ministério da Saúde e IBGE divulgaram os dados. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 11 jan. 2008.

2 Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

3 Artigo disponível em: http://portalweb02.saude.gov.br/portal/aplicacoes/reportagensEspeciais/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=10078. Acesso em mar 2010.

Cabral (2002) destaca que nenhum estudo em longo prazo, até o presente momento, demonstrou que a reeducação alimentar, a atividade física regular, a terapia comportamental e/ou uso de medicamentos antiobesidade contribuem para redução significativa da morbimortalidade do grande obeso e para uma melhora substancial da qualidade de vida. Segundo Segal e Fandiño (2008), o tratamento convencional para obesidade mórbida, grau III, produz ainda resultados insatisfatórios, com 95% dos pacientes recuperando seu peso corporal inicial em até dois anos.

Apesar do fato de a cirurgia bariátrica já ser considerada como o procedimento médico mais utilizado pelos profissionais no tratamento da obesidade mórbida, ainda há necessidade de estudos mais aprofundados sobre o assunto. Neste momento, tem-se conhecimento sobre a perda significativa de peso corporal e da redução das comorbidades. Essas explicações, porém, deixam de lado questões cruciais como o impacto que mudanças bruscas de peso corporal podem causar na saúde psicológica do indivíduo, como será a percepção de corpo a partir de então, e a influência disso na autoestima do indivíduo. Assim, pesquisadores como Dixon, Dixon e O'Brien (2001) e Hout e outros (2006) veem focando suas pesquisas no impacto que a cirurgia bariátrica pode oferecer ao funcionamento psicossocial dos indivíduos.

Cabe assinalar que um número crescente de pesquisadores vem se mobilizando com o intuito de ampliar e aprofundar sobre os riscos e benefícios que a cirurgia bariátrica pode oferecer ao sujeito submetido ao procedimento. No Brasil, Santos (2005) e Benedetti (2003) em minucioso estudo com pessoas submetidas à cirurgia identificaram que nem sempre a redução de peso corporal irá garantir melhora na qualidade de vida, autoestima e melhor relacionamento social.

Diante à magnitude desses esforços, torna-se pertinente aprofundar e contextualizar as representações e interpretações relativas ao corpo e como isso influencia alguns grupos de pessoas a modificarem radicalmente seus corpos. Isso porque, as pesquisas sobre o assunto demonstram o motivo da realização do procedimento, porém, deixam uma lacuna a respeito da trajetória trilhada pelas pessoas, que envolvem sentimentos e representações sobre o período pré e pós-cirúrgico.

Baseado nas ideias expostas, o presente estudo teve como objetivo analisar o discurso de mulheres obesas submetidas à cirurgia bariátrica sobre sua trajetória, tendo como parâmetros de investigação: traçar o perfil e a trajetória de mulheres que optam pelo procedimento cirúrgico. Num primeiro momento, pretendeu-se identificar características socioeconômicas e culturais, idade, estado civil e de saúde. Em

segundo momento, foi investigada a trajetória até a cirurgia se há relação entre o início da obesidade, a motivação para a tomada de decisão pelo método de emagrecimento e os sentidos e significados atribuídos ao procedimento.

O eixo da investigação consistiu em demonstrar as representações de corpo no cotidiano dessas mulheres, pacientes do serviço de controle de hipertensão e diabetes – SCHDO - além de inferir às relações implícitas dentro de um sistema cultural mais abrangente.

Partiu-se da seguinte hipótese: mulheres que se submetem à cirurgia bariátrica costumam associar a redução do peso corporal à realização pessoal e profissional, tornando secundária, portanto, a questão da saúde.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A partir da realidade do tratamento da obesidade pela cirurgia bariátrica, no município de Juiz de Fora – MG. A instituição selecionada para ser pesquisada foi o serviço de controle de hipertensão e diabetes – SCHDO – pólo de obesidade do Serviço Único de Saúde, por atender os seguintes critérios de inclusão: estar localizada no município de Juiz de Fora – MG, ter experiência no atendimento a pessoas obesas, ser uma instituição pública, haver aceitação da Secretaria Municipal de Saúde, da coordenação e dos demais funcionários em apoiar a realização do estudo.

Constam nos registros do SCHDO 300 pacientes obesos em tratamento. Foram selecionadas 20 mulheres, seguindo os seguintes critérios de inclusão: ter realizado a cirurgia bariátrica há pelo menos um ano, demonstrar motivação para participar do projeto de pesquisa, ser do sexo feminino, pertencer ao quadro de pacientes do serviço de controle. O tamanho da amostra foi determinado pelo índice de saturação das respostas, que em pesquisa qualitativa representa a repetição das falas entre as entrevistadas (BARDIN, 1977). Não houve perdas amostrais nem desistências por parte das participantes.

Inicialmente, a pesquisa foi submetida ao comitê de ética da Universidade Federal de Juiz de Fora (parecer nº 197/2007) e, em seguida, foi também julgada pelo Conselho de Ética da Subsecretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora e, finalmente, a pesquisa foi autorizada pela coordenadoria da instituição.

Optou-se pela pesquisa qualitativa por ser “rica em dados descritivos, possui um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada”, segundo (LÜDKE; ANDRÉ 1986, p. 18). Para a análise dos dados, adotou-se a análise do conteúdo na perspectiva de Bardin (1977), seguida do cruzamento das categorias de estudo: histórico

de obesidade, motivação para realização da cirurgia e sentidos/significados atribuídos à mesma.

Como instrumento, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada. O modelo de entrevista foi composto por perguntas abertas e fechadas, versando sobre os dados pessoais e a temática estudada. O instrumento foi preparado e revisado pela pesquisadora, além de ter sido submetido à avaliação de um grupo de cinco juízes doutores.

Para cada respondente, foram coletados os seguintes dados que o identificam: idade, faixa etária, tempo de cirurgia, peso corporal pré e pós-operatório, IMC pré e pós-operatório, estado civil, paridade, profissão, escolaridade, se realizam acompanhamento médico, se possuem problemas de saúde, se praticavam e/ou praticam atividade física.

Evidencia-se que duas fontes foram utilizadas para a realização da análise qualitativa do material obtido: o arquivo oral e o texto escrito. A primeira fonte, oriunda das entrevistas, guarda detalhes conseguidos com o recurso da oralidade como: entonação, ênfase, dúvida, pausas, rapidez ou lentidão nas reações, nas repetições, entre outros. O texto escrito foi obtido por meio da transcrição das entrevistas gravadas, das observações anotadas a cada dia e dos documentos arquivados.

Para facilitar a compreensão das ideias de cada sujeito ouvido e de tornar possível a compreensão de seus depoimentos e, ainda, possibilitar, mais tarde, o exame comparativo entre os depoimentos coletados, os discursos foram organizados de acordo com uma ordem temática, definida à medida que foram sendo lidas, exaustivamente, as entrevistas.

Procurou-se combinar e aproximar respostas e relatos referentes a uma mesma questão, que, no desenrolar das entrevistas, apareciam em trechos diversos, devido à liberdade que os entrevistados tiveram ao apresentar os relatos. Assim, configuraram-se três eixos: histórico da obesidade, motivação para realizar a cirurgia bariátrica, sentidos/significados atribuídos à cirurgia.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 20 mulheres, com idade média de 40 anos ($\pm 7,85$), que realizaram a cirurgia no tempo médio de 2,85 anos ($\pm 0,988$). A média de peso corporal e do índice de massa corporal (IMC) no período pré-operatório era de 137,1 kg ($\pm 15,57$) e 53,26 Kg/m² ($\pm 6,23$), respectivamente, sendo os valores reduzidos para 79,41 kg ($\pm 9,82$) e 30,79 Kg/m² (3,74). Em um ano em média as entrevistadas perderam 44,88% do peso corporal total. Das entrevistadas, 65% são casadas, 80% possuem filhos, 70% fazem acompanhamento de saúde, 40% ainda

possuem algum tipo de problema de saúde. Sobre a escolaridade tem-se o seguinte panorama: 5% não concluíram o 1º grau, 15% completaram o 1º grau, 5% não concluíram o 2º grau, 60% concluíram o 2º grau e 15% possui curso superior completo. Portanto, 75% das entrevistadas tinham pelo menos o segundo grau. Com relação à realização de atividade física não houve relatos para o período pré-operatório, no entanto, 45% delas passaram a realizar alguma prática após a cirurgia.

Cada mulher obesa chega ao SCHDO com uma história de vida, no entanto, as trajetórias se cruzam ao relatarem o objetivo de mudar o seu corpo por meio da cirurgia bariátrica. O início da obesidade das entrevistadas pode ser visualizado na Tabela 1.

Com relação ao início da obesidade, apenas duas participantes relatam ter sido obesas na infância, sete na adolescência; destas, quatro durante a gravidez; 11 na fase adulta; destas 10, durante a gestação.

TABELA 1
fase de incidência da obesidade

	Frequência	percentual
Na infância	2	10,0
Na adolescência	3	15,0
Na adolescência, durante a gravidez	4	20,0
Na fase adulta	1	5,0
Na fase adulta, durante a gravidez	10	50,0
Total	20	100,0

Fonte: Pesquisa de campo (maio de 2007 a dezembro de 2008).

Pode-se perceber, então, que a gestação mostrou ser um período marcante com relação ao início da obesidade desse grupo pesquisado, como demonstram os seguintes relatos:

E depois que eu casei, eu comecei a comer compulsivamente, descontrolei, e fui só engordando. Quando estava grávida do segundo filho, as pessoas achavam que eu estava esperando três porque eu estava imensa (Participante 16).

E ainda:

Até eu casar, eu pesava 60 quilos, depois que eu tive o primeiro filho, eu engordei pra 90 quilos. Dali pra frente nunca mais consegui emagrecer (Participante 6).

Além das mudanças no corpo, a saúde, de um modo geral, é atingida pelo excesso de peso corporal. As entrevistadas relatam a presença das comorbidades: asma, apneia do sono, hipertensão, colesterol alto, dor nas pernas e artrose. O relato, a seguir, mostra como a entrevistada se sentia antes e depois da cirurgia:

Eu tinha pressão alta, pernas doendo, minhas pernas travavam, eu já saí daqui carregada pelo SAMU, meu pé começava a virar a entortar.

Eu conto minha história para as pessoas, eu me sinto vitoriosa eu ter recuperado. Quem me viu passar por dois AVC, dois princípios de infarto, muleta. Hoje eu abro o olho todo dia e me sinto uma vitoriosa por minha saúde, porque eu não quero emagrecer e ser *miss*, eu recuperei minha saúde. Eu era hipertensa nível três, super- hipertensa, o dia que estava menos era 16 por 10, mas ficava 22 por 12. Tomava 6 captopril por dia, e hoje não tomo nada disso. Quer vitória maior que isso? (Participante 15).

Esses dados são confirmados pela literatura, em que as pesquisas indicam que as comorbidades representam o fator de maior incidência de morte para esse público (FRANCISCHI et al., 2000; PERES, 2005; POLLOCK; WILMORE, 1993; SILVA, 2005)

Tentativas fracassadas no emagrecimento são muito comuns nessas pessoas, porque, de acordo com Cabral (2002), pretende-se atingir um peso corporal considerado ideal e não um peso corporal saudável.

Os recursos utilizados como tentativa de emagrecimento foram em 60% das respostas a medicação, em 45% a dieta, e em 5% atividade física, dados que coincidem com a pesquisa realizada por Fandiño e outros (2004) em que os autores afirmam que dieta, medicação e atividade física são os pilares no tratamento para obesidade.

Os tratamentos medicamentosos apesar de gerarem efeitos satisfatórios, trouxeram às entrevistadas algumas consequências:

Tentei o tal “Doutor Caveira” (alusão a um médico que receita remédios que emagrecem rapidamente). Ele faz milagres, ele te seca, mas depois você engorda o dobro, você engorda o que tinha e mais um pouco. Aquele efeito sanfona. Quando eu fiz a dieta emagreci, fiquei bonitinha, emagreci mais de 20 quilos, depois engordei mais de 40 quilos. Fiz dieta, mas não emagrecia um quilo, nada, nada (Participante 4).

Dos 15 anos aos 45, eu não passava seis meses sem tomar remédio para emagrecer. Emagrecia 30, engordava 40. Emagrecia 20 engordava 30. Esse foi o processo dos 15 aos 45 (Participante 12).

Chama a atenção o fato de 100% dos sujeitos relatarem não terem realizado atividade física antes da cirurgia bariátrica. Em questões abertas, apenas um relato apontou a caminhada como recurso para emagrecer, porém não de uma forma sistematizada, exemplificado pelo discurso da participante 19: “tomei remédio, fiz caminhada... essas coisas mais básicas assim...”.

As demais participantes associam a prática de atividade física à aderência às academias de ginástica, alegando como motivos para a não-realização da atividade física o fato de considerarem academia local para pessoas magras e também por vergonha do corpo, preguiça e dor.

A vergonha, na maioria das vezes, é de aparecer em público, em especial em academias de ginástica, nas quais o padrão de corpo é determinado pela maioria magra, como relatam as Participantes 1 e 4, respectivamente:

Lá na academia você entra e só vê gente de corpão. Tem que fazer academia só pra gordinho. Você pensa: nossa não vou chegar lá nunca! As pessoas olham pra você, às vezes, não estão nem aí, mas você acha que está.

Acho que eu não tinha autoestima, não tinha vontade, tinha vergonha por estar muito gorda, você vai pra academia todo mundo te olha, na natação todo mundo te olha. A atividade física foi a única coisa que não fiz, por vergonha, porque eu tenho um quadril muito largo, então pra colocar um maiô, colocar uma calça mais justa, eu tinha vergonha.

Outras participantes afirmaram ter “rejeição e preguiça para praticar atividade física” (Participante 3), o que foi reforçado pela participante 20: “era preguiça mesmo. Eu sempre associei a dieta à segunda-feira e a caminhada às seis horas da manhã, ou seja, péssimo”.

A dor, devido a problemas articulares, também foi apontada como fator limitante para a realização de atividade física, como nos relatos da participante 10: “Não fazia porque começava a doer a coluna, e o esporão no calcâneo.” E também da participante 14:

Eu não pude fazer atividade física por causa do problema do osso (artrose) [...] eu fiquei muito obesa e os ossos começaram a doer muito, eu não aguentava mais, se eu fizesse, eu ficava doente. O joelho inchava muito. Foi aí que parei.

Com a desistência em diversos métodos de emagrecimento, essas mulheres vão à busca do procedimento cirúrgico.

Ao conversar com as entrevistadas sobre o fator motivante para a realização da cirurgia, foram percebidos dois grandes motivadores: a saúde e a estética, como apresentado na Tabela 2.

Isso é compreensível, pois elas passaram longos anos em tratamentos sem sucesso, indo ao encontro do que dizem Segal e Fandino (2008): o tratamento convencional na obesidade grau III

produz resultados insatisfatórios, sendo que 95% das pessoas recuperam seu peso corporal em dois anos. Em adição, elas podem agravar as comorbidades, adquirindo outras doenças devido ao “efeito sanfona”. Sobre o assunto, as entrevistadas assim se expressam:

Eu fiquei muito gorda, muito infeliz. Eu não procurei a cirurgia bariátrica por fins estéticos especificamente. A minha preocupação, a princípio, era a saúde. Porque eu já estava com 30 anos, estava nova e saudável, mas eu sabia que aquele peso corporal eu poderia desenvolver diabetes, hipertensão... (Participante 3).

Eu, por estética, não faria não. Eu só fiz a cirurgia porque estava muito doente, minha pressão era 24 por 18, tomando 16 comprimidos por dia. Eu vivia na Regional Leste. Qualquer coisa minha pressão subia (Participante 14).

TABELA 2

Motivação para realizar a cirurgia bariátrica

	Frequência	Percentual
Saúde	9	45,0
Estética	9	45,0
Ambos	2	10,0
Total	20	100,0

Fonte: Campo de pesquisa (maio de 2007 a dezembro de 2008).

No entanto, a partir do momento em que as mulheres se veem com o corpo em constantes mudanças, o discurso e o olhar são voltados para a estética e a aparência: “Aí depois, é claro, você vai ficando elegante e vai querendo mais (Participante 14)”.

A estética e o olhar do outro também marcam a decisão pela cirurgia:

Fui só engordando, engordando, chegou num ponto que eu não tinha coragem de sair de casa. Mesmo casada, eu tinha vergonha. Pelo marido, eu fazia se eu quisesse, foi uma opção minha, ele me aceitava do jeito que eu era. Mas eu não me sentia bem. Um dia meu filho perguntou: mãe porque você é tão gorda? Ele tinha quatro aninhos. Aí eu pensei: por quê? Meu filho tem coleguinhas no colégio que falam... Agora vou mudar meu estilo de vida, então eu fui com a cara e a coragem e fiz (Participante 4).

A partir do momento da decisão pelo procedimento, inicia-se uma jornada longa, e a Cirurgia Bariátrica toma sentidos e significados diversos, os quais se traduzem na Tabela 3 e nos depoimentos seguir, transitando entre a esperança e o último recurso.

TABELA 3
Sentidos e significados da cirurgia bariátrica

	Frequência	Percentual
Esperança	7	35,0
Situação Extrema	9	45,0
Só obteve com a diferença no espelho	2	10,0
Não se manifestou	2	10,0
Total	20	100,0

Fonte: Campo de pesquisa (maio de 2007 a dezembro de 2008).

Os resultados se assemelham aos da pesquisa de Benedetti (2003), à qual os pacientes entrevistados também atribuíram à cirurgia bariátrica a simbologia de última alternativa, ou como a própria autora cita “uma luz no fim do túnel” para esses sujeitos que vinham fracassando em diversos tratamentos.

Santos (2005), em sua pesquisa com o mesmo tipo de público, verifica estas simbologias dadas à cirurgia, e assim, o indivíduo troca a vontade pelo procedimento, ou seja, como não consegue dar conta de emagrecer sozinho, decide ser emagrecido pela medicalização, sendo que, desse modo, acaba se entregando na mão do outro. Os relatos, a seguir, expressam as diversas reações ao fato:

Minha vida já não está valendo a pena, pra mim já não tinha mais nada a perder. Pra mim era uma esperança, e eu me agarrei nela. Que tudo desse certo e que eu ia voltar a ser a Andressa⁴ que estava guardada. Agora sim, essa sou eu (Participante 1).

Pra mim, foi a maior benção do céu. Porque tudo mudou (Participante 6).

Ela seria a minha única solução (Participante 11).

Eu não pensava na cirurgia, eu não achava que ia precisar fazer (Participante 5).

Pode-se inferir, a partir dos depoimentos, que o emagrecimento pela cirurgia bariátrica não significa apenas “desengordar”, passar de um corpo obeso a um corpo magro, mas, além disso, estar repleto de planos, desejos e sentimentos que vão desde o orgulho de ter realizado a cirurgia até o seu oposto, ou seja, a frustração e a culpa por ter chegado a esse ponto. Ressalta-se que esses sentidos e significados vão sendo construídos ao longo do tempo e, muitas vezes, é influenciado pela longa espera na fila para a cirurgia. Após essa espera, chega o momento de realizar o procedimento.

⁴ Nome fictício

Os depoimentos demonstram a grande influência da transformação corporal vivenciada na identidade dessas pessoas. Ou seja, cria-se uma realidade nova, à qual os antigos costumes, crenças e valores já não serviam mais. O corpo obeso agora tinha sido transformado em corpo magro, em curto espaço de tempo, para se adaptar a uma nova realidade.

Se por um lado os questionários e as entrevistas permitem avaliar as influências sócio-culturais no comportamento, por outro, podem ser questionadas por sua subjetividade, sendo assim esta a maior limitação da metodologia escolhida para o estudo. No entanto, é contornada pela fidedignidade e validade das falas das entrevistadas e por terem os autores tomados as devidas precauções éticas e metodológicas ao utilizar esta ferramenta.

4 CONCLUSÃO

A obesidade no grupo pesquisado foi resultado do somatório de fatores como o histórico de obesidade na família, dietas hipercalóricas e o sedentarismo. Porém, dois aspectos foram relevantes no aumento do peso corporal: mudanças hormonais durante a adolescência e a gestação, aliada à ingesta hipercalórica nessas fases.

‘Situação extrema’ foi o principal sentido atribuído à cirurgia bariátrica pelo grupo, o que significa dizer que ela foi símbolo de “salvação”, “a luz no fim do túnel” e uma oportunidade de ‘retomar suas vidas’, tendo sido necessário vencer medos e dificuldades.

Constatou-se pelas investigações que é necessário um trabalho pré e pós- cirúrgico, pois, como ficou claro, existem contradições nas representações corporais e sentimentos, quando as entrevistadas explanam sobre a motivação para a realização da cirurgia. Ou seja, embora o motivo apresentado seja a melhoria da saúde, a ênfase muitas vezes é dada a questões puramente estéticas.

Percebeu-se, nos relatos, que na trajetória das entrevistadas é constante a busca pelo emagrecimento, sendo os principais recursos o remédio e a dieta. A falência destes métodos provocou nas participantes sentimentos de fracasso, na maioria das vezes, por só conseguirem manter o peso corporal durante o uso dos recursos.

Vale ressaltar que a atividade física sistematizada quase não se fez presente na vida dessas pessoas antes da cirurgia, pois a exposição de seus corpos em público em academias de ginástica, faziam-nas sentirem-se discriminadas e, por vezes, excluídas daquele ambiente, uma vez que o padrão corporal ali presente era o da menor silhueta.

A atividade física passa a ter importância para essas mulheres no período pós-operatório, quando passa a haver uma valorização da mesma, não só para a saúde,

como também para a manutenção do peso corporal. Nesse período, já não há mais motivos para esconder seus corpos das demais pessoas. Isso traz uma reflexão sobre a atuação do profissional de educação física no combate e na prevenção da obesidade junto a uma equipe multidisciplinar. Pensa-se não apenas no objetivo de reduzir quilos, mas, primordialmente, em estratégias que sejam capazes de acompanhar e facilitar o reconhecimento do indivíduo de seu corpo.

E para isto, torna-se importante o envolvimento de profissionais de diferentes áreas.

Reconhece-se a necessidade de ampliação da amostra afim de que sejam possíveis generalizações. No entanto, a pesquisa aponta para a importância de se avaliar detalhadamente a trajetória de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica, coletando informações como as descritas neste estudo, no intuito de se evitar problemas no período pós cirúrgico como, por exemplo, a distorção da imagem corporal.

Bariatric surgery: the journey of obese women seeking weight loss

ABSTRACT

Bariatric surgery has been considered the most efficient approach to treating morbid obesity. The Obesity Pole of the Brazilian Unified Health System in Juiz de Fora, MG, was investigated. We undertook a qualitative investigation through content analysis of the interviews of 20 women who had undergone the procedure. They reported their stories before and after weight reduction. Obesity had a higher incidence during adolescence and pregnancy. The most frequent weight reduction strategies were diets and drugs, and most women decided on a treatment on cosmetic and health grounds. Bariatric surgery was considered an extreme resource, being seen as the only solution for obesity. Obesity in the study group was multifactorial, with an emphasis on adolescence-related and pregnancy-related hormonal changes, associated with a hypercaloric intake. A multiprofessional team is clearly needed to care for these patients.

Keywords: Obesity. Bariatric Surgery. Health.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Desnutrição na infância pode provocar obesidade**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2005/140105.htm>>. Acesso em: 17 jul. 2007.

ALMEIDA, B.; FERREIRA, S. R. G. Epidemiologia. In: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. (Coord.). **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo: Manole, 2005. p. 185-193.

ANDRADE, D. E. G. de. **Prevalência de sobrepeso corporal e obesidade em crianças de escolas públicas e privadas do ensino fundamental da cidade de Franca-SP e alguns fatores de riscos associados**. 2006. Dissertação (Mestrado em Medicina)—Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ARASAKI, C. H. et al. Cirurgia bariátrica para tratamento da obesidade. In: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. (Coord.). **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo: Manole, 2005. p. 287-296.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

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

BLUMBERG, J. Preface: the global epidemic of obesity. In: LANCHA JUNIOR, A. H. **Obesidade: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. ix-x.

CABRAL, M. D. Tratamento clínico na obesidade mórbida. In: GARRIDO JÚNIOR, A. B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 35-44.

COUTINHO, W. (Coord.) Consenso latino-americano de obesidade: Associação Brasileira de Estudos sobre Obesidade. 2000. Disponível em <<http://www.abeso.org.br/revista/revista.6/consenso.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2008.

DIXON, J. B.; DIXON, M. E.; O'BRIEN, P. E. Quality of life after Lap-Band placement: influence of time, weight loss, and comorbidities. **Obesity Research**, London, v. 9, no. 11, p. 713-721, 2001. Disponível em: <<http://www.nature.com/oby/journal/v9/n11/full/oby200196a.html>>. Acesso em: 20 mar. 2010.

FANDIÑO, J. N. P. et al. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 47-51, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n1/20476.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2010.

FARIAS, F. Cirurgia bariátrica: histórico. In: SILVA, R. S.; KAWAHARA, N. T. (Ed.). **Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade**. Porto Alegre: AGE, 2005. p. 34-45.

FELIPPE, F.; SANTOS, A. M. Novas demandas profissionais: obesidade em foco. **Revista da ADPPUCRS**, Porto Alegre, n. 5, p. 63-70, dez. 2004.

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP, v. 13, n. 1, p. 17-28, jan./abr. 2000.

HOUT, G. C. M. V. et al. Psychosocial functioning following bariatric surgery. **Obesity Surgery**, Oxford, v. 16, p. 787-794, 2006. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/content/a15h868243361r51/>>. Acesso em: 5 abr. 2010.

IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares (POF)**: Comunicação Social. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 dez. 2006.

LÜDKE, M.; ANDRÉ M. E. D. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

McARDLE, W. M.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. **Fundamentos da fisiologia do exercício**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

MOLINA JUNIOR, S.; ZANELLA, M. T. Atividade física no tratamento da obesidade. In: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. (Coord.). **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo: Manole, 2005. p. 253-258.

MUN, E. C.; BLACKBURN, G. L.; MATTHEWS, J. B. Current status of medical and surgical therapy for obesity. **Gastroenterology**, Baltimore, v. 120, no. 3, p. 669-681, 2001. Disponível em: <[http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(01\)07258-4/abstract](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(01)07258-4/abstract)>. Acesso em: 3 fev. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Diet, physical activity and health. The world health report, 2001. **Mental health**: new understanding, new hope. Geneva, 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/gb/>>. Acesso em: 10 jul. 2007.

_____. Obesity. Geneva, 1997. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/obesity/en/>>. Acesso em: 7 jun 2009.

PERES, R. B. Prejuízos à Saúde impostos pela Obesidade. In: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. (Coord.). **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo: Manole, 2005. p. 211-218.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP, v. 17, n. 4, p. 523-533, out./dez. 2004.

POLLOCK, M. L.; WILMORE, J. H; **Exercícios na saúde e na doença**. Tradução: M. L. ROCHA. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

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**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 188-192, jun. 2006. Disponível em: <http://www.sbnpe.com.br/revista/V21-3_02.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2007.

SANTOS, F. C. G. **Magro**. E agora?: histórias de obesos mórbidos que se submeteram à cirurgia bariátrica. São Paulo: Vetor, 2005.

SEGAL, A.; FANDINO, J. Bariatric surgery indications and contraindications. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2007.

SILVA, R. S. Indicações cirúrgicas no tratamento da obesidade. In: SILVA, R. S.; KAWAHARA, N. T. **Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade**. Porto Alegre: AGE, 2005. p. 60 - 64.

SOUTO, K. E. P. Tratamento clínico da obesidade mórbida: uso de fármacos antiobesidade. In: SILVA, R. S. KAWAHARA, N. T. **Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade**. Porto Alegre: AGE, 2005. p. 46-49.

TARDIDO, A. P.; FALCÃO, M. C. The impact of the modernization in the nutritional transition and obesity. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 117-124, 2006. Disponível em: <<http://www.sbnpe.com.br/revista>>. Acesso em: 15 jul. 2007.

ZANELLA, M. T. Obesidade e risco cardiovascular. In: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. (Coord.). **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo: Manole, 2005a. p. 219-226.

_____. Tratamento. In: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. (Coord.). **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo: Manole, 2005b. p. 235-242.

WAJCHENBERG, B. L. (Org). **Tratado de Endocrinologia Clínica**. São Paulo: Roca, 1992.

Enviado em 21/10/2009

Aprovado em 17/12/2009