



CENTRO DE ESTUDOS OCTAVIO DIAS DE OLIVEIRA
FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES

KAROLINE DE OLIVEIRA PEQUENO
LUDYMILLA RAMOS DA SILVA

ASPECTOS QUE ENVOLVEM AS RELAÇÕES DO COMER EM INDIVÍDUOS
PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

TRINDADE

2019

KAROLINE DE OLIVEIRA PEQUENO

LUDYMILLA RAMOS DA SILVA

ASPECTOS QUE ENVOLVEM AS RELAÇÕES DO COMER EM INDIVÍDUOS
PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

Projeto de Pesquisa apresentado como requisito parcial
para conclusão do curso de graduação em Nutrição, da
Faculdade União de Goyazes, sob a orientação da Prof.
Ma. Larissa de Farias Alves.

TRINDADE

2019

KAROLINE DE OLIVEIRA PEQUENO

LUDYMILLA RAMOS DA SILVA

ASPECTOS QUE ENVOLVEM AS RELAÇÕES DO COMER EM INDIVÍDUOS
PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

Projeto de Pesquisa apresentado como requisito parcial para conclusão do curso de graduação em Nutrição, da Faculdade União de Goyazes, sob a orientação da Prof. Ma. Larissa de Farias Alves.

Aprovado em:

Banca examinadora

Orientadora Prof^ª. Ma. Larissa de Farias Alves
Faculdade União de Goyazes

Examinadora interna Prof^ª. Ma. Polianna Ribeiro Santos
Faculdade União de Goyazes

Examinador externo Esp. Orcimar Mendes de Souza Sobrinho
Faculdade União de Goyazes

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	8
2.1. Apectos que Influenciam a Alimentação do Indivíduo	8
2.2. Obesidade.....	9
2.3. Cirurgia Bariátrica	10
3. JUSTIFICATIVA	10
4. OBJETIVOS	11
4.1. Objetivo geral	11
4.2. Objetivos específicos.....	11
5. METODOLOGIA.....	11
5.1. Tipo de Estudo.....	11
5.2. População Alvo	11
5.3. Critérios de inclusão	12
5.4. Critérios de Exclusão.....	12
5.5. Campo de Estudo	12
5.6. Coleta de Dados	13
5.7. Análise de Dados	13
5.8. Aspectos Éticos	14
5.9. Riscos e Benefícios	14
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	15
CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS	21

RESUMO

Introdução: A cirurgia bariátrica é um tratamento para a obesidade que vem, cada vez mais, recebendo destaque principalmente devido aos resultados positivos no tratamento das comorbidades associadas ao excesso de peso. No entanto, esse tipo de intervenção necessita de uma fase de adaptação e mudanças de estilo de vida. Diante disso é imprescindível que haja um cuidado multidisciplinar, evitando consequências negativas após a cirurgia, principalmente por se tratar de um procedimento invasivo que interfere em vários aspectos, físicos, psicológicos entre outros. Os aspectos que envolvem a relação do comer desses indivíduos podem ter diversas causas sendo elas de âmbito social, psicológico, fisiológico e biológico.

Objetivo: É importante analisar aspectos que envolvem as relações com a comida em indivíduos pós-cirurgia bariátrica, mostrando-se mais frequentes e/ou influenciadores.

Metodologia: A pesquisa se tratou de um estudo de caráter descritivo, transversal, de natureza observacional com abordagem qualitativa. A coleta de dados partiu de um questionário semiestruturado abordando motivação da cirurgia, influências na hora das refeições, aspectos fisiológicos, sentimento predominante ao comer, comensalidade, autoestima, pontos positivos e pontos negativos observados após a cirurgia, com a participação de 20 indivíduos adultos de ambos os sexos que coabitavam nos municípios de Goianira – Goiás e Goiânia – Goiás, com o tempo mínimo de 12 meses pós-cirurgia bariátrica.

Resultados e Discussão: As discussões levantadas durante a pesquisa apontaram conexões em comum nas falas dos participantes, como, mudanças no paladar, autoestima, possíveis deficiências de micronutrientes entre outros pontos. Sabe-se que o ato de comer envolve aspectos além de fisiológicos, sociais, culturais e individuais.

Conclusão: Uma porcentagem dos pacientes após certo período obtém reganho ponderal devido a diversas circunstâncias, outros desencadeiam complicações provenientes da cirurgia. Em contrapartida, verificou-se uma percepção positiva acerca do resultado da cirurgia do ponto de vista dos pacientes.

Palavras-Chave:

Obesidade. Nutrição. Cirurgia bariátrica. Relações do comer.

ABSTRACT

Introduction: Bariatric surgery is a treatment for obesity that is being increasingly highlighted mainly because of the positive results in the treatment of comorbidities, which is associated with overweight. However, this type of intervention needs a phase of adaptation and lifestyle changes, so a multidisciplinary care is essential to avoid any negative consequences after surgery, mainly because it is an invasive procedure that interferes in several aspects, being them physical, psychological and others. The aspects that involve the relation of eating of these individuals can have several causes, being them of ambit, social, psychological, physiological and biological. **Objective:** It is important to analyze aspects involving the individual's relationship with food after bariatric surgery, which is proving to be more frequent and/or influential. **Methodology:** The research was a descriptive, cross-sectional, observational study with a qualitative approach. Data collection was based on a semi-structured questionnaire approaching surgery motivation, mealtime influences, taste, digestion, predominant eating sensation, commensality, self-esteem, positive and negative points observed after surgery, with the participation of 20 adult individuals from both sexes who cohabitated in the municipalities of Goianira - Goiás and Goiânia - Goiás, with a minimum time of 12 months after the bariatric surgery. **Results and Discussion:** The discussions raised during the research pointed to common connections in the participants' speeches, such as changes in taste, self-esteem, possible micronutrient deficiencies amongst other points. It is known that the act of eating involves aspects beyond physiological, social, cultural and individual. **Conclusion:** After a certain amount of time, a percentage of the patients begun to regain weight due to a variety of circumstances, another percentage started to show signs of complications as a consequence of the surgery. On the other hand, there was a positive perception about the results of the surgery from the patients' point of view.

Keywords:

Obesity. Nutrition. Bariatric surgery. Eating Relations.

1. INTRODUÇÃO

A vontade de comer enlaça aspectos além dos fisiológicos, diz respeito também a sentimentos vinculados a existência em si (GROMOWSKI, et al., 2016). Compreende – se que tais sentimentos, por exemplo, euforia, angustia, stress, podem ser confundidos e levar o ato de comer para uma perspectiva além da fome, fazendo com que isso se torne um ciclo vicioso e/ou afetuosos, e que acabe se tornando um comportamento referente a sinalizações psíquicas mais propriamente dita. Sabendo disso, entende - se que tais ciclos viciosos e/ou afetuosos podem gerar diversas consequências em âmbitos distintos, dentre eles a obesidade é um exemplo corriqueiro.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é caracterizada como o acúmulo excessivo e anormal de gordura corporal em forma de tecido adiposo. Entre os anos de 1980 e 2014 a prevalência mundial de obesidade mais que dobrou. De acordo com VIGITEL (2018), a frequência de adultos obesos foi de 19,8% em cidades do país, sendo 20,7% mulheres e 18,7% homens.

A obesidade é classificada de acordo com o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) (massa corporal/estatura). Assim sendo, a obesidade grau I, II e III apresenta, respectivamente, valores de IMC de 30,0 a 34,9, 35,0 a 39,9 e $\geq 40,0$ kg/m² (WHO, 1995), sendo esta última considerada obesidade mórbida. A obesidade é considerada uma doença que apresenta etiologia complexa e multifatorial, abrangendo fatores genéticos, comportamentais, metabólicos e ambientais. Além disso, está diretamente associada ao risco de desenvolver doenças crônicas graves, como diabetes, doenças cardiovasculares, dislipidemias, apneia obstrutiva do sono, osteoartrite e alguns tipos de neoplasia (OLIVEIRA et al., 2018, p.285).

No Brasil, com base na Portaria nº 424, pacientes com IMC com 50 kg/m² são indicados à cirurgia, independente da presença de comorbidades e, IMC maior que 40 kg/m² afetados por comorbidade que afetem o sucesso dos tratamentos prévios de no mínimo dois anos e a longevidade ou indivíduos com IMC acima de 35kg/m² com comorbidades como doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013).

A Cirurgia Bariátrica é um tratamento para a obesidade que vem, cada vez mais, recebendo destaque principalmente devido aos resultados positivos no tratamento das comorbidades associados ao excesso de peso. No entanto, esse tipo de intervenção necessita de uma fase de adaptação e mudanças de estilo de vida

principalmente devido a complicações pós-cirúrgicas relacionadas à deficiência de algumas vitaminas e minerais (EDUARDO et al., 2017, p. 2).

Entre os benefícios trazidos pela cirurgia bariátrica, destacam-se: redução superior 50% do excesso de peso ou 30 a 40% do peso inicial, melhora dos parâmetros metabólicos, com redução da resistência à insulina e, em alguns casos, auxilia no controle do diabetes tipo II e hiperlipidemias (PEDROSA et al. 2009 apud. JESUS 2017, p. 188).

Para tanto, o paciente pós-bariátrico deve seguir uma alimentação saudável para que possa ter os resultados positivos, bem como manter-se com a saúde em dia. Junto a isso, é imprescindível o acompanhamento multidisciplinar na intenção de um tratamento completo e eficaz, dando bastante atenção às questões emocionais e psicológicas, pois, segundo Eduardo et al. (2017), “o sofrimento psicológico, consequente do preconceito social, se encontra associado à obesidade em si, bem como aos comportamentos dos obesos, como por exemplo, suas condutas alimentares”.

Nesse sentido, este trabalho visa apresentar os aspectos que envolvem as relações do comer em indivíduos pós-cirurgia bariátrica, incluindo mudanças e adaptações após o procedimento cirúrgico, com tempo mínimo de 12 meses. Assim foi necessário a participação de indivíduos pós-cirurgia bariátrica, para a realização da pesquisa.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Na revisão bibliográfica serão abordados detalhadamente temas como: obesidade, cirurgia bariátrica e aspectos que influenciam a alimentação do indivíduo.

2.1. Aspectos que Influenciam a Alimentação do Indivíduo

“Sabemos que a decisão de comer varia de indivíduo para indivíduo e de situação para situação [...]” (Mela, 2001), visto que essas decisões são reflexos de uma vida inteira, e que, muitas delas estão intimamente internalizadas, o que faz ser consequência de diferentes fases no crescimento e desenvolvimento de cada indivíduo, podendo variar a decisão do comer, pensando que depende de fatores internos e sociais/culturais.

Segundo Christensen & Brooks (2006), “perde-se no tempo a ideia de que “somos o que comemos”, ou seja, de que aquilo que comemos influencia a nossa saúde física e mental”. Ao longo do tempo, principalmente com os avanços das pesquisas da área da saúde, entende-se que a alimentação e o seu efeito passa a ser bem relativo, dependendo de diversos aspectos psicossociais, envolvendo as relações interpessoais, familiaridade, exposições ao longo da vida, cultura, ambientes, estímulos positivos motivacionais, experiências que levam a uma ligação direta à memória afetiva sobre algum alimento específico.

Patel e Schlundt (2001) verificaram que o humor positivo e o humor negativo estão associados a uma maior ingestão de alimentos do que o humor neutro. O que é facilmente compreensível, considerando que o alimento possui grande valor, além da importância fisiológica, de necessidade. Ambos poderão ter uma ligação às situações de distração, ou “fuga”, de alguma eventualidade.

2.2. Obesidade

De acordo com Costa, obesidade é considerada uma epidemia, o reflexo dos problemas sociais, econômicos e culturais atualmente enfrentados por países em desenvolvimento ou recém-industrializados, bem como pelas minorias étnicas em situações de desvantagem. Ela é uma doença grave com consequências sociais e psicológicas (COSTA et al., 2009, p. 56).

O termo obesidade mórbida foi originado por Payne, em 1963, com o intuito de caracterizar a eminência de complicações em decorrência da obesidade. Assim, ele concluiu que o excesso de peso é uma grande causa de doenças (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES, 2003).

Além do grau de obesidade representado pelo IMC, sua distribuição corporal também pode ser associada a maior ou menor risco de desenvolver certas doenças. O excesso de gordura acumulada no abdômen representa maior risco à saúde se comparado ao excesso de gordura distribuída por todo o corpo (BRASIL, 2006).

Esta patologia é classificada como doença metabólica, com origem genética, intensificada pela exposição a fenômenos ambientais, emocionais, econômicos, sociais e culturais, associados a fatores como idade, sexo, raça e ao sedentarismo (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES, 2003).

2.3. Cirurgia Bariátrica

Eduardo (2017) diz que os tratamentos cirúrgicos, destaca-se a cirurgia bariátrica, que é caracterizado como procedimento invasivo, destinado a pacientes com obesidade grau III, pois apresenta melhores resultados se comparados a medicamentos. Este procedimento vem se desenvolvendo tecnologicamente, indo seu avanço de encontro com o aumento da epidemia global da obesidade. Até o momento, dos pacientes submetidos a esta cirurgia, somente 1% possui os efeitos da perda de peso revertida (et al., 2017, p.2).

Estas cirurgias podem ser caracterizadas por procedimentos que limitam a capacidade gástrica; que interferem na digestão, absorção e as que utilizam das duas técnicas (OLIVEIRA, LINARDI; AZEVEDO, 2004).

De acordo com a Portaria nº 492, de 31 de agosto de 2007, são consideradas cirurgia bariátrica os 4 procedimentos abaixo:

- a) Banda gástrica ajustável;
- b) Gastroplastia vertical com banda;
- c) Desvio gástrico com Y de Roux (redução gástrica ou gastroplastia com desvio intestinal com Y de Roux, com ou sem anel de estreitamento ou contenção na saída do estômago reduzido), Fobi, Fobi-Capella, Capella ou Bypass gástrico; e
- d) Derivação bilio-pancreática, com gastrectomia distal ou com gastrectomia vertical, preservação pilórica e desvio duodenal (BRASIL, 2007).

Cada um desses procedimentos com sua capacidade potencial média de redução do excesso de peso inicial (EPI). A eficácia de cada um, baseada na redução do EPI, é:

- a) Banda gástrica ajustável: 49,5 % do EPI;
- b) Gastroplastia vertical com banda: 60,2% do EPI;
- c) Desvio gástrico com Y de Roux: 70,1% do EPI; e
- d) Derivação bilio-pancreática ou Switch Duodenal: 71,7% do EPI (BRASIL, 2007).

Dentre os procedimentos, recomenda-se os que levem a redução de mais de 60% do EPI (OLIVEIRA, LINARDI; AZEVEDO, 2004).

3. JUSTIFICATIVA

Justifica – se a escolha do tema a partir da busca de conhecimentos a respeito do processo da cirurgia bariátrica, suas etapas (teóricas e práticas), os reais motivos das pessoas que optaram por fazê-la, e os aspectos que envolvem as relações do comer dessas pessoas, observando aspectos psicossociais e suas adaptações.

Entender melhor, o quão importante é reconhecer os aspectos que podem influenciar na relação do comer desses indivíduos pós-bariátricos é um fator determinante para que se possa ter uma tomada de partida para melhora do estado, bem como qualidade de vida pensando como um todo.

É importante ressaltar que a pesquisa de natureza qualitativa, pode ser um instrumento complementar para estudos quantitativos, pensando na perspectiva de temáticas no campo de nutrição e alimentação (CANESQUI, 2009).

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo geral

- Analisar aspectos que compõe as relações com a comida em indivíduos pós-cirurgia bariátrica.

4.2. Objetivos específicos

- Conhecer as mudanças e adaptações alimentares de indivíduos após realizarem a cirurgia bariátrica;
- Entender as influências nas escolhas alimentares dos indivíduos já submetidos a cirurgia bariátrica;
- Associar quais aspectos são mais frequentes nas práticas alimentares e sociais dos indivíduos após cirurgia-bariátrica.

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo de Estudo

A pesquisa tem caráter descritivo, transversal, de natureza observacional com abordagem qualitativa.

5.2. População Alvo

A abordagem foi feita com indivíduos adultos de ambos os sexos, com o tempo mínimo de 12 meses pós-cirurgia bariátrica. Todos oriundos do município de Goianira – Goiás e Goiânia – Goiás. De modo que a amostra do estudo foi uma estimativa a partir da população total brasileira submetida a cirurgias bariátricas no

ano de 2018.

Sabe-se que, no Brasil, 0,03% (63.969) da população foi submetida a cirurgia bariátrica no ano de 2018 (Ministério da Saúde/DATASUS¹). Sendo a população de Goiânia – Goiás composta por 1.302.001 habitantes (IBGE, 2010) estima – se que 390 indivíduos podem ter sido submetidos à cirurgia bariátrica, bem como Goianira - Goiás composta por 44.289 indivíduos (IBGE²), estima-se que 13 indivíduos podem ter sido submetidos ao procedimento no ano de 2018 no município, sendo 13 indivíduos o número mínimo da amostra deste estudo.

5.3. Critérios de inclusão

Foram usados como critério de inclusão indivíduos adultos (>18), de ambos os sexos, oriundo do município de Goianira – Goiás e Goiânia – Goiás, já submetidos a cirurgia bariátrica com no mínimo doze meses pós-cirurgia, e que aceitaram participar da pesquisa via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.4. Critérios de Exclusão

Foram usados como critério de exclusão indivíduos em que se encontravam em período de gestação, lactação, em tratamento quimioterápico ou em uso de medicamentos imunossupressores; ou que se encaixasse no critério de inclusão, mas não aceitaram participar da pesquisa.

5.5. Campo de Estudo

O campo de estudo para esta pesquisa foi nas residências dos entrevistados, que coabitavam nos municípios de Goianira – Goiás, cidade localizada na região metropolitana de Goiânia, capital do estado. Tem em média cerca de 44.289 habitantes, o que estima – se ter quase 23 habitantes por km² (IBGE, 2017), e Goiânia – Goiás capital do estado que possui em média 1.302.001 habitantes e possui densidade demográfica de 1.776,74 habitantes por km² (IBGE, 2010³).

¹Informação disponível em site oficial do Ministério da Saúde:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/qiuf.def>. Acesso em 01 de setembro de 2019.

² Informação disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/goianira>. Acesso em 01 de setembro de 2019.

³ Informação disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/goiania/panorama>. Acesso em 26 de novembro de 2019.

5.6. Coleta de Dados

A coleta de informações sobre número de pacientes que passaram pela cirurgia sucedeu na secretaria municipal de saúde e clínicas provadas que realizavam o procedimento. A abordagem dos participantes foi feita por amostra aleatória simples por conveniência, realizada através de redes sociais como Instagram® e WhatsApp®. Foi explicado os objetivos da pesquisa, e a importância desse estudo para os indivíduos que já se submeteram e que ainda se submeterão a cirurgia bariátrica, de modo que demonstre a relevância da pesquisa para as pessoas que tem interesse em se submeter ao procedimento cirúrgico. Em seguida, a entrevista foi marcada de acordo com a disponibilidade dos indivíduos que aceitaram participar do estudo, logo, foi empregado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados partiu de perguntas abertas elaboradas de forma independente (Apêndice A), e gravadas.

5.7. Análise de Dados

Os dados coletados foram analisados em uma abordagem através da técnica de Análise de Conteúdo, onde aconteceu em 3 etapas, como descrito nos trabalhos de Laurence Bardin: 1. Pré-análise; 2. Exploração dos dados; 3. Tratamento dos resultados e interpretação (BARDIN, 1977). Na etapa de pré-análise as falas foram tabuladas de forma a reunir características de conteúdo similares presentes nas mensagens. Para a exploração de dados foi feito um delineamento das categorias, seguindo as teorias de Claude Lévi-Strauss, através dos significados e significantes encontrados que se relacionam com o tema da alimentação (LÉVI-STRAUSS, 1989).

A metodologia corresponde ao proposto de compreender e correlacionar os aspectos que envolvem as relações do comer em indivíduos pós-cirurgia bariátrica, diante do que será relatado pelos entrevistados. Dando ênfase a reações sejam elas físicas ou psicológicas, a maneira de se socializar, a opinião que cada entrevistado tem sobre as consequências da cirurgia seja ela positiva ou negativa e da qualidade de vida pós 12 meses ou mais de cirurgia. De modo que conseguimos compreender e analisar quais desses aspectos envolvem as relações do comer em indivíduos pós- cirurgia bariátrica.

5.8. Aspectos Éticos

Este projeto foi submetido pelo Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade União de Goyazes. Foram obedecidos os princípios e postulados éticos, com vistas a evitar qualquer possível risco e/ou constrangimento ao participante, de acordo com a Resolução CNS nº 466/2012 (BRASIL, 2012).

Os participantes do estudo que aceitaram participar da pesquisa assinaram, juntamente com o pesquisador, duas vias do TCLE (Anexo 1).

5.9. Riscos e Benefícios

Na presente pesquisa, os participantes poderiam ter o risco de se sentirem constrangidos ao responder o questionário que foi aplicado de forma individual e em sala separada, para evitar o constrangimento, mesmo não sendo esse o intuito da pesquisa. Os participantes que se sentissem constrangidos e tivessem consequências comprovadamente decorrentes da pesquisa poderiam ser encaminhados para terapia com psicólogo e todo tratamento custeado pelos autores na Faculdade União de Goyazes ou outro local escolhido pelo participante. No entanto, foi levado em consideração o risco com o resultado da pesquisa com o preenchimento incorreto do questionário ou a falta da verdade do sujeito da pesquisa.

O participante não teve despesas, para tanto, lhe foi garantido ressarcimento de despesas caso tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrente e a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Tiveram como benefício, para ambas as partes, o conhecimento sobre a importância de reconhecer os aspectos que podem influenciar na relação do comer e um determinante para que se pudesse ter uma tomada de partida para melhora do estado, bem como qualidade de vida pensando como um todo.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados foi feita de acordo com a disponibilidade e localidade de cada participante, dentro dos municípios de Goiânia e Goianira. A amostra total se deu por 20 pessoas, sendo 16 mulheres (80%) e 4 homens (20%), com faixa etária entre 18 e 64 anos. Baseado no roteiro semiestruturado, categorizou-se alguns pontos em comum encontrados na fala de cada participante, como por exemplo, motivação da cirurgia, influências na hora das refeições, aspectos fisiológicos (paladar e digestão), sentimento predominante ao comer (medo e culpa), comensalidade, autoestima, os pontos positivos e pontos negativos observados após a cirurgia, que serão detalhados e comparados com a literatura na discussão.

As discussões levantadas durante a pesquisa apontaram conexões entre contextos referentes à indústria e suas constantes mudanças e adaptações aos novos hábitos alimentares dos comensais, pensando na perspectiva de comodidade e praticidade. Diante disto, as pessoas começaram a ter consequências com o ganho excessivo de peso, na saúde, aparência, trabalho, socialização, locomoção, qualidade de vida (FONSECA et al., 2011). Pôde – se associar que, antes de optarem pelo procedimento cirúrgico, parte dos entrevistados relataram que houve muitas tentativas com dietas, para que se fosse alcançado o tão almejado emagrecimento, ou “peso ideal”. As sentenças abaixo foram recortadas das entrevistas feitas com os participantes desta pesquisa e refletem a motivação para realizar a cirurgia bariátrica.

"toda vida eu lutei" (...) "quando eu resolvi fazer a bariátrica, eu já tinha perdido as forças" (Participante nº16; 35 anos, pedagoga).

"conduta extrema, que você só toma realmente quando não tem outra saída" (Participante nº 1; 40 anos, advogada).

Quadros associados à qualidade da saúde juntamente ao estado nutricional em que os entrevistados se encontravam também foram critérios relevantes para a execução do procedimento cirúrgico.

"tive que fazer a cirurgia devido a problemas ortopédicos, que o próprio peso ocasionou" (Participante nº 4; 43 anos, costureira).

""tava" muito defasado, quando é obesidade, né?" (Participante nº 5; 48 anos, segurança vigilante).

As influências alimentares se dão de acordo com todo o contexto vivido pelo indivíduo, advém de vastas complexidades envolvendo fatores individuais e

coletivos que abrangem aspectos psicológicos, motivacionais sentidos, sociais, culturais e etc. Havendo a indução do estado emocional associado ao ato de comer, normalmente ignora –se os níveis normais para a saciedade (SILVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO, 2008). Observa – se que na hora das refeições as pessoas se baseiam mais no hábito e conveniência, do que na real necessidade fisiológica, de modo que um não exclua o outro.

"eu acredito que é mais a emoção, principalmente os momentos que é mais ansiedade, eu acabo comendo mais" (Participante nº 13; 20 anos, estudante).

"quando eu estou socializando, por exemplo, natal, aniversário, eu costumo comer menos" (...) "eu tenho medo de passar muito mal e perder aquele momento" (Participante nº 20; 21 anos, estudante).

"sinais físicos, não sinto fome" (Participante nº 11; 27 anos, autônoma).

"quando eu "tô" nervoso ou ansioso eu não como" (Participante nº 18; 38 anos, entregador).

O paladar e a digestão passaram a ser uma ferramenta de controle para a grande maioria dos entrevistados, que relataram uma mudança no paladar de maneira significativa depois da cirurgia. Diante disto, alteram suas preferências alimentares e essas mudanças nas preferências podem ser justificadas nas suas respostas fisiológicas implícitas aos alimentos, como a síndrome de dumping, hipoglicemia, paladar distorcido entre outros (AHMED et al., 2018). A mudança também se aplica aos processos digestivos, de maneira que altere alguns processos gastrointestinais, que acabam se tornando mais rápidos que os fisiologicamente normais.

"coisas que você gostava muito e passa a não gostar" (...) "eu não guardo nada dentro de mim, eu acabei de comer, daqui uma hora eu tô comendo de novo" (Participante nº 1; 40 anos, advogada).

"paladar muito apurado, doce demais, salgado demais" (Participante nº 3; 26 anos, estoquista).

"o doce desce bem, não me dá entalo, mas eu sei que me faz mal, por causa do dumping" (Participante nº 16; 35 anos, pedagoga).

"sou como um avestruz, como agora daqui a duas horas já não tenho mais nada" (Participante nº 10; 41 anos, artesã autônoma).

Sabendo que os aspectos que envolvem as relações do comer abrangem não só pensamentos racionais, mas também um apanhado de pensamentos internalizados no subconsciente, conseguimos observar que alguns pontos que contribuem principalmente para a escolha dos alimentos. Estão ligados diretamente

a sentimentos e emoções como o medo, prazer e culpa (FONSECA et al., 2011). Pode-se observar nas falas dos participantes desta pesquisa que os sentimentos de medo e culpa são predominantes.

"acho que a culpa é o principal sentimento" (...) "até hoje eu peso todos os dias" (Participante nº 16; 35 anos, pedagoga).

"não sei se é culpa, mas é meio que uma revolta porque eu tenho que comer" (Participante nº 19; 28 anos; astrônoma e estudante).

“Sabe – se que comensalidade deriva do latim “mensa” que significa conviver à mesa e isto envolve não somente o padrão alimentar ou o quê se come mas, principalmente, como se come” Moreira (2010). As relações do comer estão diretamente ligadas aos processos de se socializar e o prazer que esses momentos trazem consigo, sabe – se que o ato de comer envolve aspectos além dos fisiológicos, carrega consigo representações sociais, culturais e individuais, no entanto foi notável que esses aspectos que envolvem as relações do comer foram se tornando algo cada vez distante diante de alguns discursos dos entrevistados (HECK, 2004). Nesta pesquisa, as relações do comer estão intimamente ligadas a forma que o indivíduo se relaciona de maneira geral com as pessoas, assim refletindo do mesmo modo na forma de se alimentar, podendo envolver companhias ou o próprio relacionamento com a comida propriamente dita.

"se puder escolher, eu prefiro sentar sozinha, num lugar sozinho, até sem meu marido perto e comer sozinha" (...) "eu não gosto de comer perto das pessoas" (Participante nº 17; 33 anos, pedagoga).

"a minha relação com a comida hoje ela é muito distante digamos assim, eu perdi totalmente essa relação com a comida" (...) "por mim eu não comeria" (Participante nº 19; 28 anos; astrônoma e estudante).

De acordo com Bressan e Schuelter-trevisol (2019) “A autoestima é definida como sentimento, o apresso e a consideração que uma pessoa sente por si própria”. Grande parte dos entrevistados relataram que a autoestima melhorou significativamente após a cirurgia, mas é importante ressaltar que ainda há casos em que as pessoas submetidas ao procedimento cirúrgico tenham maior dificuldade no processo de identidade corporal, bem como nesses processos da autoestima propriamente dita.

"eu acho que é o que incentiva mais a gente, é a autoestima" (Participante nº 10; 41 anos, artesã autônoma).

"porque hoje “cê” vai comprar uma roupa “cê” não compra a que te serve, eu escolho a roupa que eu quero" (Participante nº 18; 38 anos, entregador).

"“cê” tem que trabalhar muito isso no espelho, falar, “ainda sou eu”” (...) “teve uma fase que eu não me reconhecia” (Participante nº 20; 21 anos, estudante).

"eu costumo falar, a mente não acompanha" (Participante nº 13; 20 anos, estudante).

A intervenção cirúrgica pode levar à melhora de quadros bioquímicos, qualidade de vida, bem como a melhora das relações interpessoais dos indivíduos submetidos à mesma (OLIVEIRA et al., 2018). As entrevistas refletem as mudanças no estilo de vida de cada indivíduo dentro de seus âmbitos familiar e social, porém deve – se atentar a possíveis sinais ou alterações relacionadas a qualidade de vida ou a aspectos bioquímicos, seguindo um acompanhamento periódico de uma equipe multiprofissional. Visto que se trata de um procedimento invasivo e que engloba não só aspectos metabólicos, levando em consideração que todas as etapas desde a preparação até o pós-operatório são relevantes para possíveis resultados, de maneira satisfatória.

"primeiro a minha saúde de volta “né”, eu “tava” com diabetes, hipertensão, aí graças a Deus eu sarei tudo" (Participante nº 11; 27 anos, autônoma).

"questão visual, você se sentir bem, inserida no meio da sociedade" (Participante nº 1; 40 anos, advogada).

"tá" mais fácil me relacionar também, que antigamente não era tão assim" (Participante nº 3; 26 anos, estoquista).

"todo mundo acha que é simples, ninguém sabe do acompanhamento que tem..." (...) "é um processo que é só uma ponte, pra você chegar do outro lado, você tem que caminhar" (Participante nº 13; 20 anos, estudante).

Os indivíduos que se submetem à cirurgia bariátrica, necessitam passar por uma fase de adaptação, e é indispensável que haja acompanhamento da equipe multiprofissional no cuidado pré e pós-operatório, de modo que se possa evitar possíveis deficiências vitamínicas e outras complicações consequentes da cirurgia (BRESSAN; SCHUELTER-TREVISOL, 2019). Os entrevistados relataram como um dos pontos negativos do pós-operatório o fato da diminuição de vitaminas, o que ocasiona queda de cabelo, unhas quebradiças, baixa na imunidade de modo geral.

"dificuldade de absorção de vitamina" (...) "sempre repondo tanto B12, quanto todas as outras" (Participante nº 10; 41 anos, artesã autônoma).

"cabelo caiu, eu fico gripado com mais facilidade" (Participante nº 18;

38 anos, entregador).

"seu sistema imunológico, se você não cuidar, não continuar cuidando da sua alimentação, 'cê' fica bem prejudicado" (Participante nº 13; 20 anos, estudante).

De maneira mais analítica, é notório que o processo de adaptação da cirurgia não se enquadra somente nos parâmetros biomédicos, mas também na perspectiva mental. Estudos, como o de HVAS & NEXO, 2006 trazem uma correlação do déficit da vitamina B12 também conhecida como cianocobalamina, com sintomas diversos, incluindo sintomas psiquiátricos, tendo destaque os transtornos depressivos. Diante do exposto, observou – se nas falas dos entrevistados frases que possam ter essa correlação, bem como o sentimento de culpa que os acompanha mesmo depois de anos pós cirurgia, que é algo ligado ao subconsciente de cada indivíduo de forma particular e única.

"o emocional abala" (Participante nº 1; 40 anos, advogada).

"foi a questão psicológica, nunca mais foi a mesma" (...) "aquela pessoa que eu era antes da cirurgia não é mais a mesma coisa" (Participante nº 11; 27 anos, autônoma).

"tem dia do mês que eu "tô" mais calado, mais quieto, depois da cirurgia" (Participante nº 18; 38 anos, entregador).

"eu não culpo a bariátrica, eu que devia me cuidar melhor" (Participante nº 16; 35 anos, pedagoga).

"saúde em si, só que eu reconheço que a culpa é minha, eu nunca repus as vitaminas, nunca tomei direitinho" (Participante nº 19; 28 anos, astrônoma e estudante).

CONCLUSÃO

Após a cirurgia bariátrica, os pacientes mudam seus hábitos mesmo que indiretamente, os sentimentos, o seu paladar, influenciando nas novas adaptações, pertinentes à porcionamento das refeições, horários, funcionamento intestinal, metabólico, significado do alimento e o sentimento expresso pelo mesmo.

Parte dos pacientes após certo período obtêm reganho ponderal devido a diversas circunstâncias, outros desencadeiam complicações provenientes da cirurgia como dumping, deficiência de micronutrientes, alterações relacionadas ao humor, identidade corporal, entre outros. Em contrapartida, verificou-se uma percepção positiva acerca do resultado da cirurgia do ponto de vista dos pacientes, a autoestima é um ponto expressivo nesse quesito, juntamente com uma melhora da qualidade de vida, quadros bioquímicos e resolução de patologias decorrentes da obesidade.

A cirurgia bariátrica está diretamente associada com aspectos que envolvem as relações do comer, por se tratar de um procedimento que engloba aspectos biopsicossociais. Muitos foram os aspectos relatados pelos entrevistados, dentre eles o paladar, onde houve a mudança na percepção dos gostos, no que diz respeito a amargo, doce, salgado, azedo e umami, podendo ser uma justificativa para o afastamento do indivíduo com a comida. Sobre as mudanças intestinais, pôde – se observar que boa parte se encontra com quadros semelhantes, indicando o funcionamento do intestino com resposta mais rápida.

Em relação à autoestima, a grande maioria relatou que houve uma melhora significativa, o que gerou um gatilho para a auto aceitação. Os entrevistados relataram que as companhias influenciam na hora das refeições, diante disto, muitos disseram preferir fazer as refeições isoladamente, podendo ser um reflexo dos hábitos que tinham antes de realizarem a cirurgia. Os pontos positivos e negativos entram em conflito pois as opiniões são particulares e individuais, levando em consideração os motivos pelos quais decidiu – se optar pela realização da cirurgia, pelo acompanhamento no pré e pós-operatório, a resposta de cada organismo, histórico clínico entre outros pontos. Deste modo contribuindo para o meio acadêmico devido à ausência de pesquisas relacionadas a este assunto, e dando visibilidade ao estudo relacionado aos aspectos que envolvem as relações do comer dos indivíduos submetidos a cirurgia bariátrica bem como produzindo conhecimento científico.

REFERÊNCIAS

AHMED, Kasim et al. **Taste Changes after Bariatric Surgery: a Systematic Review. Obesity Surgery**, [s.l.], v. 28, n. 10, p.3321-3332, 31 jul. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-018-3420-8>.

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

BRESSAN, Jurema de Andrade; SCHUELTER-TREVISOL, Fabiana. **Avaliação da autoestima e depressão após cirurgia bariátrica**. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, Rio Grande do Sul, v. 13, n. 79, p.446-456, maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Obesidade, Brasília, n.2, 2006. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf> acesso em 30 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso 25 de nov. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html> Acesso em 30 Mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS 492/2007. Normas de Credenciamento/habilitação das unidades de alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave, 2007. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2007/prt0492_31_08_2007_rep_com_p.html> acesso em 30 mar. 2019.

CANESQUI, Ana Maria. **Pesquisas qualitativas em nutrição e alimentação**. Revista de Nutrição, [s.l.], v. 22, n. 1, p.125-139, fev. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000100012> acesso em 28 maio.2019.

CHRISTENSEN, L., & Brooks, A. (2006). **Changing food preferences as a function of mood**. The Journal of Psychology, 140(4), 293-306.

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. **Programa de Auto-avaliação em Cirurgia**. Editora Diagramic Rio de Janeiro, v.2, n.3, p.1-24, 2003.

COSTA, A.C.C.; et al. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.22, n.1, p.9-55, 2009.

COSTA, Anna Christina Charbel et al. Obesidade em pacientes candidatos a cirur-

gia bariátrica. Acta paul. Enferm. São Paulo, v. 22, n.1, p. 55-59, fevereiro de 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 de abril de 2019.

DATASUS. Departamento de Informatica do SUS. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 25 nov. 2019.

Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

Diagnosis and treatment of vitamin B12 deficiency--an update. AM Hvas, E Nexø, Haematologica Jan 2006, 91 (11) 1506-1512. Epub 2006 Oct 17. Review.

EDUARDO et al. **Cirurgia bariátrica: a percepção do paciente frente ao impacto físico, psicológico e social.** 2017, Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. JESUS, Aline D., **Comportamento alimentar de pacientes de pré e pós-cirurgia bariátrica.** Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, São Paulo. v.11.n.63.p.187-196. Maio/Jun. 2017. Disponível em <<https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/viewFile/516/431>> Acesso em 30 Mar. 2019.

FONSECA, Alexandre Brasil et al. Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições sócio-antropológicas para a pesquisa em nutrição. Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 16, n. 9, p.3853-3862, set. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011001000021>.

GROMOWSKI, Alessandra Elisa et al. **Significados atribuídos ao comer em mulheres obesas que participaram de um programa para redução de peso.** Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 110-123, 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 13 set. 2019.

HECK, Marina de Camargo. Comer como atividade de lazer. Revista Estudos Históricos, Rio de Janeiro, v. 1, n. 33, p. 136-146, jun. 2004. ISSN 2178-1494. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/view/2212>>. Acesso em: 18 Nov. 2019.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2017 <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/go/goianira.html>> Acesso em 05 Set. 2019.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência de 2010 <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/goiania/panorama>> Acesso em 18 Nov. 2019.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **O pensamento selvagem.** Campinas, SP: Papirus, 1989.

MAGNO, Fernanda Cristina Carvalho Mattos et al. Perfil nutricional de pacientes em programa multidisciplinar de tratamento da obesidade grave e em pré-operatório de cirurgia bariátrica. ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo, v. 27, supl. 1, p.31-34,2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202014000600031&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 abr. 2019.

MELA, D. J. (2001). **Determinants of food choice: Relationships with obesity and weight control**. Obesity Research, 9(4), 249S-255S.

MOREIRA, Sueli Aparecida. **Alimentação e comensalidade: aspectos históricos e antropológicos**. Ciência e Cultura, São Paulo, v. 62, n. 4, p.23-26, out. 2010.

OLIVEIRA, Lucas Silva Franco de et al. Repercussões da cirurgia bariátrica na qualidade de vida, no perfil bioquímico e na pressão arterial de pacientes com obesidade mórbida. Fisioter. Pesqui., São Paulo, v. 25, n. 3, p. 284-293, Sept. 2018. Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1809-29502018000300284&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em 01 Apr. 2019.

OLIVEIRA, V.M.; LINARDI, R.C; AZEVEDO, A.P. **Cirurgia Bariátrica-aspectos psicológicos e psiquiátricos**. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v.31, n.4, p.199-201, 2004.

OPAS/OMS. Alimentação e Nutrição: Folhas Informativas: Brasil. 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5439:alimentacao-e-nutricao-folhas-informativas&Itemid=820>. Acesso em: 25 Nov. 2019.

PATEL, K. A., & Schlundt, D.G. (2001). **Impact of mood and social context on eating behavior**. Appetite, 36, 111-118.

SILVA, Isabel & Pais-Ribeiro, Jose & Cardoso, Helena. (2007). **Porque comemos o que comemos: Determinantes psicossociais da seleção alimentar**. Psicologia, Saúde & Doenças. 9. 189-208. <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v9n2/v9n2a02.pdf>> Acesso em 13 Set. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Switzerland: WHO, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).

APÊNDICE A

Roteiro de Entrevista

1. Dados sócio- demográficos: Nome, data de nascimento, sexo, profissão
2. O que você acha que te influencia (sentimentos, companhia, fome) na hora das refeições?
3. Qual o sentimento predominante na hora das suas refeições?
4. Quais os pontos positivos que você conseguiu observar após a cirurgia?
5. Quais os pontos negativos que você conseguiu observar após a cirurgia?
6. Quais mudanças você pôde observar em relação ao paladar, a digestibilidade, a disposição, a auto estima após a cirurgia bariátrica?

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Instruções para elaboração, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado (a) senhor (a) a pesquisa na qual está sendo convidado (a) a participar é sobre ASPECTOS QUE INFLUENCIAM A RELAÇÃO DO COMER EM

INDIVÍDUOS PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA, o objetivo do estudo é analisar os aspectos que envolvem a relação do comer em indivíduos pós-cirurgia bariátrica, de modo que conheçamos suas mudanças e adaptações descrevendo tais, afim de reconhecer quais aspectos são mais frequentes em indivíduos submetidos a cirurgia bariátrica com tempo mínimo de 12 meses pós-cirurgia. Para que os entrevistados possam entender melhor o quão importante é saber reconhece – lós e o quanto podem influenciar na saúde e qualidade de vida pensando como um todo.

Solicitamos a sua colaboração para responder um questionário semiestruturado de forma que fique à vontade para responder ou não, algumas perguntas. Além de alguns dados pessoais como, nome completo, idade, sexo. A entrevista será gravada por microfones, e os áudios serão excluídos após a coleta de dados. Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados desse estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto,

o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelas pesquisadoras. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo não sofrerá nenhum dano. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura da pesquisadora responsável

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgações em eventos e publicações).

Estou ciente que receberei uma via deste documento.

Goianira-Goiás, ____ de ____ de ____.

Assinatura do (a) participante

Centro de Estudos Octávio Dias de Oliveira, Faculdade União de Goyazes –
FUG. Rodovia GO 060, 3184 — Laguna Park, Trindade – GO CEP 75380000.
Pesquisadoras responsáveis: Karoline de Oliveira Pequeno, Ludymilla Ramos da Silva.
Fone: (62) 9090 9 99323199 / (62) 9090 9 82739416.