

**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente
Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

**PERCEPÇÕES CORPORAIS EM MULHERES SUBMETIDAS A
CIRURGIA PLÁSTICA PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA**

Ângela Maria Fausto Souza

**Rio de Janeiro
Setembro de 2013**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do
Adolescente Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

PERCEPÇÕES CORPORAIS EM MULHERES SUBMETIDAS A CIRURGIA PLÁSTICA PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

Ângela Maria Fausto Souza

Tese apresentada à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Helena Amaral da Fontoura

**Rio de Janeiro
Setembro de 2013**

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese às mulheres que fizeram parte deste estudo. Elas compartilharam corajosamente, através de suas histórias de vida, o enfrentamento à obesidade e à exclusão social na busca da saúde.

AGRADECIMENTOS

Esta tese de doutoramento somente foi possível pela participação de muitos colaboradores. Tenho muito a agradecer a todos que de alguma forma propiciaram a construção desta pesquisa.

A minha orientadora, Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro, por seu acolhimento, confiança, orientação e apoio que foram fundamentais para a realização deste trabalho.

A minha coorientadora, Helena Amaral Fontoura, que de modo similar orientou, estimulou e me ajudou a construir este obra sempre atenciosa e disponível para colaborar. Seu carinho e dedicação foram fundamentais para a realização desta tese.

Aos membros da banca examinadora, Roberto José da Silva Vieira, Gianine Maria de Souza Pierro, João Lorenzo Sampaio Rocha, Romeu Gomes e José Carlos de Oliveira que se dispuseram a abrir espaço nas suas prioridades para investir na análise e no aprimoramento do meu desenvolvimento acadêmico e profissional.

Ao Instituto Nacional Fernandes Figueira que como instituição de pesquisa sempre me acolheu, tendo propiciado condições ideais para a realização deste trabalho. Ao Departamento de Ginecologia e aos colegas médicos, enfermeiros e funcionários.

Ao Hospital Federal de Ipanema, onde a pesquisa de campo foi realizada, pelo seu espírito de parceria interinstitucional irretocável. Meu agradecimento especial à Diretora do Hospital de Ipanema, Dra. Selene Bezerra, ao Dr. Octavio Pires Vaz, chefe do Serviço de Cirurgia Geral, ao Dr Marcos Leite, responsável pelo Setor de Cirurgia Bariátrica, à Dra. Camila Pereira Coelho, chefe do Serviço de Cirurgia Plástica, ao amigo Dr. José Luiz Leal e extensivo a todos os médicos, equipe de enfermagem e funcionários que tão cordialmente me atenderam. Um carinho especial à Dra Fernanda Accioli Andrade por sua colaboração especial.

Ao Dr. Fernando Barroso que foi o primeiro chefe do Setor de Cirurgia Bariátrica de referência no Rio de Janeiro, no Hospital de Ipanema, e quem me apresentou de forma contundente a importância da atenção à questão da obesidade mórbida. E, ainda, a todos os colegas de sua equipe, Dr^a. Dayse Valente, Dr^a. Aleluia Matteoti e Dr^a. Adriana Zanini.

Aos meus professores do Doutorado, pela dedicação e constante incentivo intelectual. Aos membros da Secretaria Acadêmica pelo apoio, auxílio e empatia.

Aos colegas e amigos e tantos outros companheiros de jornada que, cada um a seu modo, ajudaram a ampliar minha percepção por meio da troca de experiências e conhecimento, em diferentes pontos de vista.

Aos meus pais, Dulce e Pedro, que me mostraram, na prática, os valores do amor, da educação, da saúde e da cultura.

Às minhas irmãs Agnes e Índia, e em especial Aline, pelo apoio, incentivo e colaboração na tese.

Ao meu marido Gastão, grande incentivador na construção desse caminho, e a meus filhos Nicole, Pedro e Tomás que sempre compartilharam dessa marcha.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CB - Cirurgia Bariátrica

CP - Cirurgia Plástica

DNA - Ácido Desoxirribonucleico

ER- α - Receptores de Estrogênio- α

HDL - High Density Lipoproteins

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDF - International Diabetes Federation

IFF - Instituto Nacional Fernandes Figueira

IGF - Fator de Crescimento Insulina Símile

IMC - Índice de Massa Corporal

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

NCEP/ATPIII - National Cholesterol Education Program

OM - Obesidade Mórbida

OMS - Organização Mundial da Saúde

QV - Qualidade de Vida

SM - Síndrome Metabólica

SUS - Sistema Único de Saúde

UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro

WHO - World Health Organization

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

	Página
Tabela 1 – Definições de Síndrome Metabólica.....	17
Gráfico 1 – Evolução de indicadores antropométricos na população de 10 a 19 anos de idade, por sexo – Brasil – períodos 1974-75, 1989 e 2008-2009.....	19
Gráfico 2 – Evolução de indicadores na população de 20+ anos de idade, por sexo – Brasil – períodos 1974-75, 1989, 2002-2003 e 2008-2009.....	19
Tabela 2 – Classificação da obesidade de acordo com o IMC e risco de comorbidade.....	22

RESUMO

A questão da obesidade se apresenta como uma epidemia mundial e crescente. No seu quadro mais crítico, a obesidade mórbida (OM), normalmente está associada a distúrbios nutricionais e doenças que configuram a síndrome metabólica. O número de pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica (CB) é crescente como alternativa de tratamento, com resultados positivos na saúde, para controle ou cura dessas doenças. Posteriormente, após o emagrecimento, realizam a cirurgia plástica (CP). Em um estudo qualitativo, entrevistamos 20 mulheres com obesidade mórbida submetidas tanto à CB como a CP, buscamos conhecer os significados que mulheres ex-obesas submetidas à CB e a posterior CP atribuem às modificações ocorridas nos seus corpos e a satisfação pessoal das participantes. São estudados os sentimentos, as razões, o nível de informação, a adesão ao tratamento e os sentidos atribuídos por essas mulheres à CP. Verificamos que o efeito do emagrecimento após a CB altera a imagem corporal. Modifica-se o “conhecido corpo obeso” e este passa a ser considerado como uma fonte compartimentada de problemas decorrentes da perda de peso, interferindo fortemente na percepção corporal. A CB imputa modificações significativas não somente na imagem corporal como também na mente das entrevistadas, o que impacta profundamente a auto percepção delas frente à nova visão corporal tendo que adaptar-se a novos padrões pessoais e sociais. Nesse período as entrevistadas questionam a opção pela CB por vivenciarem diversos desconfortos durante o período de espera para realizarem as CP. A informação aparece como questão vital na proposta terapêutica. A demora pela CP constitui uma delicada questão de Saúde Pública. Concluimos que o nível de satisfação com a CB e a CP é alto e que na atenção terciária de saúde à OM, considerando uma visão global da terapêutica, só é viável considerar a oferta da CB, como opção médica de tratamento da obesidade mórbida, se for viabilizada a cirurgia de reconstrução corporal o mais precocemente possível, sendo entendida, ofertada e informada como parte de um mesmo processo.

Palavras chave: Obesidade Mórbida; Imagem Corporal; Cirurgia Plástica; Cirurgia Bariátrica; Doenças Nutricionais e Metabólicas.

ABSTRACT

Currently the issue of obesity is a growing worldwide epidemic. In its most critical, morbid obesity is associated with nutritional disorders and diseases that constitute the metabolic syndrome. The number of obese patients who undergo bariatric surgery (BS) has grown as an alternative treatment with positive results in health, to control or cure these diseases; after the great loss of weight, they perform one or more plastic surgeries (PS). In a qualitative study, were interviewed 20 women with morbid obesity who underwent bariatric surgery and plastic surgery afterwards. We intended to know meanings that former obese women who underwent BS and PS afterwards give to changes in their bodies and also the level of personal satisfaction of participants. Feelings, reasons, the level of information and adherence to treatment are studied and the meanings given by these women to plastic surgery. We noticed that the weight loss effect after BS interferes positively in body image. The well known obese body has changed and is considered as a source of compartmentalized problems brought about by weight loss, strongly interfering in body perception. Bariatric surgery brings significant changes not only in physical appearance but also in the minds of participants, which deeply impacts self-perception about the new body bringing necessary adaptations to new personal and social standards. The ones interviewed question the option for BS by experiencing many discomforts during the long waiting period to perform PS. Information appears as a vital issue in therapeutic proposal. The delay for body reconstruction surgeries (PS) is a delicate matter of Public Health. We conclude that the level of satisfaction with BS and PS is high and that in tertiary health care attention to morbid obesity, considering a global vision, is only feasible to consider the offer of bariatric surgery as medical treatment option of morbidly obese if the offer of body reconstruction surgery is made available as early as possible and patients are informed and understand issues as part of the same process.

Key words: Morbid obesity; Body image; Plastic Surgery; Bariatric Surgery; Nutritional and metabolic diseases.

SUMÁRIO

	Página
CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO, METODOLOGIA E REFERÊNCIAS	
1.1 - Introdução.....	11
1.2 - Metodologia.....	26
1.3 - Referências I.....	31
CAPÍTULO 2 - ARTIGO I E ARTIGO II	
2.1 - Artigo I	
<i>Informação em saúde: um direito. Importância da informação para a obesa mórbida na compreensão e gestão dos processos cirúrgicos de mudança corporal.....</i>	35
2.2 - Artigo II	
<i>De Botero a Picasso – transformações dos corpos submetidos à cirurgia bariátrica e cirurgia plástica.....</i>	53
CAPÍTULO 3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
3.1 - Referências II.....	88
APÊNDICES	
Apêndice I - Consentimento Livre e Esclarecido.....	90
Apêndice II - Roteiro da entrevista.....	92
ANEXOS	
Anexo I - Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa.....	93
Anexo II - Consentimento Livre e Esclarecido APROVADO.....	95
Anexo III - Revista Brasileira de Mastologia – Artigo publicado.....	97

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO, METODOLOGIA E REFERÊNCIAS

1.1 - Introdução

“Na maioria das vezes, a medicina trata menos o homem em sua singularidade que está sofrendo do que o corpo doente.”
(p. 18)¹

O corpo humano nas sociedades tem uma identidade social e outra física. Os conceitos de “beleza” do corpo feminino a respeito de sua dimensão corporal, forma, superfície e vestimentas estão sempre presente e diferem no tempo e nas diferentes culturas. Ele é repleto de informações e as transmite, sobre sua época, sua idade, posição social, gênero, religião e podemos diferenciá-lo ou identificá-lo com grupos distintos. A imagem corporal é adquirida como consequência do desenvolvimento do indivíduo dentro do seu contexto social e aprende a perceber funções de seu corpo sendo bem aceitas ou rejeitadas por seu grupo social^{2, 3}.

Um aspecto importante é que não podemos sobreviver sem comer; no entanto, o ato de comer não é unicamente uma forma de ingerir alimento para sobreviver como fonte de nutrição. Nas diferentes sociedades, esse ato se entrelaça também com aspectos socioeconômicos, religiosos e festivos, entre outros, traduzindo uma variedade de significados simbólicos nas relações sociais e com a natureza. A alimentação é um ato essencial na vida e na organização social, mas as dietas podem se basear em critérios culturais e não nutricionais².

A oferta de alimento nos grupos humanos variou muito ao longo da nossa história e direcionou muitas ações sociais, de comportamento e evolutivas no sentido de garantir inicialmente a sobrevivência da espécie durante milhões de anos. Os humanos desenvolveram um sistema fisiológico

protetor de defesa, no caso de escassez de alimentos, estocando alimento no corpo sob a forma de gordura.

O aspecto da tendência à obesidade é reforçado atualmente pelas comprovações dos estudos que correlacionam a obesidade a fatores genéticos em um percentual de casos bem como a estudos comportamentais a respeito da sobrevivência e hábitos alimentares e sociais^{4, 5, 6}.

Quando se fala do corpo magro ou gordo ao longo da história estaremos falando de conceitos de beleza, atribuições culturais do *ser gordo* ou *ser magro*, englobando o conceito da obesidade e da magreza que incluem muitas outras atribuições e também os conceitos beleza e feiura ao longo da história^{7, 8, 9}.

A Vênus Willendorf é uma peça artística do paleolítico encontrada na Áustria há aproximadamente 20.000 anos AC. Acredita-se que suas formas femininas voluptuosas então representavam a fecundidade e a maternidade. Na escultura todo seu corpo é apresentado com grande adiposidade corporal. É uma mulher com grande obesidade abdominal e mamas volumosas.

Hipócrates, médico grego em 460 AC, já dava muita ênfase aos regimes alimentares como parte de terapêutica médica. Alertava para os problemas de saúde que a obesidade ocasionava verificando então, nos indivíduos gordos, maior número de mortes súbitas quando comparados aos magros e observou também que a obesidade era associada à infertilidade feminina^{10, 11, 12}.

Galeno em 129 a 200 DC, cinco séculos depois, afirmava que a obesidade era causada por falta de disciplina do indivíduo e recomendava já nessa época exercícios para perda de volume corporal, responsabilizando-o pela aparência obesa. Recomendava que para ter saúde dever-se-ia ajudar a natureza com dieta e exercícios ao invés de praticar sangrias intensas.

Durante o Império Romano os padrões de beleza foram se modificando, os corpos esbeltos e magros passaram a ser mais apreciados e isso faz com que as mulheres reduzam a ingestão de alimentos para atingir a forma corporal apreciada da época. Mais recentemente, no Museu do Prado, há uma pintura do século XVII, de uma adolescente, denominada “La Monstrua” numa clara referência à obesidade como algo feio ou repugnante, pois tais atributos femininos voluptuosos já não eram tão valorizados como do modo antigo.

No entanto a obesidade por muito tempo foi associada à beleza com as formas dos corpos arredondadas, correlacionados à abundância de alimento. O homem de poder, corpo gordo e maciço também era identificado ao poder social e econômico que exercia⁹. Esse conceito atinge o início do século XIX. A nobreza possuía uma aparência corpulenta em contraste com a magreza das classes menos favorecidas, as quais tinham menos acesso aos alimentos. A partir desse período observa-se a mudança do conceito de beleza-obesidade para a incorporação do novo conceito de beleza-magreza. A obesidade se torna indesejada e associada à feiura e ao pecado da gula; na mudança desse padrão corporal, o corpo magro passa a ser o representante da beleza feminina, da jovialidade e das virtudes⁷.

Essa transição tem um ponto crítico no período entre 1890 e 1910 na Europa e nos Estados Unidos e as classes altas dominantes passam a buscar uma silhueta mais delgada, a cultivar novos hábitos alimentares e o controle alimentar como virtude, segundo Stearns¹³. No Brasil, no entanto essa mudança se dá mais tardiamente, por influência externa, em torno da metade do século XX¹⁴.

No século XIX a beleza feminina foi representada por mulheres obesas como no modelo da antiguidade. No século XX essa representação é

substituída gradativamente pelo padrão de mulheres magras. Está bem recente ainda em nossa memória a utilização dos espartilhos que tinham como objetivo tornar as silhuetas femininas de aparência mais esguia à custa de muito sofrimento. Seu uso atinge inclusive o início do século XX. Esse padrão estético do corpo esguio permanece até hoje no século XXI, no nosso meio social².

A preocupação com as questões nutricionais remonta ao início do século XIX quando passam a receber atenção pública. O termo *diet* aparece pela primeira vez nessa época, mas relacionado a restrições de alguns alimentos por problemas de saúde, somente mais tarde passa a ter a conotação direcionada para o emagrecimento. O controle do peso foi mais direcionado para as mulheres, mas também atinge os homens. Revistas da época passam a dar informações sobre dietas, saúde, beleza, conselhos para perda de peso e os perigos da obesidade. Os produtos com esses fins começam a serem comercializados. Paralelamente há um crescimento da percepção de que a obesidade era negativa, criando-se um novo estigma influenciando o comportamento das pessoas e a autoestima. Surge um movimento de mobilização moral contra a obesidade e esta será associada à falta de moral e ética no início do século XX. A medicina também contribuiu para esse movimento moral contra a obesidade ao responsabilizar a dificuldade de emagrecimento unicamente ao paciente, sem considerar questões sociais, culturais e orgânicas¹³.

Cabe ressaltar que as sociedades industrializadas, no século XX, com o desenvolvimento tecnológico industrial mundial, criaram um meio ambiente moderno favorável ao aumento da obesidade. Esse modelo está sendo adotado de forma globalizada com maior oferta e estocagem de alimentos de

maior teor calórico, em grande quantidade, aliado ao comportamento social de baixo dispêndio energético pelas facilidades tecnológicas e com aumento do sedentarismo⁴.

As mulheres obesas, com índices de massa corporal elevado (IMC) maior que 40, são classificadas como portadoras de obesidade mórbida. Este grupo apresenta no seu convívio social muitas dificuldades tais como a aquisição de vestuário apenas em lojas especializadas, só poder frequentar ambientes onde haja estrutura apropriada do mobiliário que suporte o peso elevado e a dimensão necessária para que tenham conforto como as outras pessoas e não sejam vítimas de constrangimentos públicos por acidentes decorrentes de quebra do mobiliário e quedas ou, também, impedimento de permanecer em determinados ambientes por falta de acomodação ou acesso. Como exemplos: assentos em aviões, cadeiras de teatros ou cinemas, roletas, macas e aparelhos de exames médicos, tais como raios X ou ressonâncias. Estas situações são similares aos problemas enfrentados pelos deficientes físicos.

A obesidade teve sua incidência aumentada ao longo das últimas décadas e se tornou um problema de saúde pública principalmente porque vem acompanhada da síndrome metabólica (SM). A relação da obesidade com outras doenças metabólicas já está bem estabelecida^{15, 16, 17, 18}.

Nas últimas décadas, no continente americano, a obesidade, acompanhada de seus distúrbios metabólicos, como o diabetes, hipertensão arterial e as doenças cardiovasculares e outras comorbidades, estão crescendo e afetando a saúde populacional num todo compondo o quadro da síndrome metabólica, sendo uma das principais causas de mortalidade no mundo no

século XXI¹⁸. Apresentaremos a seguir alguns dados que consubstanciam esta realidade.

Existem diversas definições para a SM e as mais utilizadas são as diretrizes do *The National Cholesterol Education Program (NCEP/ATPIII)* e da *International Diabetes Federation (IDF)* descritas na Tabela 1¹⁵. A existência de dois ou mais fatores dos descritos nessa tabela, já define o indivíduo como portador de SM.

A síndrome metabólica já possui uma relação frequente de risco para as doenças: diabetes tipo II; doença cardiovascular; doença hepática e renal¹⁵.

Resultados da Coorte de Framingham Heart Study mostraram que o risco para desenvolvimento de diabetes tipo II em pacientes com síndrome metabólica era de aproximadamente 60% em homens e 45% em mulheres¹⁹. Sua prevalência varia de 22 a 26,8% e tornou-se uma doença comum, principalmente em mulheres no climatério. A obesidade é o principal fator de risco para síndrome metabólica, no entanto idade, raça, tabagismo, alta ingestão de carboidratos e sedentarismo também estão associados^{20, 21}.

Tabela 1 - Definições de Síndrome Metabólica*

Parâmetros	NCEP/ATPIII	IDF
	-	Cintura ≥ 94 cm (homens) e ≥ 80 cm (mulheres)
Nº de anormalidades	≥ 3	e ≥ 2
Glicemia	≥ 100 mg/dLD ou tratamento para hiperglicemia	≥ 100 mg/dLD ou diagnóstico de diabetes
HDL-colesterol	< 40 mg/dL (homens); < 50 mg/dL (mulheres) ou tratamento para HDL-colesterol baixo	< 40 mg/dL (homens); < 50 mg/dL (mulheres) ou tratamento para HDL-colesterol baixo
Triglicerídeos	≥ 150 mg/dL ou tratamento para triglicerídeos alto	≥ 150 mg/dL ou tratamento para triglicerídeos alto
Obesidade	Cintura ≥ 102 cm (homens) ou ≥ 88 cm (mulheres)	
Hipertensão	$\geq 130/85$ mmHg ou tratamento para Hipertensão	$\geq 130/85$ mmHg ou tratamento para Hipertensão

*Fonte: Meigs¹⁵

A obesidade e a diabetes tipo II foram identificados como fatores de risco para câncer de mama, por vários autores, principalmente em mulheres na pós-menopausa^{21, 22, 23}. Além disso, estariam associados a um estadiamento mais avançado e um pior prognóstico. Os componentes da SM, incluindo a adiposidade visceral, a resistência à insulina, a hiperglicemia e a hiperinsulinemia, o HDL-colesterol baixo e a hipertensão também foram relacionados ao risco aumentado de câncer de mama^{22, 23}.

Fatores relacionados ao metabolismo da glicose exercem um papel relevante em doenças crônicas, inclusive o câncer. A hiperinsulinemia, especialmente, tem sido sugerida como um potencial mecanismo para gênese do câncer através da modulação da via do fator de crescimento insulina símile (IGF). A insulina estimula a síntese de DNA, atua como fator de crescimento celular *in vitro*, e pode aumentar a atividade de fatores de crescimento insulina símile, como o IGF-I. Este, por sua vez, estimula a proliferação e diferenciação celular e pode inibir a apoptose. A insulina também diminui a secreção hepática das proteínas carreadoras de IGF, influencia nas concentrações de hormônios sexuais e reduz as concentrações das suas proteínas carreadoras²².

O mecanismo pelo qual o estrogênio estimula a proliferação celular é através da ativação dos receptores de estrogênio- α (ER- α). A insulina e o IGF podem ativar os receptores ER- α , mesmo na ausência de estrogênio. Juntos, IGF-I e estradiol aumentam a ativação do receptor a níveis maiores que os observados, sugerindo uma atividade sinérgica²⁴.

O conhecimento científico acumulado até o momento nos permite supor que existe uma correlação entre a síndrome metabólica e o desenvolvimento de câncer de mama no climatério.

A prevalência da obesidade, no Brasil, está aumentando em todas as faixas etárias, deixou de ser uma “doença da abundância” e passou a afetar desproporcionalmente os setores pobres e de nível cultural mais baixo. Nas faixas etária de 10 a 19 anos o sobrepeso aumentou seis vezes para homens e três vezes para mulheres em 34 anos (gráfico 1). Nos adultos, em ambos os sexos, metade da população tem excesso de peso (gráfico 2).

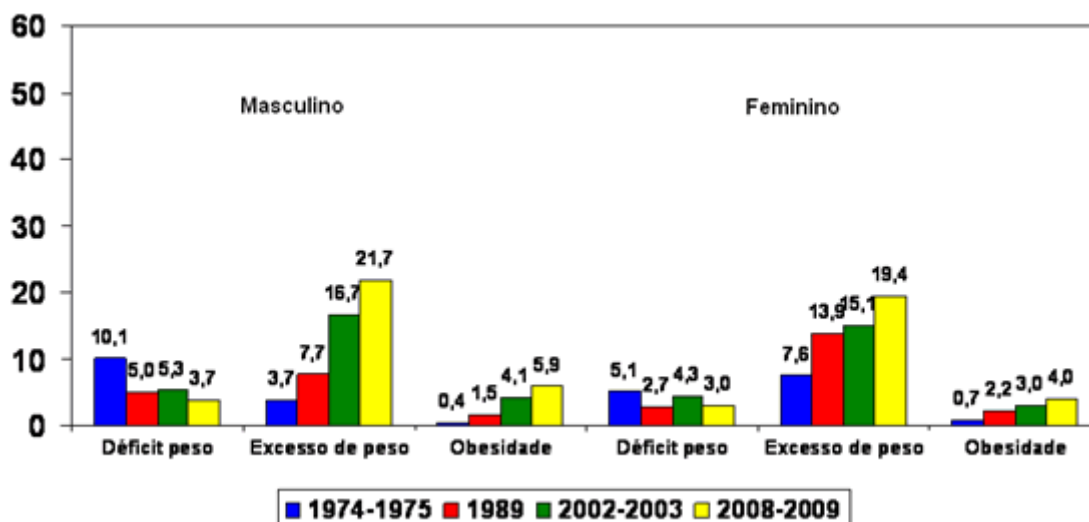
A epidemia de obesidade e de diabetes está sendo gerada por mudanças de hábitos na população, com a redução de atividade física,

aumento significativo do sedentarismo associado, mudanças na qualidade dos alimentos e no aumento das porções de alimentos nas últimas décadas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) / World Health Organization (WHO¹⁶) de 30% a 60% das pessoas não praticam o nível mínimo de exercícios recomendados para profilaxia de doenças.

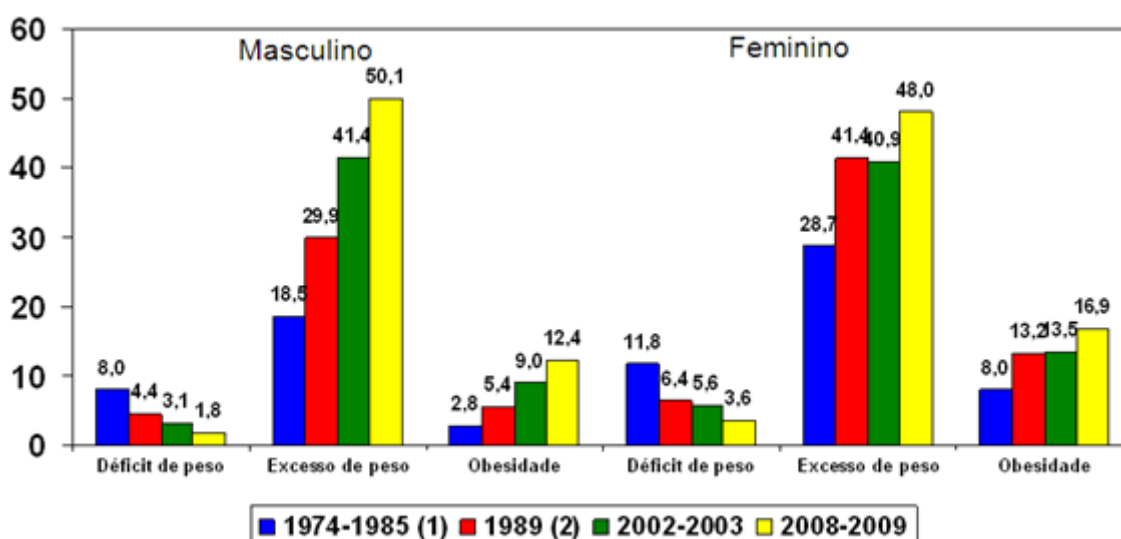
Parvez Hossain²⁵ publicou estudo prospectivo até 2030, com representação gráfica mundial por regiões, sobre diabetes e obesidade, baseado nos dados do trabalho de pesquisa de Sarah Wild sobre diabetes. Nessa análise prospectiva mundial demonstra que a situação futura é de extrema gravidade para a América do Sul e Central com elevação dos índices de diabetes e obesidade de 13.3% em 2000 para 33% em 2030. Isto representaria, portanto, um aumento previsto significativo de aproximadamente 148% no Brasil de obesidade e diabetes e, como vimos anteriormente, os indicadores do IBGE confirmam a tendência significativamente do aumento da obesidade no Brasil ^{25, 26, 27}. É, assim, uma questão urgente de intervenção pelas Políticas Públicas de Saúde, já que estas possuem base de dados para orientar a implementação de ações necessárias para que a médio e longo prazo diminua este novo flagelo, com suas orientações e posterior execução nas esferas operacionais, com o intuito de reverter esse quadro dramático atual e com grandes perspectivas de agravamento se nada for feito. Somente através da comunicação e da educação, veiculando informação consistente, correta e permanente, se poderá garantir à sociedade um caminho pela segurança alimentar ⁵.

Gráfico 1 - Evolução de indicadores antropométricos na população de 10 a 19 anos de idade, por sexo – Brasil – períodos 1974-75, 1989 e 2008-2009*



*Fonte: IBGE²⁷

Gráfico 2 - Evolução de indicadores na população de 20+ anos de idade, por sexo – Brasil – períodos 1974-75, 1989, 2002-2003 e 2008-2009*



*Fonte: IBGE²⁷

Reconhecendo a gravidade da situação, as propostas da Organização Mundial de Saúde (WHO¹⁶) sugerem diversas ações como: estabelecimento de políticas públicas relativa ao controle da qualidade dos alimentos comercializados; mudanças no regime alimentar promovendo o aumento de consumo de frutas e verduras; incentivo à atividade física por diferentes mecanismos na população e capacitação dos profissionais de saúde na atenção para atuarem no enfrentamento dessa realidade.

Todas essas questões, de acordo com diversas pesquisas epidemiológicas sobre o assunto, representam atualmente um verdadeiro problema de saúde no Brasil e em toda América, devido ao grande impacto nos índices de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e por estar vivenciando uma nova situação alimentar, chamada de transição alimentar²⁸. Esta consiste na mudança de hábitos alimentares nativos da população mediado com o apelo globalizado da mídia criando novas necessidades, incorporando novos tipos de alimento, com aumento do acesso da população a alimentos com grande quantidade de calorias proveniente de gordura, com baixa qualidade por perda de nutrientes e aumento significativo de carboidratos. Os segmentos populacionais de baixa renda são os mais afetados onde se constata maior dificuldade de acesso aos alimentos de melhor qualidade nutricional com aumento crescente das doenças crônicas não transmissíveis como obesidade, diabetes e hipertensão^{16, 17, 29}.

A sociedade ocidental oferece como *status* para os indivíduos as chamadas próteses externas, isto é, o controle remoto para não levantar, a escada rolante para que a máquina suba a escada por você e, com isso, o corpo fica cada vez mais em desuso. O gasto energético pela atividade física se reduz ao máximo com essa imobilidade, mas a ingestão de alimentos aportando calorias não diminuiu. Como resultado, temos a perda da saúde e o aumento das doenças com a obesidade crescente¹.

As mulheres apresentam uma incidência maior de sobrepeso e obesidade, a partir dos 20 anos, conforme demonstrado no gráfico 2, isso em parte é explicado pelo maior percentual de gordura das mulheres – 25% a 30%. O excesso de peso aumenta com a idade, as mulheres negras são mais acometidas que as brancas e a gravidez é um fator desencadeante do início do aumento ponderal de peso. É mais prevalente nas classes sociais média e baixa, e com menor grau de escolaridade³⁰.

Tabela 2 – Classificação da Obesidade de acordo com o IMC e risco de comorbidade*

Classificação	IMC (kg/m ²)	Risco de comorbidade
Baixo Peso	≤ 18,5	Baixo (risco aumentado de outros problemas clínicos)
Peso normal	18,5 a 24,9	Médio
Excesso de Peso	≥ 25	
Pré-obesidade	25 a 29,9	Aumentado
Obesidade grau 1	30 a 34,9	Moderado
Obesidade grau 2	35 a 39,9	Severo
Obesidade grau 3	≥ 40	Muito Severo

*Fonte: WHO¹⁶

Segundo a WHO¹⁶, a obesidade Grau 3, com IMC igual ou maior que 40 é considerada a mais grave, ou seja, pode comprometer gravemente a saúde do indivíduo, com risco muito aumentado para desenvolver a SM. Como

vemos, na tabela 2, são correlacionados os graus da classificação da obesidade com o risco de desenvolver comorbidades. Ele é crescente para a saúde à medida que se eleva o IMC.

Além dos tratamentos clínicos por dietas e medicamentosos, na maioria das vezes, fadados ao fracasso nesse tipo de obesidade, desenvolveram-se para esses casos de maior gravidade, técnicas cirúrgicas de diferentes modalidades como opção terapêutica nos casos mais críticos.

No Brasil, quando se analisam evolutivamente os três inquéritos antropométricos nacionais do IBGE, realizados entre 1975 e 2004, se identifica um aumento da prevalência de obesidade mórbida em 255%. Os períodos comparados foram: (1975 - 1976) com 0,18%; (1989) com 0,33% e em (2002-2003) com 0,64%. Nos dois primeiros períodos a região sul apresentava a maior prevalência, no entanto, no último inquérito a região sudeste ultrapassou a região sul alcançando a prevalência de 0,77%. Também se observou uma grande mudança do perfil da obesidade masculina e feminina. Nos dois primeiros inquéritos a proporção era de 8:1 respectivamente e no último a proporção cai para 3:1 evidenciando-se um aumento da prevalência, em 30 anos, proporcionalmente maior entre os homens, de 700%, do que nas mulheres, que foi de 197%^{31, 32, 33}.

Em relação ao tratamento cirúrgico para obesidade mórbida (OM), respectivo à cirurgia bariátrica (CB), o panorama nacional é muito preocupante. O Sistema Único de Saúde (SUS) realiza esse tratamento desde 1999 e houve um aumento progressivo e significativo da CB na rede pública. No SUS o aumento do número de cirurgias bariátricas foi considerável, entre 1999 e 2006 de aproximadamente 700%. O sudeste, em 2006, representou 49,7% do total de cirurgias bariátricas realizadas na rede do SUS bem distante da segunda

colocada, a região sul, que detém 30.1% ou seja, significativamente menor que a região sudeste. Em seu trabalho com base nos dados do IBGE, Santos et al., em 2010 estimaram que já existissem aproximadamente 606.000 adultos com obesidade mórbida em 2003 e que todos eles, potencialmente, seriam candidatos a realizar cirurgia bariátrica na rede do SUS, gerando um grande impacto financeiro para o sistema público de saúde^{31, 32, 33}.

O tratamento cirúrgico para pacientes com obesidade mórbida está tradicionalmente direcionado para a redução significativa do peso, conseqüentemente, favorecendo a melhora ou cura das comorbidades que compõem a síndrome metabólica, alterações do sono, assim como reduzir sobrecarga em articulações. Existem obesos mórbidos que não conseguem se locomover adequadamente ou frequentar determinados ambientes públicos, o que acarreta muitas restrições sociais, profissionais e pessoais. Estes se tornam excluídos sociais. A cirurgia visa proporcionar, desse modo, melhora global na saúde física dos pacientes, bem como repercutir positivamente e, de forma contundente, na redução rápida do volume corporal com reflexos benéficos na imagem corporal e na autoestima^{30, 34, 35}.

Os Serviços de Saúde do SUS oferecem a CB como tratamento cirúrgico para obesidade mórbida em distintas faixas etárias, existindo uma demanda feminina crescente pela cirurgia plástica reconstrutora. Em muitos casos as cirurgias têm caráter higiênico e de reabilitação e não é incomum serem realizadas em mulheres jovens³⁶.

O tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, bem como o tratamento clínico para emagrecimento com grande perda de peso, tem proporcionado um novo e, cada vez mais frequente, tipo de paciente que procura o serviço de cirurgia plástica do hospital público após consideráveis perdas ponderais. As

deformidades corporais cutâneas decorrentes das cirurgias bariátricas, pela grande perda de peso, atingem todo o contorno corporal da mulher em graus variáveis, principalmente na região abdominal e mamária. Os novos defeitos produzidos em seu corpo podem atingir profundamente a sua imagem corporal criando um novo estigma. Na mulher, a mama tem uma importância especial por tratar-se de um segmento corporal com foco especial em vários aspectos de sua feminilidade. Elas vão à busca do resgate da imagem corporal com a correção das graves sequelas advindas do grande emagrecimento, peculiares a cada biótipo^{2, 34}.

O tratamento cirúrgico da obesidade oferece possibilidade de cura das doenças relacionadas ao excesso de peso; no entanto, cria-se o corpo alterado, não volta ao estágio anterior, antes do aumento de peso ou ao corpo obeso, e sim a um novo patamar, a uma nova situação, a um organismo modificado com novo contexto de normalidade, com os legados tanto da cirurgia bariátrica como das cirurgias plásticas³⁷.

A avaliação da interferência da cirurgia plástica no corpo dessas pacientes deve incluir uma perspectiva antropológica, no intuito de entender os aspectos representativos, os sentidos atribuídos e as motivações que levam as pacientes a procurarem primeiramente o tratamento cirúrgico da obesidade e, posteriormente, desejarem a cirurgia reconstrutora. Sabemos que ela deve ser estudada dentro de diferentes contextos socioculturais e de época³⁸. A cientificidade não pode ser reduzida a uma forma determinada de conhecer. A pesquisa social possibilita tratarmos de uma realidade da qual nós próprios enquanto seres humanos somos agentes e busca na objetivação própria das ciências sociais naturais não interferir na essência dos processos sociais³⁸.

A cirurgia bariátrica tem crescido para colaborar no tratamento, neste contingente de mulheres com obesidade mórbida, visando à melhora da clínica metabólica e, da mesma forma, a cirurgia plástica tem aumentado sua atuação na tentativa de minorar os defeitos consequentes desse grande emagrecimento no corpo das pacientes³⁰. O presente trabalho vem contribuir para a melhor compreensão da percepção das pacientes submetidas aos vários tratamentos cirúrgicos não só pelo aspecto estético, mas principalmente pelas suas graves repercussões sistêmicas na saúde global das pessoas.

Na minha prática clínica esse contingente de pacientes que procura a cirurgia plástica é crescente e, no momento, sem perspectivas que venham a diminuir pelas razões expostas de todo o cenário que envolve a obesidade e suas consequências no país e no mundo^{4, 25, 39}.

A busca da melhor compreensão dessa questão do corpo no obeso vai ao encontro de proporcionar uma maior amplitude na abordagem clínica e social dessas pacientes. Explorando a questão da obesidade nas diversas facetas do conhecimento poderemos identificar estratégias que venham atuar positivamente na redução dessa realidade social, no âmbito da saúde, no século XXI^{15, 16, 17, 18, 25, 28, 39}.

1.2 - Metodologia

O desenho metodológico constitui-se em um estudo exploratório em uma perspectiva qualitativa, no sentido de uma abordagem voltada para a compreensão de significados, valores culturais e crenças³⁸.

A coleta de dados, com as pacientes, foi realizada através de entrevista semiestruturada, baseada no seguinte roteiro:

- 1- Questões sobre qual o nível de informação das mulheres a respeito da cirurgia reconstrutora do contorno do corpo pós-cirurgia bariátrica;
- 2- Quais os motivos que as levaram a procurar a cirurgia reconstrutora do contorno corporal;
- 3- Pesquisa sobre as experiências das pacientes a respeito da perda de peso, modificação corporal e da cirurgia plástica após o emagrecimento;
- 4- Questões sobre a validade da cirurgia plástica corporal para a sua vida na perspectiva feminina a respeito da autoestima, resultado cirúrgico, vida social, sexualidade, vida profissional e satisfação.

Os sujeitos do estudo foram mulheres atendidas no ambulatório de Cirurgia Plástica no Hospital Federal de Ipanema, submetidas a tratamento cirúrgico prévio para obesidade mórbida e que realizaram cirurgias plásticas no tratamento das sequelas corporais decorrentes de grande perda de peso. Essas mulheres foram selecionadas a partir de um grupo de possíveis candidatas para a pesquisa qualitativa. Neste tipo de pesquisa, não se busca a representatividade numérica, não se preocupando com a generalização dos dados. A preocupação central é com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação³⁸.

A partir dessa perspectiva, o grupo de mulheres pesquisadas apresentaram as seguintes características:

- Todas atenderam aos critérios de inclusão, ou seja, haviam sido submetidas à cirurgia bariátrica e a uma ou mais cirurgias plásticas posteriores.
- Foram entrevistadas 20 mulheres que se submeteram aos dois tipos de cirurgia.
- Após a realização das entrevistas individuais com todas as mulheres do grupo, foi realizada uma pré-análise para avaliar se os depoimentos haviam sido suficientes para a discussão das questões da pesquisa. Como identificamos que havia reincidência das informações foi considerado adequado o número de mulheres entrevistadas para a pesquisa^{38, 40}.

O grupo pesquisado incluiu mulheres que haviam engravidado ou não; diversas faixas etárias; pacientes na pré-menopausa como as que estavam na pós-menopausa; com vida sexual ativa ou não e de distintos níveis socioculturais. Pacientes que por parecer dos especialistas, previamente contatados da equipe multidisciplinar (psiquiatria, serviço social), em que se identificou qualquer situação de risco para esta e que não seriam beneficiadas na abordagem com a nossa pesquisa foram excluídas de participar da mesma.

Os temas abordados nas entrevistas abrangeram as questões de: saúde pós-operatória; mudança de hábitos; autoestima; resultado estético; vida social; sexualidade; vida profissional e satisfação. As entrevistadas concordaram em participar da pesquisa livremente, com aceitação por consentimento livre e esclarecido (Apêndice I) e autorizaram a análise e divulgação não identificada dos dados. Utilizamos a tematização para análise dos dados, o que permitiu apreender os núcleos temáticos contidos nas entrevistas⁴¹.

Com isso, foi possível compreender a realidade vivida socialmente pelas entrevistadas através dos seus significados, motivos, atitudes, valores e crenças. Sabemos que o tema do corpo com as suas modificações deve ser estudado, assim como outros temas que tratem de questões semelhantes, dentro de diferentes contextos socioculturais e de época³⁸.

A análise temática permitiu apreender os núcleos de sentido contidos nas entrevistas resultantes das informações relativas a:

1. Sentimentos e motivos que as levaram a procurar a cirurgia reconstrutora do corpo.
2. Razões das pacientes para se submeterem à cirurgia plástica após o emagrecimento.
3. Sentidos atribuídos à cirurgia plástica reconstrutora por mulheres que se submeterem aos procedimentos.
4. Questões sobre qual o nível de informação das mulheres sobre a cirurgia reconstrutora do contorno do corpo pós-cirurgia bariátrica

Em relação às perspectivas anteriormente mencionadas, trabalhamos no sentido de uma abordagem voltada para a compreensão de significados, valores culturais e crenças³⁸, constatamos a consistência da pesquisa e representatividade do grupo participante identificando a reincidência dos temas nas falas das entrevistadas por informações objetivas e subjetivas, apreendidas sobre todo o processo vivenciado, o que nos permitiu pela sistematização desenvolvida pelo método já citado anteriormente, buscar o reconhecimento mais amplo das informações coletadas do ponto de vista das

pacientes entrevistadas considerando o ponto de saturação dos aspectos investigados^{40, 41, 42}.

Nos depoimentos das entrevistadas foram utilizadas as seguintes fases de análise: (a) pré-análise (organização do material a ser analisado e identificação de trechos das entrevistas mais significativos); (b) exploração do material (constituição de categorias iniciais e identificação de núcleos de sentido dos depoimentos), e (c) o tratamento dos resultados foi realizado pelo método da tematização⁴¹.

Caminhamos na direção da descrição para a interpretação das ideias presentes nas falas. Para isso, realizamos inferências dos trechos dos depoimentos e fomos para além deles.

1.3 - Referências I

1. Le Breton D. Adeus ao corpo. São Paulo: Papyrus; 2003.
2. Helman CG. Cultura, saúde e doença. São Paulo: Artmed; 2006.
3. Courtine JJ. O espelho da alma. A História do Corpo. Petrópolis: Vozes; 2008.
4. Bellisari A. Evolutionary origins of obesity. Obesity reviews 2007; 9: 165-180.
5. Majzoub J. et al. Loss of function of the melanocortin 2 receptor accessory protein 2 is associated with mammalian obesity. Science 2013; 341(6143): 275-78.
6. Kuzawa C, Gluckman PD, Hauson MA. Developmental perspective on the origin of obesity. New Jersey: Humana Press; 2007.
7. Stenzel LT. Obesidade: o peso da exclusão. Porto Alegre: EDIPUCS; 2003.
8. Eco H. História da beleza. Rio de Janeiro: Record; 2004.
9. Eco H. História da feiura. Rio de Janeiro: Record; 2007.
10. Bray G. The battle of the bulge. Pittsburgh, PA: Dorrance Publishing; 2007a.
11. Bray G. Obesity and the metabolic syndrome. New Jersey: Humana Press; 2007b.
12. Lyons AS, Petruccelli R. Medicine: an illustrated history. New York: Harry N. Abrams; 1987.
13. Stearns PN. Fat history: bodies and beauty in the mothern West. New York: New York University Press; 2002.
14. Quintaneiro T. Retratos de mulher: a brasileira vista por viajeros ingleses

e norte-americanos durante o século XIX. Petrópolis: Vozes; 1995.

15. Meigs JB, Nathan DM, Wolfsdorf JI. The metabolic syndrome (insulin resistance syndrome or syndrome X). Up To Date, Inc.; 2008. <http://www.uptodate.com> (acessado em junho 2013).
16. WHO - World Health Organization (OMS) / OPAS- 48º Conselho Directivo. Métodos Poblacionales e Individuales para la Prevención y el Tratamiento de la Diabetes y la obesidad. Washington, D.C.; 2008.
17. IOTF- International Obesity TaskForce. Strategic Plan for IOTF; 2010. <http://www.iaso.org/iotf/obesity/?map=adults> (acessado em Julho de 2013).
18. Guimarães VVC. Bras. Cardiologia 2005; 84(supl 1).
19. Wilson PW, D'Agostino RB, Parise H, Sullivan L, Meigs JB. Metabolic syndrome as a precursor of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus. *Circulation* 2005; 112(20): 3066-72.
20. Marinheiro LPF, Netto CC, Moreira TM, Ventura DA, Borges CC. Prevalência de síndrome metabólica e osteoporose em mulheres na pós menopausa atendidas no ambulatório de endocrinologia feminina de uma unidade pública de referência em atenção à saúde da mulher. *Arq. Bras. de Endocrinologia e Metabologia* 2012; 1: 1.
21. Park YW, Zhu S, Palaniappan L, Heshka S, Carnethon MR, Heymsfield SB. The metabolic syndrome: prevalence and associated risk factor findings in the US population from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Arch. Intre. Med* 2003; 163(4): 247-36.
22. Gnagnarella P, Gandini S, La Vecchia C, Maisonneuve P. Glycemic index, glycemic load, and cancer risk: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2008; 87(61): 793-801.
23. Vona-Davis L, Howard-McNatt M, Rose DP. Adiposity, type 2 diabetes and the metabolic syndrome in breast cancer. *Obes Rev* 2007; 8(5): 395-408.
24. Lorincz AM, Sukumar S. Molecular links between obesity and breast cancer. *Endocr Relat Cancer* 2006; 13(2): 279-92.
25. Hossain P, Kavar B, El Nahas M. Obesity and diabetes in the developing

- world- a growing challenge. *N. Engl. J. Med.* 2007; 356(3): 213-215.
26. Wild S et al. Global prevalence of diabetes: estimates for 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27: 1047-1053.
27. IBGE. POF 2008-2009: evolução de indicadores na população por idade, por sexo – Brasil, períodos 1974-75, 1989, 2002-2003 e 2008-2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
28. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(Suppl 1): S181-91.
29. Coutinho JG, Gentil P C, Toral C. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(suppl.2).
30. Garrido A.B. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu; 2002.
31. IBGE. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos nutricionais, 1989. Rio de Janeiro: IBGE; 1992.
32. IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
33. Santos, LMP, Oliveira IV, Peters LR, Conde LW. Morbid obesity in Brazil and the burden of bariatric surgery on the Brazilian Public Health System. *Obesity Surgery* 2010; 20(7): 943-948.
34. Song AY et al. Body image and quality of life in post massive weight loss body contouring patients. *Obesity (Silver Spring)* 2006; 14(9):1626-36.
35. Sarwer DB, Thompson JK, Mitchell JE, Rubin JP. Psychological considerations of the bariatric surgery patient undergoing body contouring surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2008; 121(6): 423e-434e.
36. Resende JH. *Tratado de cirurgia plástica na obesidade*. Rio de Janeiro: Rubio; 2008.

37. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1966.
38. Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa Social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.
39. Nasser N. Culture and weight consciousness. London: Routledge; 1997.
40. Fontenella BJB et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública 2011; 27(2): 389-94.
41. Fontoura H. A. Tematização como proposta de análise de dados na pesquisa qualitativa. In: Fontoura HA (org.). Formação de professores e diversidades culturais: múltiplos olhares em pesquisa. Niterói: Intertexto; 2011.
42. Gomes R, Mendonça EA, Pontes ML. As representações sociais e a experiência da doença Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública 2002; 18(5): 1207-14.

CAPÍTULO 2 – ARTIGO I E ARTIGO II

2.1 – Artigo I

Informação em saúde: um direito. Importância da informação para a obesa mórbida na compreensão e gestão dos processos cirúrgicos de mudança corporal

Health information: a right. The importance of information for the morbid obese to the understanding and management of post surgical body transformation

Information en la salud: un derecho. Importancia de la información para que la obesa mórbida entienda y administre el cambio quirúrgico corporal

Ângela M. Fausto Souza¹; Lizanka P. F. Marinheiro²; Helena Amaral da Fontoura³

^{1,2}Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente, Fernandes Figueira- Fundação Oswaldo Cruz - MS

³UERJ- Universidade do Estado do Rio de Janeiro- Rio de Janeiro.

RESUMO

O corpo humano é uma fonte de informação. Mulheres estruturam a imagem corporal considerando aspectos como saúde; nutrição; beleza; “ser gorda” ou “ser magra”, entre outros. Entrevistamos mulheres com obesidade mórbida submetidas à cirurgia bariátrica (CB) e cirurgia plástica (CP), em estudo qualitativo. Buscamos conhecer informações prévias aos procedimentos cirúrgicos e às mudanças corporais adquiridas após cada cirurgia. O resultado obtido na CB impacta fortemente a percepção do corpo que passa a ser considerada fonte compartimentada de problemas, que precisam de cuidados com diferentes especialistas. A fase mais crítica é entre a CB e as CP quando é questionado o “novo estado corporal”, as dificuldades com cicatrizes, assimetrias corporais, aspecto envelhecido e demora das soluções cirúrgicas. O grande impacto na vida das pacientes constitui delicada questão de Saúde Pública que poderá ser minimizado com um sistema competente de informação em todo processo. A informação aparece como questão vital na proposta terapêutica desde o período pré-operatório da Cirurgia Bariátrica.

Palavras chaves: Gestão da Informação em Saúde; Obesidade Mórbida; Doenças Nutricionais e Metabólicas; Cirurgia Plástica; Cirurgia Bariátrica.

ABSTRACT

The human body is a source of information. Women structure their body image considering aspects such as health; nutrition; beauty; "being fat" or "thin", among others. We interviewed women with morbid obesity submitted to bariatric surgery (BS) and plastic surgery (PS) reconstructive, in a qualitative study. We seek to know about information prior to surgical procedures and bodily changes acquired after each surgery. The result obtained in BS strongly impacts the perception of the body that is regarded as a compartmentalized source of problems, which need different care by specialists. The most critical phase is between the BS and the PC when it is questioned the "new body state", the difficulties with scars, bodily imbalances, aged appearance and delay of surgical solutions. The major impact on the lives of patients is a delicate matter of Public Health that can be minimized with a competent system of information along the process. The information appears as a vital issue in the proposed therapy from the preoperative period of BS.

Key words: Health Information Management; Morbid Obesity; Nutritional and metabolic diseases; Plastic Surgery; Bariatric Surgery.

RESUMEN

El cuerpo humano es una fuente de información. Mujeres estructuran la imagen corporal considerando aspectos como: salud, nutrición, belleza, “ser gorda” o “ser delgada”, entre otros. Entrevistamos mujeres con obesidad mórbida sometidas a cirugía bariátrica (CB) y cirugía plástica (CP), en estudio cualitativo. Buscamos conocer informaciones previas a los procedimientos quirúrgicos y de los cambios corporales adquiridos poscirugía. El resultado obtenido en la CB impacta mucho la percepción del cuerpo y pasa a considerarse fuente de problemas, que necesitan cuidados de diferentes especialistas. La fase más crítica es entre la CB y las CP cuando se cuestiona el “nuevo estado corporal”, las dificultades con cicatrices, asimetrías corporales, aspecto envejecido y demora de las soluciones quirúrgicas. El gran impacto en la vida de las pacientes constituye delicada cuestión de Salud Pública que podrá minimizarse con una buena información en el proceso. La información es una cuestión vital en la propuesta terapéutica desde el período preoperatorio de la Cirugía Bariátrica.

Palabras claves: Gestión de la Información en Salud; Obesidad Mórbida; Enfermedades Nutricionales y Metabólicas; Cirugía Plástica; Cirugía Bariátrica.

INTRODUÇÃO

Muitas informações nos são reveladas pelo corpo humano, em cada momento da História, nos inúmeros aspectos que levam à estruturação da visão do corpo em cada sociedade. A formação cultural influencia muitas facetas na vida dos indivíduos, inclusive suas crenças, linguagem corporal, dieta, conceitos de saúde e doença, entre outros. A cultura não pode ser considerada isoladamente, ela é uma mistura complexa de influências que se refletem nas crenças e no modo de vida das pessoas. Estas questões são matéria da antropologia médica ao longo da história humana de modo a determinar o estudo da saúde e da doença ¹.

No século XIX a beleza feminina foi representada por mulheres obesas como no modelo da antiguidade. No século XX essa representação é substituída gradativamente pelo padrão de mulheres magras. No Brasil, essa mudança se dá mais tardiamente, por influência da informação externa, em torno da metade do século XX ². Assim, a preocupação com as questões nutricionais remonta ao início do século XIX quando passa a receber atenção de Saúde Pública. Há um crescimento da percepção da obesidade como *negativa*, criando-se *um novo estigma*, influenciando o comportamento das pessoas e sua autoestima. A medicina contribuiu para o movimento moral contra a obesidade ao responsabilizar a dificuldade de emagrecimento unicamente ao paciente, sem considerar as questões sociais, culturais e orgânicas ³.

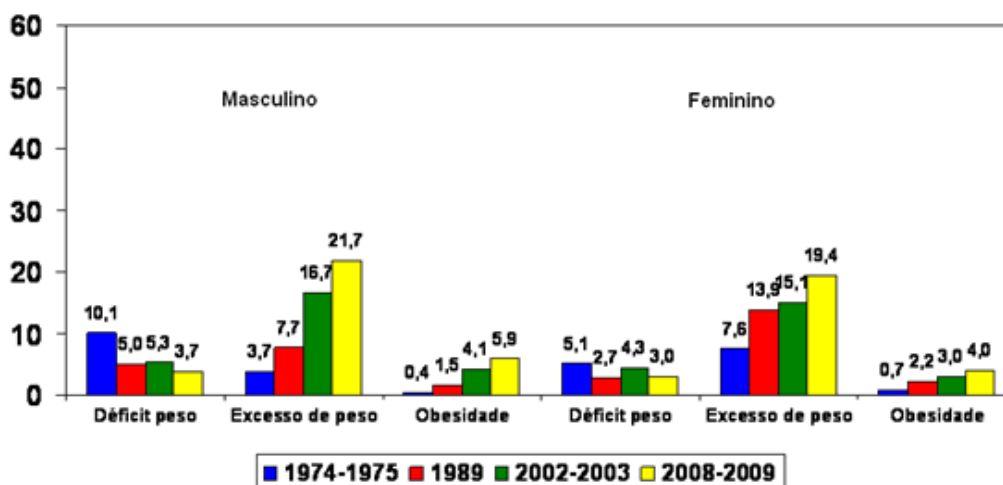
A obesidade teve sua incidência aumentada ao longo das últimas décadas e se tornou um problema de saúde pública mundial, sobretudo porque esta vem acompanhada da síndrome metabólica (SM) ^{4, 5,6,7}.

O tratamento cirúrgico para pacientes com Obesidade Mórbida (OM) favorece a melhora ou cura das comorbidades que compõem a SM como a adiposidade visceral aumentada, a resistência à insulina, a hiperglicemia, a hiperinsulinemia, controle dos triglicerídeos, hipertensão arterial entre outros. Também favorece reduzindo a sobrecarga de peso nas articulações reabilitando a locomoção, muitas vezes comprometida, dos pacientes e no tratamento da apneia respiratória^{8,9}.

A Cirurgia Bariátrica tem crescido para colaborar no tratamento, no contingente de mulheres com obesidade mórbida, visando à melhora da clínica metabólica, já mencionada; da mesma forma, a cirurgia plástica tem aumentado sua atuação na tentativa de minorar os defeitos consequentes do grande emagrecimento no corpo das pacientes^{8, 9,10}.

A prevalência da obesidade, no Brasil, está aumentando em todas as faixas etárias, deixou de ser uma *doença da abundância* e passou a afetar desproporcionalmente os setores pobres e de nível cultural mais baixo. Na faixa etária de 10 a 19 anos o sobrepeso aumentou seis vezes para homens e três vezes para mulheres em 34 anos (gráfico 1)^{11,12}.

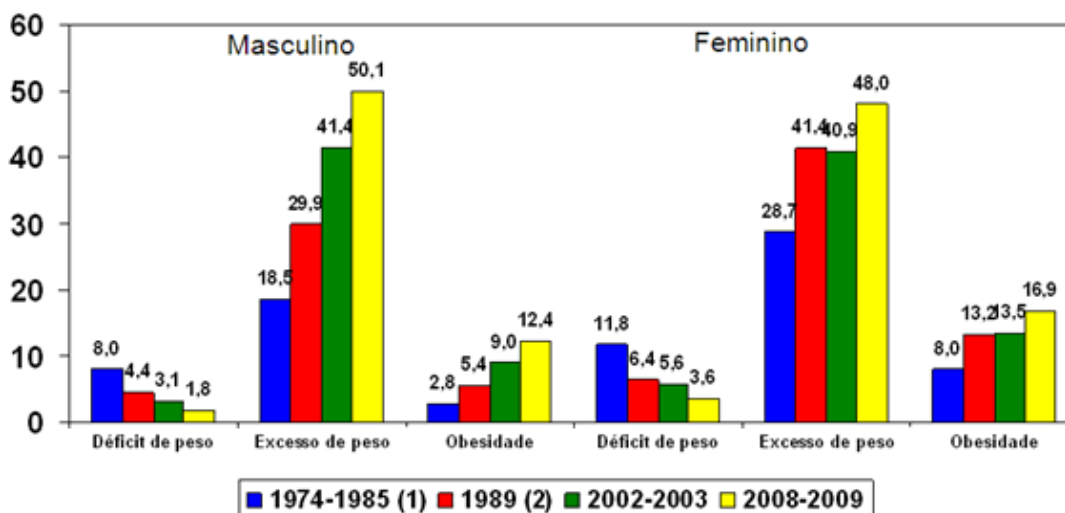
Gráfico 1 - Evolução de indicadores antropométricos na população de 10 a 19 anos de idade, por sexo – Brasil – períodos 1974-75, 1989 e 2008-2009*.



*Fonte: IBGE¹¹

Nos adultos, em ambos os sexos, metade da população tem excesso de peso e a obesidade se elevou mais significativamente no sexo masculino (Gráfico 2) ¹².

Gráfico 2 - Evolução de indicadores na população de 20 + anos de idade, por sexo – Brasil – períodos 1974-75, 1989, 2002-2003 e 2008-2009*.



*Fonte: Brasil. IBGE ¹²

A epidemia de obesidade e de diabetes é mundial e está sendo gerada por mudanças de hábitos na população, com a redução de atividade física e o aumento significativo do sedentarismo no cotidiano pelo desenvolvimento tecnológico. De 30 a 60% das pessoas não praticam o nível mínimo de exercícios. Parvez Hossain¹³ publicou estudo prospectivo até 2030, com representação gráfica mundial por regiões, sobre diabetes e obesidade, baseado nos dados do trabalho de pesquisa de Sarah Wild ¹ sobre diabetes. Nessa análise prospectiva mundial demonstra que a situação futura é de extrema gravidade para a América do Sul e Central com elevação dos índices de diabetes e obesidade de 13.3% em 2000 para 33% em 2030, portanto um aumento previsto significativo de aproximadamente 148% no Brasil. Os indicadores do IBGE confirmam essa tendência significativamente do aumento da obesidade no Brasil ^{13, 14,15}. É, assim, uma questão urgente de intervenção

pelas Políticas Públicas de Saúde sendo recomendável que se programe medida de enfrentamento, a médio e longo prazo, com suas orientações e posterior execução nas esferas operacionais, com o intuito de reverter esse quadro dramático atual e com grandes perspectivas de agravamento se nada for feito. Somente através da comunicação e da educação, veiculando informação consistente, correta e permanente, se poderá garantir à sociedade um caminho pela segurança alimentar ^{5,6}.

Além dos tratamentos clínico-medicamentosos, na maioria das vezes, fadados ao fracasso nos casos mais críticos, desenvolveram-se técnicas cirúrgicas restritivas e metabólicas de diferentes modalidades como opção terapêutica, denominadas cirurgias bariátricas (CB). No Brasil, quando se analisam evolutivamente os três inquéritos antropométricos nacionais do IBGE, realizado entre 1975 e 2004, identifica-se um aumento da prevalência de obesidade mórbida (OM) em 255%, na região sudeste alcançando a maior prevalência, 0,77% ^{12, 16}.

Em relação ao tratamento cirúrgico para OM, o panorama nacional é muito preocupante. No SUS elas são realizadas desde 1999 e houve um aumento progressivo e significativo das cirurgias bariátricas na rede pública, que acompanhou essa mudança do perfil populacional. No Brasil houve um aumento global da cirurgia bariátrica no período de 2000 a 2006 na rede do SUS de sete vezes, gerando um grande impacto financeiro para o sistema público de saúde ^{16, 17}.

Em virtude desse aumento do número de cirurgias CB existe uma demanda crescente pela cirurgia plástica reconstrutora na rede do SUS. Em muitos casos as cirurgias têm caráter higiênico e de reabilitação e não é incomum serem realizadas em mulheres jovens ¹⁸. Focando especialmente as

mulheres, as deformidades corporais cutâneas decorrentes das CB atingem todo o contorno corporal feminino em graus variáveis, principalmente na região abdominal e mamária. Os novos defeitos produzidos em seu corpo podem atingir profundamente sua imagem corporal, criando outros estigmas. Na mulher, a mama tem uma importância especial por tratar-se de um segmento corporal com um foco especial em vários aspectos de sua feminilidade. Elas vão à busca do resgate da *imagem corporal* para correção das graves sequelas advindas do grande emagrecimento, peculiares a cada biótipo ¹.

A informação a respeito dos procedimentos cirúrgicos permeia, ainda, todo o processo, do momento da decisão de realizar a CB até todos os pós-operatórios das Cirurgias Plásticas como instrumento de orientação e compreensão para a tomada de decisão, o que influi decisivamente na percepção e satisfação das pacientes nas terapias propostas ^{18,19}.

METODOLOGIA

Foi feito um estudo exploratório, com base em metodologia de pesquisa qualitativa com a técnica de entrevista em que foram abordados temas voltados para a compreensão de significados, vivências e valores culturais no que diz respeito à saúde pós-operatória; mudança de hábitos; autoestima; resultado estético; vida social; sexualidade; vida profissional e satisfação. Utilizamos a tematização para análise dos dados, o que permitiu apreender os núcleos temáticos contidos nas entrevistas bem como as diferentes categorias identificadas ²⁰. Com a tematização, foi possível compreender a realidade vivida socialmente pelas entrevistadas através dos seus significados, motivos, atitudes, valores e crenças.

Os sujeitos do estudo foram vinte mulheres atendidas no ambulatório de Cirurgia Plástica no Hospital Federal de Ipanema, por tratar-se de importantes serviços da instituição com larga experiência no tratamento de obesos mórbidos. As mulheres sujeitos do estudo foram todas submetidas a tratamento cirúrgico prévio para Obesidade Mórbida, e a totalidade das pacientes realizou uma ou mais Cirurgias Plásticas reparadoras para correção das sequelas corporais resultantes da grande perda de peso.

As entrevistas seguiram um critério não dirigido para escolha das pacientes pesquisadas, garantindo o sigilo das informações, sempre procurando evitar qualquer situação de risco para elas. As entrevistadas aceitaram participar da pesquisa livremente e autorizaram a análise e divulgação não identificada dos dados. A análise temática permitiu ainda apreender os núcleos de sentido relativos ao nível de informação das mulheres sobre a cirurgia reconstrutora do contorno do corpo pós-cirurgia bariátrica ²⁰.

Em relação a esta perspectiva, trabalhamos no sentido de uma abordagem voltada para a compreensão de significados ²¹, após constatação da consistência da pesquisa ^{20,22,23} pela sistematização desenvolvida pelo método já citado anteriormente, sempre buscando o reconhecimento mais amplo das informações coletadas do ponto de vista das pacientes entrevistadas considerando o ponto de saturação nos aspectos investigados ²⁰.

DISCUSSÃO

São muitos os fatores que envolvem as pacientes submetidas à reconstrução corporal após grande perda ponderal. Tentar discriminar as áreas de abordagem se torna muito difícil uma vez que os temas se entrelaçam e

vêm com grande carga emocional, sendo um assunto consequência do outro, sem aparente divisão lógica na intensa vivência das pacientes. Identificamos muitas razões para adesão ao tratamento inicial – a cirurgia bariátrica - questões físicas, de locomoção e ortopédicas, limitantes pelo excesso de peso; questões de higiene – feridas e mau cheiro, questões de saúde – hipertensão, apneia do sono e diabetes, amenorreia, dores articulares e restrição do convívio social e do trabalho, tais como dificuldade e constrangimento para passar em roletas de ônibus, frequentar espaços públicos, vestuário apropriado, obter e manter empregos, entre outros e, também, questões emocionais de baixa autoestima, de relacionamento afetivo e sexual, frustrações recorrentes de tratamentos clínicos e “milagrosos” para emagrecimento.

Frente a um quadro de tão complexa abordagem, a procura por ajuda inicia-se pelo acesso à informação de que existe tratamento efetivo, onde buscá-lo e o que se pode esperar dele de forma clara e realista em todas suas fases. A principal fonte de informação e orientação a respeito das cirurgias e suas etapas são as instruções recebidas das equipes médicas e outros profissionais da saúde. Num segundo plano, as informações são obtidas de relatos de amigos e outros pacientes e com menor frequência pela mídia visual ou escrita. Diferentemente, no pré-operatório das CB, têm influência marcante as reuniões de grupo de obesos nos hospitais através de palestras, apresentações visuais e depoimentos de outros pacientes. No entanto, a avaliação das pacientes é de que a qualidade da informação disponibilizada é insuficiente, parcial e não realista, difícil de compreender, pouco acessível e limitada aos procedimentos cirúrgicos. A falta de informação anterior à CB por insuficiência de dados ou sua inadequação ao público alvo faz com que

vivenciem muitos momentos de angústia e incertezas que poderiam ser minimizados.

A maior lacuna de informação identificada se dá no período entre a CB e a CP, em que as pacientes relatam desconhecimento de dados do que ocorreria com o corpo delas, sem real noção de que as cirurgias de reconstrução corporal demorariam, em muitos casos, até alguns anos e que, em função disso, seriam obrigadas a enfrentar o difícil período de transição entre os dois tratamentos cirúrgicos, coexistindo com sequelas corporais severas e desconhecidas em consequência da grande perda ponderal, sem que tenham sido preparadas para tal. Verificamos que é, então, vivenciada uma fase carregada de alto grau de ansiedade frente a novos defeitos, não informados previamente. Diante disso, as mulheres chegam a declarar que a nova imagem corporal lhes parece uma condição pior que o defeito anterior - o estar gordo- ainda sem usufruir o corpo magro - que é a meta desejada.

Em plena 'era da comunicação', a deficiência de informação, relatada pelas pacientes, se observa de inúmeras formas. Num primeiro momento pelo desconhecimento da possibilidade de tratamento para OM. Num segundo estágio pelo desconhecimento de todo o processo de tratamento médico da CB, suas etapas e o que esperar de mudanças no corpo durante e após a perda de peso maciça. Posteriormente, pela falta de informação sobre os direitos e os prazos adequados de espera para realizarem as correções pela CP dos novos defeitos adquiridos, o que impacta negativamente na autoestima, com muitos relatos de arrependimento e questionamentos quanto à decisão pela CB e do processo como um todo.

É muito evidente nos relatos das pacientes o peso significativamente maior atribuído à informação que é transmitida pelo médico. Num segundo

plano, os outros meios de informação tais como palestras, relatos de outras pacientes, revistas, jornais ou mídia eletrônica se apresentam de forma equilibrada e pouco eficaz. Muitas vezes relatam frustrações na busca de soluções para a perda de peso por processos “mágicos” ao invés de ter acesso à informação precisa e de qualidade que de fato possa ajudar e orientar essas mulheres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cirurgia bariátrica, de um modo geral, atendeu à perspectiva das pacientes no que diz respeito à significativa perda ponderal objetivada e à melhora, ou cura, de patologias que compõem a síndrome metabólica, como diabetes e hipertensão, e de quadros clínicos graves, como apneia do sono e problemas osteoarticulares incapacitantes. Por outro lado, a cirurgia imputa modificações significativas e rápidas na nutrição e na forma física, resultando na incorporação de novos estados e contextos pela modificação corporal.

O resultado da CB impacta fortemente a percepção do corpo que deixa de ser identificado pela paciente como uma unidade obesa de volume único, sem discriminar segmentos, e passa a percebê-lo, após o emagrecimento, de forma fragmentada, compartimentada, fonte de queixas corporais por setores, que precisam de cuidados diferenciados, por período prolongado, com distintas e múltiplas abordagens de cirurgias plásticas.

A necessidade de informação se dá antes, durante e depois de cada fase do plano terapêutico de forma interdisciplinar. Percebemos que sua falta e a ausência de um panorama global de todo o tratamento nas diferentes etapas é fonte de angústia e sofrimento para as pacientes. A informação, ou a falta

dela, aparece como uma questão vital de cuidado na proposta terapêutica desde o período pré-operatório da CB. Conforme constatado na pesquisa, a fase mais crítica se situa entre a CB e a CP quando, diante de novos “defeitos”, as pacientes questionam o tratamento, seu novo estado corporal, as dificuldades de lidar com cicatrizes, assimetrias corporais e com um novo aspecto envelhecido, além da demora das soluções cirúrgicas das plásticas, quando indicadas, para cada caso. A sensação relatada por grande parte das entrevistadas é de quem entrou em uma nova situação sem saber o que as esperava. Os novos defeitos adquiridos são desconhecidos, súbitos, indesejados e podem permanecer por longo tempo.

Entendemos a informação adequada e completa sobre o processo como um direito das pacientes, uma vez que é fundamental para, de fato, beneficiá-las nas redes de saúde pública, envolvendo, além dos cuidados clínico-cirúrgicos, aspectos ligados à nutrição, suporte psicológico, beleza e limites da reconstrução corporal, num processo por elas identificado como a retomada da própria vida útil na sociedade, antes marcada por exclusão e rejeição.

Uma vez que identificamos que a fonte de informação principal é da equipe médica, é desejável aproveitar a confiança que demonstram nesses profissionais para que, através deles, sejam passadas as informações corretas e completas sobre o que as pacientes podem esperar e o que devem saber sobre o passo a passo das cirurgias e suas reais possibilidades, minimizando o impacto negativo no período de espera para a realização da cirurgia de reconstrução corporal complementar do tratamento.

A comunicação institucional na rede do SUS e nos meios de informação à população deve acompanhar adequadamente a taxa de crescimento da demanda por CB e CP e responder de forma efetiva, com informações e

orientações nas Políticas Públicas de Saúde, assegurando a atenção terciária às pacientes portadoras de OM, sempre com o foco nas ações das medidas preventivas que evitariam o número crescente de obesos mórbidos. A melhor solução para o tratamento da obesidade se localiza nas medidas de políticas públicas de saúde primária, educativas e econômicas preventivas, com um alto nível da informação populacional^{5, 24, 25, 26}.

No nível terciário de atenção à obesa mórbida, em nossa avaliação, só é viável considerar a oferta da CB como tratamento das questões médicas da obesidade mórbida se a oferta das cirurgias de reconstrução corporal forem viabilizadas mais precocemente, entendidas e informadas como parte de um mesmo processo, disponibilizando informações e recursos médicos e materiais nas unidades de Saúde Pública do SUS para atendimento global dessas mulheres^{27, 28}.

REFERÊNCIAS

1. Helman CG. Cultura, saúde e doença. São Paulo: Artmed; 2006.
2. Quintaneiro T. Retratos de mulher: a brasileira vista por viajantes ingleses e norte-americanos durante o século XIX. Petrópolis: Vozes; 1995.
3. Stearns PN. Fat history: bodies and beauty in the modern west. New York: New York University Press; 2002.
4. Meigs JB, Nathan DM, Wolford JI. The metabolic syndrome (insulin resistance syndrome or syndrome X). Up To Date, Inc. 2008. <http://www.uptodate.com/contents/the-syndrome-x> (acessado em Julho de 2013).
5. WHO- Organização Mundial da Saúde (OMS) / OPAS - 48º Conselho Directivo. Métodos poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la diabetes y la obesidad. Washington, D.C.; 2008.

6. IOTF- International Obesity TaskForce. Strategic Plan for IOTF; 2010. <http://www.iaso.org/iotf/obesity/?map=adults> (acessado em Julho de 2013).
7. SBC – I. Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2005; 84(supl.1).
8. Garrido AB. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu; 2002.
9. Marinheiro LPF, Netto CC, Moreira TM, Ventura DA, Borges CC. Prevalência de síndrome metabólica e osteoporose em mulheres na pós menopausa atendidas no ambulatório de endocrinologia feminina de uma unidade pública de referência em atenção à saúde da mulher. Arq. Bras. de Endocrinologia e Metabologia 2012; 1: 1.
10. Samuel I, Mason EE, Renquist KE, Zimmerman MB, Jamal M. Bariatric surgery trends: an 18-year report from the International Bariatric Surgery Registry. Am J Surg. 2006; 192(5): 657- 62.
11. IBGE. POF 2008-2009: Evolução de indicadores antropométricos na população de 10 a 19 anos de idade, por sexo – Brasil – períodos 1974-75, 1989 e 2008-2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
12. IBGE. POF 2008-2009: Evolução de indicadores na população de 20 + anos de idade, por sexo – Brasil – períodos 1974-75, 1989, 2002-2003 e 2008-2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
13. Hossain P, Kavar B, El Nahas M. Obesity and diabetes in the developing world- a growing challenge. N. Engl. J. Med. 2007; 356(3): 213-215. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp068177>. (Acesso em: 10 de agosto 2013)
14. Wild S et al. Global prevalence of diabetes: estimates for 2000 and projections for 2030. Diabetes Care 2004; 27: 1047-1053.
15. Le Breton D. Adeus ao corpo: antropologia e sociedade. Campinas, SP: Papyrus; 2003.
16. Santos LMP, Oliveira IV, Peters LR, Conde LW. Morbid obesity in Brazil and the burden of bariatric surgery on the Brazilian Public Health System. Obesity Surgery 2010; 20(7): 943-948.

17. IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares, 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
18. Resende JH. Tratado de cirurgia plástica na obesidade. Rio de Janeiro: Rubio; 2008.
19. Hurwitz DJ, Rubin JP, Risin M, Sajjadian A, Sereika S. Correcting the saddlebag deformity in the massive weight loss patient. *Plastic Reconstr Surg* 2004; 114(5): 1313-1325.
20. Fontoura HA. Tematização como proposta de análise de dados na pesquisa qualitativa. In: Fontoura H. A (org.). *Formação de professores e diversidades culturais: múltiplos olhares em pesquisa*. Niterói: Intertexto; 2011.
21. Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. *Pesquisa social*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2006.
22. Fontenella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(1): 17-27.
23. Gomes R, Mendonça EA, Pontes ML. As representações sociais e a experiência da doença Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18(5): 1207-14.
24. Nasser N. *Culture and weight consciousness*. London: Routledge; 1997.
25. Bellisari A. Evolutionary origins of obesity. *Obesity reviews* 2008; 9: 165-180.
26. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(Supl 1): S181-91, 2003.
27. Song AY et al. Body image and quality of life in post massive weight loss body contouri. *Obesity* 2006; 14(9): 1626-36.
28. Sarwer DB, Thompson JK, Mitchell JE, Rubin JP. Psychological

considerations of the bariatric surgery patient undergoing body contouring surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2008; 121(6): 423e-434e.

CONTRIBUIÇÃO

Pesquisa realizada com mulheres oriundas dos Serviços da Cirurgia Geral e do Serviço da Cirurgia Plástica do Hospital Federal de Ipanema – MS - Rio de Janeiro em parceria com o Instituto Nacional de Saúde, da Mulher e do Adolescente, Fernandes Figueira- Fundação Oswaldo Cruz – MS - Rio de Janeiro

CORRESPONDÊNCIA

Ângela M. Fausto Souza

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, Fernandes Figueira- Fundação Oswaldo Cruz Departamento de Ginecologia – MS – Setor de Cirurgia Plástica

Av. Rui Barbosa, 716, Rio de Janeiro, RJ – CEP 20250-020, Brasil.

amfausto@iff.fiocruz.br

angelafausto@openlink.com.br

2.2 - Artigo II

*De Botero a Picasso – transformações dos corpos submetidos à
cirurgia bariátrica e cirurgia plástica*

*From Botero to Picasso – transformations bodies undergoing
bariatric surgery and plastic surgery*

*De Botero a Picasso – transformación de los cuerpos sometidos a
cirugía bariátrica y cirugía plástica*

Ângela M. Fausto Souza¹; Lizanka P. F. Marinheiro ²; Helena Amaral da
Fontoura ³

^{1, 2} Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente,
Fernandes Figueira- Fundação Oswaldo Cruz - MS

³ UERJ- Universidade do Estado do Rio de Janeiro- Rio de Janeiro.

RESUMO

A transformação do corpo por cirurgia bariátrica (CB) e cirurgia plástica (CP) posterior é analisada em 20 mulheres submetidas aos procedimentos. Estas foram entrevistadas em pesquisa qualitativa abordando aspectos referentes à obesidade mórbida e às atribuições culturais do 'ser gordo' ou 'ser magro', para compreender significados e valores relativos às cirurgias e à satisfação pessoal das participantes. Antes figura de Botero, gorda por inteiro, passando a se ver como imagem de Picasso, fragmentada. Com a nova autoimagem, passam a considerar-se uma fonte compartimentada de problemas com a percepção corpórea dividida pelos "defeitos" adquiridos, imputando modificações significativas na imagem corporal e na mente, impactando-as fortemente. Questionam a opção pela CB e vivem o desconforto pela demora na espera da CP. Finalmente, estudamos as razões e os sentidos atribuídos por elas à cirurgia plástica. Concluimos que o grande impacto destes processos na vida das pacientes constitui-se em delicada questão de Saúde Pública e que a CB e CP são partes de um único tratamento.

Palavras chaves: Obesidade mórbida; Imagem corporal; Transtornos nutricionais; Cirurgia bariátrica; Cirurgia plástica.

ABSTRACT

The transformation of the female body by Bariatric Surgery (CB) and Plastic Surgery (CP) afterwards is analyzed with 20 women who had undergone such procedures. These were interviewed in a qualitative research addressing aspects related to morbid obesity and cultural assignments of ' being fat ' or ' being skinny ' to understand meanings and values relating to surgery and the personal satisfaction of participants. The treatment holds significant modifications in body image, and the mind, that impact strongly on that perception. At first as figures of Botero, nice and round as a whole, passing to see themselves as an image by Picasso, fragmented. In this new context of self-image, be considered a compartmentalized source of problems facing new body perception with acquired "defects". They question the option of CB and live the discomfort for the delay in waiting for CP, which reinforces our position regarding the importance of clarifying the whole process before the CB. Finally, are studied the reasons and meanings assigned by these women to plastic surgery.

Key-words: Morbid obesity; Corporal image; Nutritional disorders; Bariatric surgery; Plastic surgery.

RESUMEN

La transformación del cuerpo por cirugía bariátrica (CB) y posterior cirugía plástica (CP) es analizada en 20 mujeres sometidas a los procedimientos. Se entrevistaron para investigación cualitativa, abordando aspectos relativos a la obesidad mórbida y rasgos culturales de 'ser gordo' o 'ser delgado', para comprender significados y valores relativos a las cirugías y satisfacción personal de las participantes. Antes, figuras de Botero completamente gordas, pasan a verse como imagen de Picasso, fragmentada. Con la nueva autoimagen, se consideran una fuente de problemas, con percepción corporal dividida por "defectos" adquiridos, atribuyéndoles modificaciones significativas en la imagen corporal y mental e impresionándolas mucho. Cuestionan la opción por la CB y viven la incomodidad de la demora de la CP. Finalmente, estudiamos las razones y los sentidos dados por ellas a la cirugía plástica. Concluimos que el gran impacto de estos procesos en la vida de las pacientes forma parte de una delicada cuestión de Salud Pública y que la CB y CP hacen parte de un único tratamiento.

Palabras claves: Obesidad mórbida; Imagen corporal; Trastornos nutricionales; Cirugía bariátrica; Cirugía plástica.

INTRODUÇÃO

Em todas as sociedades, o corpo humano tem uma identidade social e outra física. Os conceitos de 'beleza' do corpo feminino a respeito de sua dimensão corporal, forma, superfície e vestimentas estão sempre presentes e variam no tempo e nas diferentes culturas. Ele é repleto de informações e as transmite, sobre sua época, sua idade, posição social, gênero, religião e podemos diferenciá-lo ou identificá-lo com grupos distintos. Logo, a imagem corporal é adquirida como consequência do desenvolvimento do indivíduo dentro do seu contexto social, que aprende a perceber funções de seu corpo sendo aceitas ou rejeitadas por seu grupo social¹.

A obesidade por muito tempo foi associada à beleza com as formas dos corpos arredondados, correlacionados à abundância de alimento. No início do século XIX começa a mudança desse conceito de beleza-obesidade para a incorporação do novo conceito de beleza-magreza. Aos poucos a obesidade se torna indesejada e associada à feiura e ao pecado da gula. Na mudança desse padrão corporal, a magreza passa a ser representante da beleza feminina, da jovialidade e das virtudes². Na Europa e nos Estados Unidos essa transição conceitual teve um ponto crítico no período entre 1890 e 1910 e as classes dominantes passaram a buscar uma silhueta mais delgada, cultivando novos hábitos alimentares e o controle alimentar como virtude³. No Brasil, no entanto, essa mudança se deu mais tardiamente, por influência externa, em torno da primeira metade do século XX⁴. Esse padrão estético do corpo esguio associado à beleza permanece até hoje no século XXI em nossa cultura¹.

A preocupação com as questões nutricionais remonta, portanto, ao início do século XIX quando estas passaram a receber atenção pública. O termo *diet* aparece pela primeira vez nessa época relacionado a restrições de alguns alimentos por problemas de saúde, e somente depois passou a ter a conotação direcionada para perda de peso, principalmente direcionado para as mulheres, às quais sempre foi mais exigido esse controle. Os produtos alimentares direcionados para esse fim iniciaram, então, sua ampla comercialização. Paralelamente, houve um crescimento da percepção de que a obesidade era *negativa* criando-se *um novo estigma* influenciando o comportamento das pessoas e sua autoestima. Surgem movimentos de mobilização moral e religiosa contra a obesidade e esta vai sendo associada à falta de moral e ética no início do século XX. A medicina também contribuiu para esse movimento moral contra a obesidade ao responsabilizar a dificuldade de emagrecimento unicamente ao paciente, sem considerar questões socioculturais ou orgânicas³.

As pessoas obesas enfrentam no seu convívio social muitos obstáculos. É difícil a simples aquisição de vestuário ou frequentar ambientes que possuam mobiliário com estrutura apropriada, que suportem o peso elevado e que tenham a dimensão necessária, não somente para propiciar o conforto que as outras pessoas têm, como também para que não passem por constrangimentos públicos decorrentes de acidentes por quebra do mobiliário, quedas, ou ainda impedimento de permanecer em determinados ambientes por falta de acomodação ou acesso. Temos como exemplos assentos em aviões, cadeiras de teatros e cinemas, roletas de ônibus, macas e aparelhos de exames médicos, tais como RX ou ressonâncias. Estas situações são similares aos problemas vividos por pessoas com outros tipos de limitações físicas.

A obesidade mórbida (OM) é considerada quando o indivíduo apresenta índices de massa corporal (IMC) elevado, maior do que quarenta. A obesidade teve sua incidência aumentada ao longo das últimas décadas e tornou-se um problema de saúde pública mundial por ser um fator de risco para várias doenças que compõem a chamada Síndrome Metabólica (SM). Isto vem acarretando grande impacto social e financeiro, principalmente em países do terceiro mundo, uma vez que atinge em maior percentual as populações mais carentes e com menor acesso a cuidados médicos.

O reflexo disso é um maior impacto nos custos na organização e atenção dos serviços públicos de saúde^{5, 6, 7, 8}.

A cirurgia bariátrica (CB) tem crescido para colaborar no tratamento nesse contingente de mulheres com OM, na atenção terciária à saúde, visando à melhora da clínica metabólica e a conseqüente perda de peso, associada à cirurgia plástica^{9, 10, 11, 12}.

Cabe resaltar que as sociedades industrializadas, no século XX, com o desenvolvimento tecnológico industrial mundial criaram um meio ambiente moderno favorável ao aumento da obesidade. Esse modelo está sendo adotado de forma globalizada com maior oferta e estocagem de alimentos de maior teor calórico, em grande quantidade, aliado ao comportamento social de baixo dispêndio energético pelas facilidades tecnológicas e com aumento do sedentarismo. Presencia-se também a chamada transição alimentar pela substituição da alimentação nativa regional por novos hábitos alimentares que, nesse cenário estão contribuindo para o aumento da obesidade no Brasil e na América Latina^{6, 13, 14}.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo exploratório, com base em metodologia de pesquisa qualitativa, com uso de entrevistas. Os sujeitos do estudo foram vinte mulheres atendidas no ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital Federal de Ipanema, submetidas a tratamento cirúrgico prévio para OM, por tratar-se de importantes serviços da instituição com larga experiência no tratamento de obesos mórbidos. A totalidade das pacientes realizou uma ou mais de uma CP reparadora para correção das sequelas corporais resultantes da grande perda de peso. Foram abordados temas voltados para a compreensão de significados, vivências e valores culturais no que diz respeito à saúde pós-operatória; mudança de hábitos; autoestima; resultado estético; vida social; sexualidade; vida profissional e satisfação.

As entrevistas seguiram um critério não dirigido para escolha das entrevistadas, garantindo o sigilo das informações, sempre procurando evitar qualquer situação de risco para as pacientes. As entrevistadas concordaram em participar da pesquisa livremente, com aceitação por consentimento informado para seres humanos e autorizaram a análise e divulgação não identificada dos dados. Utilizamos a tematização para análise dos dados, o que permitiu apreender os núcleos temáticos contidos nas entrevistas¹⁵. Com isso, foi possível compreender a realidade vivida socialmente pelas entrevistadas através dos seus significados, motivos, atitudes, valores e crenças. Sabemos que o tema do corpo com as suas modificações deve ser estudado, assim como outros temas que tratem de questões semelhantes, dentro de diferentes contextos socioculturais e de época¹⁶.

A análise temática permitiu apreender os núcleos de sentido contidos nas entrevistas resultantes das informações relativas a

1. Sentimentos e motivos que as levaram a procurar a cirurgia reconstrutora do corpo.
2. Razões das pacientes para se submeterem à cirurgia plástica após o emagrecimento.
3. Sentidos atribuídos à cirurgia plástica reconstrutora por mulheres que se submeterem aos procedimentos.

Em relação às perspectivas anteriormente mencionadas, trabalhamos no sentido de uma abordagem voltada para a compreensão de significados, valores culturais e crenças¹⁶, identificados na fala das entrevistadas por informações objetivas e subjetivas apreendidas sobre todo o processo vivenciado, o que nos permite constatar a consistência da pesquisa e representatividade do grupo participante^{15, 17, 18} pela sistematização desenvolvida pelo método já citado anteriormente, sempre buscando o reconhecimento mais amplo das informações coletadas do ponto de vista das pacientes entrevistadas considerando o ponto de saturação nos aspectos investigados¹⁵.

DISCUSSÃO

Em relação aos sentimentos identificados antes das cirurgias, as pacientes, no geral, relataram uma situação de confinamento, muitas vezes auto imposto diante de uma imagem corporal definida por elas como

“horrorosa”, num sentido global, considerando o corpo gordo como uma unidade, mostrando muita dificuldade para verbalizar nos seus depoimentos o que as desagradava especificamente e o que as levou a buscar a CB. A queixa de exclusão social também é muito constante e na maior parte das vezes por preconceitos sofridos no âmbito familiar, escolar e profissional. Há um forte sentimento de baixa autoestima e aversão social que é exemplificado em diferentes situações por elas como recusa de contratação para empregos, “bullying” na escola e na família, ser apontada como ponto de referência e motivo de riso ou escárnio – “aquela gorda”, sensação de infelicidade e fracasso. Transparece a sensação de inferioridade frente à sociedade, na vida familiar e íntima, comprometendo sua sexualidade e os relacionamentos afetivos. Identificamos, em todas as participantes do estudo, muita frustração por não obterem sucesso nas tantas tentativas de emagrecimento utilizando dietas ou medicamentos e em casos extremos chegando a tentativa de suicídio.

Quando analisados os sentimentos no intervalo de tempo entre a CB e a CP, há uma mudança nas emoções vivenciadas, que em muitos casos se contrapõe à satisfação e até a euforia inicial da tão desejada perda de peso. Há um choque com a visão da nova estética corporal, resultado do grande emagrecimento. Acontece uma “desconstrução” do corpo conhecido (obeso), antes visto por elas como unidade e que agora é percebido em partes quando se referem a ele – abdome, mamas, dorso, braços e coxas. Não se reconhecem no reflexo que veem com excesso de pele flácida do qual decorre o sentimento de envelhecimento corporal e é mantido o sentimento de vergonha corporal, mas de um modo diferente¹⁹. O sentimento aqui verificado é de desespero, de quem não sabe se fez a escolha certa, pois apenas teria

trocado de defeitos para um estado corporal ainda pior, com o qual não têm intimidade e com perda de autonomia.

As entrevistadas relatam que não haviam sido informadas, ou seja, não se sentiram adequadamente preparadas para esta nova situação, que antecede à fase de reconstrução via CP e que nem todas tinham a garantia ou o conhecimento de que poderiam realizar as CP, o que as entristecia. É surpreendente que as queixas corporais se concentrem no estado presente como se o estado corporal anterior à CB não fosse pior esteticamente do que o atual. A melhora ou a cura da SM ou a reabilitação social não são nem discutidas nesse momento, em parte por não serem compreendidas nesse período e por lidarem com múltiplas mudanças simultâneas, nem sempre prazerosas, como a mudança radical alimentar permanente e os desconfortos dessa adaptação, a reabilitação cirúrgica e o monitoramento médico constante, o qual não fazia parte dos hábitos de muitas delas. Ao vislumbrarem a expectativa de realizar a reconstrução corporal, o sentimento passa a ser positivo, com aumento significativo da autoestima, cercado de muita ansiedade e expectativa da solução dos defeitos corporais do emagrecimento²⁰. Neste momento, o impacto das mudanças advindas da CB estão mais assimilados e gerenciados de forma rotineira de acordo com cada caso, em especial quando acompanhadas por nutrólogos, psicólogos e pela equipe cirúrgica.

Após a plástica, os sentimentos positivos se apresentam com grande força em relação ao corpo, bem estar pessoal, vida sexual, social e, de forma geral, melhora da qualidade de vida (QV). Foram muitos os relatos em que as entrevistadas usavam expressões como “*estar maravilhosa*”, “*valeu o preço pago*”, “*de baleia para sereia*”, “*superou a expectativa*”, “*tudo de bom*”, “*vestir tudo que tem vontade*”, “*realizar o sonho da vida*” e outras expressões de

satisfação, embora haja alguma dificuldade em lidar com cicatrizes, assimetrias corporais e com um novo aspecto envelhecido, além da demora das soluções cirúrgicas das plásticas, quando indicadas, para cada caso.

Em relação às razões de adesão ao tratamento, na maioria dos casos, a obesidade é uma questão vivida como problema também por outros membros da família – principalmente mãe, irmãos, filhos. Verificamos que a dificuldade em controlar o peso, frequentemente, vem desde a infância e, em parte dos casos, piora após a gravidez. Nesse contexto, identificamos em todas as mulheres, antes da CB, que maus hábitos alimentares estavam presentes, tais como consumo de alimentos hipercalóricos, somados, em certos casos, a fatores genéticos e sedentarismo nos ambientes familiar, laboral e social. Todos eles colaboraram para tornar pouco propícios os cuidados e investimento no controle de peso das entrevistadas levando-as a atingir o quadro com diagnóstico de obesidade mórbida, acompanhada de uma ou mais doenças que compõem a SM ^{21, 22}.

Muitas doenças apareceram como razões para realizar a CB, como doença ósseo articular, limitação de locomoção, amenorreia, hipertensão, diabetes, cansaço, hérnias e alcoolismo. Também há razões, em relação ao convívio social, como dificuldades em utilizar ônibus com roletas, comprar vestuário em tamanhos usuais, usar roupas convencionais como calça comprida jeans, reduzir restrições laborativas, voltar a estudar e frequentar áreas de lazer, no caso de cinemas e restaurantes. A adesão para realizar a CP é relatada pelas entrevistadas para solucionar os problemas decorrentes da CB, tais como hérnia abdominal, desconfortos de higienização corporal, melhora da estética do corpo, ficar bonita com melhora na esfera sexual e da autoestima elevando a QV ^{22, 23}.

Todas as entrevistadas realizaram uma ou mais cirurgias plásticas reparadoras, já que para elas os defeitos corporais foram de pior convivência do que o corpo gordo, sendo que algumas tiveram que corrigir outras doenças como hérnias abdominais e colecistectomia.

Em relação ao sentido atribuído à CP, os depoimentos são muito contundentes e carregados de emoção; quando indagadas sobre o sentido de realizar as cirurgias plásticas reparadoras, que é o de retomada da condição de visibilidade social, muitas se referem a esse fato dizendo: “... *tornei-me humana...*”. Mostram o resgate da vida global como a inclusão de espaços sociais, pessoais e profissionais nas suas rotinas de vida.

A experiência de cura dos aspectos clínicos e a diminuição de volume corporal vêm com sentimentos positivos de recuperação de espaço na vida social, anteriormente perdidos ou desconhecidos, tais como o retorno à utilização de transporte coletivo – passar sem dificuldade na roleta do ônibus-lazer “ *sair para dançar*”, diminuição do cansaço e novas experiências na vida afetiva e sexual, dentro dos relatos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificamos que a adesão das pacientes pela CB ocorre sempre relacionada com eventos traumáticos e, na quase totalidade dos casos, é percebida como o último recurso para solucionar doenças graves decorrentes da obesidade e/ou situações de extremo sofrimento. Essas mulheres passaram grande parte da vida adulta tentando utilizar todo tipo de recurso para adequar-se aos padrões de beleza de referência, seja por medicamentos ou dietas,

esperando resultados milagrosos e, com isso, acumulando sucessivas frustrações e agravamento dos problemas.

Paralelamente, a cirurgia plástica tem aumentado sua participação, de modo fundamental, no tratamento das sequelas da grande perda ponderal pós CB nas pacientes, na tentativa de minorar os defeitos corporais consequentes do grande emagrecimento, reabilitando-as na retomada da saúde integral. Apesar do grande esforço demandado e do acompanhamento clínico realizado com o grupo pesquisado, a adesão foi muito evidente mesmo que o resultado corporal, planejado inicialmente, não fosse atingido. Na quase totalidade dos casos isso não influencia negativamente nas pacientes. Ao contrário, mostram grande satisfação com os resultados obtidos após as CPs, relevando alguns “detalhes” como cicatrizes, pequenas assimetrias e, até, alguns defeitos.

A CB, de um modo geral, atendeu à expectativa das pacientes no que diz respeito à significativa perda ponderal objetivada, e a melhora, ou cura, de patologias que compõem a síndrome metabólica e de quadros clínicos graves, como apneia do sono e problemas osteoarticulares incapacitantes embora, em alguns relatos, o resultado clínico almejado nem sempre tenha sido atingido integralmente, o que nos assegura a validade do tratamento realizado.

O período entre a CB e as CPs é de grande sofrimento para as pacientes e é o momento em que algumas delas chegam a declarar arrependimento da escolha pelo tratamento cirúrgico. A experiência de conviver com uma grande quantidade de pele sobrando por todo o corpo, com aspecto envelhecido pela flacidez e, em alguns casos, com feridas e mau cheiro, completa o quadro de dificuldades que vem com a profunda alteração que ocorre na autoimagem e autopercepção dessas mulheres. Nas entrevistas, não raro, as pacientes chegavam a chorar ao lembrar e relatar o que

passaram, mesmo concluindo que valeu a pena – “*faria tudo outra vez...*”, resultando na incorporação de novos estados e contextos pela modificação corporal de gordo para magro.

Um ponto de grande destaque na análise das entrevistas é que após o resultado da CB, que impacta fortemente a percepção do corpo, este deixa de ser identificado pelas pacientes como uma unidade e passa a ser considerada uma fonte compartimentada de segmentos corporais com problemas que, precisam de cuidados específicos, por período prolongado, com diferentes especialistas principalmente pela CP.

A adesão ao tratamento cirúrgico acarreta, também, uma forte modificação em relação ao poder sobre o próprio corpo²⁰. Todo ou qualquer resultado obtido anteriormente aos procedimentos cirúrgicos é atribuído exclusivamente ao próprio indivíduo. No entanto, ao optar pela solução cirúrgica, grande parte dessa responsabilidade é transferida para a equipe médica, responsabilizando-a integralmente por tudo que advém no seu corpo transformado. É necessário pontuar que as modificações corporais pela grande perda ponderal ocorreriam de forma similar por uma modificação da dieta alimentar e de hábitos de vida mesmo sabendo-se das dificuldades para consegui-lo nesse estágio da obesidade. Entretanto, nos parece que as pacientes por terem sido submetidas a tratamento cirúrgico para redução de peso sentem-se com mais direito de realizarem as plásticas, como algo que lhes é devido. Esse sentimento se deve exatamente à transferência de responsabilidade das mudanças corporais pela CB à equipe médica. Estão incluídas nessas responsabilidades tanto o que acreditam ser positivo como as insatisfações decorrentes pelas mudanças de hábitos de vida recomendados,

controles médicos periódicos e a discrepância entre o resultado idealizado e a realidade encontrada.

A informação, ou a falta dela, aparece, portanto, como uma questão vital de cuidado na proposta terapêutica desde o período pré-operatório da CB nessa delicada relação médico paciente. Diante de novos 'defeitos', as pacientes, não esclarecidas, questionam o tratamento e seu novo estado corporal.

Do ponto de vista médico, cabe aprofundar essa questão e delinear qual a melhor estratégia para aperfeiçoar esse diálogo, elevando a compreensão da informação pelo cliente, uma vez que identificamos nas entrevistas que as pacientes que declararam estar mais bem informadas sobre os procedimentos, indicavam maior grau de satisfação em todo o processo. A melhor qualidade da informação possibilita ainda mais uma melhor integração da equipe interdisciplinar e a possibilidade, também, de lidar com mais conforto quando existirem futuras reclamações e insatisfações, reduzindo a chance de alegação de falta de clareza e transparência sobre os procedimentos.

As entrevistadas que tinham parceiros, maridos ou namorados, quando obesas, relataram que o apoio recebido especificamente deles é fundamental tanto no momento de decidir submeter-se à CB quanto para determinar o grau de sucesso de todo o processo pré e pós a CP. É com satisfação que relatam que os parceiros, antes indiferentes ou conformados, após a CP, passam a ter e demonstrar maior interesse na relação, ciúmes e a adotar novas atitudes de cuidado e atenção.

Os sentimentos relativos à perspectiva de realizar as cirurgias plásticas de reconstrução são bastante positivos. A sensação declarada é de que fecharão um ciclo. Neste momento, as declarações são de medo da cirurgia

plástica, mas de muita expectativa positiva como recurso para permitir sua reconciliação com a imagem de um corpo emagrecido e mais harmônico. Após a CP, as entrevistadas, mais magras, percebem-se rejuvenescidas: “... *filé de borboleta...*”, e apresentam forte sentimento de inclusão social e visibilidade pública.

Contudo, em algumas das entrevistadas identificamos sentimentos de frustração por não terem atingido a meta de peso desejada ou até mesmo por novo ganho de peso, resistência aos controles clínico-cirúrgicos, acompanhamentos e aquisição de novos e permanentes hábitos alimentares, como também aceitação das múltiplas cicatrizes decorrentes das cirurgias plásticas.

O sentido atribuído à cirurgia de reconstrução corporal é muito positivo. As menções de sucesso na retomada do espaço social foram muito impactantes, carregadas de emoção, relatando o fim de um processo bem sucedido, com diversas frases utilizadas por elas ao se referirem à percepção frente a todo o processo de mudança corporal: “*outra pessoa*”, “*inclusão social*”, “*orgulho de mim*”, “*voltar a ser mulher*”, a “*vida mudou*”, “*tive minha vida de volta*”, “*me tornei humana*”. Cria-se então, o corpo alterado, que não volta ao estágio anterior ao aumento de peso, e sim a um novo patamar, a uma nova situação, a um organismo modificado em um novo contexto de normalidade¹⁹.

A vivência da obesidade na infância, adolescência, no pós-parto e no convívio social é fonte de grande sofrimento e desequilíbrio emocional. O período entre a CB e as CPs comporta um enorme conflito por trazer a perda ponderal desejada e trazer, também, novos defeitos numa condição física esperada, por um lado, e indesejada, por outro. Após as cirurgias de reconstrução aparece, em alguns casos, o descontrole na busca constante de

cirurgias novamente para obter com “mágica” os objetivos desejados ou a fonte da juventude. Por tudo isso, é fundamental que o apoio psicológico ocorra desde a fase de planejamento do processo e se prolongue o quanto necessário, permitindo que o ajuste psíquico acompanhe o ajuste físico resultante de todo o processo.

À necessidade de informação e apoio psicológico se junta a importante atuação dos nutrólogos, na reeducação alimentar, e dos procedimentos clínico-cirúrgicos nos tratamentos de hérnias, anemias, entre outros, antes, durante e depois das cirurgias. Daí a importância de equipes interdisciplinares e do serviço público de saúde, informado e competente que entenda desde o pré-operatório da CB até o pós-operatório das CPs como etapas de um mesmo processo de desconstrução e reconstrução do corpo feminino para quem adere a esse tratamento.

A parte afetiva nos pareceu à área de maior conflito e ambiguidade em relação à avaliação por parte das pacientes a respeito das cirurgias. O que as motivou para adesão ao tratamento da CB foi a possibilidade do emagrecimento eficaz e radical como a última alternativa vislumbrada para sair de um estado de profunda infelicidade, apresentado em falas como: *vergonha*, *rejeição*, *depressão*, *inutilidade*, *feiura*, “*obeso não é nada*”, tentativa de suicídio, síndrome de pânico, expressões como “*monstros*”, “*morte*”, rejeição da própria imagem corporal e baixa qualidade de vida, com a sensação de que resgatariam oportunidades, prazeres, relacionamentos e vidas plenas.

As entrevistadas relataram que em diferentes momentos do processo pelo qual passaram desde antes da cirurgia bariátrica até o período pós-cirurgias plásticas, se depararam com a necessidade de mudanças e adaptações a novas realidades e contextos. Nos depoimentos delas

percebemos que a carga emocional e psicológica é muito intensa em todos esses momentos. É preciso desconstruir e construir o corpo e, em cada etapa, a própria identidade que as acompanhava há décadas¹⁹.

A ligação da imagem corporal com a auto percepção, a autoestima e a própria formação da personalidade é profunda. A primeira grande mudança, que já vem repleta de ansiedade, é a opção pela cirurgia bariátrica, abandonando outras terapêuticas ineficazes e decidindo pela opção cirúrgica, com seus riscos inerentes. Nesse momento ocorre, também, uma alteração importante envolvendo a questão da alimentação, que mudará para sempre, e que mexe com um aspecto repleto de sentidos e conotações do ponto de vista social e psicológico. Muitas vezes a ingesta de alimentos se apresenta como uma compulsão e fonte de prazer que, após a cirurgia bariátrica, precisará ser contida. Algumas das pacientes informaram que antes da cirurgia, como num ritual de despedida, foram *“pela última vez a uma churrascaria ou a uma pizzaria rodízio”*.

Após a CB, a rápida perda de peso e a superação de doenças provocam uma percepção positiva que, imediatamente, é superada pelo enorme desconforto que se apresenta com um corpo diferente, mais magro, com aspecto envelhecido, com cicatrizes permanentes e com excesso de pele em todo o corpo. Essas mulheres não mais se reconhecem no reflexo do espelho e não sabem como lidar com seus novos problemas. Neste momento é exigido das pacientes um comportamento proativo na busca por reconstruir, mais uma vez, sua imagem corporal, objetivando a solução para cada novo problema adquirido, tendo como alternativa a cirurgia plástica reconstrutora^{2,9}.

Nesta fase, é preciso equilíbrio emocional e psicológico para lidar com períodos de ansiedade, medos, expectativas, tempos de espera, processos

burocráticos e confronto com a realidade que se apresenta, nem sempre como imaginada. Do ponto de vista interno, cada etapa desse processo é um período de superação e adaptação a mudanças. É importante que, da equipe interdisciplinar, as pacientes possam contar com o apoio e orientação de assistentes sociais e psicólogos que possam ajudá-las a diminuir a ansiedade e saber trabalhar com o peso dos ajustes a cada novo contexto²³.

Não se pode esquecer, que o paciente operado de cirurgia bariátrica, é na sua essência, “um gordo”, e como este deve ser abordado pela equipe, a fim de que inclusive o prepare não só para novos hábitos alimentares, como para conviver com o “novo” corpo com o qual passará a conviver, inclusive, enquanto espera a cirurgia plástica^{24, 25, 26}. O acompanhamento amigável da equipe clínica se faz necessário, inclusive para que se prossiga e se observem todas as flutuações, melhoras ou não, de suas taxas metabólicas tais como glicemia, colesterol entre outras, além de outros componentes da síndrome metabólica como a hipertensão arterial, fazendo-se tomar novas condutas terapêuticas, como exemplos, a retirada de alguns medicamentos que compõem a poli farmácia do obeso mórbido ou bem a avaliação do comportamento alimentar para orientar o paciente quando se identifica distúrbio nutricional²⁷.

A cirurgia bariátrica tem suas sequelas embutidas no seu próprio sucesso, a modificação do corpo, visível externamente e internamente no seu metabolismo. Isso leva, sem dúvidas, às novas demandas de cuidados às pacientes. Seria interessante, inclusive, que fossem expostas visualmente aos resultados das cirurgias corporais, de forma clara e menos idealizadas, objetivando estabelecer metas mais ponderadas e realistas. Só assim nos parece que o grau de satisfação pessoal poderá ser mais facilmente atingido²⁸.

O grande impacto de todo este processo na vida das pacientes constituiu-se atualmente em uma delicada questão de Saúde Pública para o SUS, que abrange mais que a saúde corporal, uma vez que é decisiva para a própria retomada da vida útil dessas mulheres na sociedade com indiscutíveis ganhos relacionados a nutrição, beleza e identidade feminina, antes marcadas pela exclusão e pela rejeição.

A abordagem na saúde global precisa ser cada vez mais plural diante da presença multifacetada de demandas complexas o que aponta, fortemente, para uma solução profilática de enfrentamento do aumento significativo, epidêmico, da obesidade mórbida no Brasil ^{6, 7, 11, 13, 14, 25, 26, 27}.

REFERÊNCIAS

1. Helman CG. Cultura, saúde e doença. São Paulo: Artmed; 2006.
2. Stenzel, LT. Obesidade: o peso da exclusão. Porto Alegre: EDIPUCS; 2003.
3. Stearns PN. Fat history: bodies and beauty in the modern west. New York: New York University Press; 2002.
4. Quintaneiro T. Retratos de mulher: a brasileira vista por viajantes ingleses e norte-americanos durante o século XIX. Petrópolis: Vozes; 1995.
5. Meigs JB, Nathan DM, Wolford JI. The metabolic syndrome (insulin resistance syndrome or syndrome X). Up To Date, Inc. 2008 <http://www.uptodate.com/contents/the-syndrome-x> (acessado em Julho de 2013).
6. WHO- Organização Mundial da Saúde (OMS) / OPAS - 48º Conselho Directivo. Métodos poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la diabetes y la obesidad. Washington, D.C., 2008.
7. IOTF- International Obesity TaskForce: strategic plan for IOTF; 2010. <http://www.iaso.org/iotf/obesity/?map=adults> (acessado em Julho de 2013).

8. SBC - I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2005; 84(supl.1).
9. Garrido AB. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu; 2002.
10. Resende JH. Tratado de cirurgia plástica na obesidade. Rio de Janeiro: Rubio; 2008.
11. Santos LMP, Oliveira IV, Peters LR, Conde LW. Morbid obesity in Brazil and the burden of bariatric surgery on the Brazilian public health system. Obesity Surgery 2010; 20(7): 943-948.
12. Samuel I, Mason EE, Renquist KE, Zimmerman MB, Jamal M. Bariatric surgery trends: an 18-year report from the International Bariatric Surgery Registry. Am J Surg. 2006; 192(5): 657-62.
13. Bellisari A. Evolutionary origins of obesity. Obesity reviews 2008; 9: 165-180.
14. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cad Saúde Pública 2003; 19(Suppl 1): S181-91.
15. Fontoura HA. Tematização como proposta de análise de dados na pesquisa qualitativa. In: Fontoura H. A (org.). Formação de professores e diversidades culturais: múltiplos olhares em pesquisa. Niterói: Intertexto; 2011.
16. Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa social. Petrópolis: Vozes; 2006.
17. Fontenella BJB et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública 2011; 27(2): 389-94.
18. Gomes R, Mendonça EA, Pontes ML. As representações sociais e a experiência da doença Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública 2002a; 18(5): 1207-14.
- 19 Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1982.

20. Le Breton D. Adeus ao corpo: antropologia e sociedade. Campinas: Papirus; 2008.
21. Meigs JB, Nathan DM, Wolfsdorf JI. The metabolic syndrome (insulin resistance syndrome or syndrome X). Up To Date, Inc. 2013.
<http://www.uptodate.com/contents/the-syndrome-x> (acessado em Julho de 2013).
22. WHO- The WHOQOL Group 1995. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social Science and Medicine 1995; 41(10): 1403-09.
23. Song AY et al. Body image and quality of life in post massive weight loss body contour. Obesity 2006; 14(9): 1626-36.
24. Sarwer DB, Thompson JK, Mitchell JE, Rubin JP. Psychological considerations of the bariatric surgery patient undergoing body contouring surgery. Plast Reconstr Surg. 2008; 121(6): 423e-434e.
25. Sá Freire D. Com açúcar com afeto. História do corpo no Brasil: 453-75, São Paulo: Unesp; 2011.
26. Priore M, Amantino. História do corpo no Brasil. São Paulo: Unesp; 2011.
27. Nasser N. Culture and weight consciousness. London: Routledge; 1997.

CONTRIBUIÇÃO

Pesquisa realizada com mulheres oriundas dos Serviços da Cirurgia Geral e do Serviço da Cirurgia Plástica do Hospital Federal de Ipanema – MS - Rio de Janeiro em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz – MS - Rio de Janeiro

CORRESPONDÊNCIA

Ângela M. Fausto Souza

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente,
Fernandes Figueira- Fundação Oswaldo Cruz- Ministério da Saúde- MS

Departamento de Ginecologia – Setor de Cirurgia Plástica

Av. Rui Barbosa , 716, Rio de Janeiro, RJ – CEP 20250-020, Brasil

amfausto@iff.fiocruz.br

angelafausto@openlink.com.br

CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cirurgia bariátrica, de um modo geral, atendeu à perspectiva das pacientes no que diz respeito à significativa perda ponderal objetivada e à melhora, ou cura, de patologias que compõem a síndrome metabólica e de quadros clínicos graves incapacitantes. Por outro lado, a cirurgia imputa modificações significativas e rápidas na nutrição e na forma física, resultando na incorporação de novos estados e contextos pela modificação corporal^{1,2}.

O resultado da cirurgia bariátrica impacta fortemente a percepção do corpo que deixa de ser identificado pela paciente como uma unidade obesa de volume único, sem discriminar segmentos, e passa a percebê-lo, após o emagrecimento, de forma fragmentada, compartimentada, fonte de queixas corporais por setores, que precisam de cuidados diferenciados, por período prolongado, com distintas e múltiplas abordagens de cirurgias plásticas.

A informação, ou a falta dela, aparece, portanto, como uma questão vital de cuidado na proposta terapêutica desde o período pré-operatório da cirurgia bariátrica nessa delicada relação médico paciente. Diante de novos 'defeitos', as pacientes, não esclarecidas, questionam o tratamento, seu novo estado corporal.

Do ponto de vista médico, cabe aprofundar essa questão e delinear qual a melhor estratégia para aperfeiçoar esse diálogo, elevando a compreensão da informação pelo cliente, uma vez que identificamos nas entrevistas que as pacientes que declararam estar mais bem informadas sobre os procedimentos, indicavam maior grau de satisfação em todo o processo. A melhor qualidade da informação possibilita ainda mais uma melhor integração da equipe interdisciplinar e a possibilidade, também, de lidar com mais conforto quando

existirem futuras reclamações e insatisfações, reduzindo a chance de alegação de falta de clareza e transparência sobre os procedimentos.

Entendemos a informação adequada e completa sobre o processo como um direito das pacientes, uma vez que é fundamental para, de fato, beneficiá-las nas redes de saúde pública, envolvendo, além dos cuidados clínico-cirúrgicos, aspectos ligados à nutrição, suporte psicológico, beleza e limites da reconstrução corporal, num processo por elas identificado como a retomada da própria vida útil na sociedade, antes marcada por exclusão e rejeição.

Uma vez que identificamos que a fonte de informação principal é da equipe médica, é desejável aproveitar a confiança que demonstram nesses profissionais para que, através deles, sejam passadas as informações corretas e completas sobre o que as pacientes podem esperar e o que devem saber sobre o passo a passo das cirurgias e suas reais possibilidades, minimizando o impacto negativo no período de espera para a realização da cirurgia de reconstrução corporal complementar do tratamento.

A comunicação institucional na rede do SUS e nos meios de informação à população deve acompanhar adequadamente a taxa de crescimento da demanda por cirurgia bariátrica e cirurgia plástica decorrente e responder de forma efetiva, com informações e orientações nas Políticas Públicas de Saúde, assegurando a atenção terciária às pacientes portadoras de obesidade mórbida, sempre com o foco nas ações das medidas preventivas que evitariam o número crescente de obesos mórbidos. A melhor solução para o tratamento da obesidade se localiza nas medidas de políticas públicas de saúde primária, educativas e econômicas preventivas, com um alto nível da informação populacional. Entre as medidas de atenção primária estão: as campanhas educativas, em todas as idades, a começar da infância; cuidados específicos

com a merenda escolar visando refeições balanceadas e pouco calóricas; incentivo ao esporte por faixa etária, em todas as camadas sociais; disponibilização de equipes multidisciplinares para o tratamento do sobrepeso e obesidades e maior controle da informação, sobre a qualidade dos alimentos, junto a setores que os produzam, industrializem ou façam sua comercialização. A saúde alimentar necessita dessas medidas que, se implementadas com eficácia, evitariam ou reduziriam a obesidade, conseguindo dessa maneira que a obesidade não atinja graus extremos³.

Verificamos que a adesão das pacientes pela cirurgia bariátrica ocorre sempre relacionada com eventos traumáticos e, na quase totalidade dos casos, é percebida como o último recurso para solucionar doenças graves decorrentes da obesidade e/ou situações de extremo sofrimento. Essas mulheres passaram grande parte da vida adulta tentando utilizar todo tipo de recurso para adequar-se aos padrões de beleza de referência, seja por medicamentos ou dietas, esperando resultados milagrosos e, com isso, acumulando sucessivas frustrações e agravamento dos problemas².

Paralelamente, a cirurgia plástica tem aumentado sua participação, de modo fundamental, no tratamento das sequelas da grande perda ponderal após a cirurgia bariátrica nas pacientes, na tentativa de minorar os defeitos corporais consequentes do grande emagrecimento, reabilitando-as na retomados da saúde integral. Apesar do grande esforço demandado e do acompanhamento clínico realizado com o grupo pesquisado, a adesão foi muito evidente mesmo que o resultado corporal, planejado inicialmente, não fosse atingido. Na quase totalidade dos casos isso não influencia negativamente nas pacientes. Ao contrário, mostram grande satisfação com os

resultados obtidos após as cirurgias plásticas, incorporando definitivamente algumas marcas como cicatrizes, pequenas assimetrias e até alguns defeitos.

Em relação à adesão, o período entre a cirurgia bariátrica e as cirurgias plásticas é de grande sofrimento para as pacientes e é o momento em que algumas delas chegam a declarar arrependimento da escolha pelo tratamento cirúrgico. A experiência de conviver com uma grande quantidade de pele sobrando por todo o corpo, com aspecto envelhecido pela flacidez e, em alguns casos, com feridas e mau cheiro, completa o quadro de dificuldades que vem com a profunda alteração que ocorre na autoimagem e autopercepção dessas mulheres. Nas entrevistas, não raro, as pacientes chegavam a chorar ao lembrar e relatar o que passaram, mesmo concluindo que valeu a pena – *“faria tudo outra vez...”*, resultando na incorporação de novos estados e contextos pela modificação corporal de gordo para magro⁴.

Um ponto de grande destaque na análise das entrevistas é que após o resultado da cirurgia bariátrica, que impacta fortemente a percepção do corpo, este deixa de ser identificado pelas pacientes como uma unidade e passa a ser considerada uma fonte compartimentada de segmentos corporais com problemas, que precisam de cuidados específicos, por período prolongado, com diferentes especialistas, principalmente pela cirurgia plástica.

A adesão ao tratamento cirúrgico acarreta, também, uma forte modificação em relação ao poder sobre o próprio corpo⁵.

Todo ou qualquer resultado obtido anteriormente aos procedimentos cirúrgicos é atribuído exclusivamente ao próprio indivíduo. No entanto, ao optar pela solução cirúrgica, grande parte dessa responsabilidade é transferida para a equipe médica, responsabilizando-a integralmente por tudo que advém no seu corpo transformado. É necessário pontuar às pacientes que as

modificações corporais pela grande perda ponderal ocorreriam de forma similar por uma modificação da dieta alimentar e de hábitos de vida, mesmo sabendo-se das dificuldades para consegui-lo nesse estágio da obesidade. Entretanto, nos parece que as pacientes por terem sido submetidas a tratamento cirúrgico para redução de peso sentem-se com mais direito de realizarem as plásticas, como algo que lhes é devido. Esse sentimento se deve exatamente à transferência de responsabilidade das mudanças pela cirurgia.

Estão incluídas nessas responsabilidades tanto o que acreditam ser positivo como as insatisfações decorrentes pelas mudanças de hábitos de vida recomendados, controles médicos periódicos e a discrepância entre o resultado idealizado e a realidade encontrada. Reiteramos a necessidade de esclarecimentos a respeito dos resultados cirúrgicos para minorar essa responsabilidade sobre a expectativa idealizada utópica da paciente em relação à equipe de saúde. Ressaltamos, portanto a necessidade de uma atuação mais presente da equipe interdisciplinar de apoio psicológico para, previamente ao tratamento cirúrgico, identificar essa dificuldade de compreensão, a respeito dos processos, no intuito de ajudar a paciente na sua tomada de decisão sobre o que ocorrerá de fato no seu corpo.

A vivência da obesidade na infância, adolescência, no pós-parto e no convívio social é fonte de grande sofrimento e desequilíbrio emocional ^{4, 5, 6}.

O período entre a cirurgia bariátrica e as cirurgias plásticas comporta um enorme conflito por trazer a perda ponderal desejada e trazer, também, novos defeitos numa condição física esperada, por um lado, e indesejada, por outro. Após as cirurgias de reconstrução aparece, em alguns casos, o descontrole na busca constante de cirurgias novamente para obter com “mágica” os objetivos desejados ou a fonte da juventude. Por tudo isso, é fundamental que o apoio

psicológico ocorra desde a fase de planejamento do processo e se prolongue o quanto necessário, permitindo que o ajuste psíquico acompanhe o ajuste físico resultante de todo o processo auxiliando a adaptação da paciente no seu novo contexto pessoal e social ^{5, 7, 8}.

Na vida familiar as entrevistadas que tinham parceiros, maridos ou namorados, quando obesas, relataram que o apoio recebido especificamente deles é fundamental tanto no momento de decidir submeter-se à cirurgia bariátrica quanto para determinar o grau de sucesso de todo o processo pré e pós a cirurgia plástica. É com satisfação que relatam que os parceiros, antes indiferentes ou conformados, após a cirurgia plástica, passam a ter e demonstrar maior interesse na relação, sentimentos de ciúmes e a adotar novas atitudes de cuidado e atenção.

Os sentimentos relativos à perspectiva de realizar as cirurgias plásticas de reconstrução são bastante positivos. A sensação declarada é de que fecharão um ciclo. Neste momento, as declarações são de medo da cirurgia plástica, mas de muita expectativa positiva como recurso para permitir sua reconciliação com a imagem de um corpo emagrecido e mais harmônico. Após a cirurgia plástica, as entrevistadas, mais magras, percebem-se rejuvenescidas: “... *filé de borboleta...*”, e apresentam forte sentimento de inclusão social e visibilidade pública.

O sentido atribuído à cirurgia de reconstrução corporal é muito positivo. As menções de sucesso na retomada do espaço social foram muito impactantes, carregadas de emoção, relatando o fim de um processo bem sucedido, com diversas frases utilizadas por elas ao se referirem à percepção frente a todo o processo de mudança corporal: “*outra pessoa*”, “*inclusão social*”, “*orgulho de mim*”, “*voltar a ser mulher*”, a “*vida mudou*”, “*tive minha vida*

de volta”, “*me tornei humana*”. Cria-se então, o corpo alterado, que não volta ao estágio anterior ao aumento de peso, e sim a um novo patamar, a uma nova situação, a um organismo modificado em um novo contexto de normalidade⁹.

À necessidade de informação e apoio psicológico se junta a importante atuação dos nutrólogos, na reeducação alimentar, e dos procedimentos clínico-cirúrgicos nos tratamentos de hérnias, anemias, entre outros, antes, durante e depois das cirurgias^{2, 9}. Daí a importância de equipes interdisciplinares e dos serviços públicos de saúde no SUS, informado e competente que atenda desde o pré-operatório da cirurgia bariátrica até o pós-operatório das cirurgias plásticas como etapas de um mesmo processo de desconstrução e reconstrução do corpo feminino para quem adere a essa proposta terapêutica.

A parte afetiva nos pareceu à área de maior conflito e ambiguidade em relação à avaliação por parte das pacientes a respeito das cirurgias. O que as motivou para adesão ao tratamento da cirurgia bariátrica foi a possibilidade do emagrecimento eficaz e radical como a última alternativa vislumbrada para sair de um estado de profunda infelicidade, apresentado em falas como: “*vergonha*”, “*rejeição*”, “*depressão*”, “*inutilidade*”, “*feiura*”, “*obeso não é nada*”, “*eu quis me matar*”, síndrome de pânico, expressões como “*monstros*”, “*morte*”, rejeição da própria imagem corporal e baixa qualidade de vida, com a sensação de que resgatariam oportunidades, prazeres, relacionamentos e vidas plenas^{2, 10}.

Contudo, em algumas das entrevistadas, identificamos sentimentos de frustração por não terem atingido a meta de peso desejada ou até mesmo por novo ganho de peso, atitudes de resistência aos controles clínico-cirúrgicos necessários, acompanhamentos e aquisição de novos e permanentes hábitos

alimentares, como também dificuldades na aceitação das múltiplas cicatrizes decorrentes das cirurgias plásticas.

As entrevistadas relataram que em diferentes momentos do processo pelo qual passaram desde antes da cirurgia bariátrica até o período pós cirurgias plásticas, se depararam com a necessidade de mudanças e adaptações a novas realidades e contextos. Nos depoimentos delas percebemos que a carga emocional e psicológica é muito intensa em todos esses momentos ^{4, 8}. É preciso desconstruir e construir o corpo e, em cada etapa, a própria identidade que as acompanhava há décadas ⁹.

A ligação da imagem corporal com a auto percepção, a autoestima e a própria formação da personalidade é profunda. A primeira grande mudança, que já vem repleta de ansiedade, é a opção pela cirurgia bariátrica, abandonando outras terapêuticas ineficazes e decidindo pela opção cirúrgica, com seus riscos inerentes. Nesse momento ocorre, também, uma alteração importante envolvendo a questão da alimentação, que mudará para sempre, e que mexe com um aspecto repleto de sentidos e conotações do ponto de vista social e psicológico. Muitas vezes a ingesta de alimentos se apresenta como uma compulsão e fonte de prazer que, após a cirurgia bariátrica, precisará ser contida. Algumas das pacientes informaram que antes da cirurgia, como num ritual de despedida, foram *“pela última vez a uma churrascaria ou a uma pizzaria rodízio”* ^{12, 14}.

Após a cirurgia bariátrica, a rápida perda de peso e a superação de doenças provocam uma percepção positiva que, imediatamente, é superada pelo enorme desconforto que se apresenta com um corpo diferente, mais magro, com aspecto envelhecido, com cicatrizes permanentes e com excesso de pele em todo o corpo. Essas mulheres não mais se reconhecem no reflexo

do espelho e não sabem como lidar com seus novos problemas. Neste momento é exigido das pacientes um comportamento proativo na busca por reconstruir, mais uma vez, sua imagem corporal, objetivando a solução para cada novo problema adquirido, tendo como alternativa a cirurgia plástica reconstrutora ^{4, 6, 8}.

Nesta fase, novamente é preciso equilíbrio emocional e psicológico para lidar com períodos de ansiedade, medos, expectativas, tempos de espera, processos burocráticos e confronto com a realidade que se apresenta, nem sempre como imaginada. Do ponto de vista interno, cada etapa desse processo é um período de superação e adaptação a mudanças. É importante que, da equipe interdisciplinar, as pacientes possam contar com o apoio e orientação de assistentes sociais e psicólogos que possam ajudá-las a diminuir a ansiedade e saber trabalhar com o peso dos ajustes a cada novo contexto ^{4,8}.

No nível da atenção terciária de saúde à obesa mórbida, considerando uma visão global da terapêutica, só é viável considerar a oferta da cirurgia bariátrica como opção médica de tratamento da obesidade mórbida, se as oferta da cirurgia de reconstrução corporal for viabilizada o mais precocemente possível e, entendidas e informadas como parte de um mesmo processo, disponibilizando esclarecimentos e recursos médicos e materiais nas unidades de Saúde Pública do SUS para atendimento global dessas mulheres ^{4,8}.

O grande impacto de todo este processo na vida das pacientes constitui-se atualmente em uma delicada questão de Saúde Pública, que abrange mais que a saúde corporal, uma vez que é decisiva para a própria retomada da vida útil dessas mulheres na sociedade com indiscutíveis ganhos relacionados à nutrição, beleza e identidade feminina, antes marcadas pela exclusão e pela rejeição, aspectos estes identificáveis, primordialmente, por uma enfoque

qualitativo na saúde¹¹. Em nosso estudo identificamos em acordo com a literatura respectiva ao assunto, que no grupo estudado a obesidade na maioria dos casos iniciou-se na infância e com a presença repetitiva de histórico familiar significativo de obesidade, inclusive algumas entrevistadas tinham mais de um membro da família submetido à cirurgia bariátrica^{2, 12, 13, 14}.

Não se pode esquecer, que o paciente operado de cirurgia bariátrica, é na sua essência, “um gordo”, e como este deve ser abordado: com uma equipe interdisciplinar, a fim de que inclusive o prepare não só para novos hábitos alimentares, como para conviver com o “novo” corpo com o qual passará a conviver, inclusive, enquanto espera a cirurgia plástica⁸. O acompanhamento amigável da equipe clínica se faz obrigatório, inclusive para que se acompanhe e se observe todas as flutuações, melhoras ou não, de suas taxas metabólicas tais como glicemia, colesterol entre outras, além de outros componentes da síndrome metabólica como a hipertensão arterial, fazendo-se tomar novas condutas terapêuticas, como exemplos, a retirada de alguns medicamentos que compõe a poli farmácia do obeso mórbido ou bem a avaliação do comportamento alimentar para orientar o paciente quando se identifica distúrbios nutricionais^{2, 8, 14}.

A cirurgia bariátrica, embora mais um procedimento terapêutico existente para tratamento da obesidade mórbida, tem suas sequelas embutidas no seu próprio sucesso, a modificação do corpo, visível externamente e internamente no seu metabolismo. Isso leva, sem dúvidas, às novas demandas de cuidados às pacientes. Seria interessante, inclusive, que fossem expostas visualmente aos resultados das cirurgias corporais, de forma clara e menos idealizadas, objetivando estabelecer metas mais ponderadas e realistas. Só

assim nos parece que o grau de satisfação pessoal poderá ser mais facilmente atingido ^{4, 6, 8}.

A abordagem na saúde global precisa ser cada vez mais plural diante da presença multifacetada de demandas complexas, o que aponta, fortemente, para uma solução profilática de enfrentamento do aumento significativo e epidêmico da obesidade mórbida no Brasil ^{3, 12, 14, 15}.

3.1 - Referências II

1. Marinheiro LPF; Netto CC; Moreira TM; Ventura DA; Borges CC. Prevalência de síndrome metabólica e osteoporose em mulheres na pós menopausa atendidas no Ambulatório de Endocrinologia Feminina de uma unidade pública de referência em atenção à saúde da mulher. Arq. Bras. de Endocrinologia e Metabologia 2012; 1: 1.
2. Resende JH. Tratado de cirurgia plástica na obesidade. Rio de Janeiro: Rubio; 2008.
3. WHO - World Health Organization (OMS) / OPAS- 48º Conselho Directivo. Métodos poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la diabetes y la obesidad. Washington, D.C.; 2008.
4. Song AY et al. Body image and quality of life in post massive weight loss body contour. Obesity 2006; 14(9): 1626-36.
5. Le Breton D. Adeus ao corpo. São Paulo: Papirus; 2003.
6. Stenzel, LT. Obesidade: o peso da exclusão. Porto Alegre: EDIPUCS; 2003.
7. Pellegrin N. Corpo do comum, usos comuns do corpo: a história do corpo. Petrópolis: Vozes; 2008.
8. Sarwer DB, Thompson JK, Mitchell JE, Rubin JP. Psychological considerations of the bariatric surgery patient undergoing body contouring surgery. Plast Reconstr Surg. 2008; 121(6): 423e-434e.
9. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1982.
10. Courtine, JJ. O espelho da alma: a história do corpo. Petrópolis: Vozes; 2008.
11. Fontoura HA. Tematização como proposta de análise de dados na pesquisa qualitativa. In: Fontoura HA (org.). Formação de professores e diversidades culturais: múltiplos olhares em pesquisa. Niterói: Intertexto; 2011.

12. Bellisari A. Evolutionary origins of obesity. *Obesity reviews* 2008; 9: 165-180.
13. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(Suppl 1): S181-91.
14. Nasser N. *Culture and weight consciousness*. London: Routledge; 1997.
15. Santos LMP, Oliveira IV, Peters LR, Conde LW. Morbid obesity in Brazil and the burden of bariatric surgery on the Brazilian Public Health System. *Obesity Surgery* 2010; 20(7): 943-948.

APÊNDICES

Apêndice I - Consentimento livre e esclarecido



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Instituto Fernandes Figueira

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada senhora,

Convidamos a Senhora a participar voluntariamente de nossa pesquisa visando a produção de Tese de Doutorado intitulada "REPRESENTAÇÃO DO CORPO NA CIRURGIA PLÁSTICA NAS MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA". Pesquisadora responsável: Angela Maria Fausto

Pedimos que leiam as informações abaixo antes de nos fornecer seu consentimento:

1. A pesquisa tem como objetivo compreender o significado da cirurgia plástica corporal para as mulheres que se submeteram a cirurgia bariátrica .
2. Constará da pesquisa entrevistas com mulheres provenientes do ambulatório da cirurgia plástica do Hospital de Ipanema, submetidas a tratamento cirúrgico de cirurgia plástica, compreendendo os seguintes tópicos: auto-estima; resultado estético; retorno à vida social e profissional; sexualidade e satisfação.
3. A sua participação será importante, pois auxiliará os profissionais de saúde a ajudar as mulheres no processo de reabilitação e servirá de base para sugerir estratégias de saúde que venham ao encontro deste objetivo.
4. As entrevistas serão gravadas e transcritas pelo autor da tese.
5. As entrevistas serão realizadas durante o período do atendimento ambulatorial no Hospital de Ipanema, não acarretando retorno exclusivo para a entrevista.
6. De acordo com a Resolução 196/96 será mantido o anonimato do entrevistado assim como o das pessoas que por ventura ele mencione.
7. A Sra. poderá pedir todos os esclarecimentos que julgar necessários, antes, durante e depois da realização da pesquisa.
8. A Sra. terá total liberdade para recusar a participação na pesquisa e poderá se desligar quando o desejar, assim como poderá ter acesso ao material gravado e transcrito, podendo inclusive fazer modificações que julgue necessárias.

(Continua na próxima página)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Fernandes Figueira

9. A sua desistência não pode se dar a qualquer tempo, sem que isso prejudique seu tratamento, a senhora não receberá nenhum tipo de pagamento pela sua participação assim como não terá também nenhum tipo de despesa.

10. O material coletado será usado apenas para fins dessa pesquisa, ficará sob a minha guarda e será destruído ao final de cinco anos.

11. Os resultados serão divulgados com vistas à defesa da Tese acima referida, como também poderão ser difundidos em artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais meios de divulgação científica.

12. Se a senhora concordar em participar e desejar ter outras informações poderá contatar os responsáveis técnicos pela pesquisa no Instituto Fernandes Figueira: Dra. Lizanka Marinheiro, Dra. Ângela Fausto – tel. 2539-1126 (Departamento de Ginecologia do Instituto Fernandes Figueira), este documento será emitido em duas vias, uma para o pesquisador e outra para a senhora.

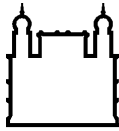
Eu, _____, abaixo assinada, concordo em participar voluntariamente deste estudo. Declaro que entendi todas as informações referentes ao mesmo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pelo pesquisador.

Nome do responsável_____
Assinatura_____
Data da Assinatura_____
Nome do pesquisador_____
Assinatura_____
Data da Assinatura

Instituição responsável pela Pesquisa: Instituto Nacional Fernandes Figueira

Endereço: Avenida Rui Barbosa, 716 – 4º andar – Flamengo – Rio de Janeiro.

O projeto está registrado e aprovado pelo Cimta de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do IFF tel 2554-1730, e-mail cepiff@iff.fiocruz.br e do Hospital Federal de Ipanema.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Fernandes Figueira



IFF

Instituto Fernandes Figueira

Apêndice II - Roteiro da entrevista

- 1- Quando e por que a você decidiu realizar a cirurgia bariátrica?
- 2- A que tipo de cirurgia bariátrica foi submetida?
- 3- De que forma tomou conhecimento da possibilidade de realizar cirurgia plástica corporal após o emagrecimento?
- 4- Você poderia me explicar o que esperava da cirurgia plástica e quais os motivos para realizá-la?
- 5- Qual o intervalo de tempo entre a cirurgia bariátrica e a decisão de realizar a(s) cirurgias plásticas? Explique se houve intervalo e qual o motivo
- 6- Você poderia me dizer o que achou de todo o processo médico ao qual se submeteu no seu corpo?
- 7- De que modo essa cirurgia interferiu nos diferentes aspectos na sua vida?
- 8- O que você achou do resultado corporal geral obtido após a(s) cirurgia(s) plástica(s) e como vivenciou o processo na sua vida?

ANEXOS

Anexo I - Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

APROVADO
VALIDADE: INÍCIO 04/4/2012 FIM 30/8/12
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ
Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491
Email: cepi@iff.fiocruz.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: Representação do corpo na cirurgia plástica nas mulheres submetidas a cirurgia bariátrica	
Pesquisador Responsável: Ângela Maria Fausto Souza	
Data da Versão: 23/02/2012	Cadastro FR-:
Data do Parecer: 14/03/2012	
Grupo e Área Temática:	Classificação utilizada pela CONEP:

Objetivos do Projeto
Analisar os significados que ex-mulheres obesas submetidas à cirurgia bariátrica e a plástica reconstrutora atribuem às modificações ocorridas nos seus corpos.

Sumário do Projeto
O PROJETO PRETENDE, A PARTIR DO OLHAR DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CORPO, EXPLORAR OS SENTIDOS ATRIBUÍDOS À CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTORA DO CORPO EM MULHERES EX-OBESAS. ESTAS TERIAM SIDO OBESAS MÓRBIDAS, E COM A CIRURGIA BARIÁTRICA FICARAM COM SEQUELAS QUE AS FIZERAM SUBMETTER A CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTORA.

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequados
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Própria Instituição
Outras instituições envolvidas	Sim
Condições para realização	Adequadas

Comentários sobre os itens de Identificação

O PROJETO SUBSIDIARÁ UMA TESE DE DOUTORADO, PORTANTO O IFF É A INSTITUIÇÃO PROPONENTE E O HOSPITAL DE IPANEMA SERÁ O LOCAL DA PESQUISA EM 2 SETORES DO MESMO: SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA E DE CIRURGIA GERAL. A PESQUISADORA RESPONDEU A MINHA SOLICITAÇÃO DE APRESENTAR AS 2 CARTAS DE AUTORIZAÇÃO DOS SETORES DE CIRURGIA GERAL E PLÁSTICA.

Introdução	Adequada
-------------------	----------

Comentários sobre a Introdução

Objetivos	Adequados
------------------	-----------

Comentários sobre os Objetivos

A PESQUISADORA REVIU A EQUIVALÊNCIA ENTRE ANÁLISE DE SIGNIFICADOS E UMA ANÁLISE DE SENTIDOS, RESPONDENDO E ATENDENDO O PARECER ANTERIOR.

Pacientes e Métodos	Comentário
Delineamento	Total NÃO Local
Tamanho de amostra	Não informado
Cálculo do tamanho da amostra	Menores de 18 anos
Participantes pertencentes a grupos especiais	Ausente
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequados
Crítérios de inclusão e exclusão	Adequada
Relação risco-benefício	Não utiliza
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Adequado
Monitoramento da segurança e dados	Adequada - quantitativa
Avaliação dos dados	Adequada
Privacidade e confidencialidade	

Página 1-1

(Continua na próxima página)

Termo de Consentimento	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim

Comentários sobre os Itens de Pacientes e Métodos
REVISTOS ESSES ITENS E ATENDIDOS.

Cronograma	Adequado
Data de início prevista	março 2012
Data de término prevista	março 2013
Orçamento	Adequado
Fonte de financiamento externa	Não

Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento
ATENDIDAS AS SUGESTÕES.

Referências Bibliográficas	Comentário
----------------------------	------------

Comentários sobre as Referências Bibliográficas

Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais sobre o Projeto

PROJETO RELEVANTE PARA ESTUDOS NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA. AS OBSERVAÇÕES VISAM APRIMORAR CONTRIBUIÇÕES PARA OS SUJEITOS DA PESQUISA E PARA O CAMPO DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO.

APROVADO


VALIDADE:

INÍCIO 04/4/2012 FIM 30/8/12


Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ
Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491
Email: cepiff@iff.fiocruz.br

D. J. Amorim
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ

Anexo II - Consentimento Livre e Esclarecido - APROVADO



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Instituto Fernandes Figueira

Termo de Consentimento livre e Esclarecido

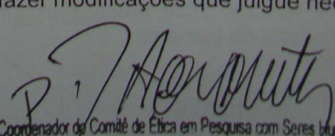
Prezada senhora,

Convidamos a Senhora a participar voluntariamente de nossa pesquisa visando a produção de Tese de Doutorado intitulada "REPRESENTAÇÃO DO CORPO NA CIRURGIA PLÁSTICA NAS MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA". Pesquisadora responsável: Angela Maria Fausto

Pedimos que leia as informações abaixo antes de nos fornecer seu consentimento:

1. A pesquisa tem por objetivo compreender o significado da cirurgia plástica corporal para as mulheres que se submeteram a cirurgia bariátrica .
2. Constará da pesquisa entrevistas com mulheres provenientes do ambulatório da cirurgia plástica do Hospital de Ipanema, submetidas a tratamento cirúrgico de cirurgia plástica, compreendendo os seguintes tópicos: auto-estima; resultado estético; retorno à vida social e profissional; sexualidade e satisfação.
3. A sua participação será importante, pois auxiliará os profissionais de saúde a ajudar as mulheres no processo de reabilitação e servirá de base para sugerir estratégias de saúde que venham ao encontro deste objetivo.
4. As entrevistas serão gravadas e transcritas pelo autor da tese,
5. As entrevistas serão realizadas durante o período do atendimento ambulatorial no Hospital de Ipanema, não acarretando retorno exclusivo para a entrevista.
6. De acordo com a Resolução 196/96 será mantido o anonimato do entrevistado assim como o das pessoas que por ventura ele mencione.
7. A Sra. poderá pedir todos os esclarecimentos que julgar necessários, antes, durante e depois da realização da pesquisa.
8. A Sra. terá total liberdade para recusar a participação na pesquisa e poderá se desligar quando o desejar, assim como poderá ter acesso ao material gravado e transcrito, podendo inclusive fazer modificações que julgue necessárias,

APROVADO
VALIDADE: 30/8/2012
INÍCIO 4/4/2012 FIM 30/8/2012
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ
Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491
Email: cepiff@iff.fiocruz.br

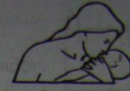


Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

(Continua na próxima página)



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Instituto Fernandes Figueira

9. A sua desistência não pode se dar a qualquer tempo, sem que isso prejudique seu tratamento, a senhora não receberá nenhum tipo de pagamento pela sua participação assim como não terá também nenhum tipo de despesa.

10. O material coletado será usado apenas para fins dessa pesquisa, ficará sob a minha guarda e será destruído ao final de cinco anos.

11. Os resultados serão divulgados com vistas à defesa da Tese acima referida, como também poderão ser difundidos em artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais mesas de divulgação científica.

12. Se a senhora concordar em participar e desejar ter outras informações poderá contatar os responsáveis técnicos pela pesquisa no Instituto Fernandes Figueira: Dra Lizanka Marinheiro, Dra. Ângela Maria Fausto – tel. 2539-1126 (Departamento de Ginecologia do Instituto Fernandes Figueira), este documento será emitido em duas vias, uma para o pesquisador e outra para a senhora.

Eu, _____, abaixo assinada, concordo em participar voluntariamente deste estudo. Declaro que li e entendi todas as informações referentes ao mesmo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pelo pesquisador,

Nome do responsável _____ Assinatura _____ Data da Assinatura _____

Nome do pesquisador _____ Assinatura _____ Data da Assinatura _____

Instituição Responsável pela Pesquisa: Instituto Nacional Fernandes Figueira

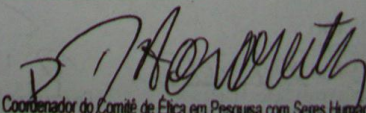
Endereço: Avenida Rui Barbosa, 716 – 4º andar – Flamengo – Rio de Janeiro.

O projeto está registrado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do IFF tel 2554-1730, email cepiff@iff.fiocruz.br e do Hospital Federal de Ipanema.

APROVADO

VALIDADE:

INÍCIO 4/11/2007 FIM 30/8/2012
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ
Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491
Email: cepiff@iff.fiocruz.br


Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ



ISSN 0104-8058

Revista Brasileira de Mastologia

Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Mastologia

Volume 21, Número 4, Out-Dez 2011

EDITORIAL

- 147 Os caminhos da nossa Sociedade Brasileira de Mastologia

ARTIGOS ORIGINAIS

- 148 Hipertrofia de mama: estudo comparativo dos achados histopatológicos e de imagem
- 153 A prática da reconstrução mamária no universo psicoafetivo da mulher mastectomizada
- 157 Prevalência das complicações pós-operatórias decorrentes da mastectomia radical modificada com linfadenectomia axilar
- 161 Comparação de três modelos matemáticos para predição de metástases em linfonodos não sentinela em pacientes com câncer de mama e linfonodo sentinela positivo
- 169 Associação clinicopatológica em diferentes imunofenótipos (status dos receptores hormonais e do Her-2) no carcinoma invasivo da mama

RELATO DE CASO

- 178 Linfoma primário de mama: relato de caso

ARTIGO DE REVISÃO

- 181 Recidiva locoregional: importância da margem cirúrgica livre e dos subtipos moleculares do câncer de mama

(Continua na próxima página)

ARTIGO ORIGINAL

A prática da reconstrução mamária no universo psicoafetivo da mulher mastectomizada

The practice of breast reconstruction in the psychic and emotional universe of woman submitted to mastectomies

Ângela Maria Fausto Souza¹, Roberto José da Silva Vieira¹, Helena Amaral da Fontoura²

Descritores

Mamoplastia
Qualidade de vida
Neoplasias da mama

Keywords

Mammoplasty
Quality of life
Breast neoplasms

RESUMO

Objetivo: Conhecer e analisar o significado da reconstrução mamária em mulheres portadoras de câncer submetidas à mastectomia radical ou sua perspectiva, por meio de informações por elas aportadas, sentimentos, adesão e sentidos relacionados a sua prática, com vistas a subsidiar a abordagem desse tratamento no campo da saúde pública brasileira. **Métodos:** Para isso, foi realizado um estudo exploratório de natureza qualitativa, utilizando-se entrevistas com um grupo de 20 mulheres a respeito da reconstrução mamária. **Resultados e discussão:** Verificou-se a influência positiva do procedimento sobre a qualidade de vida e bem-estar, quando incluído na terapêutica médica. Como fator negativo, registrou-se a falta de informação por parte das mulheres a respeito da possibilidade cirúrgica da reconstrução mamária como parte importante do tratamento.

ABSTRACT

Objective: To understand and analyze the significance of breast reconstruction in women with cancer undergoing radical mastectomy or its possibility, through information provided by them, their feelings, participation and meanings related to this practice, in order to support this treatment approach in the public health field in Brazil. **Methods:** A qualitative exploratory survey was carried out, using interviews with a group of 20 women about breast reconstruction. **Results and discussion:** A positive influence of the procedure was found on quality of life and well being, when included in the medical therapy. As a negative aspect, women did not have enough information about the possibility of surgical breast reconstruction as an important part of treatment.

Trabalho realizado no Instituto Nacional Fernandes Figueira de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹Pesquisador do Instituto Nacional Fernandes Figueira da FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Pesquisador da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Ângela Maria Fausto Souza – Rua Professor Saldanha, 142 – Jardim Botânico – CEP 22461-220 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – E-mail: angelafausto@openlink.com.br

Recebido em: 20/09/2011. Aceito em: 24/04/2012