

PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL EM PACIENTES PÓS-BARIÁTRICOS

PERCEPTION OF THE BODY IMAGE INVOLVING EATING DISORDERS IN POST-BARIATRIC PATIENTS

MIRELLE DE OLIVEIRA PEREIRA¹, LUANA COSTA ASSIS¹, LÍDIA ACYOLE DE SOUZA^{2*}

1. Acadêmico do curso de nutrição Estácio Goiás. 2. Docente na Estácio Goiás

*Av. Goiás, Nº 2151, Qd. 21, Loja 02, Campus Estação Setor Central Goiânia – Goiás- Brasil. CEP:74063-010. lidia.acyole@gmail.com

Recebido em 23/10/2022. Aceito para publicação em 30/11/2022

RESUMO

O objetivo deste estudo é refletir sobre a percepção de imagem corporal de pacientes pós bariátricos, e reforçar sobre a importância da mudança de conduta nutricional neste cenário. A partir de uma revisão narrativa da literatura, foi possível uma construção conceitual para reflexão do objeto de estudo. Obesidade é uma doença crônica, considerada um grande problema da saúde pública. Desenvolve-se não somente de uma má alimentação mais também por fatores biológicos, econômicos, sociais e culturais. A cirurgia bariátrica é reconhecida como uma importante forma de tratamento para indivíduos elegíveis. Por outro lado, a cirurgia bariátrica trás mudanças tanto na parte física quanto psicológica. O tratamento pós cirúrgico são momentos fundamentais que requer grande desempenho do paciente junto a equipe da cirurgia. Assim, neste trabalho discorreu-se sobre obesidade e cirurgia bariátrica pontuando-a como um tratamento para obesidade; identificou-se ainda a classificação, recomendação cirúrgica, indicações, contraindicações, mudanças físicas e psicológicas pós cirurgia, bem como as consequências psicológicas relacionadas a autoaceitação, mudanças de imagem corporal, conduta nutricional, plano alimentar e equipe multidisciplinar. Concluiu-se que a cirurgia bariátrica é um processo complexo que envolve vários fatores entre eles pode alterar a imagem corporal e por isso é importante o nutricionista acompanhar o processo no pós-operatório.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade; Cirurgia bariátrica; Transtornos Alimentares; Mudanças Físicas; Terapia Nutricional.

ABSTRACT

The aim of this study is to reflect on the perception of body image of post-bariatric patients, and reinforce the importance of changing nutritional behavior in this scenario. From a narrative review of the literature, a conceptual construction was possible to reflect on the object of study.

Obesity is a chronic disease, considered a major public health problem. It develops not only from a bad diet, but also from biological, economic, social and cultural factors.

Bariatric surgery is recognized as an important form of treatment for eligible individuals. On the other hand, bariatric surgery brings changes both in the physical and psychological part. Post-surgical treatment is a fundamental moment that requires great performance from the patient with the surgical team. Thus, in this work, obesity and bariatric surgery were discussed, punctuating it as a treatment for obesity; The classification, surgical recommendation, indications, contraindications, physical and psychological changes after surgery were also identified, as well as the psychological consequences related to self-acceptance, changes in body image, nutritional behavior, food plan and multidisciplinary team. It was concluded that bariatric surgery is a complex process that involves several factors, among which it can change body image and that is why it is important for the nutritionist to monitor the process in the postoperative period.

KEYWORDS: Obesity; Bariatric surgery; Eating Disorders; Physical Changes; Nutritional Therapy.

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura corporal (DINIZ E MACIANTE, 2012), podendo chegar a graus que possam prejudicar a saúde do indivíduo. Estatísticas atuais mostram que no Brasil houve um aumento significativo da prevalência de obesidade em todas as faixas etárias nos últimos 30 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), apresenta que a obesidade é caracterizada como um dos maiores problemas de saúde pública e um agravo multifatorial, ou seja, que pode acarretar vários danos à saúde da pessoa obesa levando em consideração não somente a má alimentação mais sim, a junção de outros fatores como biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, 2014).

Existem várias formas de tratamento para a obesidade como o tratamento clínico sem

medicamento, tratamento dietético e o tratamento medicamentoso, junto também se faz a orientação para a prática da atividade física que beneficia o indivíduo não só na ajuda para a perda de peso, mas também para a manutenção da saúde (BORGES, BORGES, SANTOS, 2006).

O indivíduo para ser considerado apto à fazer a cirurgia bariátrica deve corresponder a vários critérios e um deles é o IMC que segundo a OMS caracteriza a obesidade em três graus sendo eles, obesidade grau I IMC de 30 a 34,9kg/m², obesidade grau II IMC de 35 a 39,9kg/m² e a obesidade grau III que é igual ou ultrapassa 40kg/m² e que apresente alguma comorbidade (FANDINÓ, et al., 2004).

Quanto maior a classificação do IMC maior a preocupação em relação a saúde do indivíduo sendo necessário a determinação intrapessoal para mudanças de hábitos e até mesmo na melhoria da saúde prevenindo o desenvolvimento de novas doenças (FANDINÓ, et al., 2004) São vários os tipos de cirurgia bariátrica mas nesta pesquisa abordaremos apenas o *bypass* gástrico em Y de Roux (BPGYR), que é a técnica bariátrica mais praticada no Brasil sendo que, a mesma corresponde a 75% das cirurgias realizadas (SBCBM, 2017).

Apesar de ser uma forma de tratamento segura, deve-se levar em consideração a relação corpo e mente. Isso porque, no paciente pós bariátrico ocorre severas mudanças na parte física causando uma perda drástica de peso assim podendo causar a fase conhecida como “Lua de mel”, acarretando também consequências psicológicas no pós-operatório desenvolvido decorrente ao pré-operatório onde o paciente que já possui alguns transtornos pode intensificar seus distúrbios (MAGDALENO, 2011).

Portanto é de grande importância a autoaceitação pois da imagem corporal A insatisfação com a imagem corporal pós cirurgia, pode afetar negativamente a saúde do indivíduo ocasionando baixo autoestima desenvolvendo crises de ansiedade, depressão, podendo desenvolver o ganho de peso, carências nutricionais e até mesmo risco de morte (BRANCO, 2006; MCCABE, 2004).

Sendo assim, a discussão sobre a complexidade da obesidade e o tratamento por cirurgia bariátrica e a imagem corporal são importantes para o planejamento do tratamento pré e pós cirurgia. O objetivo deste estudo é refletir sobre a percepção de imagem corporal de pacientes pós bariátricos, e reforçar sobre a importância da mudança de conduta nutricional neste cenário.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa é uma revisão bibliográfica de estudo quantitativo, com consultas às bases de dados google acadêmico, Scielo (Scientific Electronic Library Online), PubMed, BVS (Biblioteca virtual em saúde), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em

Ciências da Saúde), site da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica e revistas.

Foi utilizado como descritores cirurgia bariátrica, transtornos alimentares, transtornos da imagem corporal, pré e pós-operatório.

Foram encontrados 60 artigos e desses foram utilizados 36 os que mais tinham interação com o assunto e que os que não fossem repetitivos. A pesquisa foi feita com artigos dos anos de 1999 até 2020.

A pesquisa teve início no mês de março de 2021, com execução do pré-projeto, sendo definida a entrega do trabalho de conclusão de curso, em novembro, do mesmo ano.

Foram acrescentados na pesquisa estudos que avaliassem e revisassem a obesidade e a cirurgia bariátrica como um todo, focando em distúrbios alimentares e psicológicos que pudessem comprometer a saúde do indivíduo como um todo, também considerou artigos que tratam da conduta nutricional e psicológica nos pacientes pré e pós operados.

A escolha do tema foi decidida através da nossa afinidade e também para contribuir com material de apoio para pesquisas que relacione distúrbios alimentares com transtornos psicológicos em pacientes bariátricos, procurando entender os motivos e como solucionar estes problemas com o tratamento multiprofissional.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. OBESIDADE: DEFINIÇÕES, RISCO, IMPLICAÇÕES E TRATAMENTO.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade é um agravo multifatorial, ou seja, nem sempre o motivo é apenas a alimentação mais sim, a junção de outros fatores como biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos (OMS, 2000).

A obesidade é uma doença crônica que é caracterizada pelo excesso de gordura corporal (DINIZ, MACIANTE, 2012), que podem chegar a graus de prejudicar a saúde do indivíduo, nos dias atuais no Brasil houve um aumento significativo da prevalência da obesidade em todas as faixas etárias nos últimos 30 anos (INSTITUTO BRASIELIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Para um indivíduo ser considerado obeso o IMC (massa corporal) deve ser de igual ou superior a 30kg/m². Esta patologia pode desenvolver alguns problemas sérios para saúde como distúrbios cardíacos, diabetes, hipertensão, dislipidemias, síndrome metabólica, colelitíase, gota, osteoartrite, doenças respiratórias, distúrbios dermatológicos e psicológicos, apneia do sono, dificuldade de locomoção, câncer entre vários outros (SEGURA, et al., 2016).

Existem várias formas de tratamento para a obesidade como o tratamento clínico sem medicamento

que é incentivado aos pacientes a prática de exercícios físicos constantemente, mudança na alimentação com hábitos simples de comer em ambientes tranquilos e longe de barulhos, comer lentamente e mastigar bem os alimentos, saber controlar e identificar a fome e a necessidade de comer somente por emoções e fazer escolhas mais saudáveis que entra no como tratamento dietético (BORGES, BORGES, SANTOS, 2006).

Tratamento dietético é quando o indivíduo se conscientiza e mantém uma constância no seu comportamento alimentar em prol de mudar seus hábitos alimentares tornando-os em hábitos saudáveis e constantes (BERNARDI, CICHELERO, VITOLLO, 2005).

Esse planejamento dietético se resume em uma mudança de vida desde a escolha dos alimentos, mudança de hábitos alimentares, ajustamento das necessidades energéticas de gasto e consumo diário do indivíduo (BORGES, BORGES, SANTOS, 2006).

Neste objetivo da perda de peso vemos alguns estudos onde apontam que dietas radicais não funcionam a longo prazo e muito dos casos trazem algum tipo de problema futuro se mantida por um médio período. A quantidade adequada para as refeições é dividida em 10-15% de proteína, 55-75% carboidratos, 15-30% gorduras e de vitaminas, minerais e fibras >25g/dia. Isso em uma dieta pessoal considerando idade e sexo. Quando feita essa adequação consideramos um fracionamento das refeições em várias vezes durante o dia pois assim é controlado a oscilação da insulina o que faz com que tenha uma menor sensação de fome (SPEECHLY, ROGERS, BUFFENSTEIN, 1999).

Junto com todo tipo de tratamento de emagrecimento e manutenção da saúde é orientado para que seja acompanhado da prática da atividade física pois ela juntamente com um acompanhamento tem um resultado benéfico e mais acelerado dos resultados, a atividade física sozinha não traz muitos resultados como ela em auxílio de uma boa alimentação (BORGES, BORGES, SANTOS, 2006).

Um dos tratamentos também existentes com o objetivo do emagrecimento é o tratamento medicamentoso que só deve ser feito com o acompanhamento da mudança do estilo de vida que assim ele servir como auxílio no processo (BORGES, BORGES, SANTOS, 2006).

Os medicamentos são separados por três classes, os que reduzem a fome, os que retardam a digestão e absorção dos nutrientes e os que aumentam o gasto energético (World Health Organization, 1998).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2017) as primeiras cirurgias

para o tratamento da obesidade no Brasil foram registradas em 1970. Com os avanços de informações e a procura da população para a realização da cirurgia já em 1996 seguindo outros países, e então foi criada a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) agregando cada vez mais o cuidado e a importância do tratamento multidisciplinar da obesidade no Brasil.

3.2 CIRURGIA BARIÁTRICA NO TRATAMENTO DA OBESIDADE.

Para um indivíduo ser considerado apto à fazer a cirurgia bariátrica ele deve corresponder a vários critérios e um deles é o IMC que segundo a OMS caracteriza a obesidade em três graus sendo eles, obesidade grau I IMC de 30 a 34,9kg/m², obesidade grau II IMC de 35 a 39,9kg/m² e a obesidade grau III que é igual ou ultrapassa 40kg/m² com comorbidades que seria a ideal para ser considerado um candidato a paciente bariátrico (FANDIÑO, et al., 2004).

A cirurgia é recomendada para pacientes com idade maior de 18 anos, mas pode ser feita a partir dos 16 anos, desde que tenha acompanhamento com um pediatra, equipe multiprofissional que seja feita uma avaliação completa avaliando e respeitando a solidificação das epífises das cartilagens dos punhos e consentimento familiar (TONATTO FILH, et al. 2019).

Já em pacientes acima de 65 anos a equipe multidisciplinar deve fazer uma avaliação pessoal onde vai considerar a presença de comorbidades, expectativa de vida, riscos cirúrgicos e se a evolução será significativa em relação ao emagrecimento (SBCBM, 2017).

Uma das indicações é para pacientes que já realizaram tratamento para perda de peso com profissionais qualificados como nutricionista, educador físico, psicólogo, fizeram uso de medicamentos e não tiveram resultados satisfatórios referente ao emagrecimento (SBCBM, 2017).

As contraindicações para cirurgia bariátrica constituem inúmeras condições para o procedimento cirúrgicos no controle da obesidade, portanto é considerável vários fatores associados a contraindicação como:

Pessoas dependentes de álcool ou drogas ilícitas, doenças psiquiátricas consideradas graves que não possuem forma para controle, demência de moderadas a grave, doença arterial coronariana instável, coagulopatias e/ou cardiopatias consideradas graves, problemas endócrinos, alergias que causam risco anestésico como ASA-IV e pacientes que tenham dificuldade de aceitar as mudanças que terá que fazer

após a CB para melhor qualidade de vida (SBCBM 2017).

3.3. MUDANÇAS FÍSICAS E PSICOLÓGICAS PÓS CIRURGIA

Ao decorrer dos dias pós cirurgia algumas mudanças severas são apresentadas nos pacientes bariátricos, tanto na parte física quanto psicológica. Na parte física ocorre uma perda drástica de peso assim podendo causar a fase conhecida como “Lua de mel” na qual o paciente fica fascinado com a perda de peso tendo em mente que seus problemas eram decorrentes do peso e por isso se encantam a princípio afetando a questão psicológica com aumento de auto estima e sensação de “aceitação” da sociedade e do mesmo (MAGDALENO, 2011).

Quando o paciente passa pela CB logo nas primeiras semanas ele tem mudanças físicas que com o passar do tempo aumenta, uma das consequências desta perda maciça de peso é o excesso de pele que pode trazer alguns problemas para a qualidade de vida e risco aumentado de ter um reganho de peso. Quando falamos das comorbidade existe na maioria dos casos a melhora significativa de atividades básicas que o indivíduo tinha dificuldade para realizar, como atividades em casa, dores no corpo que é uma das vantagens da cirurgia e mais valorizadas quando ocorre a ausência do consumo de medicamentos (ROSA, 2018).

As consequências psicológicas no pós-operatório se desenvolvem geralmente decorrentes do pré-operatório onde o paciente que já possui alguns transtornos que podem intensificar seus distúrbios. Os programas de CB reconhecem a importância do acompanhamento psicológico mas nem sempre são efetuados como deveriam pois os pacientes tendem a não fazer os tratamentos (CASTRO, PINHATTI, RODRIGUES, 2017), gerando a intensificação de distúrbios da imagem desencadeando possíveis complicações na qualidade de vida afetando o pessoal e o social, voltando a aflorar antigos problemas como sentimentos de angústia, vazio e sensação de tédio (MAGDALENO, 2011).

A auto aceitação tem ligação direta com a imagem corporal pois ela diz o quão satisfeito a pessoa está. A insatisfação com a imagem corporal pós a cirurgia pode afetar negativamente a autoestima do indivíduo o que interfere também em seus relacionamentos interpessoais com crises de ansiedade, depressão que dificulta na aceitação do procedimento podendo desenvolver o reganho de peso, carências nutricionais e até mesmo risco de morte. O índice de pacientes que mais sofrem com a imagem corporal segundo o sexo são as mulheres, geralmente se preocupam mais com

sua forma física tendo mais preocupação com a silhueta de 85,3% quanto os homens que são de 50% dos casos (BRANCO, 2006; MCCABE, 2004).

No terceiro mês de cirurgia é quando se tem um dos períodos mais preocupantes que é a fase da “lua de mel”, que se resume na perda de peso muito rápida em um período de tempo curto, neste período os pacientes começam a ver somente o lado bom da cirurgia contando que seus problemas serão resolvidos com a perda acentuada do peso, quando este período se conclui começam a identificar conflitos existentes antes não vistos, que eram justificados por causa do peso, então o indivíduo começa a entender e a enfrentar sua nova realidade (OLIVEIRA, 2006).

3.4 A IMAGEM CORPORAL EM PACIENTE BARIÁTRICOS.

A imagem corporal mostra o estado de saúde ou até mesmo de doença do indivíduo, podendo mudar seu esquema corporal e seu modelo postural que são referentes às funções do organismo. Sendo assim a insatisfação com a imagem tem levado mais pessoas a se submeterem a procedimentos mais invasivos como a cirurgia bariátrica e plásticas. Essa insatisfação pode manifestar de várias maneiras no comportamento do indivíduo como uso de cosméticos, exercícios exagerados, entre outros (OLIVEIRA, 2012; SCHILDER, 1999).

A perda maciça de peso para pacientes pós-bariátricos tem uma grande influência em como ele se vê pois ocorre uma elevação na autoestima o que faz se sentir melhor, mas vem junto com a flacidez da pele e cicatrizes que em alguns casos ficam extensas que já causa novamente problemas com essa imagem o que pode desencadear alguns transtornos da imagem corporal acompanhado de traumas podendo levar a isolamento e até mesmo o arrependimento da cirurgia (OLIVEIRA, 2012).

Muitos relatos de indivíduos após a cirurgia bariátrica é de que passa por uma fase de “montanha russa” onde sentem muita variação no humor e hormonal lipossolúveis. Pautam muito em emoções positivas durante o processo, mas também ressaltam as mudanças que ocorre no corpo podendo trazer diferentes sensações. Para alguns pacientes a diminuição do peso não é suficiente para resolver seus distúrbios de imagem pois existem outros fatores como aceitação, melhoria da imagem, aumento da autoestima que dependem da suas vivencias sociais e psíquicas que necessitam de acompanhamento psicológico (MCNALLY, 2008).

Quando se tem preocupações excessivas com a aparência física o indivíduo tem problemas com as medidas, contornos e a forma do próprio corpo, que

pode desencadear distúrbios da autoimagem que existem em duas dimensões: perceptiva e atitudinal. Na perceptiva se refere quando o paciente sabe relatar com precisão suas medidas, subestimando ou superestimando, o que mostra com exatidão a sua percepção corporal. A Atitudinal já se refere a atitudes e sentimentos envolvendo o próprio corpo, tendo satisfação ou insatisfação com sua imagem corporal (GARDNER, BROWN, 2010).

Autores afirmam que a o desprazer com a imagem corporal leva a comportamentos nocivos a saúde, contendo uma adesão a dietas inadequadas podendo surgir bulimia, anorexia, dismorfia corporal causado pela mudança de hábitos ocasionando consequências negativas como o reganho de peso, carências nutricionais levando ao risco de morte (REZENDE, 2011).

Uma pesquisa realizada no ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas da UFPE (HC-UFPE) teve 36 pacientes de ambos os sexos com idade entre 22 e 63 anos submetidos à cirurgia há no máximo sete anos. Foi utilizada a Escala de Figuras de Silhuetas (EFS) composta de silhuetas de ambos os sexos e médias de IMC variando de 12,5 a 47,5 kg/m² (LACERDA, et al., 2018).

Após as avaliações feitas dados mostraram que independentemente do sexo, houve uma distorção da imagem corporal (6,43kg/m² ±5,14). Como o valor da distorção foi positiva, isso indica uma tendência à superestimação da imagem corporal, ou seja, a maioria dos participantes da pesquisa se vê maior do que realmente é. Esses dados corroboram em parte a literatura existente, pois estudos apontam conclusões divergentes em relação à distorção da imagem corporal em indivíduos obesos, podendo tanto subestimar, quanto superestimar o tamanho corporal (LACERDA, et al. 2018).

A subestimação pode ocorrer devido a dificuldade do tamanho do corpo após uma perda acelerada de peso, outro fator que pode levar a falta de acurácia é o desejo de se afastar dos estereótipos que acompanha a vida do obeso como preguiça, falta de autocontrole e força de vontade nas mudanças constantes. Esses estereótipos acabam sofrendo problemas psíquicos, conscientes ou inconscientes funcionastes como mecanismo de defesas através da negação do corpo por não se enquadrar aos padrões de beleza enxergado pelas mídias e opiniões alheias (OLIVEIRA, et al. 2012).

3.5 CONDUTAS NUTRICIONAIS PARA PACIENTES PÓS BARIÁTRICOS

A conduta nutricional em todo o processo cirúrgico é muito importante tendo início antes mesmo da

cirurgia pois devem ser avaliados vários aspectos no indivíduo sendo elas em três etapas, a primeira é a avaliação antropométrica onde será aferido peso, altura, circunferência e em alguns casos bioimpedância elétrica, dobras cutâneas e calorimetria. A segunda etapa é a avaliação bioquímica onde será avaliado exames laboratoriais (de sangue) e imagem como ultrassonografia de abdômen. Na terceira etapa é feita a avaliação dietética que é composta por anamnese alimentar, questionários de frequência alimentar e recordatório 24 horas para assim ter um controle dos hábitos alimentares do indivíduo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA).

Com esses dados é possível fazer um acompanhamento e um plano adequado para cada paciente, tendo como foco a melhoria da qualidade de vida e sucesso na cirurgia que em alguns casos são sugerido uma perda de peso antes da operação onde segundo Edholm et al., (2011), uma dieta hipocalórica por cerca de um mês antes da cirurgia pode diminuir o tamanho do fígado reduzindo a gordura hepática e visceral que auxilia na cirurgia videolaparoscopia, o que pode diminuir o tempo de cirurgia fazendo com que reduza o risco de complicações durante e pós-operatório.

O planejamento nutricional pós-cirurgia é constituído com o uso de suplementos, ingestão de água, chás claros e atividade física. Da destaque também no consumo de proteínas ricas em ferro e cálcio como primeiro alimento ingerido seguido por vitaminas e minerais de frutas e vegetais. A ingestão de carboidratos deve ser consumido com moderação e evitado o consumo de bebidas alcoólicas, gaseificadas, doces e gorduras em geral (VIOLET MOIZÉ, 2013). O pós-operatório é seguido por um plano alimentar rigoroso onde vai adaptar o organismo a receber menos quantidades de comida trabalhando assim o corpo e a mente. A dieta passa por algumas fases de consistência alimentar sendo separas em 4 etapas.

A 1º fase é a dieta líquida que é feita nas primeiras duas semanas e considerada a fase de adaptação. Ela é 100% líquida e em pequenos volumes (50 ml por refeição a cada 30 minutos), seu objetivo é o repouso gástrico, hidratação e a adaptação de pequenas quantidades. Nessas primeiras semanas por ter um consumo restrito de calorias o paciente costuma a perder cerca de 10% de seu peso devendo assim começar com a ingestão de suplementos para evitar deficiência de vitaminas e minerais. Em pacientes que possuem intolerância a lactose deve ser excluídos da dieta líquida a lactose pois costumam causar mal-estar como vômitos, náuseas e diarreia. A 2º fase é a introdução de refeições pastosas na consistência de cremes e purês. Seu objetivo é de manter o repouso

gástrico e começar a preparar o corpo para a dieta branda onde acontecerá mastigação exaustiva nisso num período de 7 a 10 dias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA).

Na 3º fase se inicia a dieta branda com alimentos cozidos, essa fase dura por cerca de 15 dias, o paciente deve ser orientado para escolher bem seus alimentos pois a quantidade ainda é pequena a ser ingerida, a mastigação se torna mais exaustiva e deve dar prioridade aos alimentos mais nutritivos. A última fase é a 4º que é a dieta geral (normal) que costuma acontecer depois do primeiro mês de cirurgia onde vem gradativamente voltando a textura natural dos alimentos, nesta fase é muito importante ressaltar a forma de mastigação, uma mastigação lenta e de pequenas porções ajudam o estômago a digerir os alimentos evitando a sensação de mal-estar ocasionando náuseas e até mesmo vômitos. Nesta fase é muito importante a escolha de alimentos nutritivos e saudáveis de todos os grupos para assim ter uma nutrição satisfatória mesmo tendo a quantidade reduzida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA).

O tratamento da cirurgia bariátrica apresenta momentos fundamentais onde requer grande desempenho do paciente junto à equipe da cirurgia, em primeiro momento o paciente deve realizar avaliações clínicas solicitadas psicológicas e nutricionais junto a equipe de cirurgia, passando por essa avaliação o paciente é liberado para encaminhamento cirúrgico (CORDÁS, LOPES FILHO; SEGAL, 2004).

É de extrema importância que tenha a prevenção do abandono das instruções do pré e pós-cirúrgico, onde o paciente já tem em mente que seus problemas estão todos resolvidos reconhecendo as mudanças após a cirurgia e compreendendo o estado físico, comportamental e psíquico podendo assim com a ajuda da equipe multiprofissional evitar ansiedades, outras complicações e reverter a obesidade através da cirurgia bariátrica, devido a isso à importância da atuação da equipe multidisciplinar em todas as fases principalmente na escolha do tipo de cirurgia submetida (CORDÁS, LOPES FILHO; SEGAL, 2004).

A equipe multidisciplinar que atua com o paciente bariátrico é formada por vários profissionais da saúde: Enfermeiro (a), Nutricionista, Psicólogo (a), Fisioterapeuta, Assistente Social, Endocrinologista, Psiquiatra e Cirurgião (ã). Cada profissional contribuindo com suas respectivas áreas para um mesmo fim visando adequar de acordo com as expectativas do paciente e suas maiores limitações no tratamento cirúrgico, ou seja, a equipe tem a função de apresentar ao paciente alternativas para

melhorar a recuperação e a qualidade de vida (CORDÁS; LOPES FILHO; SEGAL, 2004).

A avaliação de cada profissional fará com que o paciente esteja preparado para viver novas mudanças em sua vida destacando o tratamento nutricional e psicológico no pré e pós-operatório com a finalidade de minimizar possíveis complicações durante a cirurgia e deficiências nutricionais pós-operatório (MATTOS, 2010).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cirurgia bariátrica com o passar dos anos se tornou um dos métodos mais eficazes contra a obesidade. Por outro lado, foi possível identificar que a CB promove mudanças extremas tanto nos hábitos alimentares quanto na vida em geral do indivíduo, reforçando a importância do acompanhamento com a equipe multiprofissional no pré e pós-operatório.

Esse acompanhamento pode fazer com que o paciente reduza significativamente seus riscos de distúrbios alimentares e transtornos da imagem corporal.

Na fase pós bariátrica é possível o desenvolvimento de transtornos de imagem corporal, e por isso, é imprescindível que o paciente siga o acompanhamento com nutricionista, educador físico e psicólogo. Este acompanhamento deve ser permanente para que previna aparição de problemas de saúde futuros e até mesmo o reganho de peso.

5. REFERÊNCIAS

- [1] ANDRIOLLI, C. Avaliação da redução de excesso de peso e de carências nutricionais em pacientes pré e pós cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, n.68, v.2.11, p.738-747, jan./dez. 2017.
- [2] BERNARDI, F, CICHELERO, C, VITOLO, MR. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Rev Nutr**; n.18 p.85-93. 2005.
- [3] BORGES, C, BORGES, R, SANTOS, J. Tratamento clínico da obesidade. **MEDICINA** Ribeirão Preto, v.39, n.2, p.246-252, abr/jun. 2006.
- [4] BRANCO, L.; HILÁRIO M.; CINTRA, I. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. **Rev Psiquiatr Clin**, São Paulo, n.33, v.6, p.292-296, mai. 2006.
- [5] CASTRO, T.; PINHATTI, M.; RODRIGUES, R. Avaliação de Imagem Corporal em Obesos no Contexto Cirúrgico de Redução de Peso: Revisão Sistemática. **Temas em Psicologia**, Rio Grande do Sul, n.1, v.25, p.53-65, mar. 2017.

- [6] CORDÁS, T.; FILHO, A.; SEGAL, A. Transtorno Alimentar e Cirurgia Bariátrica: Relato de Caso. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, n.4, v.48, p.564-571, ago. 2004.
- [7] COUTO, E. **Corpos interditados: notas sobre anatomias depreciadas**. Em STREY, Marlene Neves e CABEDA, Sonia T. Lisboa. *Corpos e Subjetividades em Exercício Interdisciplinar*. Porto Alegre, EDIPUCRS, 2004.
- [8] DORNELLES, C. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV-TR**. ed. 4, Porto Alegre-RS, 2002.
- [9] DINIZ, M.; MACIENTE, B. **Histórico: cirurgia bariátrica e metabólica**. In: M. T. C. Diniz. (Org.). *Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Atheneu, 2012.
- [10] EDHOLM, D. et al. A dieta pré-operatória de 4 semanas com baixas calorias reduz o volume do fígado e a gordura intra-hepática e facilita o bypass gástrico laparoscópico em obesos mórbidos. **OBES SURG**, n.3, v.21, p.345-350, mar. 2011.
- [11] FANDIÑO, J. et al. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, n.26 v.1, p.47-51, jan./abr. 2004.
- [12] GARDNER, R., BROWN, D. Body image assessment: a review of figural drawing scales. **Personality and Individual Differences**, n.2, v.48, p.107-111, jan. 2010.
- [13] LACERDA, R. M. R. et al. Percepção da imagem corporal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Rev. Col. Bras. Cir.** Recife-PE, v.2, p.2-6, 2018.
- [14] MAGDALENO, R. **Pós-operatório da cirurgia bariátrica: repercussões emocionais**. In A. R. M. Franques & M. S. Orenales-Loli (Eds.). São Paulo, *Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade*, São Paulo, 2011.
- [15] MATTOS, F. et al. Adesão e eficácia do acompanhamento nutricional no pré-operatório de pacientes submetidos a gastroplastia redutora em Y de Roux, em um Hospital Federal Militar do Rio de Janeiro. **Metabólica**. Rio de Janeiro, n.1, v.11, p.5-11, jan./mar. 2010.
- [16] MCCABE, M.; RICCIARDELLI, L. Body image dissatisfaction among males across the lifespan: a review of past literature. **J. Psychosom Res.**, v.56, n.6, p.675-685, jun. 2004.
- [17] MCNALLY, R. **Gastric Bypass Surgery. The Psychological Journey**. Bloomington: Author House. USA, ago. 2008.
- [18] MOIZÉ, V. et al. Vidal J. Nutritional pyramid for post-gastric bypass patients. **Obes Surg**. n.8, v.20, p.1133-1141, aug. 2010.
- [19] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica- obesidade. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília – DF, v.1 n.38 p.1-214, jan. 2014.
- [20] OLIVEIRA, J. Aspectos psicológicos de obesos grau III antes e depois da cirurgia bariátrica. **Tese de doutorado**, Campinas, São Paulo, n.22, v.1, p 12-19, dez. 2006.
- [21] OLIVEIRA, M. et al. Aspectos psicológicos do paciente pós-bariátrico. **Arq Catarinen Med**. Rio Grande do Sul, v.41, p.173-175, 2012.
- [22] QUADROS, M.; BRUSCATO, G.; BRANCO, A. Compulsão alimentar em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica. **Psicol. Argum**. Curitiba, n.45, v.24, p.59-65, abr./jun. 2006.
- [23] ROSA, S. et al. Perfil antropométrico e clínico de pacientes pós-bariátricos submetidos a procedimentos em cirurgia plástica. **Rev Col Bras Cir**, Brasília, n.45, v.2, p.1-8, jan. 2018.
- [24] REPETTO, G. et al. Tratamento clínico e cirúrgico da obesidade mórbida. **Rev. Nutrição em Pauta**, São Paulo, n.48, v.9, p.42-44, mai./jun. 2001.
- [25] REZENDE, F. F. **Percepção da imagem corporal, resiliência e estratégias de coping em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica** [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, 2011.
- [26] SEGURA, D.C.A. et al. Análise da imagem corporal e satisfação com o peso em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. **Revista Pesquisa & Saúde**, Maringá, v.17, p.170-174, set./dez. 2016.
- [27] SCHILDER, P. **Imagem do corpo: As energias construtivas da psique**. 3 ed, São Paulo, Martins Fontes, 1999.
- [28] SITE: CANDEMIL, R. **A importância do acompanhamento multidisciplinar após a cirurgia bariátrica**. Disponível em: <http://www.cirurgiaobesidade.net.br/Categoria_informativos/a-importancia-doacompanhamento-multidisciplinar-apos-a-cirurgia-bariatrica.html>. Acesso em: 28 nov. 2011.

- [29]SITE: **SBCBM (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica)**, 2017. Disponível em:<<https://www.sbcbm.org.br/tecnicas-cirurgicas-bariatrica/>>. Acesso em 12 de julho de 2019.
- [30]SOUZA, K.; JOHANN, R. Cirurgia bariátrica e qualidade de vida. **Revista Psicologia Argumento**, Paraná, n.79, v.32, p.155-164, out./dez. 2014.
- [31]SITE: **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** (2010). Pesquisa de Orçamentos Familiares (2008-2009). Recuperado em 1º dez. 2010, de <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias>.
- [32]SIMON, G.E. et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. **Arch Gen Psychiatry**, v.63, n.7, p.824-830, 2006.
- [33]SPEECHLY, DP, ROGERS, GG, BUFFENSTEIN, R. Acute appetite reduction associated with an increased frequency of eating in obese males. **Int J Obes Relat Metab Disord**; n.23 p.1151-9, 1999.
- [34]TONATTO, F. et al. Cirurgia Bariátrica no sistema público de saúde brasileiro: O bom, o mau o feio, ou um longo caminho a percorrer no sinal amarelo! **ABCD Arq Bras Cir Dig**, Porto Alegre, n.32, v.4, p.1-5, 2019.
- [35]**World Health Organization**. Obesity: presenting and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on obesity. Geneva: WHO; 1998.