CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM ENFERMAGEM

NORMA ISABEL FRANKE

VIVÊNCIA DE PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Guarulhos
2012

NORMA ISABEL FRANKE

VIVÊNCIA DE PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Dissertação para obtenção de título de Mestre em Enfermagem do Programa de Mestrado da Universidade Guarulhos.

Orientadora:
Profª Drª. Maria do Carmo Querido Avelar

Guarulhos
2012

F828v

Franke, Norma Isabel

Vivência de Pacientes no Pós-Operatório Tardio de Cirurgia Bariátrica / Norma Isabel Franke. Guarulhos, 2012.
224 f; 31 cm

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Pós-Graduação e Pesquisa – Universidade Guarulhos.
Orientadora: Profª. Drª Maria do Carmo Querido Avelar
Bibliografia: 171-189.

1. Cirurgia bariátrica 2. Pós-operatório tardio 3. Enfermagem
I. Título. II. Universidade Guarulhos.

CDD - 616

CEPPE
Centro de Pós-Graduação e Pesquisa
Universidade Guarulhos - UnG

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO, intitulada **"VIVÊNCIA DE PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE CIRÚRGIA BARIÁTRICA"** , em sessão pública realizada em 15 de Março de 2012, considerou a candidata NORMA ISABEL FRANKE aprovada.

1. Profa. Dra. Maria do Carmo Querido Avelar_____

2. Profa. Dra. Aparecida de Cássia Gianni Peniche_____

3. Profa. Dra.Marina Borges Teixeira_____

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

*Dedico ao meu esposo, **Ingo Miguel**, pelas providências necessárias, "meu provedor".*

*As minhas filhas **Isabel** e **Muryel**, razão maior de minhas buscas e lutas interiores e exteriores.*

Aos meus bichos:

*- Gatos: **Mitsi** (in memorian), **Mica, Soneca e Mofinha**; - Cachorros: **Pump** (in memorian) e **Teca** (in memorian); companheiros de jornada terrena que sempre alegraram o meu lar.*

É por todos vocês que procuro não desistir diante das dificuldades! Obrigada pelo desafio e aprendizado em família; equivalente para mim, a todos os títulos acadêmicos.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, criador do Universo.

A **Jesus Cristo**, Governador do planeta Terra.

Ao meu **Anjo da Guarda**, testemunha e orientador das lutas diárias.

Aos **Espíritos amigos** pelo desinteresse, amizade e compromisso.

Aos meus **pais** *(in memorian),* **avós** *(in memorian)* **e tios,** pelo sacrifício e dedicação para que esta encarnação ocorresse com sucesso.

A **Dirce Gomes de Oliveira**, "mãe adotiva, pois, em seu coração sempre cabe mais um..."

Aos companheiros de Mestrado, **Sivaldo Q. de Almeida**, **Catarina Rodrigues** e **Alexandre Goldner**. Com vocês, o mestrado foi mais leve e prazeroso!

A colega e amiga **Mônica Carvalho Mendes**, pelos metrôs da vida!

Aos **pacientes**, razão das buscas por crescimento e maior aprimoramento profissional.

A **Universidade Guarulhos** pela oportunidade de realização deste trabalho, crescimento profissional e espiritual.

Aos **professores do Mestrado em Enfermagem e componentes da banca** pelos ensinamentos e experiência transmitidos.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Á *Professora Drª Maria do Carmo Querido Avelar* pelas competentes orientações e paciência para transformar uma pequena idéia em algo consistente. Sua fala foi a base para o meu crescimento: *"Vai com calma, para amadurecer!"* Parabéns pelos seus 45 anos de experiência e dedicação na luta por respeito à dignidade humana. Muito Obrigada!

Vós que sois sábios e cheios de alta e profunda ciência

Que concebeis e sabeis

Como, quando e onde tudo se une

...Vós, grandes sábios, dizei-me de que se trata

Descobri, vós que será de mim

Descobri como, quando e onde,

Porque semelhante coisa me ocorreu?

(História da Sexualidade: a vontade de saber – Michel Foucault)

Franke, NI. Vivência de pacientes no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. Dissertação [Mestrado]. Universidade Guarulhos. Guarulhos (SP): 2012.

RESUMO

O processo de cirurgia bariátrica exige do paciente e do profissional enfermeiro relação de troca; conhecer as necessidades humanas básicas envolvidas neste processo favorecerá esta conexão enriquecedora. Toda grande alteração na vida do ser humano gera transformações interiores e exteriores, que são concretizadas e refletidas por sua atuação no meio onde vive. **Objetivo:** Conhecer a vivência dos pacientes em pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica, expressa segundo suas necessidades humanas básicas e analisá-las utilizando como referencial teórico os três eixos do domínio foucaltiano. **Método:** Pesquisa de campo, transversal, descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, realizado em um hospital universitário do Vale do Paraíba Paulista. A população constou de doze participantes, com mínimo de três e máximo de doze meses de pós-operatório de cirurgia bariátrica, por laparotomia. O material foi coletado por meio da entrevista semi-estruturada e as falas gravadas foram transcritas e organizadas em três fases: pré-análise; exploração do material estabelecendo as unidades de registro; núcleos de compreensão, temas e emersão das categorias, discutidas à luz do referencial de Michel Foucault. **Resultados:** Das temáticas *Qualidade da Alimentação, Proteção, Readaptação Física, Conhecimento e Crenças/Ritos* surgiu a *Categoria Auto-cuidado* (Dimensões do Saber); das temáticas *Segurança, Controle, Limitação, Conflito, Fragilidade na co-responsabilidade, Autorrealização, Ecossistema Social e Isolamento* emergiu a *Categoria Apropriação do Próprio Destino* (Dimensões do Poder). Da compreensão que alia a Categoria Autocuidado (Dimensões do Saber) e Categoria Apropriação do próprio destino (Dimensões do Poder) na vivência do paciente submetido à cirurgia bariátrica, emergiu a terceira Categoria *Condição de Não Sujeito para Sujeito* (Concepção Ética e Cuidado de Si). **Conclusão:** O paciente, ao integrar o conhecimento próprio, bem como o adquirido durante o preparo para a cirurgia de forma reflexiva (Saber), aliando as potencialidades inerentes ao desenvolvimento de um comprometimento autônomo (Poder), adquire condições potencializadoras de reprodução de sua vida e autocuidado. Como sujeito de suas ações, ele se torna independente, tomando ou não as decisões de participar do seu tratamento, por

determinação da sua razão e entendimento, se reconhece e se constitui no sujeito que é, um sujeito ético.

Palavras chaves: Cirurgia Bariátrica; Pós-Operatório Tardio; Enfermagem

Franke, NI. Vivência de pacientes no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. Dissertação [Mestrado]. Universidade Guarulhos. Guarulhos (SP): 2012.

ABSTRACT

The bariatric surgery procedure demands from the patient and the nurse an exchange relationship; the knowledge of the basic human needs involved in this process will help this enriching connection. Every great alteration in human life generates internal and external transformation that are materialized and reflected by its actuation in the environment that He lives. **Goal:** Understanding the companionship among the patients in late after-surgery of bariatric surgery according to their basic human needs and analyzing them by using Michel Foucault Theoretical Referential. **Method:** Field research, transversal, descriptive, exploratory, with qualitative approach performed in a college hospital in Paraíba Paulista Valley. The performance was carried out with twelve partakers with at least three and at maximum twelve months post-operatory of bariatric surgery by laparotomy. The material was collected by means of semi-structured interview and the recorded speeches were transferred and organized in three phases: pre-analysis; material exploration establishing the units of register; cores of comprehension, themes and emersion of categories, discussed at the light of the referential de Michel Foucault. **Results:** From the set of themes Feeding Quality, Protection. Physical Rehabilitation, Knowledge and Beliefs/Rites appeared the ***Self-care Category*** (Dimensions of Knowledge); from the set of themes Security. Control, Limitation, Conflict, Fragility in co-responsibility, Self-fulfillment, Social Ecosystem and Isolation emerged the Own Destiny Appropriation Category (Dimensions of Power). From the comprehension that allies the Self-care Category (Dimensions of Knowledge) and Appropriation of own destiny (Dimensions of Power) in the life of the patient submitted to a bariatric surgery, emerged a third category *Condition of Non-Subject to Subject* (Ethical Conception and Self-care). **Conclusion:** The patient, at the act of integrating the self knowledge, as well as the acquirement during the preparation to the surgery in reflexive manner (Knowledge), allying the inner potentialities to the development of an autonomous commitment (Power), acquires potential conditions of reproduction of his life and self-care. As a subject of his own actions he becomes independent, deciding or not to participate of his own treatment by determination of his reason and understanding, he recognizes himself and constitutes himself in subject that means an ethical subject.

Key words: Bariatric Surgery; Untimely Post-Operatory; Nursery.

Franke, NI. Vivência de pacientes no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. Dissertação [Mestrado]. Universidade Guarulhos. Guarulhos (SP): 2012.

RESUMÉN

El proceso de cirugía bariátrica exige del paciente y del profesional enfermero relación de cambio; conocer las necesidades humanas básicas envueltas en este proceso ayudará esta conexión enriquecedora. Toda grande alteración en la vida del ser humano genera transformaciones interiores y exteriores, que son concretizadas y reflejadas por su actuación en el medio donde vive. **Objetivo:** Comprender la vivencia de las pacientes en posoperatorio tardío de cirugía bariátrica, según sus necesidades humanas básicas y analizarlas utilizando el Referencial Teórico de Michel Foucault. **Método:** Pesquisa de campo, transversal, descriptiva, exploratoria, con abordaje cualitativa, realizado en un hospital universitario del Vale do Paraíba Paulista. La población constó de doce participantes, con mínimo de tres y máximo de doce meses de posoperatorio de cirugía bariátrica, por laparotomía. El material fue colectado por medio de la entrevista semi-estruturada y las hablas grabadas fueran transcriptas y organizadas en tres fases: pre-análisis; exploración del material estableciendo las unidades de registro; núcleos de comprensión, temas e emersión de las categorías, discutidas à luz del referencial de Michel Foucault. **Resultados:** De las temáticas *Cualidad de la Alimentación, Protección, Readaptación Física, Conocimiento y Creencias/Ritos* surgió la *Categoría Auto-cuidado* (Dimensiones del Saber); de las temáticas *Seguranza, Controle, Limitación, Conflicto, Fragilidad en la co-responsabilidad, Auto-realización, Ecosistema Social y Asolamiento* emergió la *Categoría Apropiación do Propio Destino* (Dimensiones del Poder). De la comprensión que alía la Categoría Autocuidado (Dimensiones del Saber) y Categoría Apropiación del propio destino (Dimensiones del Poder) en la vivencia del paciente sometido a la cirugía bariátrica, emergió la tercera categoría *Condición de Non Sujeto para Sujeto* (Concepción Ética y Cuidado de Si). **Conclusión:** El paciente, al integrar el conocimiento propio, así que lo adquirido durante el preparo para a cirugía de forma reflexiva (Saber), aliando las potencialidades inherentes al desarrollo de un comprometimiento autónomo (Poder), adquiere condiciones potenciadoras de reproducción de su vida e autocuidado. Como sujeto de sus acciones, él se queda independiente, tomando o no las decisiones

de participar de su tratamiento, por determinación de su razón y entendimiento, se reconoce y se constituye en el sujeto que es, un sujeto ético.

Palabras llaves: Cirugía Bariátrica; Posoperatorio Tardío; Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Abordagens para cirurgias da obesidade.

Figura 2 Balão Intragástrico, Gastroplastia Vertical Restritiva de Mason e Banda Gástrica Ajustável por Laparoscopia.

Figura 3 Derivação Biliopancreática de Escopinaro e a Derivação Biliopancreática Duodenal Switch.

Figura 4 By-pass Gástrico com Y de Roux ou Cirurgia de Fobi-Capella

LISTA DE TABELA

Tabela 1 Características dos participantes da pesquisa em número e percentuais. Taubaté, 2011.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Classificação com base no Índice de Massa Corpórea da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2009.

Quadro 2 Fases da Organização dos Discursos dos participantes. Taubaté, 2011.

Quadro 3 Necessidades psicobiológicas (favorável / desfavorável): *Nutrição*. Taubaté, 2011.

Quadro 4 Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável*): Oxigenação*. Taubaté, 2011.

Quadro 5 Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável): *Sono e Repouso*. Taubaté, 2011.

Quadro 6 Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável): *Hidratação*. Taubaté, 2011.

Quadro 7 Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável): *Exercício e Atividade Física*. Taubaté, 2011.

Quadro 8 Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável): *Sexualidade*. Taubaté, 2011.

Quadro 9 Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável): *Mecânica Corporal / Locomoção/Cuidado Corporal*. Taubaté, 2011.

Quadro 10 Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável): *Crescimento Celular*. Taubaté, 2011.

Quadro 11 Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável): *Terapêutica/ Regulação Vascular*. Taubaté, 2011.

Quadro 12 Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável): *Eliminação*. Taubaté, 2011.

Quadro 13 Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável): *Percepção Dolorosa*. Taubaté, 2011.

Quadro 14 Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável): *Percepção Olfativa*. Taubaté, 2011.

Quadro 15 Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável): *Regulação Térmica*. Taubaté, 2011.

Quadro 16 Necessidades Psicossociais (favorável / desfavorável): *Segurança*. Taubaté, 2011.

Quadro 17 Necessidades Psicossociais (favorável / desfavorável): *Liberdade*. Taubaté, 2011.

Quadro 18 Necessidades Psicossociais (favorável / desfavorável): *Comunicação*. Taubaté, 2011.

Quadro 19 Necessidades Psicossociais (favorável / desfavorável): *Aprendizagem (educação em saúde).* Taubaté, 2011.

Quadro 20 Necessidades Psicossociais (favorável / desfavorável): *Gregária*. Taubaté, 2011.

Quadro 21 Necessidades Psicossociais (favorável / desfavorável): *Lazer /Recreação.* Taubaté, 2011.

Quadro 22 Necessidades Psicossociais (favorável / desfavorável): *Aceitação*. Taubaté, 2011.

Quadro 23 Necessidades Psicossociais (favorável / desfavorável): *Autorrealização*. Taubaté, 2011.

Quadro 24 Necessidades Psicossociais (favorável / desfavorável): *Autoestima*. Taubaté, 2011.

Quadro 25 Necessidades Psicossociais (favorável / desfavorável): *Autoimagem*. Taubaté, 2011.

Quadro 26 Necessidades Psicossociais (favorável / desfavorável): *Participação*. Taubaté, 2011.

Quadro 27 *Necessidade Psicoespiritual/ Religiosa/Teologia e Filosofia de Vida* (favorável / desfavorável). Taubaté, 2011.

Quadro 28 Distribuição dos Temas e Categorias emergentes na análise dos discursos. Taubaté, 2011. Taubaté, 2011.

LISTA DE ABREVIATURAS

DCNT Doenças Crônicas Não Transmissíveis
IMC Índice de Massa Corporal
OMS Organização Mundial da Saúde
MS Ministério da Saúde
VIGITEL Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
CB Cirurgia Bariátrica
SBCBM Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1 Solicitação de Autorização para a Instituição
Apêndice 2 Termo de Autorização para uso de Prontuário do Paciente
Apêndice 3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Apêndice 4 Instrumento para coleta dos dados
Apêndice 5 Quadros das Necessidades Humanas Básicas

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Folha de Rosto
Anexo 2 Comitê de Ética

SUMÁRIO

1 Introdução..... 19

2 Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória..... 31

3 Referencial Teórico – Michel Foucault..... 36

4 Objetivo..... 55

5 Método..... 57

6 Análise do Material..... 62

7 Discussão..... 132

8 Conclusão..... 164

9 Considerações finais..... 166

10 Referências..... 171

11 Apêndices..... 190

12 Anexos..... 221

APRESENTAÇÃO

A vivência como Enfermeira em uma instituição hospitalar na qual desempenhei as funções de Vice-Diretora de Enfermagem, Gerente de Educação Permanente (2 vezes), mas principalmente como Enfermeira Assistencial em Clínica Cirúrgica e voluntária do Grupo da Obesidade que tem como objetivo preparar os candidatos á cirurgia bariátrica; levou-me a questionar: qual a vivência do paciente em fase pós-operatória tardia de cirurgia bariátrica quanto ao atendimento das suas Necessidades Humanas Básicas?

Esse questionamento se justifica ante a necessidade de conhecer expectativas individuais dos pacientes, as orientações técnicas e as relativas aos processos educacionais que permeiam os procedimentos da cirurgia bariátrica, principalmente a orientação do autocuidado, com a finalidade de melhorar a adaptação e redução das complicações dos pacientes em domicílio. Sabe-se que no período do pós-operatório tardio, principalmente nos três primeiros meses, ocorrem as maiores dificuldades do paciente à sua nova realidade; e conhecer a vivência dos mesmos neste período pode ser considerada de grande relevância para a compreensão de suas dificuldades.

A enfermeira, fundamentalmente deve estar preparada para identificar as dificuldades apresentadas por esses pacientes, utilizando seus conhecimentos científicos baseados em evidências e constante busca por atualização, aliando técnica e ciência em ações refletidas e planejadas, visando sempre bons resultados. É necessário descobrir aspectos inerentes às necessidades destes pacientes que se apresentam muito fragilizados após um procedimento cirúrgico, tendo como consequência a alteração em todas as dimensões da sua vida[1].

Uma construção mútua, entre paciente e profissional, voltada à autonomia do paciente, eleva sua capacidade de apropriar-se daquilo que lhe é devido e próprio[2,3,4].

Observa-se uma carência de informações quanto à tentativa de compreender aspectos da vivência do paciente no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica, em todas as dimensões humanas. Acredita-se que esse estudo contribuirá para a elevação da qualidade da assistência da Enfermagem aos pacientes de cirurgia bariátrica.

1 INTRODUÇÃO

Os códigos fundamentais de uma cultura - aqueles que regem uma linguagem, seus esquemas perceptivos, suas trocas, suas técnicas, seus valores, a hierarquia de suas práticas - fixam, logo de entrada, para cada homem, as ordens empíricas com as quais terá de lidar e nas quais se há de encontrar.

Michel Foucault (As Palavras e as Coisas)

A obesidade pode ser considerada o mais antigo distúrbio metabólico, havendo indícios no antigo Egito e Grécia. Por um longo período da história da humanidade o acúmulo de gordura era visto como sinais de saúde e prosperidade [5,6].

Compreendida como doença crônica multifatorial, está associada principalmente aos aspectos genéticos, ambientais, comportamentais, psicológicos e culturais, aumentando a incidência da morbi-mortalidade oriunda de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como diabetes, dislipidemias, acidente vascular encefálico, doenças cardiovasculares, osteoartrose entre outras. Considerados como alguns dos principais problemas de saúde pública da sociedade moderna, trazem grandes consequências individuais, sociais e econômicas[5,7,8].

A obesidade está sendo considerada uma epidemia mundial, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento; caminho contrário do que foi por muito tempo, a desnutrição um grande problema de saúde pública. Atualmente, a obesidade vem atingindo proporções preocupantes em todo o mundo, processo este considerado de transição nutricional coexistindo com a desnutrição e com a obesidade[5,9].

Esse cenário, nas últimas décadas, está relacionado às alterações econômicas, demográficas e sociais, decorrentes da modernização, urbanização, adesão a uma dieta ocidental, modificação dos padrões de trabalho, redução da atividade física e lazer das pessoas, provocando modificações no estilo de vida das populações. São fundamentais a prevenção e controle das DCNT, pois estão entre as que demandam ações, procedimentos e serviços de saúde gerando aproximadamente 70% dos custos do SUS[9,10].

Um importante estudo publicado em 4 de fevereiro de 2011 na revista Lancet analisou dados globais no período entre 1980 e 2008, sobre como os três mais importantes fatores de risco de doenças cardíacas, o Índice de Massa Corporal (IMC), pressão arterial e colesterol, têm mudado no mundo nas últimas décadas. A prevalência mundial da obesidade quase dobrou desde 1980. As políticas e metas para os fatores de risco cardiovascular receberam atenção especial na Reunião de Alto Nível das Nações Unidas na Assembleia Geral das Doenças Não Transmissíveis, em setembro de 2011[11].

A OMS considerou que em 2005 havia, aproximadamente, 1,6 bilhões de indivíduos com sobrepeso e pelo menos 400 milhões de adultos obesos além de 20

milhões de crianças menores de 5 anos com sobrepeso. Projeções para 2015, incluem, aproximadamente, 2,3 bilhões de adultos com excesso de peso e destes 700 milhões serão obesos. Da população mundial, 65% vivem em países onde o sobrepeso e a obesidade provocam mais mortes do que nos que estão abaixo do peso. São atribuíveis à obesidade e ao sobrepeso, 44% dos casos de diabetes, 23% das doenças isquêmicas do coração e 7-41% de certos tipos de cânceres em todo o mundo[11].

Nos Estados Unidos, a obesidade cresceu de forma alarmante em vinte anos, conforme pesquisa realizada pelo Sistema de Vigilância dos Departamentos Estaduais de Saúde. Esse sistema realizou diversas pesquisas telefônicas padronizadas com adultos. Em 1990, entre os estados participantes, dez tinham uma prevalência de obesidade de 10% e nenhum estado tinha prevalência igual ou superior a 15%. Em 1999, nenhum estado tinha prevalência inferior a 10%, dezoito estados obtiveram prevalência de obesidade entre 20-24%, e nenhum tinha prevalência igual ou superior a 25%. Em 2008, apenas um estado obteve prevalência inferior a 20%. Trinta e dois estados apresentaram prevalência igual ou superior a 25% e destes, seis apresentaram obesidade igual ou superior a 30%[12].

O aumento de peso no quadro da população mundial ensejou a aprovação da Estratégia Global para Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, proposta pela OMS já em 2004[11].

No Brasil, a situação é semelhante, pois houve um crescimento da população obesa maior que 90% nos últimos 30 anos. Em um estudo realizado pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 1989, 27 milhões (32%) da população adulta apresentavam algum excesso de peso e 6,8 milhões foram caracterizados como portadores de obesidade[10, 13,14].

No ano de 2002, na Pesquisa de Orçamentos Familiares, 8,8% dos homens e 12,7% das mulheres estavam obesos. Em 2006, inicia-se anualmente a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico (VIGITEL), identificando que 11,4% dos brasileiros estavam obesos, subindo para 12,9% em 2007. Novo acréscimo em 2008, com 13% dos adultos obesos[10].

A VIGITEL-2009 apontou que 13,9% da população estavam obesos, 51% dos homens e 42,3% das mulheres tinham excesso de peso. Destes, os homens, a partir dos 35 anos (59,6%), estavam na faixa etária de 55-64 anos. Nas mulheres, o índice

dobra na faixa etária entre 45 a 54 anos (52,9%) em relação à idade entre 18-24 anos (24,9%)[10].

A VIGITEL-2010 demonstrou que 15% da população estava obesa; na população masculina, 52,1% encontra-se acima do peso, contra 44,3%, na população feminina[10].

No Brasil, o crescente quadro levanta preocupações quanto às consequências da obesidade, principalmente suas comorbidades e no dispendioso gasto ao Sistema Público e Privado de Saúde. Em 2006, pela primeira vez, o Ministério da Saúde lançou o Guia Alimentar para a População Brasileira, contendo orientação oficial para gestores, profissionais de saúde e população sobre alimentação saudável[10].

A população de obesos traz novas preocupações às autoridades, como o direito à segurança, espaço e respeito, tais como, poltronas em aviões, áreas de lazer e transporte. A Portaria 1.569, de 28 de junho de 2007, instituiu diretrizes com vistas à prevenção da obesidade e ao atendimento ao seu portador em todas as unidades federadas. Para o atendimento cirúrgico específico em cirurgia bariátrica pelo Sistema Único de Saúde, a instituição hospitalar deve estar credenciada por esse sistema especialmente para essa finalidade[10].

A cirurgia bariátrica surgiu como forma de tratamento efetivo da obesidade em longo prazo e seu mecanismo de funcionamento varia conforme a técnica cirúrgica empregada. Um dos objetivos da cirurgia bariátrica é diminuir os sinais de fome e aumentar os sinais de saciedade. As cirurgias que apresentam os melhores resultados podem levar a perdas de peso entre 30% e 40%, com efeitos mantidos por longos períodos, reduzindo as comorbidades e mortalidade[15].

Os candidatos à cirurgia bariátrica (CB) são obesos com uma ou várias comorbidades, tais como, diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia, esteatose hepática, apneia, síndrome da hipoventilação noturna, refluxo gastroesofágico, artrites entre outros. Essas comorbidades reduzem a qualidade de vida e podem afetar qualquer processo cirúrgico, necessitando de um preparo rigoroso no pré-operatório de cirurgia bariátrica[15].

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), foram realizadas 16.000 cirurgias bariátricas no Brasil no ano de 2003; aumentando significativamente para 60.000 cirurgias no ano de 2009[16].

A obesidade é definida conceitualmente como “uma alteração da composição

corporal, com determinantes genéticos e ambientais, definida por um excesso relativo ou absoluto das reservas corporais de gordura, que ocorre quando, cronicamente, a oferta de calorias é maior que o gasto de energia corporal e que resulta com frequência em prejuízos significantes para a saúde”[16].

Quanto à fisiopatologia da obesidade, vários fatores podem ser considerados; destes a ingestão de gorduras associada a açúcar e álcool colaboram para o aumento da obesidade no mundo. É aceito, atualmente, que uma das principais razões para que um indivíduo se torne obeso é o excesso de alimentos (principalmente gorduras), entretanto a propensão para ser obeso relaciona-se aos fatores genéticos e ambientais variáveis de indivíduo para indivíduo[17].

Após tornar-se obeso, o indivíduo desenvolve inúmeras outras patologias denominadas de comorbidades. Esse quadro de comorbidez tem como definição, o estado patológico causado e agravado pelas dificuldades de controle e pela presença do excesso de peso, com falta da perda ponderal. Há trabalhos indicando que a morbi-mortalidade relacionada à obesidade é 12 vezes maior no homem adulto obeso[13,16,18].

O índice utilizado para relacionar peso e altura é calculado pela fórmula: peso(kg)/altura²(m)=IMC. Esse resultado é estabelecido em categorias.

Quadro 1 - Classificação com base no IMC (Índice de Massa Corpórea) da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2009.

CATEGORIA	***IMC***
Abaixo do peso	**Abaixo de 18,5**
Peso normal	**18,5 – 24,9**
Sobrepeso	**25,0 – 29,9**
Obesidade Grau I	**30,0 – 34,9**
Obesidade Grau I I	**35,0 – 39,9**
Obesidade Grau I I I	**40,0 e acima**

Fonte: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica[16].

O tratamento clínico da obesidade é difícil, não somente para conseguir emagrecer, mas, manter a perda de peso, principalmente nos grandes obesos. Seu tratamento envolve várias abordagens, sendo os pilares principais para o tratamento

a orientação dietética, atividade física, terapia comportamental e uso de fármacos antiobesidade[19].

Na orientação dietética, a reeducação alimentar é fundamental para uma alimentação saudável, devendo ser observados os aspectos do valor calórico dos alimentos; da composição dos nutrientes com atenção para a preparação dos alimentos; redução do consumo de álcool; mastigação adequada e refeições fracionadas[19].

Quanto ao aspecto da atividade física, o objetivo é a elevação do gasto calórico. Os benefícios da atividade física envolvem aumento do gasto energético, aumento da oxidação das gorduras, melhora dos níveis pressóricos e cardiovascular e aumento da resposta termogênica. A avaliação cardiológica antecipada é obrigatória; e deve ser enfatizado que o importante não é a intensidade da atividade e sim aumentar a frequência como um todo, em todas as atividades diárias[19].

Na terapia comportamental, vários princípios e técnicas estão envolvidos para auxiliar os pacientes obesos na identificação e modificação dos hábitos alimentares, formas de pensar e sedentarismo[19].

O objetivo do tratamento medicamentoso é reduzir o peso corporal, manter o peso saudável e prevenir o aumento posterior deste; produzindo poucos efeitos colaterais, possibilitando a mudança de comportamento. São usados anorexígenos como a fentermina, sacietógenos como a fluoxetina e outras medicações de ações termogênicas, tais como a cafeína e o tupiramato. Não se sabe até o momento se esses medicamentos podem ser utilizados pelo resto da vida[19].

Os pacientes apresentam dificuldades em perder e manter o peso adequado o que torna os diversos tratamentos não cirúrgicos ineficazes no manuseio da obesidade grave; mas têm seu papel relevante no preparo dos pacientes para a cirurgia bariátrica. Perder peso anteriormente à cirurgia contribui para a redução de complicações no pós-operatório, bem como, a incorporação de mudanças nos hábitos de vida [19].

Para o tratamento clínico da obesidade grau III (IMC ≥ 35 Kg/m^2 com co-morbidade ou IMC de 40 Kg/m^2), os resultados são insatisfatórios em 95% dos pacientes; o que torna a cirurgia bariátrica uma opção a ser avaliada[19].

O termo bariátrico é aceito universalmente para identificar as cirurgias com finalidade de emagrecer pessoas; e tem origem grega, *barys* que significa pesado.

Em 1955, foi realizada a primeira cirurgia com fim de emagrecimento; uma derivação intestinal, realizada por Arnold Kremer, em Minnesota nos Estados Unidos[20].

A cirurgia bariátrica foi introduzida no Brasil, na década de 80, pelo Dr. Arthur Belarmino Garrido Junior. Esse cirurgião é considerado uma das maiores autoridades brasileiras e respeitado mundialmente em cirurgia da obesidade[20].

O conceito de cirurgia bariátrica ou cirurgia da obesidade é definido como "um conjunto de técnicas cirúrgicas, com respaldo científico, com ou sem uso de órteses, destinada á promoção da redução ponderal e ao tratamento de doenças que estão associadas e/ou que são agravadas pela obesidade"[16].

A obesidade grau III está associada à alta incidência de comorbidades e à piora na expectativa de vida, necessitando de uma intervenção mais eficiente, em que a cirurgia bariátrica tem demonstrado melhores resultados, em torno de 75% a 90% a médio e longo prazo. As cirurgias que apresentam melhores resultados podem produzir uma perda de peso entre 30% e 40%, podendo ser mantido esse efeito por longos períodos, em casos já descritos de acompanhamento de pacientes por mais de 10 anos[15,21,22].

A indicação do paciente obeso para a cirurgia bariátrica segue critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina[23], a seguir:

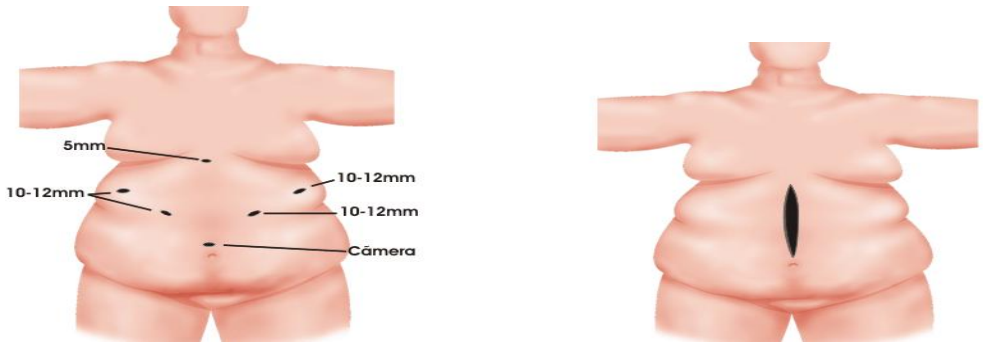
- Pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40 kg/m2;
- Pacientes com IMC maior que 35 kg/m2 e comorbidades; idade: maiores de 18 anos. Idosos e jovens entre 16 e 18 anos podem ser operados, mas o custo/benefício deve ser bem analisados;
- Obesidade estável há pelo menos cinco anos;
- Pelo menos dois anos de tratamento clínico prévio, não eficaz;
- Ausência de uso de drogas ilícitas ou alcoolismo;
- Ausência de quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados;
- Compreensão do paciente e de seus familiares, dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar por toda a vida do paciente;
- O risco cirúrgico deve ser compatível com o procedimento cirúrgico proposto e ausência de doenças endócrinas de tratamento clínico.

Os tipos de abordagens cirurgias bariátricas são realizadas por via laparotômica e laparoscópica. As cirurgias bariátricas inicialmente ocorreram por

laparotomia; em 1993, iniciou-se o movimento da via laparoscópica e tem se ampliado nos anos recentes[24].

A abordagem laparoscópica é o método que permite realizar uma operação por meio da tecnologia óptica e de imagens; em que se observa o interior do corpo sem expô-lo amplamente. Pequenos orifícios são realizados na região abdominal para a introdução de um bastão longo (óptica) até sua cavidade, o que permite a filmagem e o manuseio dos órgãos. A cirurgia convencional ou aberta consiste em uma incisão longa para que o cirurgião tenha acesso à cavidade abdominal. As diferenças fundamentais entre as operações bariátricas abertas e laparoscópicas são o acesso e a exposição do conteúdo cavitário. A resposta sistêmica e metabólica pelo método laparoscópico é menor, reduzida intensidade de dor, menor comprometimento ventilatório e a reintegração à sociedade de forma mais rápida. A desvantagem é a complexidade do procedimento, exigindo grande experiência do cirurgião por essa via e uso de material e aparelhagem absolutamente pertinentes à cirurgia bariátrica laparoscópica[25].

Figura 1 – Abordagens para cirurgias da obesidade.



Laparoscópica **Laparotômica**

Fonte:http://www.cirurgiadaobesidademorbida.com.br

Existem vários tipos de cirurgia bariátrica; mas os mecanismos cirúrgicos básicos para o controle da obesidade são os *procedimentos restritivos* (mecanismo de restrição) *e os disabsortivos* (má absorção dos alimentos ingeridos), além do *procedimento misto* (combinam procedimentos restritivos e disabsortivos)[21].

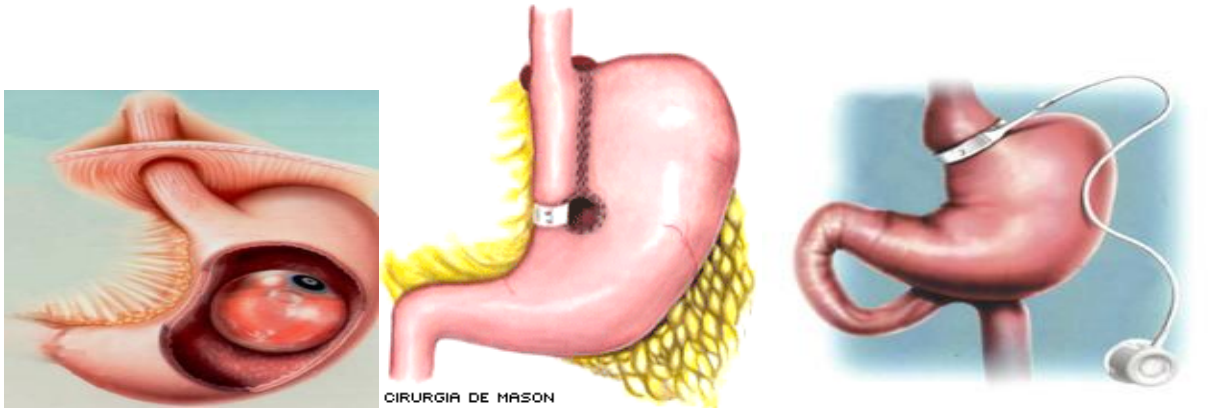
A Técnica Restritiva consiste no fechamento de uma porção do estômago com

sutura, reduzindo o reservatório gástrico para 30 a 50 ml limitando a ingestão de grandes volumes de comida sólida e retardando o esvaziamento gástrico por um anel de contenção. Essa técnica não impede que alimentos líquidos hipercalóricos sejam ingeridos, sendo necessária grande colaboração do paciente, resultando alta incidência de recidiva da obesidade [16,26]. Existem várias formas de fazê-la:

- Cerclagem Dentária;
- Balão Intragástrico;
- Gastroplastia Vertical Restritiva de Mason;
- Banda Gástrica Ajustável por Laparoscopia.

A seguir ilustrações para melhor entendimento:

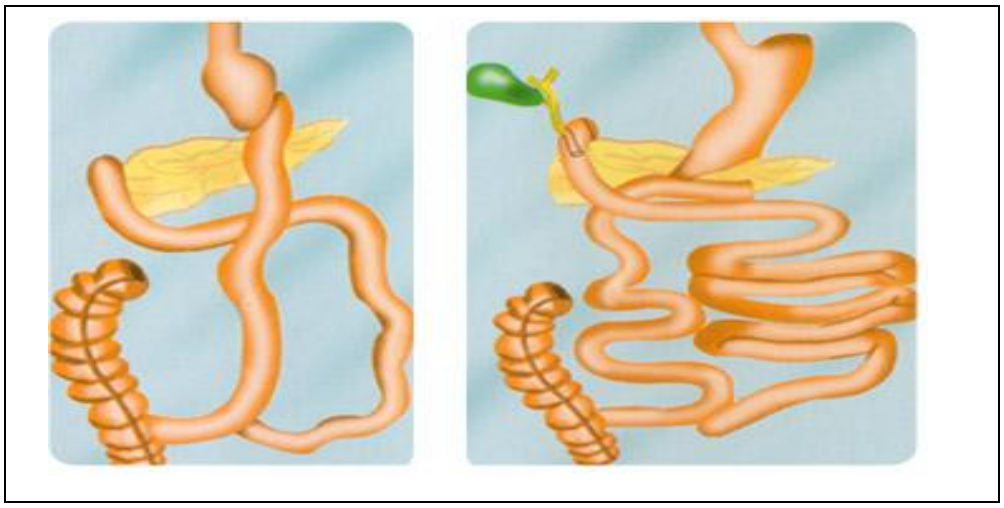
Figura 2 – Balão Intragástrico, Gastroplastia Vertical Restritiva de Mason e Banda Gástrica Ajustável por Laparoscopia.



Fonte: http://www.cirurgiadaobesidademorbida.com.br

As Técnicas Disabsortivas são conhecidas como “desvios do intestino”, pois grande parte do caminho intestinal é desviada reduzindo a absorção de nutrientes. Permite que o paciente possa ingerir alimentos sólidos favorecendo a perda de peso. A redução da absorção exige controle rigoroso quanto a distúrbios nutricionais, principalmente minerais e vitaminas. A técnica mais conhecida é a *Derivação Biliopancreática de Escopinaro e a Derivação Bilipancreática Duodenal* Switch que além do desvio intestinal, reduz parte do estômago[16, 27].

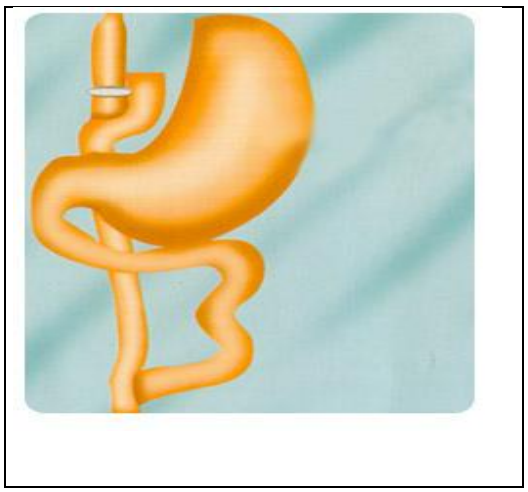
Figura 3 – Derivação Biliopancreática de Escopinaro e a Derivação Bilipancreática Duodenal Switch.



Fonte: http://www.cirurgiadaobesidademorbida.com.br

As Técnicas Mistas associam a restrição do volume de alimento com a disabsorção, mas com desvio intestinal menor. Além de limitar o volume dos alimentos, também limita a velocidade de esvaziamento pela colocação de um anel de contenção. O estômago é dividido em duas partes por grampeamento. A maior ficará isolada e a menor receberá o alimento em um compartimento para volume de 30 a 50 ml. O estômago menor é ligado ao intestino, que por sua vez também estará ligado ao estômago maior, para receber as secreções deste. A técnica de By-pass Gástrico com Y de Roux ou Cirurgia de Fobi-Capella é a mais realizada, entre todas as cirurgias bariátricas no mundo, sendo considerada “padrão ouro”[28,29].

Figura 4 - By-pass Gástrico com Y de Roux ou Cirurgia de Fobi-Capella



Fonte: http://www.cirurgiadaobesidademorbida.com.br

Os principais objetivos da cirurgia bariátrica são a melhora da qualidade de vida, redução das comorbidades, perda de peso ponderável a curto e longo prazo, baixo índice de complicações tanto no período perioperatório quanto tardiamente, como também previne a morte. As condições cardiovasculares, ginecológicas, diabetes, cirrose, osteoartrites, índices de qualidade de vida, transtorno do sono, tromboflebites e outros são melhorados[21, 24, 30,31].

Como em qualquer procedimento cirúrgico, na cirurgia bariátrica há um potencial de risco de morbimortalidade, sendo a mortalidade entre 0,5 a 2%. Devido à obesidade estar relacionada às várias comorbidades, o risco é maior do que nos não obesos; além de ser necessário ser realizada em hospital com estrutura adequada e por cirurgiões e profissionais habilitados[16, 31,32].

Sabe-se que a obesidade é um grave problema de saúde pública em decorrência das comorbidades e que o paciente obeso corre risco de morte pela doença obesidade maior do que pela cirurgia, o que define e justifica sua realização[33].

Os equilíbrios entre os fatores de agressão e os fatores de defesa do organismo vão determinar o prognóstico da cirurgia da obesidade. Os fatores de agressão incluem as comorbidades e o estresse cirúrgico. Os fatores de defesa irão depender do estado nutricional, imunológico e da condição fisiológica do indivíduo[31].

Os pacientes mais obesos, idosos e com maior número de comorbidades, apresentam mais riscos de complicações pós-operatórias e morte em cirurgia da obesidade[31].

A avaliação pré-operatória tem relação direta com as possíveis complicações pós-operatórias. O preparo do paciente com obesidade mórbida para cirurgia da obesidade deve ser meticuloso, tanto no período do pré, trans e pós-operatório e requer uma equipe multidisciplinar, capacitada e familiarizada com os cuidados destes pacientes.

Inicialmente os cirurgiões enfrentaram muitos preconceitos, pois a cirurgia foi muito abordada na mídia, sendo considerada “mutilação”. Em 1996, em São Paulo, foi fundada a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica. Como o sucesso do tratamento cirúrgico não se restringia apenas ao procedimento cirúrgico, mas em grande parte da adaptação do paciente a sua nova condição física e psíquica, foi

necessário agregar outras especialidades, formando uma equipe multidisciplinar[1].

Em 2003, em Fortaleza, no V Congresso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica foi criada a Comissão das Especialidades Associadas - COESAS. Em julho de 2005, foi publicada no Diário Oficial da União, a Resolução do Conselho Federal de Medicina, que institui uma equipe multidisciplinar capacitada para cuidar do paciente em todo o processo. A equipe deve ser formada por um cirurgião, fisioterapeuta, enfermeiro, psiquiatra ou psicólogo, nutrólogo ou nutricionista, anestesiologista e auxiliar de enfermagem[1,34].

Em 2006, no VIII Congresso Brasileiro da SBCBM, o Consenso Brasileiro Multissocietário em Cirurgia da Obesidade instituiu a obrigatoriedade da presença de uma equipe multiprofissional habilitada ou com conhecimento suficiente para atuar em programas de cirurgia da obesidade[1].

No grupo de cirurgia bariátrica (Grupo da Obesidade) do Hospital Universitário de Taubaté, do qual a autora deste estudo fez parte, como voluntária, de 2006 á 2011, realiza-se a cirurgia de Capella, sendo o grupo constituído por cirurgião, endocrinologista, nutricionista, psicóloga, cardiologista, anestesista, enfermeiro e fisioterapeuta.

O processo de acolhimento, orientação e manutenção da relação paciente/cliente, família e profissionais deve ser pensado de forma conjunta e ser entendido e incorporado pelos pacientes e componentes familiares. A co-responsabilidade paciente/família e equipe de saúde é a chave para o combate à obesidade e sucesso resolutivo na necessidade do processo cirúrgico.

O sincronismo e a integração entre os elementos da equipe são os pilares que sustentam o atendimento ao paciente de cirurgia bariátrica, devendo ser o mais eficiente e qualificado possível [35]. A vivência tem demonstrado a complexidade no atendimento a estes pacientes cirúrgicos e a importância da busca de conhecimento relacionada à enfermagem nesta especialidade.

2 SISTEMA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Percebo o cuidado humano como uma forma ética e estética de viver, que inicia pelo amor à natureza e passa pela apreciação do belo. Consiste no respeito à dignidade humana, na sensibilidade para com o sofrimento e na ajuda para superá-lo, para enfrentá-lo e para aceitar o inevitável. Este processo envolve crescimento e aprimoramento.

Vera Regina Waldow (Cuidado Humano)

Considerando que a realização da Sistematização de Assistência de Enfermagem efetiva a melhoria na qualidade do atendimento ao paciente, o Conselho Federal de Enfermagem estabeleceu sua implementação em toda a instituição de saúde[36].

Até a década de 60, a atuação do enfermeiro na assistência perioperatória era direcionada para as solicitações da equipe médica. Essa prática atualmente vem sendo alterada e voltada para a busca da qualidade global, assistência personalizada e especializada aos pacientes cirúrgicos[37].

No Brasil, o Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória, tem como base o atendimento das necessidades humanas básicas, e uma das teorias que o embasam é o processo de enfermagem estruturado por Wanda de Aguiar Horta[37].

O Perioperatório compreende os períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório.

O pré-operatório é o período que antecede a cirurgia. É subdividido em mediato e imediato. O p*ré-operatório mediato* compreende desde o momento em que o paciente recebe o comunicado de que será submetido à cirurgia até 24 horas imediatamente anteriores a mesma. O p*ré-operatório imediato* compreende as 24 horas imediatamente anteriores à cirurgia[38].

O paciente cirúrgico deve ter já no ambulatório, o primeiro contato com processo de assistência de enfermagem, direcionado às suas necessidades de tratamento e rotinas de internação[37].

No preparo do paciente para cirurgia bariátrica, as reuniões abertas do “Grupo da Obesidade” podem ser eficientes, pois há possibilidade de compartilhar informações e favorecer o conhecimento de inúmeros aspectos do processo entre os pacientes e os diversos profissionais da equipe[39].

Ao internar, o enfermeiro reforça as informações relativas à instituição, dinâmica da unidade, questionamentos do paciente, favorecendo a adaptação à unidade, colocando o paciente em condições de colaboração e participação, minimizando o estresse do processo operatório[37].

Transoperatório - O período transoperatório compreende desde o recebimento do paciente no centro cirúrgico até o momento em que é encaminhado para a sala de recuperação anestésica. O intraoperatório abrange a entrada do paciente na sala de operação até seu encaminhamento para a sala de recuperação anestésica, isto é, do início ao término do procedimento anestésico-cirúrgico. Neste período a enfermagem

deve estar preparada para qualquer intercorrência com o paciente, evitando iatrogenias; posicionando de forma adequada, com segurança, oferecendo apoio e respeitando seus medos e necessidades[36, 37,38].

Os cuidados com o paciente obeso são ainda mais abrangentes, envolvendo materiais cirúrgicos específicos, mesas cirúrgicas que comporte o peso do paciente, e atenção redobrada no período de recuperação anestésica devido aos aspectos respiratórios relacionados às comorbidades.

O período do pós-operatório subdivide-se em imediato e mediato - É considerado pós-operatório imediato o período compreendido como as primeiras 24 horas após o procedimento anestésico cirúrgico, incluindo o tempo de permanência na sala de recuperação pós-anestésica[36, 38].

O encaminhamento à unidade de internação deve ser em cama ou maca própria para obeso. Exige vigilância contínua quanto aos sinais vitais, prescrição médica e deambulação precoce para uma evolução e recuperação do paciente. Quando possível, a família deve permanecer com o paciente para apoio e incentivo.

Considera-se o pós-operatório mediato após as 24 horas do procedimento anestésico cirúrgico. Nesse período os aspectos nutricionais são de grande relevância, necessitando de acompanhamento rigoroso no cumprimento das medidas alimentares[36, 38].

O pós-operatório tardio pode compreender desde 15 dias até a um ano após o procedimento cirúrgico. Há autores que defendem o pós-operatório até quando o paciente realiza a última consulta com o cirurgião. Na cirurgia bariátrica, há um diferencial, pois, o acompanhamento do paciente pela equipe médica, nutricionista e psicóloga pode estender-se por toda a vida[36, 38].

Na atuação do enfermeiro no perioperatório, é fundamental a escolha de um método de assistência de enfermagem, mas a conscientização da atuação precisa estar pautada na individualidade do paciente, atendendo às expectativas da família em consonância com os componentes da equipe. A assistência de enfermagem perioperatória é discutida partindo-se da descrição de um modelo com base científica para atuação em qualquer etapa da experiência anestésico-cirúrgica[37].

O presente estudo situa-se na fase pós-operatória tardia, considerando os três primeiros meses após a alta do paciente, incluindo aqueles com até doze meses de pós-operatório.

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta foi

escolhida como referencial para a organização e classificação dos dados coletados[40, 41,42]. A Teoria de Horta se apoia e engloba leis gerais que regem os fenômenos do universo, tais: a lei do equilíbrio, lei da adaptação e a lei do holismo. Desenvolvida a partir da teoria da motivação humana de Maslow, fundamenta-se nas necessidades humanas básicas. Compreende a enfermagem como um serviço prestado ao ser humano e parte integrante da equipe de saúde[40, 41,42].

A teoria pode ser resumida na seguinte concepção: "A enfermagem como parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrio em equilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas; procura sempre conduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço"[40]. A teoria inclui conceitos, proposições e princípios, que serão abordados a seguir.

O primeiro conceito ***Enfermagem***: "é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais"[40].

O segundo conceito refere-se a ***assistir em enfermagem***: "é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar e ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais"[40, 41,42].

O tratamento cirúrgico específico para a obesidade requer ação multidisciplinar; e no que tange à enfermagem a orientação e o ensino são fundamentais para assegurar a qualidade da assistência no autocuidado.

O **ser humano** é parte integrante do universo e sujeito às leis que o regem no tempo e no espaço. Distingue-se dos demais seres do universo por sua capacidade de reflexão, simbolização, imaginação e unir o presente, passado e futuro[40].

O paciente submetido à cirurgia bariátrica tem seus conceitos presentes, seu passado e quer mudar o futuro de sua condição clínica referente à obesidade. Está fortemente influenciado pelo meio, sua autoimagem, hábitos de vida e, principalmente, alimentação.

Quanto aos princípios, a enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano e como membro de uma família ou comunidade; a enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio; com cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e como

participante ativo no seu autocuidado[40, 41,42].

Para Horta, toda ciência tem seu ente concreto; e para a ciência de Enfermagem considera-se o ente concreto, as necessidades humanas básicas, que fazem parte de um ser: o ser humano. Portanto, as necessidades humanas básicas são as condições que o indivíduo, família ou comunidade apresentam de forma aparente, conscientes, verbalizadas ou não, decorrentes do desequilíbrio dessas mesmas necessidades; e que exigem uma assistência do profissional enfermeiro; tornando-se um problema de enfermagem[40].

Nessa teoria, as necessidades humanas básicas são hierarquizadas em nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual; sendo os dois primeiros, níveis comuns a todos os seres vivos e o terceiro exclusivo até o momento, ao homem.

Dentre as "Necessidades Psicobiológicas", encontram-se a oxigenação; hidratação; nutrição; eliminação; sono e repouso; exercício e atividades físicas; sexualidade; abrigo; mecânica corporal; motilidade; cuidado corporal; integridade cutâneo-mucosa; integridade física; regulação (térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular); locomoção; ambiente; terapêutica; percepção (olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa)[40].

As "Necessidades Psicossociais" incluem a segurança; amor; liberdade; comunicação; criatividade; aprendizagem (educação à saúde); gregária; recreação; lazer; espaço; orientação no tempo e no espaço; aceitação; autorealização; auto-estima; participação; auto-imagem; atenção[40].

Nas "Necessidades Psicoespirituais" incluem-se a religiosa ou teológica, ética ou filosofia de vida[40].

Todas as necessidades estão interligadas, pois fazem parte de um todo; o ser humano é indivisível, exigindo do enfermeiro busca constante do entendimento do conceito holístico na sua atuação profissional.

3 REFERENCIAL TEÓRICO - MICHEL FOUCAULT

... não há saber sem uma prática discursiva definida, e toda prática discursiva pode definir-se pelo saber que ela forma.

Michel Foucault (A Arqueologia do Saber)

Michel Foucault foi um importante filósofo que nasceu em Poitiers, na França em 1926. Foi professor da cátedra de História dos Sistemas de Pensamento no Collège de France de 1970 a 1984, quando de seu falecimento. Sua filiação filosófica foram o Pós-estruturalismo e o Pós-modernismo, tendo como principais interesses a psicologia, filosofia política e filosofia da história. Elaborou ideias notáveis como o Biopoder e Sociedade Disciplinar; sofreu influências de pensadores como Nietzsche, Heidegger, Kant, Althusser e Canguilhem[43].

O interesse de Foucault é o sujeito, instância na qual o conhecimento se dá. Seus estudos partem de problemas específicos, problemas acerca de determinados temas e das práticas sociais que têm origem na sua sociedade e no seu tempo.

Suas inúmeras obras são apresentadas em textos complexos e com ausência de sistematização, o que torna trabalhoso o seu entendimento, levando ao interessado por seu pensamento, a uma pesquisa exaustiva e gratificante, não só em suas obras, mas em trabalhos de estudiosos desse filósofo. Mostra uma nova forma de observar o quanto o mundo social impõe limites a si mesmo e a nós; possibilitando nesse contexto verificar as relações entre o poder e o saber e como essas práticas construíram a *Modernidade* e formaram o *sujeito moderno*[44].

Estudiosos de Foucault usualmente identificam três eixos no seu pensamento: a *arqueologia, a genealogia e a ética*. Evidencia-se que em cada eixo há um problema central e uma metodologia correspondente. O estudioso Alfredo Veiga-Neto prefere utilizar a expressão “domínios foucaultianos” para designar “ser-saber”, “ser-poder”, e “ser-consigo” na identificação dos três eixos[44, 45].

Arqueologia – As obras ditas arqueológicas datam da década de 60, a saber: *História da Loucura*, A *Arqueologia do Saber, O Nascimento da Clínica, As Palavras e as Coisas*. O objetivo da arqueologia é verificar como um texto vem a ser o que é, e não explicá-lo. Os textos de Foucault são designados como acontecimentos discursivos e assumem um posicionamento arqueológico, isto é, o discurso é compreendido como determinado por uma regularidade, permitindo a algo ser identificado como verdadeiro e compreendido pela análise do **saber** ou **“ser-saber”.** No saber, a análise ocorre no domínio dos fatos, “o momento”, mas também pode ser correspondida pela pergunta norteadora ***“que posso saber?”***. Uma visão fragmentária é necessária para tentar compreender o sentido geral dado a

arqueologia por Foucault, que mesmo ocorrendo diversos escritos convergentes, guardam diferenças entre si[46, 47].

A *Arqueologia da Alienação* materializou-se com a publicação da obra *A História da Loucura*, em que Foucault quer interrogar as experiências limites de uma cultura, questioná-la, verificar seus contornos e o que a definem, isto é, estuda a ausência da história. Analisar a loucura é um estudo estrutural do conjunto histórico daquilo que constitui a experiência da loucura (noções, instituições, conceitos científicos, práticas sociais) na época clássica nos séculos XVII e XVIII. A experiência da loucura está além do próprio saber sobre ela, bem como do próprio sujeito que conhece: "o medo diante da loucura, o isolamento para o qual ela é arrastada, designam, ambos, uma região bem obscura onde a loucura é primitivamente sentida – reconhecida antes de ser conhecida – e onde se trama aquilo que pode haver de histórico em sua verdade imóvel", é uma experiência muda no qual os ruídos da história se faziam ouvir. O seu interesse é o tema da relação entre o poder institucional e individual, em que defendia ser a relação entre o corpo e o poder uma questão ainda a ser respondida[47, 48].

Foucault não aceitou as maneiras tradicionais de analisar o poder e procurou de forma indutiva, voltar-se para elementos periféricos do sistema total, onde a lei atua realmente. Para a compreensão das forças reais em ação, os locais preferidos do filósofo foram os hospitais psiquiátricos, prisões, forças policiais etc[47, 48].

> *Diz: - Tenho sido criticado, às vezes, por escolher os pensadores marginais em lugar de tomar exemplos do fundo da história tradicional. Um dos meus objetivos é mostrar às pessoas que um bom número de coisas que fazem parte dessa paisagem familiar – que as pessoas consideram como universais – não são senão resultados de algumas mudanças históricas muito precisas. Mostram o caráter arbitrário das instituições e nos mostra qual é o espaço da liberdade que ainda dispomos e que mudanças podemos ainda efetuar[48].*

Em qualquer sociedade, o poder necessita de uma delimitação formal, e em um nível macrossocial, precisa ser justificado de forma abstrata o suficiente para que seja introjetada psicologicamente como uma verdade universal[47, 48].

Em sua obra *Vigiar e Punir*, também explicitou a noção de que as formas de pensamento são também relações de poder, que implicam a coerção e imposição. Assim, é possível lutar contra a dominação representada por certos padrões de pensamento e comportamento sendo, no entanto, impossível escapar completamente a todas e quaisquer relações de poder. Em seus escritos sobre medicina, Foucault criticou a psiquiatria e a psicanálise tradicionais[49].

A *Arqueologia das Ciências Humanas* delineou-se na obra mais conhecida de Foucault, As Palavras e as Coisas. A palavra arqueologia é usada para descobrir, escavar discursos do passado, trazendo à luz fragmentos de discursos e compreender as epistemes antigas verificando o *como* e o *porquê* os saberes apareciam e se transformavam. Essa obra analisa a *epistèmê*, isto é, analisa os saberes a partir do que os constituem; pois, ocorre o aparecimento de uma ordem em determinado momento histórico e os saberes que nele surgem manifestos nos discursos, são tomados como verdadeiros devido a sua influência. Aqui é constatado que em cada época há uma *epistèmê* diferente, que torna possível o surgimento de novos saberes[46, 50].

Portanto, a contextualização da *epistèmê* clássica ocorreu entre os séculos XVII até a segunda metade do século XVIII; e o que regia o saber era a sua ordem: era a ciência geral da ordem, o pensamento da gramática geral, riquezas analisadas, da história natural. No limiar da modernidade, a *epistèmê* se sistematiza. Refletindo sobre os fundamentos do saber científico moderno; a partir dessa ruptura, houve uma reorganização da ordenação e da construção do saber[46].

Ocorrendo então uma ruptura nessa ordem do saber, entre os séculos XVIII e XIX, surgiu o pensamento moderno, que colocou o tempo como limite do que se pensa; tornando o homem finito, definido pela finitude de suas atividades que compõem sua história: viver, trabalhar e falar. Houve a passagem de uma compreensão da linguagem como representação precisa da natureza verdadeira do mundo social e natural para a ideia de que o humano é limitado e que a linguagem utilizada para compreender o mundo é fruto de um contexto[51].

Foucault atenta que, com a modernidade, o homem tornou-se objeto de ciência e que isso não pode ser considerado nem tratado como um fenômeno de opinião, pois é um acontecimento na ordem do saber. Defende a não ocorrência de dúvidas quanto à emergência histórica de que cada uma das ciências humanas

tenha ocorrido por ocasião de um problema, de uma exigência, de um obstáculo de ordem teórica ou prática[50].

A *Arqueologia do Saber* expõe os pressupostos teóricos que fundamentam a arqueologia, isto é, a descontinuidade e a noção de arquivo. No conceito de descontinuidade, ocorre na história das ciências uma alteração nas disciplinas, em que o descontínuo passa de obstáculo à prática, tornando-se tanto objeto quanto instrumento de análise histórica. Para Foucault, a tradição permite formar, a partir de fenômenos dispersos, um conjunto de acontecimentos, que ao seguir seus rastros, levaria o pesquisador até o ponto originário daqueles fenômenos. A maneira como as pessoas agem ou reagem está ligada uma maneira de pensar, e esta maneira de pensar, naturalmente, está ligada à tradição[46, 47, 52,53].

Na arqueologia do saber, portanto, os fenômenos começam em pontos históricos particulares e nesse contexto, o tempo é uma sucessão de descontinuidades, bem como as formações discursivas que se modificam com o tempo. Entre a história natural e a biologia, por exemplo, há um corte entre temas, conceitos e objetos de estudo. Para a historiografia, documento (formações discursivas) é matéria impressa de verdades do passado; memória (coletiva); arquivo; domínio das coisas ditas; dá status à sociedade, isto é, passa a dar um sentido histórico, portanto é instrumento do qual o historiador teria que apreender[46, 47,53,54].

Foucault não pretende interpretar os discursos, mas pretende delimitar as condições (regras) que possibilitam acontecer as relações entre o enunciado e o seu autor, levando ao aparecimento e transformação do discurso. Portanto, as preocupações fundamentais da arqueologia foram a temporalidade e o sujeito históricos e a importância em compreender as condições que possibilitam a própria história e o sujeito da mesma[53, 54].

Na arqueologia, Foucault procura estabelecer as inter-relações discursivas e sua articulação com as instituições, e responder o *como* os saberes apareciam e se transformavam. Para ele, em cada sociedade, a formação do discurso é controlada, selecionada, organizada e redistribuída de acordo com certos procedimentos. Dessa forma, as práticas discursivas seriam voltadas à compreensão do poder dos discursos emanados de diversas esferas do saber[55, 56].

Foucault esclarece que *"um saber é aquilo de que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada: o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão adquirir ou não um status científico; o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupam seu discurso; o campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam; finalmente um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidos pelo discurso. Há saberes que são independentes das ciências; mas não há saber sem uma prática discursiva definida, e toda prática discursiva pode definir-se pelo saber que ela forma"*[56].

Em resumo, o objeto de análise do arqueólogo é o discurso, cujas unidades são os enunciados; estes formam as práticas discursivas, que configuram uma e*pistémè*, a qual pertence ao saber de uma época[53,54].

Momento de transição - A *História dos Sistemas de Pensamento* materializou-se na obra intitulada *A Ordem do Discurso*, considerada o momento de transição para a fase genealógica. *A História dos Sistemas de Pensamento* é o ponto de convergência entre os posicionamentos arqueológicos e genealógicos. Os "sistemas de pensamento" aproximam-se da arqueologia por seu caráter descontínuo, de sua emergência histórica, das possibilidades e especificidades. Mas o que interessa a *História dos Sistemas de Pensamento* são os princípios de verdade aqueles rejeitados como falsos[46].

Para Foucault, o seu campo é a história do pensamento, e defende que o homem é um ser pensante, portanto a maneira como ele pensa está ligada à sociedade, à política, à economia e à história, bem como, está relacionada com categorias muito gerais, olhares universais e com estruturas formais. Entre a história social e as análises formais do pensamento há um caminho, uma pista, que é o caminho do historiador do pensamento. Os discursos interessam à história do pensamento quando permitem circunscrever o "lugar" do acontecimento, as margens de sua contingência, as condições de sua aparição[52].

Genealogia – As obras consideradas genealógicas datam da década de 70 em diante e são constituídas por *A Ordem do Discurso*, *História da Sexualidade – a vontade de saber/vol. 1* e *Vigiar e Punir*. Apoiando-se na genealogia como método e focalizando a análise no **poder/ "ser-poder"** para explicar os saberes, Foucault

realiza um redirecionamento em seu trabalho, relacionando práticas discursivas e poderes. Essa nova análise proposta, tem como ponto inicial a questão do *porquê*, isto é, explicar o aparecimento, examinar o "processo" de saberes a partir de condições externas aos próprios saberes, pois, acredita-se que atrás das coisas há algo inteiramente diferente. O porquê dos saberes pretende explicar sua existência e suas transformações, mas situando-as como peças de relações de poder. *O poder não é um objeto natural, uma coisa, é uma prática social, e como tal, constituída historicamente.* Portanto as análises históricas da questão do poder foram um instrumento de avaliação capaz de explicar a produção de saberes. Poder é uma ação sobre ações, é a "ação de uns sobre os outros"[44,55,56].

Para Foucault, toda teoria é provisória e depende das condições de desenvolvimento da pesquisa que aceite seus limites, a parcialidade, o inacabado, elaborando conceitos que clarificam os dados (organização, inter-relações, implicações), mas que aceitem ser revistos, reformulados, substituídos a partir de um novo material trabalhado[56].

Os mecanismos de poder se desdobram em:

- A *Concepção jurídica do poder* (suplícios) que correspondia ao domínio sobre o corpo, punições físicas severas por fogueiras, esquartejamento, amputações, marcações corporais, exposições vivo ou morto, encenadas, dados como espetáculos. Os suplícios se prolongavam, também, depois da morte com cadáveres queimados, corpos arrastados etc., com o próprio cerimonial da justiça que se manifestava em sua força. O suplício repousa na arte quantitativa do sofrimento, o corpo do supliciado deve trazer à luz a verdade do crime. Nos sinais que não deveriam se apagar havia uma manifestação do poder que punia e nos excessos do suplício se investia toda uma economia do poder, compreendido também, como um ritual político. Essa economia deveria ser constatada por todos[49, 55].

Nesse contexto, Foucault, também avaliou o poder pelo foco da *dominação*. A teoria jurídica-política da *soberania* desempenhou papéis de justificativa, instrumento, modelo e arma nas relações de poder nos séculos XVI e XVII. Condições históricas demonstram que enquanto durou a sociedade feudal, a maneira como o poder se exercia, isto é, a soberania, ocorria desde os níveis mais baixos aos mais altos e recobria a totalidade do corpo social, na relação soberano-súdito. Havia a exclusão política dos não enobrecidos e sem acesso a propriedade fundiária, a força era

exercida sobre a terra e seus produtos, era a apropriação de bens, riqueza, taxas e obrigações. A vigilância é descontínua e distribuída no tempo e a coerção era dada pela existência física de um soberano[56].

- Das *disciplinas (processos disciplinares)* corresponde à série corpo/organismo/instituições. Seus métodos permitem o controle minucioso das operações do corpo, com a sujeição constante de suas forças, impondo uma relação de docilidade-utilidade. Muitos processos disciplinares ocorreram ao longo da história, tais como, conventos, exército, escolas, hospitais. A relação específica de poder para com indivíduos enclausurados (prisões) que incide sobre seus corpos e utiliza uma tecnologia própria de controle foi muito abordado. As disciplinas, portanto, atuam sobre o corpo individual[49, 55].

A partir dos séculos XVII e XVIII, em uma sociedade burguesa, o poder se exerceu continuamente por meio da vigilância, e este foi um instrumento fundamental para a constituição do capitalismo industrial e da sociedade correspondente. Apoiam-se mais nos corpos e seus atos, extraindo dos corpos tempo e trabalho; o controle é contínuo, a coerção material. Essa forma moderna deparou-se com a necessidade de regular a inclusão dos proprietários de bens, mas também dos produtores transformados em “trabalhadores livres” para o mercado. Nesse sistema, o poder deve propiciar simultaneamente o crescimento dos dominados e o aumento da força e eficácia de quem domina; é o poder disciplinar atuando[56, 57].

- A *Biopolítica (poder coletivo)* corresponde à série população/processos biológicos/mecanismos regularizadores/Estado. A biopolítica atua sobre a população, não um corpo único, mas um corpo coletivo. Esse aspecto foi exposto por Foucault no volume da *História da Sexualidade,* em *Vontade de Saber, e* remete ao terceiro mecanismo de poder. Na biopolítica, focaliza-se o conjunto de processos populacionais e alerta-se para o surgimento, na sociedade do final do século XVIII: “de uma nova técnica de biopoder que não se dirigia ao corpo dos indivíduos separadamente, mas, sim, ao homem como espécie” Esse mecanismo de poder envolve a adoção de mecanismos de segurança que implicariam “artes de governar”[49,55].

A constituição de crescentes grupos humanos produtivos, reunidos pela necessidade fabril, em espaços humanos cada vez mais ocupados, faz surgir a necessidade de organização não somente do espaço de distribuição dessas massas,

com o fim de melhor coexistência e produção, mas de aparelhos (hospitais, presídios, escolas, etc.), com o fim de regular esse grande potencial de descontrole e desorganização emergente. É necessário descrevê-los, quantificá-los e compará-los em termos de nascimento, longevidade, morbidade, mortalidade; daí derivando múltiplos saberes, como a Estatística, Medicina Sanitária e Demografia, por exemplo, e atuando de forma a prever o futuro desse novo corpo, a partir de seu passado[56, 57].

Nesse contexto surgiu o conceito de governamentalidade; que pode ser compreendida como um conjunto constituído pelas instituições, que permite exercer uma forma específica de poder e que tem como alvo a população, levando a um tipo de poder chamado governo, em contraste com a disciplina[49, 55].

Nas discussões sobre governamentalidade foram ampliadas as análises das disciplinas e agrega-se outros domínios a essas análises, como as práticas de gestão das condutas dos homens, o Estado e seus aparelhos administrativos. Podem-se citar as diferentes governamentalidades como a Pastoral Cristã e o Liberalismo. Estas duas ao mesmo tempo em que induzem uma gestão dentro de uma lógica específica para cada época, fornecem a possibilidade da “salvação” para indivíduos[56].

Em âmbito geral, na análise genealógica, a investigação não está mais limitada ao Estado, ocorrendo formas diferenciadas de exercício de poder fora deste, mas à ele articulado de maneiras variadas e que são indispensáveis para a sua sustentação e atuação eficientes. Os mecanismos de poder abrangem toda a sociedade; caracterizando como micropoder ou subpoder que intervém materialmente, atingindo a realidade mais concreta do indivíduo no corpo social, na vida cotidiana, controle minucioso do corpo em seus gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos[56].

Foucault verificou como os diversos saberes que denominou de micropoderes de histórias específicas (*o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura*) se relacionavam com o nível geral do Estado. Defende que os poderes não estão localizados em nenhum ponto específico da estrutura social, mas funcionam como uma rede de dispositivos ou mecanismos que a ninguém escapa; que não existe limite ou fronteiras, pois, o poder não se detém ou é uma propriedade que se possui. *O poder* não existe; o que existe são práticas ou relações de poder, que se exercem, se efetuam; é uma relação e está disseminada em toda a estrutura social, só funciona em cadeia, em rede[56].

Onde há poder há resistência. Mas o poder não pode ser visto somente com efeitos negativos, forma de coerção, violência, opressão; mas que possui uma eficiência produtiva, riqueza estratégica e, portanto, com efeitos positivos. Ao ter o corpo humano como alvo, não necessariamente caracterizaria como suplício ou mutilação, mas como, aprimoramento e adestramento. O que faz com que gestos, um corpo, discursos e desejos sejam identificados e constituídos como *indivíduo*, é um dos primeiros efeitos do poder, portanto é um centro de transmissão[56].

Perceber essa relação entre poder e saber levou Foucault a não mais examinar como os discursos das ciências humanas foram considerados verdades, mas refletir sobre as condições históricas, políticas e econômicas que possibilitaram seu surgimento. O que lhe interessa é complementar a análise do saber a partir da articulação entre os discursos de verdade e as práticas sociais e institucionais, isto é, compreender como os saberes se tornam dispositivos políticos que auxiliam os mecanismos de poder[58].

Ética – As obras que constituem a terceira fase são *História da Sexualidade – o uso dos prazeres/vol.2, História da Sexualidade – Cuidado de Si/vol.3.* Ao afirmar que o poder é libertador e está em estreita relação com o saber, Foucault acrescenta ao seu conceito de poder um caráter de "autogoverno", um cuidado de si que capacitaria, emanciparia e libertaria o indivíduo. Nessa fase, o foco de estudo de Foucault passa a ser o que constitui o **sujeito**, por meio da relação na qual o indivíduo se constitui e se reconhece que, por sua vez, envolve escolhas, posicionamentos, ou seja, trata-se da análise da ética do ***"ser-consigo".*** Esta questão tratou da sexualidade na antiguidade greco-romana. A sexualidade é interessante à medida que atua como um grande sistema de interdições, proibições, no qual somos levados a falar de nós mesmos, nas questões de desejo, sucesso e insucesso; sempre perguntando, *por que, quando* e *como* aquela prática se constituiu como problema[44,55].

Essa fase não invalida as outras (arqueologia e genealogia), a análise proposta só é possível a partir da base fornecida pela outras duas. Foucault baseia-se na forma pela qual o indivíduo constitui a si mesmo como sujeito moral, do que seria ético em si mesmo, não somente tornando os atos individuais adequados a uma regra dada, mas, também, atualizando-os pelo exercício da prática moral. Falar de sujeito é falar das complexas relações que os indivíduos mantêm com os outros

(poder), com a verdade (saber) e da *"ação de cada um consigo próprio"* (ética). Portanto, o sujeito se constitui na experiência e através de práticas e tecnologias (de saber, de poder, de si)[52].

Nesse sentido, a moral não é uma individualidade isolada e autossuficiente. Tem dimensões tanto epistemológicas (ligadas a um saber compartilhado) como políticas (ligadas a um contato imerso nas relações de poder com/sobre/sob os outros). O indivíduo não pode mudar seu modo de ser sem mudar simultaneamente as relações consigo mesmo, as relações com os outros e as relações com a verdade[52].

Para estudar a história de uma "moral", deve-se levar em conta as diversas realidades conceituais: história das moralidades; história dos códigos; história da maneira pela qual os indivíduos são chamados a se constituir como sujeitos de conduta moral. Este último, "essa história será aquela dos modelos propostos para a instauração e o desenvolvimento das relações para consigo, para a reflexão sobre si, para o conhecimento, o exame, a decifração de si por si mesmo, as transformações que se procura efetuar sobre si." "...uma história da "ética" e da "ascética", entendida como a história das formas da subjetivação moral e das práticas de si destinadas a assegurá-la"[59].

A palavra moral comporta diversas conceituações, mas Foucault expõe que por "moral" entende-se um conjunto de valores e regras de ação propostas aos indivíduos e aos grupos por intermédio de aparelhos prescritivos diversos, como podem ser a família, as instituições educativas, as Igrejas, etc.; porém por moral entende-se igualmente o comportamento real dos indivíduos em relação às regras e aos valores que lhe são propostos...". Para o filósofo "conduzir-se" é a maneira pela qual se deve constituir a si mesmo como sujeito moral, agindo em referência aos elementos prescritivos que constituem o código dado. O indivíduo não somente age como agente e sujeito moral dessa ação (não negando a sociedade ou o modo político de administração social), mas há uma afirmação de cada sujeito em conhecer e encontrar maneiras mais aceitáveis de como deve viver[59, 60].

Uma ação para ser designada moral, não é somente reduzida a uma série de atos conforme regras, valores e leis; mas implica uma relação a si, uma constituição de si enquanto sujeito moral, na qual o indivíduo define sua posição em relação ao preceito que respeita, estabelecendo para si um certo modo de ser. Para tanto, age

sobre si mesmo procurando conhecer-se, controlar-se, põe-se à prova, aperfeiçoa-se, transforma-se[59].

Para o grego, o importante na saúde, no lar e na corte amorosa era ter um autocontrole do uso que se fazia dos prazeres; a verdade residia no relacionamento a si, no qual o indivíduo se constituía como sujeito moral, “sujeito livre”; portanto a busca de um autodomínio, por meio de técnicas e práticas de si, do uso dos prazeres[59, 61].

Na moral grega, segundo Foucault, respeita-se o caráter individual da conduta: a escolha do modo de vida é uma questão pessoal, bem como sua elaboração; o trabalho sobre a própria vida e constante reflexão sobre este trabalho e o papel do trabalho sobre si mesmo se apóiam em uma série de técnicas (tecnologias) que não tem caráter normativo nem pretende organizar-se em forma de código[52,55,59,60,62,63].

Em exercício filosófico, sua articulação foi a de saber em que medida o trabalho de pensar sua própria história poderia liberar o pensamento daquilo que ele pensa silenciosamente, e permitir-lhe pensar diferentemente; a partir daí pensar a atualidade. A *Estética da Existência* remete a arte (conjunto aberto e variável de técnicas de construção e criação) e nesse sentido cabe ao indivíduo produzir e gerenciar a própria vida exercendo sua maioridade intelectual sem recorrer a dogmas e "autoridades", porque o indivíduo se constitui como livre que é na experiência[59].

O domínio atingido pelo sujeito moral é demonstrado como domínio sobre si, na vida doméstica como no modelo da vida pública, onde o essencial seria a constituição da autoridade no governo de si, na administração da casa e no governo da pólis. Essa forma ativa de domínio de si envolve desejos e prazeres para alcançar a liberdade e o conhecimento, e a liberdade de poder que se exerce sobre si e poder que se exerce sobre os outros. O cuidado de si condiz em não tornar-se escravo dos seus desejos, sendo, portanto a própria liberdade individual[62, 63].

Foucault encontrou nos antigos gregos, os possíveis modos de vida que enalteciam o encontro do homem com a liberdade, ou seja, tem o intuito de descobrir as maneiras de como cada cidadão grego compreendia a si mesmo e aos outros. Era muito importante para o grego sua prática política e econômica, e para bem desempenhar suas funções era essencial cuidar de si próprio. Somente um homem

livre, construtor de sua própria vida, determinante de suas próprias razões e ações poderia desempenhar suas funções na pólis (cidade-Estado) de forma adequada, isto é, governar a si para poder governar aos outros. Para Foucault, a liberdade é um processo complexo engendrado pela reflexão, prática e atitude, é condição da estética da existência[59, 60,62,63].

Em relação à constituição do indivíduo, o sujeito de suas ações morais supõe aceitar a variabilidade e a diversidade, pensar a ética como criação *de* e *a partir* da liberdade e do pensar o sujeito como obra, obra de si mesmo, obra de arte. O objeto ao qual se aplicam a reflexão, a prática e a atitude é o sujeito: nós mesmos enquanto seres historicamente determinados, em parte por relações de poder-saber, mas, ao mesmo tempo, sujeitos às transformações, capazes de enfraquecer os limites que nos constituem por meio de um trabalho sobre nós mesmos, em exercício prático-crítico, constituindo uma estética da existência[60, 61,63].

Foucault questiona: "O que me surpreende é o fato de que, em nossa sociedade, a arte tenha se transformado em algo relacionado apenas a objetos e não a indivíduos ou à vida; que a arte seja algo especializado ou feito por especialistas que são artistas. Entretanto, não poderia a vida de todos se transformar numa obra de arte? Por que deveria uma lâmpada ou uma casa ser um objeto de arte, e não a nossa vida?"[52].

Para o filósofo, são necessárias ao homem determinadas tecnologias para entender e trabalhar a si próprio. As tecnologias apresentam uma origem de ordem prática; compõe a nossa subjetividade e ao produzirem efeitos, produzem saberes. São elas: *tecnologias de produção*: que permitem transformar, produzir ou manipular coisas; *tecnologias de sistemas de sinais*: utilizam signos, sentidos, símbolos e significações; *tecnologias de si ou tecnologias do eu:* por meio das quais o indivíduo, por si mesmo ou com a ajuda dos outros, realiza certo número de operações sobre seu corpo e sua alma, pensamento e condutas, obtendo assim uma autotransformação, que teria como principal objetivo alcançar certo estado de felicidade, sabedoria ou pureza; *tecnologias de poder:* determinam a conduta dos indivíduos, submetem-nos a certo tipo de fins e consistem em uma objetivação do sujeito[64,65].

Essas tecnologias abrangem determinadas formas de aprendizagem e de transformação de indivíduos em sujeitos, mediante a aquisição de determinadas

habilidades e atitudes; aparecem sempre mescladas entre si, não atuando isoladamente. Para tanto, as tecnologias de produção e sistemas de sinais seriam mais utilizadas no estudo das ciências e da linguística; as tecnologias de poder e do eu, como tecnologias de domínio e do sujeito, podem ser utilizadas no estudo do conhecimento e do saber acerca do sujeito e da sua dominação. Portanto, Foucault chama de *governabilidade* o ponto de encontro entre as tecnologias de dominação dos outros e as que dizem respeito a si mesmos[64, 65].

Ao pensar uma estética da existência, Foucault considera a problemática da constituição do sujeito e a condição ética no processo de *subjetivação*. Analisa que o sujeito de desejo, quando tem domínio de si, desenvolve uma arte da existência, determinada pelo cuidado de si. Nesse contexto, a escolha é possível e o indivíduo, limitado pelos domínios do saber constituído pelos jogos da verdade (subjetivação/objetivação) e dispositivos de poder, pode ter acesso às rédeas da própria vida, considerando a vida como uma obra de arte[63].

Entende-se por *processos de subjetivação* o modo como o próprio homem se compreende como sujeito legítimo de determinado tipo de conhecimento, ou seja, como o sujeito percebe a si mesmo na relação sujeito-objeto. Os *processos de objetivação*, por sua vez, dizem respeito ao modo como o sujeito pôde se tornar um objeto para o conhecimento. A objetivação e a subjetivação são processos que se relacionam e se complementam, os quais foram designados jogos de verdade. Estes últimos então são os modos pelos quais os discursos podem ou não se tornar verdadeiros pela maneira pela qual o objeto se relaciona com o sujeito ou pelas circunstâncias que são ditas. Portanto, o autor compreende que não descobre as coisas verdadeiras, mas as regras segundo as quais, a respeito de certas coisas, aquilo que um sujeito pode dizer, decorre da questão do verdadeiro e do falso[58].

A hipótese de Foucault é que os mecanismos de poder, ou seja, as práticas disciplinares, ao longo da história da civilização, na visão dos diversos filósofos, buscaram tornar o homem capaz de prometer e cumprir o prometido. Sendo assim, as práticas disciplinares trabalham aquele que é consciente de seus pensamentos e responsável por seus atos, que promete e cumpre: *o sujeito*. Os sujeitos são pensados na forma como se constituem pensadores e protagonistas de uma ética voltada para a subjetividade e direcionada para o cuidado pessoal de si, pois, “os

processos de *subjetivação e de objetivação* fazem com que o sujeito possa se tornar, na qualidade de sujeito, objeto de conhecimento” [58].

Mas nessa relação práticas de saber, poder e ética, Foucault encontrou reflexão nos antigos textos médico-filosóficos dos primeiros séculos (Sêneca, Epicuro, Epiteto, Marco Aurélio entre outros). Seus estudos centrados na moral e sexualidade na era greco-romana não foram um retorno à antiguidade, mas um deslocamento histórico com a finalidade de encontrar elementos que permanecem na moral moderna tal como o “cuidado de si”[62].

Nos dois primeiros séculos, no mundo helenístico-romano, o pensamento filosófico e médico eram de desconfiança que beirava a severidade em relação aos prazeres, com uma grande insistência sobre os efeitos de seu abuso para o corpo e a alma. As discussões em torno da moral circulavam a questão do prazer; cuidados com o corpo e alma; dieta; saúde; amizade; vida política; família; casamento; obrigações conjugais; amor pelos rapazes (relação sexual entre homens); repulsa de amor entre mulheres; as mulheres não poderiam assumir posições masculinas; concubinagem; adultério entre outros. Mas ocorriam contradições entre os filósofos em relação ao amor pelos rapazes, em que alguns eram mais indulgentes. Estes esforços de moralização sofriam efeitos do poder político e da atividade cívica, promovendo o crescimento de um “individualismo” que conferia mais espaço aos aspectos “privados” da existência[62].

Foucault esclarece: “a atitude individualista, caracterizada pelo valor absoluto que se atribui ao indivíduo em sua singularidade e pelo grau de independência que lhe é atribuído em relação ao grupo ao qual ele pertence ou às instituições das quais ele depende, a valorização da vida privada, a importância reconhecida às relações familiares, às formas de atividade doméstica e ao campo de interesses patrimoniais e, finalmente, a intensidade das relações consigo, isto é, das formas nas quais se é chamado a se tomar a si próprio como objeto de conhecimento e campo de ação para transformar-se, corrigir-se, purificar-se, e promover a própria salvação”[62].

A exigência de uma austeridade sexual desencadeou o desenvolvimento do que foi chamado por Foucault de “Cultura de Si”, na qual foram intensificadas e valorizadas as relações de si para consigo. Enquanto mestre do “cuidado de si”, o filósofo Sócrates defendia que:

> *“...o deus mandatou-o para lembrar aos homens que eles devem cuidar, não de suas*

> *riquezas, nem de sua honra, mas deles próprios e de sua própria alma"*[62].

Todo o centro da "arte da existência" está aqui declarado. Portanto o que caracteriza a *"cultura de si" - arte da existência* – é o princípio segundo o qual é preciso *" ter cuidados consigo"*; portanto esse é o princípio do cuidado de si que dá fundamento a sua necessidade, comanda o seu desenvolvimento e organiza a sua prática[62].

"Para entender o alcance geral da "Cultura de Si", Foucault expôs que: "o preceito segundo o qual convém ocupar-se consigo mesmo é em todo caso um imperativo que circula entre numerosas doutrinas diferentes; ele também tomou a forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele constituiu assim uma prática social, dando lugar a relações interindividuais, a trocas e comunicações e até mesmo a instituições; ele proporcionou, enfim, certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber" [62].

Assim a "Cultura de Si" apresenta alguns aspectos, aqui expostos de forma sintética[62]; encontra-se presente em muitas doutrinas; a aplicação a si requer uma atitude geral, um conjunto de preocupações, ocupações e práticas; está em correlação estreita com o pensamento e a prática médica (tanto se aplica à paixão como à doença física ou à perturbação do corpo como da alma). Nessa prática que ao mesmo tempo é pessoal e social, o conhecimento de si ocupa um lugar importante. O conhecimento de si envolvia "procedimento de provação" (renúncia), exame de consciência, trabalho e filtragem do pensamento sobre ele mesmo (medir aquilo de que se é capaz). O objetivo comum dessas práticas de si é caracterizado pelo princípio do bem geral, modificação de atividades e deslocamento do olhar do indivíduo[62, 66].

Esse saber foi pensado e defendido por diversos filósofos; mas não para que os indivíduos se assemelhassem a eles, mas como uma atitude, um patrimônio válido para todos durante toda a vida e valia não só como indivíduo, no autogoverno e governo dos outros, mas como prática social[66].

> **(Epicteto)**: *"os animais encontram tudo pronto no que diz respeito ao que lhes é necessário para viver, pois a natureza fez de maneira que eles possam estar à nossa disposição sem*

> *que tenham que se ocupar com eles próprios e sem que tenhamos, nós, de nos ocuparmos com eles. Em troca, o homem deve velar por si mesmo: entretanto, não em consequência de alguma falha que o colocaria numa posição de falta e o tornaria, desse ponto de vista, inferior aos animais; mas sim porque o deus quis que o homem pudesse, livremente, fazer uso de si próprio; e é para esse fim que o dotou da razão; esta não deve ser compreendida como substituta das faculdades naturais ausentes; é, ao contrário, a faculdade que permite servir-se, quando e como convém, das outras faculdades; é até essa faculdade absolutamente singular que é capaz de se servir de si mesma: já que ela é capaz de se tomar a si própria, assim como todo o resto, como objeto de estudo"*[66].

Para os gregos, preconizar o cuidado de si, na verdade, refere-se não somente ao cuidado como o corpo, mas o fim deste auxilia no cuidado da alma, como espaço para o pensamento, para a reflexão, o diálogo, o encontro com o semelhante. *As preocupações éticas, a responsabilidade e a liberdade têm lugar apenas enquanto alguém pode ver o outro, a si mesmo e as consequências das ações de alguém nos outros, ou em si mesmo, e agem de acordo com a decisão entre querer, ou não, essas consequências. Para* cuidar de si, ocupar-se de si, ocupar-se da alma, implica que o individuo tenha uma melhor compreensão da sua relação com os outros e do mundo que o circunda, conhecendo-se e transformando-se. Sendo, nesse contexto, o cuidado de si designado o conjunto das condições de espiritualidade, o conjunto de transformações de si que constituem a condição necessária para que se possa ter acesso à verdade[66, 67].

Então durante todo o período chamado de Antiguidade a questão filosófica do "como ter acesso à verdade" e a prática de espiritualidade (as transformações necessárias no ser que permitirão o acesso à verdade) não estiveram separadas. Para Foucault, ao realizar uma transição de muitos séculos, adentramos na idade moderna (a história da verdade entrou no período moderno) quando admitimos que o que dá acesso à verdade é o conhecimento. "Isto é, no momento em que o filósofo (ou o sábio, ou simplesmente aquele que busca a verdade), sem que mais nada lhe seja solicitado, sem que seu ser de sujeito deva ser modificado ou alterado, é capaz, em si mesmo e unicamente por seus atos de conhecimento, de reconhecer a verdade e a ela ter acesso." "...é do interior do conhecimento que são definidas as condições de acesso do sujeito à verdade"[66].

Portanto, falar de sujeito é procurar compreender os domínios nos quais este mesmo sujeito se constitui na experiência e que envolvem complexas relações pelas práticas e tecnologias que envolvem a outros (poder), com a verdade (saber) e consigo mesmos/si (ética). Nessa relação se exercem práticas de dominação e liberdade e nos indica como fomos constituídos "como sujeitos que exercem e sofrem relações de poder, como nos constituímos como sujeitos morais de nossas ações"... É um pensar "uma vida filosófica em que a crítica do que somos é simultaneamente análise histórica dos limites que nos são colocados e prova de sua transgressão possível"[52,55].

Com a intenção de possibilitar um momento de discussão, problematizando o cotidiano, que a primeira vista nos parece banal; cheio de limites e complexo, mas revela-se belo em nossas práticas e vivências *com* e *dos* pacientes; surge, no presente estudo, o desafio de analisar e discutir o material coletado, utilizando os três eixos do domínio foucaultiano:

I - Dimensão do Saber na categoria Autocuidado; II - *Dimensão do Poder na categoria A*propriação do Próprio Destino; sendo estes dois eixos abordados na III categoria - C*ondição de Não Sujeito Para Sujeito* numa concepção Ética do Cuidado de Si à luz de Michel Foucault.

A *Dimensão do Saber na categoria do Autocuidado* aborda a importância, o entendimento e um trabalho do próprio pensamento (questão do conhecimento do sujeito, do conhecimento do sujeito por ele mesmo) em relação a sua saúde, com fatores relacionados ao próprio corpo, desenvolvendo um autocuidado na busca por um governo de si, apropriando-se da elaboração de um sujeito competente por habilidades próprias e adquiridas.

A *Dimensão do Poder dentro da categoria Apropriação do Próprio Destino,* aborda as relações de poder que envolvem o paciente, na apropriação do conhecimento como um exercício, um processo de reconhecer, promover e desenvolver uma política de cuidado de si, trabalhando o seu saber com vista à maior liberdade de suas escolhas.

A abordagem *Ética*, compreendendo a C*ondição de Não Sujeito Para Sujeito,* emerge do saber descoberto, adquirido e elaborado pelo sujeito, sua apropriação para a governabilidade, dando-lhe possibilidades de uma relação consigo mesmo dentro de uma livre escolha. O processo de conhecimento/educação, que envolve

paciente e profissional, é entendido como um processo de despaternalização e libertador do homem, reconhecendo-o como um sujeito autônomo e com capacidade de apropriar-se de seu próprio destino. Surge então o entendimento da possibilidade de o paciente passar da condição de não sujeito para a condição de sujeito, isto é, a partir do momento em que a relação consigo é determinada, um sujeito ético se constitui[49,53,56,62,65,66].

4 OBJETIVO

Como reconhecer entre todos os aspectos do mundo e tantas figuras que se entrecruzam, que há aqui um caráter no qual convém se deter, porque ele indica uma secreta e essencial semelhança?

Michel Foucault (As Palavras e as Coisas)

Compreender a vivência dos pacientes no período pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica, expressa segundo as Necessidades Humanas Básicas e analisá-las utilizando como referencial teórico os três eixos do domínio foucaultiano.

5 MÉTODO

O mundo é coberto de signos que é preciso decifrar, e estes signos, que revelam semelhanças e afinidades, não passam eles próprios, de formas de similitudes. Conhecer será, pois, interpretar: ir da marca visível ao que se diz através dela e, sem ela, permaneceria palavra muda, adormecida nas coisas.

Michel Foucault (As Palavras e as Coisas)

5.1 Tipo de estudo

Pesquisa de campo, transversal, exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa.

A abordagem qualitativa se aplica ao estudo da história, das relações, das crenças, das percepções, opiniões, produto das interpretações realizadas pelos seres humanos de suas próprias condições de vivência. Essa abordagem adequa-se melhor às investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, relações e análises de discursos, entre outros. Caracteriza-se pela empiria e sistematização progressiva do conhecimento[68].

5.2 Local do estudo

O estudo realizou-se em uma instituição hospitalar localizada em uma cidade no Vale Paraíba Paulista, Estado de São Paulo, estando no eixo de circulação entre São Paulo e Rio de Janeiro.

Essa instituição hospitalar tem como objetivo prestar assistência médico-hospitalar e ensino; proporcionar meios e condições para a pesquisa na área da saúde. Atende aos diversos municípios pertencentes à Diretoria Regional de Saúde – DRS-XVII; possui vinte e nove (29) especialidades médicas, entre estas, as especialidades cirúrgicas, incluindo a cirurgia bariátrica[69].

O cenário do estudo foi definido junto ao paciente em pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica realizada nessa instituição hospitalar, utilizando o cadastro/prontuário dos pacientes, possibilitando a localização do seu domicílio ou local por ele definido para as entrevistas.

5.3 População

Os participantes da pesquisa foram os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica por laparotomia na instituição especificada.

O paciente enfrenta nos três primeiros meses as maiores mudanças quanto à dieta, adequação da mastigação, exercícios físicos, redução do peso, redução do uso das medicações, melhora da autoestima e volta ao trabalho[1].

Foram entrevistados doze (12) pacientes de um total de quinze (15) contatados. Os motivos da não participação de três pacientes na pesquisa foram: o esposo de uma das pacientes não autorizou entrar em contato telefônico referindo que ela possuía dificuldade auditiva; a outra referiu dificuldade de horário para a entrevista devido ao trabalho em período diurno e estudar no noturno. O contato com a terceira paciente foi dificultado pela filha que não quis dar o endereço da mãe, moradora de outra cidade.

Durante as entrevistas, a ocorrência de repetitividade das informações saturaram a coleta; as respostas refletiram as dimensões do objeto estudado e todas as entrevistas referiram-se ao tema proposto e foram obtidas com a mesma técnica e em indivíduos submetidos ao mesmo tipo de cirurgia[70, 71].

5.3.1 Critérios de Inclusão

- Pacientes que participaram do Grupo da Obesidade;
- Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica por laparotomia;
- Pacientes em Pós-Operatório de no mínimo três meses e no máximo de doze meses;
- Pacientes que aceitaram participar da pesquisa.

5.4 Instrumento de coleta dos dados

Os dados foram coletados utilizando-se um instrumento específico, constando de duas partes: na parte A, foram incluídos os dados de identificação, das condições sóciodemográficas, endereço e telefone originados dos prontuários das pacientes. Previamente, os registros hospitalares (prontuários) foram acessados para identificação pessoal dos participantes da pesquisa, utilizando-se uma Ficha de Dados (Apêndice 4). Os dados da Parte A resultaram na caracterização dos sujeitos da pesquisa.

A parte B constou de um roteiro de entrevista semiestruturada, pré-especificada em questões abertas; composto por itens sobre o grupo de obesos e vivência do paciente no pós-operatório tardio. As questões abertas permitiram obter informações mais ricas e completas[72]. São elas:

- Quais assuntos das reuniões do Grupo da Obesidade deveriam ser melhor discutidos?

- Descreva sua vivência nos três primeiros meses depois da cirurgia bariátrica estando em domicílio/casa.

5.5 Procedimentos Éticos

Inicialmente foi solicitada autorização junto à instituição responsável pelo local da pesquisa (Apêndice 1); juntamente foi encaminhada a solicitação de autorização para uso de Prontuários dos Pacientes (Apêndice 2).

Após autorizações foi solicitado Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, na Instituição de Ensino ligada ao hospital, respeitando as Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, o qual foi aprovado sob Nº 051/10 (Anexo 2).

Elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3), em duas vias, para sua explicitação e aceite formal dos sujeitos da pesquisa, garantindo a participação espontânea, o seu anonimato, sem prejuízos pessoais ou constrangimentos, e a possibilidade de desistir da sua participação a qualquer tempo.

5.6 Procedimentos de Coleta

Para a coleta de dados, foram identificados os pacientes registrados no Livro de Registro da Unidade de Internação Particular e Clínica Cirúrgica da Instituição. De posse dos registros foram localizados os prontuários para coleta das características do perfil epidemiológico e sóciodemográfico e telefone para contato (Apêndice 4).

Foi agendada entrevista com o paciente, no local, dia e hora por ele especificado, de forma presencial, explicitando o conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicitando sua autorização mediante assinatura após concordância. Os discursos foram gravados, transcritos integralmente e analisados posteriormente.

5.7 Organização dos Discursos

Os discursos dos participantes da pesquisa foram organizados conforme a proposta da Análise de Conteúdo, que ressalta o processo técnico e permite tornar as inferências replicáveis e válidas, buscando a interpretação do material. Nesse trabalho foi realizada a Análise Temática. O tema comporta uma gama de relações e está ligado a uma afirmação sobre determinado assunto, e que pode estar graficamente representado por uma palavra, frase ou resumo; também pode constituir uma afirmação ou alusão, que contém significação natural no texto pesquisado[68, 70].

Quadro 2 – Fases da Organização dos Discursos dos Participantes. Taubaté, 2011.

1ª Fase - Pré-Análise a) Substituída a identidade dos participantes por nomes de pedras preciosas: (*Ágata, Ametista, Cianita, Esmeralda, Goshenita, Jaspe, Marinha, Turquesa, Turmalina, Opala, Rubi e Safira);* b) Transcrição integral dos discursos das participantes; c) Leitura Flutuante; d) Constituição do *Corpus.*
2ª Fase - Exploração do Material - *Contexto favorável e desfavorável para a recuperação cirúrgica conforme as Necessidades Humanas Básicas.* a) ***Unidades de Registro*** *(Necessidades Favoráveis e Desfavoráveis)* b) ***Núcleos de Compreensão*** c) ***Temas*** d) ***Categorias****.*
3ª fase - Inferências e Interpretação das Categorias conceituais. a) **Saber – Autocuidado;** b) **Poder – Apropriação do Próprio Destino;** c) **Ética – Condição de não Sujeito para Sujeito.**

6 ANÁLISE DO MATERIAL

O grande espelho calmo, no fundo do qual as coisas se mirariam e remeteriam umas às outras suas imagens, é, na realidade, todo buliçoso de palavras. Os reflexos mudos são duplicados por palavras que o indicam.

Michel Foucault (As Palavras e as Coisas)

6.1. Caracterização dos sujeitos da pesquisa - A caracterização possui grande relevância, pois auxilia no cruzamento das informações nas avaliações posteriores.

Tabela 1 – Características dos participantes da pesquisa em número e percentuais. Taubaté, 2011.

Características	n	%
Sexo		
Feminino	12	100
Faixa Etária		
20 - 30	3	25
31 - 40	1	8,3
41 – 50	3	25
51 – 60	4	33,3
61 – 70	1	8,3
Estado Civil		
Casada	4	33,3
Solteira	3	25
União consensual	2	16,6
Separada	2	16,6
Viúva	1	8,3
Grau de Instrução/anos de escolaridade		
1 – 4 anos	3	25
5 – 8 anos	4	33,3
9 – 11 anos	3	25
Superior incompleto	2	16,6
Ocupação Atual		
Do lar	3	25
Aposentada	3	25
Artesanato/costura	2	16,6
Empregada doméstica	1	8,3
Atendente	1	8,3
Estudante	1	8,3
Auxiliar de Enfermagem	1	8,3
Procedência/cidades		
Taubaté	8	66,6
Cruzeiro	2	16,6
Tremembé	1	8,3
Pindamonhangaba	1	8,3

No estudo a totalidade dos participantes é do sexo feminino. Podemos observar em várias pesquisas a predominância das mulheres em relação aos homens que procuram a cirurgia bariátrica como resolução para a obesidade. Autores salientam que as mulheres obesas apresentam perda da vitalidade e percepção pior da saúde em geral, com prejuízos da qualidade de vida, em relação aos homens com obesidade [8,13,14,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83].

Quanto à faixa etária, houve o predomínio entre 41-60 anos (7 – 58,3%). Na pesquisa da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica em 2007, a faixa etária de 46-55 anos foi de 23% (maior índice); 13% tinha obesidade leve; 1% obesidade moderada e 5% obesidade mórbida; quanto ao estado civil, a predominância foi de mulheres casadas (4 – 33,3%), corroborando com a pesquisa citada acima, que encontrou 52% [16].

O grau de instrução foi de 5 - 8 anos de estudo, correspondeu a 4 - 33,3% isto é, ensino fundamental incompleto, também semelhante a pesquisa citada. Metade das pacientes ocupa-se do lar e são aposentadas; já na pesquisa da SBCBM, foram 27% de ocupações do lar, como maior índice e aposentado 9%, sendo o segundo maior índice [16].

Outras ocupações como, artesanato, empregada doméstica, atendente, corrobora com outras pesquisas em que o perfil das pacientes mostra menores oportunidades de conquistar melhores qualificações e melhor condição salarial[83].

Essas características de baixa escolaridade e ocupação podem levar à possível interferência no suporte financeiro e independência destas. Ser mulher, obesa, disfuncional nas atividades cotidianas e ter nível de escolaridade baixo, é uma combinação arriscada para a saúde biológica, psicológica e social desta. Essa informação quanto à escolaridade sofreu alterações com o passar do tempo, na relação escolaridade e obesidade. Até 1989, a obesidade era proporcional ao nível de escolaridade, em que quanto maior o nível de escolaridade, maior o risco de obesidade; alterando a partir de 1997, em que o aumento da obesidade apresentou uma relação inversamente proporcional ao nível de escolaridade. Esse quadro segue uma tendência comum nos países da América Latina, agravando-se em relação ao sexo feminino, principalmente mulheres desempregadas, tornando-se mais propensas ao aumento de peso[84, 85].

Quanto à procedência, todas as participantes do estudo são originárias do Vale do Paraíba e frequentaram o Grupo da Obesidade, para a preparação pré-operatória em diferentes frequências, que muitas vezes não eram lembradas por elas.

Na questão relativa aos assuntos das reuniões do grupo que deveriam ser melhor discutidos e mais aprofundados, 05 delas relataram ser a orientação psicológica, como segue:

> *- Pra gente ir para o hospital a gente tem que ta muito bem preparada. Se agente ta doente da mente, o corpo não sara, a mente da gente tem que ta bem, pra chegar no hospital a gente tem que ta muito bem de saúde, assim , ta com uma parte estragada mas você sabe que vai lá e vai tratar, mas a mente...***Ametista**
>
> *- A parte psicológica, aprofundar mais*. **Àgata**
>
> *- O psicológico.* **Esmeralda**
>
> *- Alertar quanto a frequentar a psicóloga*...**Marinha**
>
> *- A parte psicológica.* **Jaspe**

Quanto a outros assuntos a serem abordados nas reuniões, foram sugeridos:

- *Dieta líquida no primeiro mês de pós-operatório:* exemplos de líquidos (chá, sucos, gelatinas, água de coco...), quantidade por refeição, período entre estas, adaptação, dificuldades, líquidos de maior dificuldades de adaptação, etc.
- *Discutir o período de pós-operatório que vai chegar ao peso:* período de maior perda de peso, dificuldades em manter o peso;
- *Demonstrar visualmente como servir um prato de comida:* sugerem que a nutricionista demonstre ao vivo ou em fotos a melhor forma e quantidade ao servir um prato, tamanho dos talheres, copos e pratos.
- *Reeducação alimentar:* dificuldades que podem ocorrer na transição das diferentes dietas no período de pós-operatório, a escolha mais adequada dos alimentos em detrimento de outros,
- *Fotos de exercícios físicos/alongamentos:* neste caso é necessária a integração na equipe multidisciplinar de um profissional especializado em Educação Física para explicação e orientações adequadas.

- *Medicações:* melhor orientação dos efeitos e reações colaterais que podem ocorrer nas diferentes medicações mais frequentemente usadas, tais como, vitaminas, analgésicos, antiinflamatórios, antibióticos.
- *Cinta tensora abdominal:* Esclarecer melhor sobre a importância do tamanho correto da cinta, tempo de uso, forma de colocação, ocorrência de incômodos.

6.2. Apresentação da análise nas diferentes dimensões

As formas de comunicação desenvolvidas na entrevista possibilitaram não apenas as buscas do material para a autora, mas um momento de reflexão, na tentativa de captar as nuances dos pensamentos das pacientes com a finalidade de entender os diversos significados da sua vivência no processo do cuidado humano exercido pela enfermagem; cuidado humano considerado como a própria ética da enfermagem. No contexto dos discursos dessas experiências, surgiram as *unidades de registros* nos aspectos favoráveis ou desfavoráveis, os quais foram organizados segundo as Necessidades Humanas Básicas, hierarquizadas em nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual; os *núcleos de compreensão*, conduzindo aos *temas*, os quais foram conjugados e desvelados em *categorias*.

Para explicitar a elaboração desse material foram construídos Quadros do nº 3 ao nº 27 com as Necessidades Humanas Básicas e os respectivos Temas da sua análise resultante. Pode ser observado nos quadros abaixo que *de uma única Necessidade Humana Básica emergiram diferentes temas*. Isso demonstra que uma única Necessidade Humana Básica do paciente pode e deve ser vista pelo profissional, de diferentes perspectivas e não limitada a ela mesma.

Os Quadros do número 3 ao número 15 incluíram as <u>Necessidades Psicobiológicas</u> de:

- ***Nutrição:*** Qualidade da Alimentação / Limitação
- ***Oxigenação:*** Segurança
- ***Sono e Repouso:*** Segurança
- **Hidratação:** Proteção
- ***Exercício e Atividade Física:*** Limitação / Readaptação Física
- ***Sexualidade:*** Readaptação Física
- ***Mecânica Corporal - Locomoção – Cuidado Corporal***: Readaptação

Física / Limitação

- ***Crescimento Celular:*** Segurança
- ***Terapêutica e Regulação Vascular:*** Segurança / Conhecimento
- ***Eliminação:*** Proteção
- ***Percepção Dolorosa:*** Proteção
- ***Percepção Olfativa:*** Proteção
- ***Regulação Térmica:*** Proteção

Os Quadros do número 16 aos números 26 incluíram as Necessidades Picossociais de:

- ***Segurança:*** Controle / Conflito / Relacionamento
- ***Liberdade:*** Controle / Isolamento
- ***Comunicação:*** Conhecimento / Responsabilidade
- ***Aprendizagem:*** Conhecimento / Conflito
- ***Gregária:*** Relacionamento
- ***Lazer – Recreação:*** Conhecimento / Relacionamento / Isolamento
- ***Aceitação:*** Autorrealização / Conflito
- ***Autorrealização:*** Autorrealização / Conflito
- ***Autoestima:*** Autorrealização / Conflito
- **Autoimagem:** Autorrealização / Relacionamento / Conflito / Isolamento
- **Participação:** Autorrealização / Isolamento.

O Quadro 27 inclui as Necessidades ***Psicoespirituais/Religiosa/Teológica e Filosofia de Vida*.**

- Crenças/Ritos.

As categorias emergiram de uma elaboração de pensamento, entre tantas outras que poderiam ser elaboradas neste mesmo contexto, para demonstrar que pode haver uma grande relação de forças interferindo na nossa compreensão e nas práticas de enfermagem.

Para entender a relevância dessas categorias, foi necessário buscar a compreensão dos seus significados discutindo cada tema dentro das experiências narradas pelas pacientes em suas particularidades; realizar a associação total dos temas com o referido referencial teórico e, em um momento, realizar a emersão das categorias segundo as dimensões do saber, do poder e da concepção ética, segundo Michel Foucault.

Quadro 28 – Distribuição dos Temas e Categorias emergentes na análise dos discursos. Taubaté, 2011.

<table>
<tr><th>TEMAS</th><th colspan="2">CATEGORIAS</th></tr>
<tr><td>Qualidade da Alimentação
Proteção
Readaptação Física
Conhecimento
Crenças/Ritos</td><td>Autocuidado
(Dimensões do Saber)</td><td rowspan="2">Condição de não sujeito
para sujeito
(Concepção Ética e Cuidado de Si)</td></tr>
<tr><td>Segurança
Controle
Limitação
Conflito
Autorrealização
Relacionamento
Responsabilidade
Isolamento</td><td>Apropriação do próprio destino
(Dimensões do Poder)</td></tr>
</table>

6.3 – A CATEGORIA AUTOCUIDADO (Dimensões do Saber), emergiu dos temas *Qualidade da Alimentação; Proteção; Readaptação Física; Conhecimento e Crenças/Ritos.*

a) Tema – Qualidade da Alimentação - O primeiro tema *Qualidade da Alimentação* derivou dos núcleos de compreensão com manifestações do paciente quanto à *quantidade, variedade, aceitação dos alimentos e barreiras nutricionais.* Esse tema sobressaiu sobre os demais, salientando que a alimentação para o paciente parece ser seu maior interesse e conflito. Um padrão alimentar inicialmente desordenado tende a persistir após a operação e pode em longo prazo, facilitar o reganho de peso. Como componente da equipe de cirurgia bariátrica, o profissional nutricionista tem como função realizar avaliação nutricional e promoção de um programa de reeducação alimentar de médio a longo prazo. Portanto identificar o conhecimento do paciente sobre a conduta nutricional a ser seguida após o procedimento cirúrgico é de extrema importância. Mas também cabe ao enfermeiro conhecer as expectativas desse paciente frente à cirurgia e ao comportamento alimentar o que poderá facilitar a aceitação, o atendimento e a evolução do processo cirúrgico durante a internação, visando mudança de hábitos alimentares. Alguns pontos a serem reconhecidos e abordados relativos aos hábitos dos pacientes abrange a ingestão de alimentos e líquidos, hábitos alimentares, horário, frequência, preferências, intolerâncias, quantidade e qualidade [8,40,86,87].

No Grupo da Obesidade, minha experiência com os diversos profissionais da equipe, mesmo estes tendo abordado inúmeros pontos e situações na orientação relativas à nutrição durante as palestras do grupo, no período pós-operatório imediato, observei resistências por alguns pacientes na aceitação da dieta líquida restrita e com horários controlados, o que dificultou os cuidados de enfermagem. A presença do familiar foi de grande importância, pois no geral, auxilia e encoraja o paciente a aceitar a dieta líquida. Se o paciente apresenta resistência mesmo em presença da equipe, resta a dúvida de qual será sua postura em domicílio. Ao investigar os pacientes, estes podem relatar seus conhecimentos quanto à conduta nutricional a ser realizada. Esse fato não garante que eles realizem esses cuidados em suas práticas cotidianas, pois os discursos dos entrevistados são reveladores:

> *- Não é que a gente não come. Come, só que pouquinho. Por isso, ir na Nutricionista é muito importante, ela vai orientando e*

> *é mais fácil depois da cirurgia, uma educação alimentar.* **Marinha**
>
> *- Se vou numa festa, lá eu escolho o que vou comer, porque lá tem várias pessoas que vão pensar no que vou comer, ela fez cirurgia... Mas de servir muito eu faço só em casa, porque na minha casa eu faço o que eu quiser. É muito difícil eu me privar de alguma coisa, porque não é legal, eu vou comer, depois eu fico pensando: por que eu comi?* **Cianita**

- *Quantidade:* Nas manifestações dos pacientes em relação à *quantidade dos alimentos*, percebeu-se que o paciente quando orientado, entende a importância da quantidade de alimento necessário nas suas refeições e comer pouco significa, ingerir líquidos e alimentos adequadamente.

> *- E agora eu como de tudo um pouquinho, e não foi assim tão difícil de me adaptar.* **Esmeralda**
>
> *- A gente sempre foi de comer verduras devido a minha mãe e irmã que são diabéticas, mas mudou a quantidade que a gente faz.* **Goshenita.**

Os pacientes podem sentir facilidade ou dificuldade em dimensionar essa quantidade. Referem a necessidade de visualizar de forma mais clara e próxima a maneira de se servir. A ingesta excessiva de alimento também está presente nos discursos, bem como o hábito de alimentar-se ingerindo líquidos. Autores sugerem que os pacientes tenham copos e xícaras pequenos em casa, além de utilizarem o prato de sobremesa para fazerem as suas refeições, o que possibilita uma melhor apresentação visual da refeição, quando comparada à distribuição de alimentos em pratos e copos de tamanho padrão[87].

> *- Não consigo porcionar no meu prato até hoje. Ela (nutricionista) poderia sentar com um paciente, tirar uma foto de um prato, porcionado, do jeito que deve ser inclusive as frações, porque é muito diferente. Agente precisava ver um cardápio, não só falado.*
> **Safira / Goshenita**

- *Variedade:* Sobre a *variedade* da alimentação sobressaiu a importância da busca por adaptação à diversidade de alimentos e, consequentemente dos nutrientes, como também o auxilio ao paciente evitando repulsa por repetições frequentes destes. Está presente a percepção da necessidade do paciente adaptar-se às suas novas necessidades. Percebemos que pacientes com gostos seletivos para

alimentar-se possuem mais dificuldades, pois, não é tudo que gostam ou aceitam e acabam deixando de alimentar-se[87].

> *- Eu como de tudo e não sinto nada...* **Àgata / Opala**
> *- Agora ainda to com complicação até hoje, porque não to conseguindo comer; não consigo comer arroz, feijão, nada de massa, algumas frutas duras, leite desnatado, água, gatorade, água de coco, remédio não consigo tomar.* **Ametista/ Goshenita**
>
> *- A única coisa que me adaptei é a barra de cereal, o resto não me adaptei a nada, nada ligth, dieth. O Dr falou que fruta não é só maçã e banana. Pra mim fruta é só maçã e banana!* **Cianita**

- *Aceitação:* Quanto à *aceitação* dos alimentos, os relatos apresentaram desde condições excelentes de adaptação à dieta orientada, quanto a gostos seletivos; alguns possíveis processos fisiológicos acabam interferindo no ato de alimentar-se, como percepção olfativa e gustativa alterada, náuseas, enjoos por dificuldade em diversificar o cardápio, sensação de que o estômago está com toda sua capacidade completa sem alimentar-se adequadamente. A exclusão do duodeno e a primeira porção do jejuno, sítios de absorção de ferro e cálcio, é um dos fatores primordiais para o aparecimento de suas deficiências e diminuição de consumo por intolerância, tais como carne, leite e derivados [75,87,88].

> *- Eu to comendo o que a nutricionista passou... Não tive dificuldade pra comer... Eu como de tudo e não sinto nada...* **Turmalina/Turquesa/ Àgata/ Marinha/ Opala**
>
> *- Todas as alimentações que ele (cirurgião) mandou tomar, gatoradi, suco, gelatina,leite desnatado, tudo meu estômago não aceitou. Meu estômago também teve rejeição á adoçante... Só aceitou a água de coco. - Teve umas vezes que fiquei o dia todo sem comer,* **Ametista/Opala/ Cianita/ Goshenita**
>
> *- Antes o meu hábito alimentar era lanche, pizza, feijoada, dobradinha, carne de porco. Eu até comi algumas coisas assim, mas pouquinho, mas eu passo mal....* **Esmeralda**

O que foi exposto acima parece corroborar que há também uma relevância nos estilos alimentares que são representados por: alimentação restrita (estilo alimentar relativo ao conhecimento de hábitos nutricionais adequados); alimentação emocional (estilo alimentar relativo ao estado emocional do indivíduo) e alimentação externa (estilo alimentar relativo aos atrativos de aroma e sabor dos alimentos, bem como a alimentação associada às situações sociais). Os discursos das pacientes podem

expressar exemplificações desses estilos alimentares[89].

- *Alimentação restrita:*

  - Eu consigo mastigar muito bem. **Ametista.**

- *Alimentação emocional:*

  - Eu tive problema na questão de comer devagar, às vezes eu esquecia e comia um pouco mais rápido daí eu passo mal, entupia. Umas vezes que fiquei o dia todo sem comer. **Emeralda/Opala**

  - Eu tenho dente ali (referindo que a prótese dentária está guardada) só que agora de raiva eu não ponho, não uso. Pra mastigar eu mastigo sem dente mesmo. **Àgata**

- *Alimentação externa:*

  - Quando a gente vai num churrasco, tem que se servir e comer. Se você ficar de lá para cá, come e não sabe a quantidade que comeu, só percebendo quando começa a passar mal. Tem coisas que eu estou esperando ter na casa de um colega. **Cianita.**

  ...uma de minhas dificuldades é o desperdício de comida quando vou num restaurante, não consigo porcionar. **Safira.**

Os pacientes mais ansiosos, que não reaprenderam o processo de mastigação lenta, tendem a sentir desconforto, dependendo do alimento utilizado, demorando mais para evoluir para novas consistências desejadas. Há situações em que o paciente não mastiga corretamente os alimentos mais consistentes, como carne, ocorrendo obstrução do anel e posterior retirada somente via endoscópica. Esses pacientes necessitam de maior atenção da equipe, salientando que o aprendizado da mastigação e deglutição lentas são fatores determinantes para uma boa digestão[90].

- *Barreiras nutricionais:* As barreiras nutricionais apresentaram aspectos relacionados à oposição quanto à orientação de membros da equipe; uso de prótese dentária quebrada e sem previsão de substituição; ingestão de alimentos extremamente calóricos dos hábitos anteriores à cirurgia; dificuldade de deixar hábito anterior de ingerir líquidos às refeições; beliscar os alimentos; dificuldades em temperar os alimentos; paciente sem orientação do cardápio por não manter acompanhamento com a nutricionista; referência de que o cardápio orientado pela nutricionista é considerado maior do que consegue comer e declarações de que após a cirurgia, não há sensação de fome, mas “não perdeu a vontade de comer”[8].

> *- Eu até comi lanche, pizza, feijoada,dobradinha, carne de porco. Às vezes eu vou lá dentro beliscar. Tenho o hábito de comer tomando água. O cardápio dado pela nutricionista é maior do que cabe no meu estomago; ...eu não tenho acompanhamento de nutricionista.* **Esmeralda / Àgata/ Cianita/ Jaspe**

A cirurgia bariátrica é uma ferramenta que auxiliará a controlar a quantidade de alimentos ingeridos, mas no pós-operatório, a importância da disciplina alimentar é fundamental, para evitar desnutrição ou retornar a engordar. Há sugestões de autores que quando o paciente está adaptado ao novo modelo alimentar, é pedido a ele que faça um recordatório alimentar, a fim de conhecer a aceitação, a quantidade e a qualidade de alimentos tolerados, para reorganizar seu plano dietético[91].

Mesmo que o procedimento cirúrgico for teoricamente realizado sempre da mesma maneira, haverá pequenas diferenças técnicas, especialmente porque nem todos os pacientes são operados pelo mesmo cirurgião, podendo ocorrer pequenas diferenças entre um paciente e outro; no tamanho do novo estômago, da gastro-jejuno-anastomose e do desvio intestinal. Isso irá influenciar na adaptação de cada paciente e irá influenciar de uma maneira ou de outra na sua condição nutricional, em seus inúmeros nutrientes[75].

Independente da técnica cirúrgica deve-se, prever um acompanhamento multidisciplinar intenso para esse grupo de pacientes, promover a reaprendizagem ao alimentar-se favorecendo melhor a qualidade e adequação da quantidade, assim como o tratamento psicológico dos possíveis distúrbios alimentares. É importante salientar aos pacientes que a cirurgia é a solução somente quando for acompanhada de mudança do estilo de vida, envolvendo modificações no comportamento alimentar[90,92].

Como podemos perceber, essa temática Qualidade da Alimentação parece ter razões de ser a de maior atenção dada pelos pacientes, pois nenhum dos entrevistados deixou de mencioná-la; apresentou o maior conteúdo de informações, além do que uma das causas da obesidade são normalmente hábitos alimentares errôneos com alta ingestão calórica e baixo gasto energético. A atenção nutricional deve ser permanente desde o período pré-operatório e periodicamente no período pós-operatório. A evolução nutricional deve ser lenta e progressiva, podendo variar de um paciente para outro, dependendo da tolerância individual[90].

Mas devemos considerar outro aspecto, pois as pacientes passam por várias etapas, perdem peso, a exclusão social se reverte, se consideram vitoriosas, satisfeitas. Esse período de grande contentamento é conhecido como “lua-de-mel”. Mas essa sensação aos poucos pode ser suplantada pela restrição a que foram submetidas. O prazer de alimentar-se, um dos poucos do indivíduo obeso, reduz-se drasticamente, fazendo-nos pensar como atuar, trabalhar com alguém que “pensa com o corpo”. Estudos nos dizem que neste período a depressão e a compulsão podem surgir; é uma sensação de vazio, angústia e luta interior; portanto é a via do corpo que está presente e não a via do pensamento[93].

> *- Eu acredito que a minha situação, até a minha obesidade, é psicológica. Hoje eu penso que não precisaria ter operado o estômago se eu pudesse operar o cérebro, porque a minha vida e minha cabeça não mudaram. Tem hora que eu me revolto... eu não posso comer!* **Cianita**

b) O Tema Proteção - O tema *proteção* aborda os núcleos de compreensão relativos ao *volume de líquidos deficiente, perdas excessivas, percepção sensorial perturbada, dor no primeiro e segundo mês, desequilíbrio na temperatura corporal.*

- *Volume de líquidos deficiente:* No volume de líquidos deficiente e nas perdas excessivas foi relatada a dificuldade de manter-se hidratado e de ingestão dos líquidos indicados devido às náuseas, vômitos, fezes líquidas, boca seca, lábios ressecados e com descamação e sensação de fraqueza, levando o paciente à desidratação e possível desnutrição. As dietas hipocalóricas podem levar à desidratação, desequilíbrio hidroeletrolítico, hipotensão ortostática, fraqueza, fadiga, distúrbio gastrointestinal, câimbras, entre outros; além das consequências psicológicas, como alteração do humor e aumento da agressividade[90].

> *- Não aceitei líquidos. Não conseguia beber de 15 em 15 minutos.* **Ametista/ Marinha/Goshenita**

> *- Eu tive bastante diarréia, fezes líquidas, náuseas, vômitos, febre, sentia sede, fiquei desidratada, o lábios estão descascando.* **Àgata/ Ametista/ Goshenita**

- *Perdas excessivas*: Os sintomas gastrointestinais de náuseas, vômitos e diarreia, também foram observados em outros trabalhos e podem ou não estar

relacionados à síndrome de “dumping” ou a falta de mudança de hábitos necessários após o procedimento cirúrgico tais como: mastigar bem os alimentos, tomar líquido somente uma hora após a ingestão de alimentos sólidos, aumentar a mastigação e o tempo necessário para se alimentar, reduzir o volume ingerido e reduzir o consumo de alimentos ricos em carboidratos e gorduras, associado à exclusão do duodeno e maior parte do jejuno proximal. O incentivo ao controle dietético e à reeducação alimentar no pós-operatório, auxilia a amenizar essas manifestações[75,94,95].

- P*ercepção sensorial perturbada*: Quanto a este item, pode-se perceber que houve uma mudança nos padrões de estímulos acompanhada de resposta exagerada, tais como, rejeição a cheiro de alimentos, produtos de higiene e limpeza e alteração no paladar que, quando apresentadas, interferem no ato de alimentar-se, deixando de realizá-lo. Devemos lembrar que volume de líquidos deficiente, perdas excessivas e percepção sensorial perturbada estão também associadas à Qualidade da Alimentação. Há estudos em que os pacientes demonstram dúvidas quanto à possibilidade de mudança de paladar, confirmado também em nosso estudo[8].

- *Tive rejeição a tudo quanto era tipo de cheiro.* **Ametista/Rubi/ Cianita**

- *Desequilíbrio da temperatura corporal:* O desequilíbrio da temperatura corporal apresenta a febre como alteração. A presença da febre sugere a infecção; para se diagnosticar sua origem, esta deve ser sempre muito valorizada. Dentre os inúmeros cuidados clínicos, as alterações infecciosas podem decorrer de quadros de contaminação ou mesmo infecção adquirida devido ao ato cirúrgico ou sua permanência no hospital. Portanto salientar nas orientações ao paciente da necessidade de verificar a temperatura e entrar em contato com o cirurgião imediatamente na ocorrência de sensação de febre[96,97].

- *...a febre não passava*. **Rubi**

- *Tive febre...* **Ametista**

- *Dor:* A dor como experiência sensorial desagradável, foi salientada como tal e relatada em suas diversas ocorrências e períodos. Os sinais de dor e sua intensidade são importantes na identificação pelo cirurgião de grandes problemas abdominais. Em casos mais extremos podem apresentar, dor abdominal, pélvica, dor no ombro, frequência urinária e um sinal de extrema importância, a ansiedade, levam o cirurgião a investigar ocorrência de fístula. A orientação quanto à persistência, intensidade e

localização da dor deve ser salientada durante o preparo para a cirurgia nas reuniões de grupo. A dor também pode interferir na alimentação, na interação com outras pessoas e ambiente[98,99]. Nossas colaboradoras referiram:

> *- Tive dor, ao levantar, na hora do banho, dor na incisão, nas costas e no abdome.* **Marinha/ Ametista/ Safira/Rubi/Cianita/Goshenita**

C) Tema - Readaptação Física - O tema Readaptação Física revelou núcleos de compreensão relacionados a *condicionamento físico; agilidade/disposição/auto-cuidado e melhora do relacionamento sexual*.

- *Condicionamento Físico:* O condicionamento físico foi manifestado pela necessidade, interesse, persistência e comprometimento para manter a regularidade nas atividades físicas; verbalizações de preferência por ações com mais atividade física; manutenção de rotina diária com exercícios físicos; conhecimento dos benefícios da atividade física e quanto às atividades mais escolhidas foram: caminhada, ginástica; hidroginástica e musculação; salientando que os exercícios aumentaram o nível de bem-estar.

Quanto à resolução de iniciar e ou manter uma atividade física que possa desenvolver o condicionamento físico, diversos fatores foram caracterizados, tanto favoráveis quanto não favoráveis. Das doze pacientes, nove relataram que realizam atividade física regularmente.

> *- Faço esteira, caminhada e não fico cansada*. **Àgata/Turmalina/Turquesa/ Rubi/ Marinha/Jaspe/Goshenita**
>
> *- ...faço hidroginástica 3 vezes por semana há mais de 2 anos, eu e ele (esposo). Tenho esporão nos dois pés e artrose, dói muito, depois da hidroginástica to me sentindo melhor, dou até corridinha.* **Opala**
>
> *- Um mês e meio depois da cirurgia eu já tava fazendo musculação, eu não estou ficando tão flácida quanto achávamos que ia ficar. Os exercícios físicos não me deixa ficar pra baixo.* **Safira**
>
> *- Eu não faço nenhum exercício físico e isso deve me atrapalhar...eu to perdendo peso lentamente, mas tenho consciência...***Cianita**

Se uma das formas de expressão do comportamento humano é o movimento, consequentemente com a modernização há uma busca constante pelo conforto e redução de esforços, o que levou os indivíduos a redução de gasto energético. Para a Organização Mundial da Saúde, a inatividade física ou o comportamento sedentário é definido como um estado em que o movimento corporal é mínimo e o gasto energético é próximo da taxa metabólica do repouso; tornando-se risco para o desenvolvimento e aumento da prevalência de diversas doenças[100,101].

A importância da manutenção de uma atividade física, com o aumento do condicionamento físico, pós-cirurgia bariátrica, é primordial para a perda e manutenção do peso. Como observamos anteriormente, o consumo excessivo de alimentos altamente calóricos, fatores genéticos, biológicos, sociais, culturais, psicológicos, aliados ao sedentarismo como estilo de vida formam um quadro que compõe a obesidade nos dias atuais[101].

Um dos transportadores de glicose nas células musculares e adipócitos são regulados pela atividade contrátil dos músculos e insulina. Esses dois estímulos translocam essa proteína dos compartimentos intracelulares para a membrana plasmática, para receber e transportar glicose para dentro das células. Então indivíduos fisicamente ativos e com excesso de peso apresentam menor morbidade e mortalidade que aqueles sedentários, pelo aumento na sensibilidade à insulina, melhora na tolerância à glicose e no metabolismo lipídico[5].

Mas há estudos que relatam experiências quanto às pacientes associarem a não realização de exercícios físicos à vergonha nas academias, sentirem preguiça e rejeição[102].

Estudos também revelam que conforme o período de pós-operatório de cirurgia bariátrica e quanto mais próxima a perda de peso do ideal desejado, maior é o desinteresse desse grupo pela prática de atividade física[95].

- *Agilidade/disposição/auto-cuidado:* Quanto à agilidade/disposição/auto-cuidado apresentou-se como movimentação sem dor; melhora no desempenho de atividades de higiene pessoal; facilidade de movimentação e locomoção e deslocamentos realizados de preferência por deambulação ao invés de veículos automotores. Mas houve um caso em que a paciente apresentou fraqueza, dificuldades de realizar e ou completar atividades de higiene pessoal necessitando auxílio da filha e permanência sentada. Neste estudo, as pacientes foram muito

expressivas em mencionar as alterações positivas das condições físicas e que resultaram em melhora da qualidade de vida expressadas nas ações do cotidiano.

> *- Já não tenho mais aquelas dor pra levantar, pra sentar, pra andar*; consigo *erguer a minha perna; subir na cama; hoje eu passo a mão em locais do meu corpo que eu não passava. Faço tudo a pé, até onde não tem ônibus; aumentou a disposição para andar; minha vida voltou ao normal.* **Ametista/ Àgata/ Opala/ Turmalina/ Turquesa**
>
> *- Tenho problemas de coluna, me encolhi durante 3 anos, isso foi que me levou a entrar no grupo, levar a sério, pra fazer a cirurgia bariátrica, para emagrecer e contornar essa situação*. **Rubi**

Muitos dos pacientes que procuraram e que se submeteram à cirurgia bariátrica passaram um considerável tempo de suas vidas privados de movimento, devido à falta de atividade física; mantiveram posturas erradas, originando alterações estruturais nas articulações, desvios posturais, alterações na curvatura normal da coluna como, o aumento da cifose torácica, lordose lombar e abdome protuso, por exemplo[101].

Outros autores também referem que mulheres obesas apresentam maiores limitações quanto à locomoção; realização de atividades físicas do cotidiano como serviços domésticos, correr, vestir-se, tomar banho, usar o banheiro e presença de dores corporais comum a essas pessoas, limitando a liberdade de poder vivenciar o dia a dia. Observou-se também que a procura da cirurgia bariátrica pelas mulheres se deve a busca de correções de problemas relacionados à saúde, como doenças articulares, ósseas, diabetes, hipertensão com o fim de melhorar a qualidade de vida e a realização de atividades diárias [8,13,89,103].

Esses discursos nos revelam a necessidade da atuação de enfermagem sempre por primar pelo desenvolvimento do autocuidado no paciente, sendo fundamental a compreensão do paciente para a valorização, reflexão e desenvolvimento de suas habilidades, a percepção de suas atitudes, sentimentos e emoções demonstradas nas mais diversas situações[104].

- *Relacionamento Sexual:* Dentre os discursos, mesmo de forma mais constrangida, foi salientada a melhora na *relação pessoal e no relacionamento sexual* entre cônjuges. Esta alteração é significativa, pois dados da literatura corroboram que mulheres obesas se sentem pouco atrativas, rejeitadas e desvalorizadas[105].

> *- O amor do meu marido aumentou...* **Esmeralda**
> *- A vida (sexual) com meu esposo melhorou bastante, isso não sinto falta de nada.* **Opala**
>
> *- No relacionamento melhorou, porque quando você começa a se dar mais valor, tudo melhora*. **Cianita**

Há estudos relacionados à sexualidade de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica, revelando que os domínios da função sexual: desejo, lubrificação, orgasmo, satisfação apresentaram correlações positivas entre si. Demonstrou também que o domínio desconforto/dor apresentou redução e ausência desses sintomas, ocorrendo aumento de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e ausência de dor ou desconforto. Mas a correlação maior foi entre orgasmo e lubrificação que aumentou significativamente. Portanto, após a cirurgia bariátrica e consequente perda de peso, pode ocorrer melhora quanto à satisfação e ao interesse sexual que pode estar correlacionada diretamente quanto à melhora da imagem corporal e autoestima[106].

A sexualidade é expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades, práticas, papéis e relacionamentos; não se referindo somente às capacidades reprodutivas do ser humano, mas também ao prazer[107].

Outros estudos nos mostram que uma das consequências da obesidade é o possível sentimento do obeso em relação ao seu corpo. O corpo poderia se fechar para o mundo em sua atividade sexual, com dificuldades nas vivências de entrelaçamentos afetivos, dificultando a comunicação com o outro. Com a obesidade, o corpo deixa de ser visto como algo sadio e passa a ser visto como um corpo que apresenta significados de perda, levando ao fechamento do próprio corpo para o mundo. Também expõe que a sexualidade possui uma intencionalidade que segue o movimento da existência, é vista de forma dependente da vontade alheia. O corpo é responsável pela execução dos movimentos e é por meio dele que os sentimentos irão se expressar; portanto, o corpo é a forma de comunicação com os objetos, sexualidade e o corpo do outro. Apoiado em Merleau-Ponty, nos ampliando a compreensão, para que a participante expresse sua sexualidade à ambiguidade do existir deve se fundir de maneira especial na sexualidade, resgatando de certa forma a atividade como centro e sentido da experiência[108].

A origem da obesidade poderia estar nos distúrbios de relações familiares, eventos potencialmente estressantes ao longo do ciclo vital, relacionados à sexualidade e à formação de identidade pessoal. A mulher engordar após o casamento pode ser considerado algo comum, visto que ela não tem mais a obrigação de se manter bonita para conseguir um relacionamento estável. Mas também foram encontrados dados referentes à melhora do relacionamento tanto afetivo quanto sexuais decorrentes da redução da forma física. As estatísticas iniciais desta pesquisa demonstram que a maioria era casada, corroborando com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica[16, 109].

d) Tema - Conhecimento – O tema conhecimento abordou os núcleos de compreensão relacionados à *troca de informações*, *troca de informações prejudicada, controle ineficaz do regime terapêutico, aprendizado e hábitos/preferências*, caracterizando-se por uma ampla percepção da necessidade de busca por conhecimento relacionado ao processo cirúrgico.

- *Troca de informações:* Quanto à troca de informações, relataram a importância de o indivíduo pesquisar sobre o processo cirúrgico para participar do grupo; conhecer para questionar a equipe quanto as suas possíveis necessidades ou necessidades já expressas e compartilhar sua própria experiência com o grupo nas reuniões.

> *- Quando eu pedi opinião alguns falavam "faz mesmo", outros diziam "você vai morrer"; ficava aquela dúvida. Daí eu fui procurar ler sobre isso e frequentar as reuniões da obesidade. O grupo dá suporte, as pessoas têm que ler, se interar, saber sobre o assunto pra perguntar qual é a dúvida; porque quando perguntamos, os profissionais respondem*. **Esmeralda**

Nesse contexto participativo, o indivíduo é protagonista, isto é, a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar importante na preparação para a cirurgia; pois, nesse processo de produção de conhecimento o paciente assume seu papel de sujeito autônomo, protagonista e implicado no processo de produção de sua própria saúde[10]. Também manifestaram em termos de aprender, conversar, expressar, saber esperar.

> *- Eu levei 10 anos esperando esta cirurgia, nesses 10 anos foi muito bom, aprendi muita coisa, a conversar, a me expressar, aprendi a saber esperar as coisas...* **Ametista**

> *- Foi o preparo, a reunião, faz 5 anos; conversando, as palestras, a gente consegue levar tudo sem sair da dieta...* **Turquesa**

Como podemos observar, o conhecimento é compartilhado por meio da comunicação; portanto o cotidiano é permeado por atos comunicativos, desencadeados por um estímulo, seja, uma ideia, ação ou sentimento. Por meio da comunicação ocorre o compartilhamento de atitudes, valores, sentimentos, crenças, bem como são expressos os comportamentos e as ideias; permitindo um conhecimento mútuo. Esse intercâmbio permite a percepção e a interpretação de imagens de si mesmas, dos outros e do mundo ao seu redor. Mas o profissional de saúde e paciente estão sujeitos às influências emocionais, físicas, intelectuais, culturais, sociais, além das condições da própria doença. O profissional de saúde deve entender que a preocupação com a doença, pode muitas vezes, fazer com que o paciente fixe sua atenção somente em si mesmo, prejudicando a compreensão de informações importantes para o processo de tratamento e recuperação[110].

- *Troca de informações prejudicada:* Neste núcleo de compreensão foi salientada a incapacidade de escrever, a dificuldade de comunicação com a equipe e a dificuldade de comunicação com os outros profissionais da saúde.

A comunicação entre paciente e equipe deve fluir de maneira a assegurar que as dúvidas possam ser esclarecidas, as informações entendidas e assimiladas, que o paciente sinta que a equipe é acessível aos questionamentos e aberta aos diálogos para a tomada de decisões. O paciente precisa sentir na equipe a segurança necessária para o andamento do processo cirúrgico, até para dizer o que não está fazendo. Nesse sentido, também são necessárias reuniões periódicas para discussão de casos, discutirem formas de orientação, elaboração de impressos que subsidiam as orientações e elaboração e atualização de protocolo de atuação.

Essas reuniões são uma iniciativa de alguns grupos que a consideram de extrema importância, por possibilitar discutir erros, acertos, as criatividades, dificuldades e promoverem a troca de experiências[1].

Mas é necessário que os componentes da equipe de saúde possuam uma condição de abertura para aceitar a opinião do outro, evitando demonstrações de sempre estar com a verdade, desconsiderando as opiniões e experiências dos pacientes. A relação de empatia é a principal característica a ser estabelecida entre

médico e paciente[111].

> *- ...não sei escrever direito...eu sei ler muito bem, mas porque eu lia muito, hoje em dia não leio mais...***Ametista**
>
> *- Pra se alimentar eu já tinha dificuldade, mas os médicos não acreditavam.Tenho certeza absoluta de que sei somar as calorias que como... Na vista de profissionais o gordo é porque come muito*. **Rubi/Jaspe**
>
> *- Isso até chegou a um aborrecimento porque um componente da equipe falou que eu não tinha emagrecido o suficiente no primeiro mês porque eu não tava caminhando e que eu tinha comido coisa indevida... Porque uma coisa é você fazer e ser acusada, outra coisa é você não estar fazendo.* **Rubi**
>
> *- É muito difícil você admitir, nossa eu não to conseguindo por causa disso... Eu tenho muito receio de voltar (no grupo), de admitir que eu não to fazendo, de falar, até mesmo para os médicos que eu não to fazendo*... **Cianita**

- *Controle ineficaz do regime terapêutico:* O controle ineficaz do regime terapêutico foi representado pelas escolhas da vida diária ineficazes para atingir objetivos, tais como, o não uso da cinta tensora abdominal e deixar de tomar as vitaminas. Foi verbalizado quanto a reconhecer a não realização das ações de forma adequada devido a dificuldades em controlar as intercorrências ou complicações; mas houve referência a desejo de controlar o tratamento. A manutenção ineficaz da saúde parece ter sido desencadeada por falta relatada de rede social (dentista e ortopedista); falta de interesse em melhorar comportamentos de saúde e enfrentamento individual ineficaz.

> *- A Drª...(endocrinologista) me encaminhou para um ortopedista, não consegui agendar. Na clínica da prefeitura não consegue marcar, eu chego às cinco horas da manhã, mas quando chega a minha vez já esgotou as vagas. No Hospital eles não marcam mais*. Eu *não consegui até agora foi me aposentar*... **Ametista**
>
> *- ...isso também envolve financeiramente, a nutricionista e psicóloga libera algumas sessões e não são todas liberadas...***Cianita**

A ausência de comportamentos de saúde ou comportamentos contrários à promoção de saúde está presente em outros estudos. Manter-se ativo na sociedade e desta atividade resultar as condições para a manutenção da saúde apareceu como

de grande relevância; principalmente colocando como responsável pela dificuldade de manter comportamentos e atitudes saudáveis, o meio externo, focalizando este como fator impeditivo. A desresponsabilização pelos comportamentos de saúde assume um significado importante, sob o qual as interferências causadoras de maus hábitos do indivíduo são julgadas como mais fortes do que o próprio sujeito. Destaca-se também o bom relacionamento, a empatia entre o profissional de saúde e o paciente como característica primordial. Salientam-se as relações familiares como de grande influência no tratamento e enfrentamento da doença pelo indivíduo[111].

- *Aprendizado:* Quanto ao *aprendizado*, foi mais abrangente e bastante significativo. Os discursos revelaram a procura pelo aprendizado, leitura, questionamentos e educação; aprender mais para complementar o que já sabe e preparar-se para enfrentamentos; saber para maior certeza na tomada de decisões; respeito ao saber alheio ao pedir opiniões e busca ativa de alternativas para adequar hábitos. Relatam a frequência, a importância e constância nas reuniões e consultas; quanto à qualidade do aprendizado. Receberam da equipe o suporte, auxílio, preparo e acompanhamento, resultando em uma maior descoberta interior, mudanças no estilo de vida, na família, no relacionamento e trabalho. Percebeu-se também a preocupação com a influência da condição ambiental sobre as práticas de saúde.

> *- Porque eu tava super preparada pra passar por essa cirurgia, para ir para o hospital. Nesse período eu fui para a psicóloga, eu me descobri... Me ajudou em tudo, tanto em casa, no relacionamento, no trabalho.* **Ametista**
>
> *- Pra mim foi bem esclarecido, porque antes de procurar o grupo eu procurei saber bastante, então quando eu cheguei lá, eu já sabia.... Pra mim foi bem informado, auxiliou, porque eu tinha medo, demorei 8 meses pra tomar decisão de fazer a cirurgia*. **Esmeralda/ Cianita/Ágata/Safira**
>
> *- Tem que se preparar porque a mudança de vida é muito grande....tem gente que começa a fazer e começa a faltar, faltar e não adianta. Se não fizer a cabeça... ... acho que é muito importante fazer aulas com a psicóloga*. **Marinha**

No âmbito do aprendizado, o profissional não assume a postura de “dar

conselhos", para não significar que ele sabe exatamente o que é melhor para o paciente e que este, portanto, seria incapaz de tomar decisões. Essa atitude profissional pode retardar o desenvolvimento do potencial do paciente para a independência e autonomia. O paciente deve receber subsídios que permitam sua reflexão, autoconhecimento, amadurecimento e tomada de decisões em relação ao seu pensar e comportar-se[110].

Nas reuniões de grupo, durante o preparo para a cirurgia, vários eram os assuntos por mim abordados. As explanações eram acompanhadas por projeções relacionados a rotina hospitalar; essas rotinas necessitavam de ações a serem realizadas anteriormente em domicílio. Tratava-se do preparo dos documentos; importância da presença familiar no processo cirúrgico; rotina hospitalar; enxoval de apoio; cinta tensora abdominal; tricotomia; cuidados com a ferida cirúrgica durante a hospitalização e em domicílio; fatores que afetam a cicatrização; co-responsabilidade entre o paciente e equipe e exemplificação de dificuldades encontradas pela enfermagem durante as experiências de internações anteriores.

Deve ser considerado que o paciente mesmo passando pelo processo de preparo no pré-operatório pode apresentar medo e ansiedade por falta de informações ou conhecimentos estereotipados devido a experiências contadas por amigos ou outros pacientes e familiares[35].

A enfermagem deve estar preparada para enfrentar as dificuldades, por meio do conhecimento e em busca de um saber compartilhado com o paciente numa atitude de compromisso e responsabilidade com o processo cirúrgico. Como a obesidade é uma doença crônica e multifatorial, é evidente que a adesão do paciente e de seu grupo familiar ao tratamento bariátrico interfere muito no processo evolutivo e no sucesso da cirurgia[97].

> *- ...eu devia ter aproveitado essas sessões pra mim. Eu poderia ter aproveitado mais dela (médica) e perguntado. Mas eu pensava: Porque eu tenho que ir lá? É só ela dar a carta e pronto!!!! Eu não preciso ir lá, ela não precisa me atender*!!!
> **Cianita**

A orientação e o ensino do paciente são componentes fundamentais da experiência cirúrgica, pois diminuem a ansiedade e promovem o seu rápido restabelecimento, pois compreendendo o que acontece, colabora com maior intensidade[2].

Percebemos no estudo que cada paciente possui suas potencialidades,

mesmo em maior ou menor alcance, que o desconhecimento delas pela enfermagem pode levar a limitações dos objetivos. O processo educativo deve ser guiado pelas reais condições do cliente, considerando suas dificuldades ou limitações, salientando as habilidades psicomotoras ou locomotoras, destreza manual e deficiências sensoriais como a visão, e o estado educacional que está associado ao nível de compreensão e padrão cultural. Vejamos essas falas:

> *- ...não sei escrever direito...eu sei ler muito bem, mas porque eu lia muito, hoje em dia não leio mais, a pressão, diabetes prejudicou muito a minha vista; sei ler bem, mas não sei escrever, como letras....não tenho curso de nada*... **Ametista**
>
> *- Toda a aula que eu tinha era repeteco da aula que eu tinha na faculdade, como eu disse, eu faço Nutrição. Eu já conhecia o assunto, só lá, foi mais aprofundado, porque ele(doutor) explica como vai ser o pré, pós...***Safira**

Para conseguirmos o aproveitamento de suas capacidade e habilidades de aprendizagem e o envolvimento em relação ao que irá aprender, é preciso que, previamente ao processo desse tipo, saibamos quanto a pessoa conhece e o que conhece; a vivência para que, sendo ajudado pela ação educativa, chegue a identificar sua própria realidade e assim, transformá-la[112].

> *- ...eu queria fazer minha cirurgia, eu decidi, fui procurar na internet, aí o que você vê?* **Cianita**

A busca de conhecimentos e destrezas é necessária para a participação na vida pública; essas competências não se limitam às regras básicas do passado como a leitura simples; envolve a recepção e codificação de mensagens, espírito crítico e participação coletiva. “Essas são as características do novo sujeito socializado num mundo de imagens e que se instrui desde e com a mecânica discursiva do audiovisual”[112].

Na avaliação psicológica, dentre os inúmeros pontos a serem abordados com o paciente, a teoria demonstra a importância de identificar o grau de comprometimento em aderir ao tratamento como um todo, possibilitando que tenha um entendimento mais preciso sobre os objetivos da cirurgia proposta. Muitas vezes podem considerar que não terão uma participação ativa na mudança de hábitos, o que ao contrário, não só os pacientes são informados, orientados, mas aos seus familiares[113].

> *- Todo mundo que tinha disponibilidade me acompanhou nestes grupos, todo mundo tava ciente de que eu ia fazer, morrendo de medo, mas todo mundo foi. Pra dar apoio e lembrar de todas as formas, negativo, positivo.* **Safira**

- *Hábitos e preferências:* Quanto a *hábitos e preferências* em relação a lazer e recreação, as pacientes referiram aumentar a frequência de passear, viajar, andar, tomar sol/banhos de mar, passar finais de semana na roça, realizar antigos hábitos de jardinagem, sair para recreação diurna ou noturna, ouvir música, dançar e ir a festas.

> *- Agora eu vou passear, me arrumo toda... Vou para a praia, roça, saio com o esposo, viajar, saio com os netos, com as amigas, ir em festas,mexer na minha horta...* **Esmeralda/Àgata/Turmalina/Turquesa/Safira/Cianita/Marinha/ Goshenita**

> *- Às vezes eu ligo o som e danço sozinha, até me acabar. Um dia eu dancei 3 discos inteiros de Forró, aqui sozinha, quando eu acabei, tava molhada de suor*. **Opala**

> *- Não brigo mais, antes eu brigava muito, porque ele (esposo)pedia pra ir em algum lugar e eu não ia. Mas não era porque não queria ir (lazer), era porque eu não tinha roupa, tinha vergonha, me chateava muito. Hoje não me incomodo, pelo contrário, eu penso: vou com essa ou com essa?* **Cianita**

Podemos perceber que houve um aumento das atividades relacionadas ao lazer individual ou coletivo, liberdade de passear com os familiares, maior disposição e iniciativa para tomada de decisões, mas principalmente liberdade de circular pelo meio social realizando novos contatos e podendo resultar em novas experiências e aumento da autoestima.

Vasconcelos nos mostra que após a cirurgia, quando ocorre melhora da qualidade de vida, irá refletir principalmente na saúde física, psíquica e emocional, representando para muitos, um recomeço de vida em que possam ir a lugares de seu interesse, principalmente de lazer (festas e passeios) o que antes não faziam por serem obesos. Estas alterações colaboram para a readaptação ao seu meio; recuperação de suas potencialidades e redução da exclusão social. Mas devemos lembrar que somente a perda de peso não explica a melhora da qualidade de vida, pois esta melhora pode ser influenciada por fatores psicossociais que resultariam em

isolamento[114].

> *- Então eu trabalho de segunda a sexta; sábado tenho que fazer mercado, cuidar da minha casa, lavar, passar, cozinhar, então quando chega o sábado à noite ou domingo a qualquer hora quero descansar, eu não aguento.* **Ametista**

e) Tema – Crenças/Ritos - O tema Crenças/Ritos revelou núcleos de compreensão relacionados a c*renças e religiosidade prejudicada.*

- *Crenças:* Em relação às *crenças*, as pacientes expressaram com muita convicção dando ênfase à dicção de sua voz, manifestações quanto à fé, certezas, pedidos, orações, agradecimentos à divindade, filosofia de vida satisfatória, leitura de material religioso, grupos de apoio da comunidade, participação em atividade religiosa, capacidade de experimentar e integrar significados e objetivos à vida por conexão consigo mesmo demonstrando confiança nas escolhas mesmo não aderindo a ritos religiosos.

> *- Eu leio a bíblia, mas não sou de frequentar a igreja, porque cada um fala uma coisa; eu creio no meu Deus do meu jeito, se eu tiver errada que Deus me perdoe, eu rezo para dormir. Às vezes o meu filho me chama a atenção:*
> *Mãe, a gente não orou para comer.* **Esmeralda**

> *- Na minha religião eu creio e peço a Deus por todos e tem aquelas petições a mais, pelos filhos, familiares, amigos e pelas pessoas que precisam operar. Na vida o mais importante é Deus... Neste hospital eu firmo todo dia na minha mente e peço por médicos e enfermeiros...* **Jaspe**

É senso comum e já também trabalhado cientificamente, que o Brasil passa por uma explosão religiosa pública nas últimas décadas, mostrando-nos a necessidade de perceber uma nova perspectiva que considere as religiões como um sistema cultural; já sabido o histórico de formação do país, lembrando as curas por magias religiosas que faziam e fazem (remanescentes) parte do povo originário anterior à chegada dos europeus. Percebemos também a grande dificuldade do sistema público de saúde no atendimento terapêutico aos males físicos e espirituais da população; juntando-se a isso o sistema moderno da medicina fragmentada à mercantilização da saúde. “Para a maioria do povo brasileiro, especialmente para as camadas populares e excluídas, as luzes da razão socializaram os prejuízos e as privações de um projeto de modernização e de modernidade, concentrando, por séculos, os benefícios do progresso nas mãos de minorias”. Mas a busca no divino

para auxílio avança nas diferentes camadas sociais. Poderia ser questionado se as causas das doenças não seriam originárias de uma sociedade enferma[115].

Mas as dificuldades na interação entre a saúde e a espiritualidade, poderiam ser decorrentes das ideias iluministas que tiveram início no século XVIII e promoveram a ruptura entre a ciência e a religião; estabelecendo a primazia da razão sobre todas as coisas. As dificuldades entre a ciência e a religião advêm de o homem ser um ser espiritual; portanto se há falta de algo, o paradigma reinante não permite uma abertura maior e uma relação mais profunda e proveitosa. Se o conceito de espiritualidade fosse desvinculado do conceito de religião, poderia haver maior interação. Enquanto o conceito de religião está ligado a dogmas, ritos e misticismo; a espiritualidade é uma necessidade específica e individual a ser observada na questão da saúde[116].

Durante as entrevistas, o uso era frequente de expressões referentes à divindade, demonstrando que são aprendidas no contexto familiar e tornaram-se cotidianas, nos mostrando informações da grande influência da religião e espiritualidade na vida das pessoas.

- ...graças a Deus... **Àgata/Ametista/ Esmeralda/Cianita/Turmalina/Opala /Goshenita**

- Eu tenho Deus no céu... eu desejo que Deus te abençoe. **Jaspe**

Como as pacientes não se referem à dimensão do orgânico, é uma linguagem para a relação do indivíduo com a sociedade, devido à imagem estigmatizada da doença. Buscar apoio na religião, por meio de práticas rituais ou pela invocação a Deus, na situação de doença, “é uma estratégia acessível, pois o contexto popular urbano disponibiliza vários serviços religiosos, que são usados efetivamente pelos indivíduos, influenciados pelos membros da sua rede de apoio”. A crença religiosa vai suprir as necessidades emocionais do indivíduo, contando com o apoio da família e o acolhimento dos companheiros de religião, nos mostrando que as práticas religiosas fazem parte das redes sociais[117].

> *- Pedi para o pessoal da igreja rezar quando fui fazer cirurgia, a minha família é evangélica, porque nós temos um grupo de senhoras da comunidade da igreja e todas foram me visitar.* **Goshenita**

Há estudos que evidenciam a influência das crenças religiosas no lidar com a doença, evidenciando que os pacientes com apego religioso têm um senso maior de

esperança, confiança e níveis menores de depressão; reconhecendo na fé uma estratégia de negociação para a vida, buscando uma satisfação das necessidades que escapam do controle do ser humano, evitando sentimentos de medo do futuro. A crença na providência divina e na sobrevivência do espírito após a morte está explícita nesse discurso[117].

> *- Porque eu tinha muita fé, primeiro confiança em Deus e depois no meu filho, porque ele não ia deixar eu morrer (falou, acariciando o quadro do filho que morreu há alguns anos, ainda jovem;acredita que o mesmo sempre está em espírito, com ela dentro de casa).* ***Á*gata**

Recentemente no sul do Brasil, os índios da tribo Mbyá-Guarani, foram atendidos em suas reivindicações pelo Ministério Público Federal, para que possam ser atendidos por médicos e pajés da tribo na Associação Hospitalar São Miguel Arcanjo em São Miguel das Missões. Foi montado local específico para o atendimento. A ideia é de que unindo a medicina à fé o restabelecimento ocorra de forma plena. Não há precedentes no país de semelhante acordo. Mesmo havendo leis que amparam o atendimento nessa condição, a prática não é comum[118].

Pelo fato de as pessoas se depararem ao longo da vida com sofrimentos, desafios e transições, as crenças e práticas religiosas os impulsionam para além de suas próprias capacidades, levando a um enfrentamento. Ao enfrentar, o indivíduo é visto como um agente pró-ativo norteado por um sistema de valores e crenças pré-estabelecidos. Mas se nem todos se norteiam por uma estratégia religiosa; as que as utilizam são aquelas cujas crenças são parte relevante de sua visão geral de mundo e de seu sistema de valores[119].

- *Religiosidade prejudicada:* Mas há trechos das falas que demonstram capacidade prejudicada de participar de ritos de alguma fé religiosa; expressões de falta de alguma coisa, Deus, coragem; falta de coragem de ir a templo religioso; expressões de necessidade de reconectar-se com modelos e costumes de crenças anteriores.

> *- Mas, falta uma religião pra eu falar que vou na igreja...* **Jaspe**

> *- Às vezes eu até sinto assim, penso comigo que to precisando de alguma coisa, to com falta de Deus, eu penso comigo, embora eu acredite, embora eu reze muito, embora nunca peça nada para mim, to sempre pedindo pro outros. Não tenho coragem de ir (a um templo religioso), que aqui tudo é longe*.

Ametista

O que corrobora a entrevista dessa mesma paciente na qual se expressa assim:

> - *"Pra mim essa nossa conversa foi boa porque eu to sempre sozinha."* ***Ametista.***

Autores defendem que o cuidado espiritual ideal, seria aquele em que as necessidades espirituais do paciente, sempre que fossem detectadas, deveriam ser registradas em prontuário, possibilitando uma garantia de manutenção deste cuidado por todos os profissionais. A inabilidade em tratar do assunto, a falta de tempo e outras situações, esse cuidado está ligado a poucos profissionais específicos que se sentem confortáveis em realizá-lo. Auxiliar espiritualmente não requer do profissional o conhecimento das particularidades de todas as religiões; mas discernimento, bom senso em ouvir e considerar essa demanda como necessária. Essa dificuldade dos profissionais poderia ser sanada a partir do momento em que o cuidado espiritual fizer parte do currículo da formação profissional. Não pode ser esquecido que as crenças pessoais do profissional são a melhores para si mesmo, não cabendo impô-las às necessidades das outras pessoas. Por isso os profissionais de saúde devem estar mais atentos em fazer a diferença na atenção geral do paciente, inserindo o cuidado espiritual e ultrapassando a abrangência do cuidado físico[116].

6.4 – A CATEGORIA APROPRIAÇÃO DO PRÓPRIO DESTINO (Dimensão do Poder) emergiu dos Temas *Segurança; Controle; Limitação; Conflito; Responsabilidade; Autorrealização, Relacionamento e Isolamento.*

a) O tema Segurança – apresenta como núcleos de compreensão o *crescimento celular, integridade da pele prejudicada, mecanismo regulador comprometido, o conforto respiratório, quantidade/qualidade do sono e adesão terapêutica.*

- *Crescimento celular:* O crescimento celular foi caracterizado pela evolução do processo de cicatrização normal e representa um papel muito importante na manutenção da integridade física do paciente. Dependendo da extensão da lesão, o

restabelecimento do tecido pode ser por intenção primária ou secundária. Na intenção primária, a lesão é limpa e seca e as bordas são aproximadas. As condições do paciente, o ambiente e a natureza e a gravidade da lesão afetam o processo de inflamação e reparação tecidual[120].

> *...e não saiu água da cicatrização, saiu pouco líquido da ferida, mas sempre sequinha. Na cirurgia não aconteceu nada, fechou normal, a cicatriz tá normal.* **Àgata/Turquesa/Safira /Rubi/Marinha/ Turmalina/**

Quando a derme ou epiderme apresentam alterações caracterizadas pela invasão das estruturas do corpo, podemos entender que a integridade física do paciente foi prejudicada, devido à diminuição na capacidade de proteger-se contra ameaças externas ou internas. Essa ameaça é sanada ou reduzida quando a cicatrização do paciente ocorre dentro dos parâmetros normais[121].

A cicatrização é um processo complexo que envolve várias fases (inflamação, reepitelização, angiogênese, formação de tecido de granulação e deposição de matriz intersticial) além de outros eventos realizados por diversos tipos de célula (queratinócitos, fibroblastos, células inflamatórias e endoteliais). Esses fenômenos são influenciados pela matriz intersticial, por fatores de crescimento e por outros mediadores. Ausência de complicações, restauração das funções, prevenção de sequelas e estética, compreende o objetivo do tratamento adequado de uma excelente cicatrização. Fatores ambientais e fisiológicos exercem um grande impacto na evolução da cicatrização e, dessa forma, podem influenciar na qualidade da cicatriz, no tempo de cicatrização e na presença ou não de complicações. Além disso, a gravidade das sequelas, caso ocorram, depende do tamanho e da profundidade do ferimento, o suprimento sanguíneo para a área lesionada e da espessura da pele[122, 123].

O imenso avanço tecnológico vem permitindo o desenvolvimento de materiais de síntese mais compatíveis com os tecidos vivos, além de serem biodegradáveis; mas novidades como grampeadores, atualmente comum nas cirurgias bariátricas, além do laser e das colas biológicas, são novas possibilidades de atuação com a finalidade primordial de evoluir para uma maior qualidade na cicatrização[124].

Há inúmeros fatores que podem afetar a cicatrização cutânea, entre eles podemos destacar a própria obesidade, idade, fumo, álcool, drogas, determinados

medicamentos ou soluções, hipertensão, diabetes, vascularização das bordas da ferida, nutrição, estado imunológico entre outros. A evolução do processo de cicatrização da ferida operatória dentro da normalidade, isto é, um crescimento celular normal, estabelece ao paciente segurança quanto a riscos de evisceração e infecções[125]. Quanto à infecção do sítio cirúrgico já tratamos no tema *proteção*.

Durante as reuniões de preparo para a cirurgia, sempre foi salientado aos pacientes os principais cuidados com a ferida cirúrgica: lavagem das mãos; uso de sabão neutro na limpeza da ferida; uso de toalha macia; expressão suave para drenagem da secreção; não esfregar a ferida; não colocar qualquer solução sobre esta sem ordem médica; manter a incisão seca; observar sinais de infecção; uso da cinta tensora abdominal pelo período recomendado; a cinta deve ser colocada com o auxílio de familiares; posição adequada para movimentar-se no leito; proteger o abdome ao tossir, espirrar, náuseas e vômitos; evitar levantar objeto pesados, crianças; não expor a cicatriz ao sol pelo tempo determinado e aplicar protetor solar após bem cicatrizado.

Como podemos observar, é extremamente importante a orientação de enfermagem ao paciente quanto aos cuidados coma ferida cirúrgica para que a cicatrização mantenha seu curso sem alterações. Percebe-se também pelas falas dos pacientes a relevância dada por eles, quanto às suas observações em relação à evolução do processo cicatricial.

- *Integridade da pele prejudicada:* A *integridade da pele prejudicada* foi representada pela ocorrência de lesões devido ao uso da cinta, queloide, deiscências, possível infecção em sítio cirúrgico resultando em reoperação e hérnias incisionais. Quanto às lesões pelo uso da cinta, o paciente deve ser muito bem orientado sobre as medidas da cinta tensora abdominal a ser comprada, a não adquirir cintas com partes metálicas ou usadas com muito desgaste, principalmente nos locais de fechamento. A maior preocupação revelou-se com a declaração de uma paciente, que referiu suspeitar de ocorrência de hérnia e esclarece o possível agravante da causa.

> *- Não cheguei a usar a faixa os 60 dias. Tô desconfiada que tenho hérnia, (aponta e aperta abaixo da cicatriz cirúrgica em uma região discretamente abaulada).* **Àgata**

> *- A cinta que a gente usa na pós-cirurgia é horrível, ela machuca, tenho ferida nas costas, na barriga, por culpa dela, é*

terrível. **Goshenita**

- ...eu tirei a cinta e coloquei um bori, que não segura nada. **Safira**

A ocorrência de deformidades cutâneas (queloide) e deiscência foram relatadas e é resultado de alterações no processo de cicatrização. O processo de cicatrização consiste em uma coordenada cascata de eventos celulares e moleculares que interagem para que ocorra a reconstituição do tecido. A cicatrização depende de vários fatores locais e gerais tais como, localização anatômica, tipo de pele, raça, técnica cirúrgica utilizada. Também muitos fatores tanto de ordem geral como local, interferem no processo; necessitando-se de uma anamnese pré-operatória completa. Quanto aos fatores gerais, destacam-se idade, estado nutricional, doenças de base como o diabetes, alterações cardiocirculatórias e de coagulação, aterosclerose, índice de massa corporal, circunferência abdominal e outros. A ferida cirúrgica é considerada cicatrizada quando as bordas da sutura permanecem completamente aproximadas e intactas[126, 127].

Deiscência de ferida cirúrgica é definida como a separação de qualquer extensão das camadas superficiais (pele e tecido celular subcutâneo) e ou profundas (fáscia muscular) da ferida cirúrgica, necessitando ou não de correção. Diferenças estruturais e funcionais inerentes à pele do paciente idoso, por exemplo, como o reduzido número de fibroblastos, mastócitos, macrófagos e células de Langerhans e do conteúdo de colágeno da derme, contribuem para a cicatrização deficiente de feridas[126, 127].

*- Eu fiquei com uma queloide que vou ter que refazer, vai ter que abrir de novo. Tem história de queloide na família...***Safira**

- Eu tive deiscência, abriu um pouquinho na incisão. **Goshenita**

A infecção em sítio cirúrgico é aquela que ocorre na ferida cirúrgica, acometendo tecidos, órgãos e cavidades manipuladas durante a operação, podendo ser diagnosticada até 30 dias após a data de realização do procedimento. É uma complicação considerada importante, pois contribui para o aumento da morbimortalidade, causando prejuízos físicos, emocionais, afastamento do trabalho e da vida social. Os custos hospitalares com o tratamento elevam-se consideravelmente, podendo levar a reinternação e ou prolongamento na

permanência hospitalar. A obesidade representa um importante fator de risco prévio à cirurgia, pois o tecido adiposo é pouco vascularizado, levando a procedimentos cirúrgicos mais demorados e à maior facilidade de trauma na parede abdominal. Devido à espessura do tecido adiposo, a exposição tecidual do paciente obeso é bem maior que o paciente não-obeso e com maiores possibilidades de formação de espaço morto e necessidades de suturas subcutâneas para fechá-los [31, 80, 128].

> *- ...tive uma bactéria na incisão, fui operada de novo. Abriu, e teve que fazer raspagem de parede...* **Ametista**

A vigilância dos pacientes cirúrgicos durante a internação e pós-alta é de extrema importância, pois trabalhos mostram que estudos que restringem o seguimento do paciente cirúrgico somente durante o período de internação tendem a apresentar menores taxas de Infecção de Sítio Cirúrgico, quando comparados com aqueles que incluem seguimento depois da alta. O retorno ambulatorial é considerado o método de referência para a vigilância, devido à maior confiabilidade; mas o contato telefônico pode ser considerado um método de fácil realização e de baixo custo, exigindo que o paciente receba orientações prévias quanto à melhor forma de observar-se e transmitir informações ao cirurgião. Tão importante quanto o treinamento do paciente é a orientação de um familiar cuidador para transmitir as informações as mais fidedignas possíveis[80].

> *...a minha cicatriz ficou larga. Eu acho que a minha cicatriz podia ter ficado bem mais fininha, mais ajeitadinha, podia não ter ficado quelóide; eu tirei a cinta.* **Safira**
>
> *- Tive febre, tive uma bactéria na incisão, fui operada de novo, fiquei 8 dias tomando antibiótico venoso...* **Ametista**

Observa-se que as pacientes possuem informações relevantes para a decisão sobre o seu autocuidado, reconhecendo condições da cicatriz; o queloide como possível intercorrência por não ter usado a cinta; o seroma, as características e quantidade eliminada e o tempo aceitável da ocorrência desse sinal. O seroma é uma manifestação comum no pós-operatório, principalmente desses pacientes, devido à espessa camada de tecido adiposo. É uma coleção líquida com o aspecto e composição semelhante ao plasma, que pode se acumular em espaços abaixo da pele no pós-operatório de cirurgias. A orientação durante as reuniões preparatórias

do grupo de obesos deve ser salientada para as características do seroma, evitando interpretação equivocada levando o paciente a falsa idéia de ocorrência de infecção, na necessidade de contato telefônico, por exemplo.

Quanto aos cuidados gerais pertinentes à prevenção e ao controle das infecções hospitalares em cirurgias de obesos mórbidos, autores defendem os seguintes propostos: diagnóstico precoce e preciso dos casos de infecção em cirurgia bariátrica; higiene corporal no pré-operatório; cuidados com tricotomia; controle rigoroso das afecções associadas (diabetes); internação pré-operatória somente pelo tempo necessário; antissepsia e assepsia rigorosa; divulgação de resultados de Comissão de Infecção Hospitalar[128].

Há estudos que também experienciaram determinados procedimentos preventivos que se referiam à orientação durante a admissão dos pacientes, como: realizar a higiene cuidadosa da cabeça e local da cirurgia; a tricotomia após a indução anestésica e na ocorrência de infecção comunitária suspender a cirurgia. A presença de pus foi o critério para determinar a ferida como infectada. Ao detectar a infecção, a ferida era drenada e tratada com curativos diários; os seromas tratados com expressão local sem abertura de pontos. Deve ser salientado que atualmente, a cirurgia sem a tricotomia local já é realizada, evitando a abertura de “portas” para ocorrência de infecção. Ao retorno ambulatorial, a avaliação da ferida cirúrgica deve abranger a ocorrência de hiperemia, calor, rubor, deiscência, presença de secreção local e se presente, sua coloração, localização e quantidade[80, 128, 129].

- *Mecanismo regulador comprometido:* O mecanismo regulador comprometido apresentou-se como relatos de elevação da pressão arterial durante a consulta ambulatorial, ausência de tratamento e ou acompanhamento, para hipertensão arterial, presença de edema corporal, necessidade expressa de uso de medicamento, adequação da dieta para hipossódica. A maior prevalência de hipertensão em indivíduos obesos é conhecida, bem como a associação da obesidade com fatores de risco cardiovascular como hipertensão, intolerância à glicose, resistência à insulina e dislipidemias, caracterizado como síndrome metabólica, favorecendo o processo aterosclerótico e a ocorrência de eventos cardiovasculares, principalmente os coronarianos. Os mecanismos envolvidos na doença vascular resultante desse agrupamento de fatores de risco incluem o aumento de citocinas (interleucinas). Essas ocitocinas pró-inflamatórias participam diretamente no processo de formação

da placa de ateroma, que quando complicada (trombose) resulta em doenças cardiovasculares (angina, infarto do miocárdio e miocardiopatia). Portanto, o controle da obesidade resulta, em cascata, na redução do risco cardiovascular[130, 131].

- *Quantidade e qualidade do sono:* A quantidade e qualidade do sono foram bem representadas nas falas e apresentaram-se de condição satisfatória até grandes dificuldades para conciliação. Quanto às dificuldades para conciliação do sono ocorreram, dificuldades de deitar por dor, somente dormir em cadeira ou sofá, influência do hábito antigo de posicionamento (ventral), insônia, acordar engasgando, não comer no início da noite e ou passar sem comer devido a não acordar engasgando, desejos de medicar-se para poder dormir.

> *- Não tive problema pra dormir, mesmo no primeiro mês; dormi bem; tranquila; dormia na poltrona.* **Opala/ Marinha/ Turquesa/ Ametista**
>
> *- Eu só consigo dormir de bruço, eu não consigo dormir com a barriga pra cima...***Turmalina/ Cianita**
>
> *- Tem vezes que eu acordo a noite quase engasgando, tenho que dormir de lado e com travesseiro alto. Eu não consigo comer nem beber nada à noite porque eu acordo passando mal.* **Safira**
>
> *- Pra dormir a dificuldade é muito grande; tive insônia.* **Rubi/ Goshenita**

Foi também percebido em uma das falas, que a adaptação ao local para dormir, resultando em um sono satisfatório, também esteve presente.

> *- Mas eu tenho dormido um sono que eu não acredito que sou eu, porque sempre dormi mal. Agora durmo muito bem e muito, mesmo no sofá.* **Jaspe**

A diminuição do tempo de sono tem se tornado uma condição endêmica na sociedade moderna, e a literatura atual tem encontrado importantes associações epidemiológicas entre o prejuízo no padrão habitual do sono e a obesidade. Estudos nos mostram que um maior tempo acordado, além de promover a alteração hormonal pela intervenção da leptina e da grelina, dois hormônios que participam da homeostase tanto da massa corporal como do sono, capaz de aumentar a ingestão calórica, pode possibilitar uma maior oportunidade para a ingestão alimentar. A perda de sono pode também resultar em cansaço, que tende a diminuir o nível de

atividade física. Foi considerado, também, que ambos os sistemas envolvem circuitos neurais de centros hipotalâmicos e liberam neuropeptídeos e receptores que têm papéis importantes na homeostase da massa corporal[132].

O nosso organismo tem um sistema cuja função principal é manter o equilíbrio interno. Esse sistema neuroendócrino, conhecido como eixo hipotálamo-pituitária-adrenal é mobilizado toda vez que há um perigo para a vida. A interação entre sono e sistema imunológico é uma relação bidirecional e baseia-se na letargia e forte sonolência que ocorre durante infecções e condições inflamatórias e na maior suscetibilidade em consequência da privação do sono. Indivíduos parcialmente privados do sono exibem prejuízos na produção de anticorpos contra o vírus da influenza. Transtornos do sono nos quais a privação do sono é a característica principal, como a insônia e a apneia do sono, resultam em alterações importantes no sistema imunológico que podem ser mediadas pelo eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. O sono é regulado por incontáveis neurotransmissores e hormônios que operam em harmonia para garantir que o processo não seja perturbado por fatores ambientais. Da mesma forma um sistema imunológico equilibrado é primordial para a vida. Portanto, não manter esses sistemas em perfeita harmonia, pode ser considerado um estressor levando a ativação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, que pode levar a mais perturbações[133].

A obesidade é o fator de risco mais importante para a apneia obstrutiva do sono (AOS), especialmente com acúmulo de gordura na parte alta do abdome. De 60 - 70% dos pacientes com apneia obstrutiva do sono são obesos. A avaliação pré-anestésica deve ser rigorosa em relação aos riscos anestésicos e operatórios, constituindo o período pós-operatório imediato um grande desafio. Os pacientes obesos com AOS correm o risco de descompensações respiratórias com o agravamento da hipoventilação. A massa corpórea aumentada resulta no aumento do consumo de oxigênio e na produção de dióxido de carbono, podendo levar a possíveis complicações respiratórias agudas pós-operatórias, em uma frequência duas vezes maior que em um paciente não obeso. A oximetria de pulso é um método de triagem razoável para essa alteração respiratória. Os pacientes com AOS devem permanecer enquanto hospitalizados, principalmente no pós-operatório imediato, com a cabeça elevada, pelo menos 30º com a finalidade de estabilizar as vias aéreas[134].

Estudos demonstram que a cirurgia de Fobi-Capella, resulta em grande perda de peso, produzindo alta taxa de cura ou melhora das comorbidades, entre elas a apneia obstrutiva do sono. A perda de peso efetiva de pacientes com obesidade mórbida, após cirurgia bariátrica, a solução conseguida para a AOS chegou a 83,6% dos pacientes[134].

Após a cirurgia bariátrica, a apneia e distúrbios do sono que faziam parte do cotidiano do obeso, com a perda de peso tendem a desaparecer[97].

- *Conforto respiratório:* O conforto respiratório apresentou-se como a sensível melhora das condições respiratórias do paciente possibilitando um desenvolvimento do condicionamento físico após a perda de peso, portanto maior mobilidade no ambiente. As falas podem corroborar:

> *- ...não sinto falta de ar, subo morro não fico cansada, melhorou a canseira*. **Turquesa/Ametista/Àgata**
>
> *- Antes, não era porque eu não queria, eu não tinha condições de fazer, eu não aguentava andar. Agora eu faço tudo a pé, não paro, melhorei*. **Marinha**

A obesidade está associada a alterações da função pulmonar, como a restrição da movimentação diafragmática e a função dos músculos respiratórios, sendo estes mais prejudicados, quanto maior for o acúmulo de tecido adiposo. O excesso de tecido adiposo promove uma compressão mecânica sobre o diafragma, pulmões e caixa torácica levando a uma insuficiência pulmonar restritiva, uma sobrecarga inspiratória, aumentando o trabalho respiratório, o consumo de oxigênio e o custo energético da respiração. As maiores disfunções pulmonares em pacientes obesos referem-se à falta de ar, apneia durante o sono, síndrome da hipoventilação (caracterizada pela sonolência e redução da ventilação)[5,82].

No pós-operatório imediato de pacientes obesos mórbidos, em cirurgia abdominal alta, podem ocorrer alterações da mecânica respiratória, padrão respiratório, trocas gasosas e mecanismos de defesa pulmonar, propiciando o aparecimento de complicações pulmonares pós-operatórias de forma intensa. O tabagismo, a idade, o tempo cirúrgico, a anestesia podem colaborar para acentuar essas alterações. A obesidade, o sedentarismo, a estase venosa e alterações na coagulação sanguínea, levam os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica a apresentar um alto risco para a ocorrência de tromboembolismo pulmonar. A

realização de fisioterapia pré e pós-operatória é muito relevante para a prevenção dessas complicações[5, 82].

Estudos também demonstram que quanto ao pós-operatório tardio, com a redução ponderal há melhora das comorbidades, entre elas as respiratórias (dispneia, bronco espasmo, apneia) colaborando para uma melhora da qualidade de vida. A redução de 10% no peso do paciente apresentou a diminuição de 26% na apneia do sono. Há resultados de melhora em 86,6% dos pacientes operados[73,134].

- *Adesão terapêutica e melhora da regulação vascular:* Quanto à adesão terapêutica e melhora da regulação vascular, pode também estar relacionada ao seguimento correto das orientações que resultam em uma cadeia de melhorias físicas. Esses resultados caracterizam-se positivamente no controle da pressão arterial e da diabetes, na redução do uso das medicações após avaliação médica, principalmente os direcionados à pressão arterial; ausência de deficiências nutricionais quando as vitaminas são tomadas diariamente aliadas à alimentação adequada e ao uso da cinta tensora abdominal durante o período regulamentar.

A literatura nos diz que redução do peso em 10kg reflete em queda de 10 mmHg na pressão sistólica e diminuição de 20mmHg na pressão diastólica. A redução do peso também resulta em alterações cardiovasculares e dos lipídios, proporcionando redução da pressão arterial em todos os âmbitos, consequentemente, redução do risco a infarto agudo do miocárdio. Pode haver redução do colesterol total, triglicerídeos, ácido úrico e aumento da fração de HDL do colesterol[135].

Em relação a diabetes, a obesidade leva a Síndrome Metabólica, grande vilã das várias alterações físicas do paciente. A Síndrome Metabólica é caracterizada por uma diminuição genética e ou adquirida da sensibilidade à insulina, principalmente em músculos, fígado e tecido adiposo; determinando o aumento dos níveis glicêmicos. Isso pode predispor ao desenvolvimento de doença vascular aterosclerótica, síndrome do ovário policístico, esteato-hepatite e diversos tipos de câncer. A cirurgia bariátrica é considerada o tratamento mais radical para a obesidade, possibilitando perda de peso de 20-40% do peso inicial, determinando melhora dos parâmetros metabólicos. Quanto a diabetes, a perda ponderal levou a alterações endócrinas com a redução no risco de desenvolvimento de diabetes

maior do que 50% e redução de 30-50% na glicemia de jejum. A redução ou cessação total do uso das drogas antidiabéticas também são resultados da perda de peso e, como consequência, redução dos níveis glicêmicos [5,136,137,138].

Vários relatos das falas dos entrevistados revelam essas importantes alterações fisiológicas, melhorando as condições físicas das pacientes:

> *- A minha diabetes e a pressão melhoraram e não tomo mais remédio*. **Jaspe/ Agata/Turmalina/Turquesa/Goshenita/ Cianita**

Em relação ao uso de suplemento vitamínico, as deficiências nutricionais podem ocorrer após a realização de cirurgia bariátrica; seja por baixa aderência à suplementação, seja por ingestão inadequada e ou má absorção dos alimentos, com tendência a aumentar ao longo do tempo. Segundo estudos, a cirurgia bariátrica leva o paciente a perda de peso, mas ao mesmo tempo pode acarretar riscos nutricionais por dois mecanismos: ingestão restrita (macro e micronutrientes) e b*ypass* de áreas secretórias e absortivas do estômago e intestino delgado. O *bypass* gástrico com Y de Roux é predominantemente um procedimento restritivo, mas resulta em algum grau de má absorção. Esse tipo de cirurgia reduz em grande quantidade a ingestão de alimentos e, em decorrência, a biodisponibilidade dos diversos nutrientes, tanto macro (proteínas e gorduras) quanto micronutrientes (ferro, Vitamina B12, ácido fólico, cálcio e vitamina D e Tiamina/B1). Portanto, as deficiências nutricionais podem se tornar mais acentuadas se não houver um bom monitoramento dos hábitos dietéticos e da suplementação vitamínica. As deficiências nutricionais que acarretam diversas alterações, como queda do cabelo, podem estar associadas às dificuldades de aceitação, deglutição ou mesmo indisciplina do paciente. Ao ser displicente, o paciente não percebe que em longo prazo as consequências podem ser mais graves[139]:

> *- Não tomei direito a vitamina e começou a cair o meu cabelo e eu entrei em desespero... tanto que tem um monte de falha...* ***Esmeralda/Safira***

> *- Por exemplo, até hoje eu não consigo tomar a vitamina até hoje, sem cortar no meio, antes eu esmagava*. **Marinha/Jaspe**

No pós-operatório, a nutricionista reforça ao paciente as orientações dadas no pré-operatório, quanto à mastigação adequada, escolha dos alimentos, quantidade,

variedade, o uso do suplemento vitamínico bem como a orientação quanto à reintrodução gradual dos alimentos. Se compreendida pelo paciente a relevância do acompanhamento nutricional, levará a melhores resultados no pós-operatório, traduzidos em uma melhor cicatrização da ferida cirúrgica e menor incidência de complicações nutricionais tardias[87].

> *- Eu tomo a vitamina todos os dias, ontem mesmo eu comprei as vitaminas.* **Cianita/Ametista/Opala/Goshenita**

O uso da cinta abdominal é sempre muito salientado nas reuniões de preparo para a cirurgia. São orientados quanto a não adquirir cintas estreitas, com partes metálicas ou cintas já usadas e sem elasticidade. O uso da cinta tensora abdominal auxilia na prevenção de deiscências e hérnias incisionais; deve ser usada por 60 dias ou mais se necessário e em média compressão. Somente deve ser retirada na hora da higiene corporal, mantendo-se durante o dia e a noite. A colocação da cinta deve ser realizada com o auxílio de familiares e com o paciente deitado[16].

A possibilidade de ocorrência de hérnias incisionais também foi relatada. Segundo a literatura, a ocorrência de hérnias prevalece em torno de 20% na abordagem laparotômica. A correção das hérnias incisionais tem indicações rotineiras, geralmente em associação com as dermolipectomias abdominais realizadas em torno de 18 meses após a cirurgia bariátrica. Como já especificado o uso da cinta tensora abdominal é de grande relevância [73,140].

> *- Usei a cinta durante 60 dias ou mais. Eu me sentia segura com ela. Eu uso as cintas de corpo até hoje por me sentir segura.* **Rubi /Opala/ Turmalina /Turquesa/ Marinha/ Goshenita**

Observando todas as descrições das falas, com inúmeras informações, verificamos que a adesão do paciente obeso ao tratamento bariátrico interfere sobremaneira no processo e evolução para que a cirurgia ocorra com sucesso. Sendo a recidiva de ganho de peso muito elevada, um dos fatores causais é a inexistência de orientações no pré-operatório, bem como, acompanhamento pós-operatório[96].

b) O tema Controle está vinculado a núcleos de compreensão relacionados à *tranquilidade, autonomia e controle do cotidiano*.

- *Tranquilidade:* Os discursos das pacientes nos revelam que para se ter tranquilidade são necessários preparação, conhecimento, segurança, incentivo e satisfação. As pacientes reconhecem a necessidade de *preparação* para a cirurgia, mesmo em situações que estas deixaram parcialmente de realizá-la por não adesão ou complicações que as impossibilitaram; além de referirem que se sentiam preparadas para enfrentar todo o processo cirúrgico. O arrependimento por não ter aproveitado os momentos oportunos de preparação, também foram relatados.

> *- Pra ta preparada pra enfrentar aquele mês só enfrentando líquido*, *eu tinha "feito muito bem a minha cabeça". Eu fiquei quase dez anos na fila...***Ametista/Esmeralda/Ametista/Turquesa/Safira/Cianita/ Marinha**
>
> *- Pra ir para o hospital tem que estar muito bem preparada. Se está doente da mente, o corpo não sara, a mente da gente tem que estar bem. Se está com uma parte do corpo estragada, você sabe que vai lá e vai tratar, mas a mente*...**Ametista**
>
> *- Tem hora que eu to bem abalada, porque no começo eu tava melhor. Ele (cirurgião) mesmo fala, "a cada dia tem que ser cada vez melhor"!!! É por isso que eu fico aborrecida, porque eu não to progredindo, eu to regredindo*. **Rubi**

Aliado a preparação, o conhecimento do processo, expressos na forma de instrução foram salientados.

> *- Também eu tive instrução, no deitar, pra levantar,não podia doer mesmo, graças a Deus.* **Opala**
>
> *Pra mim foi bem informado, auxiliou, até porque eu tinha medo, eu demorei 8 meses pra tomar decisão de fazer mesmo a cirurgia*. **Esmeralda**
>
> *- Eu acredito que eu precise sim de um acompanhamento de uma nutricionista e psicóloga, com certeza*. **Cianita/Marinha/Turquesa**

Os pacientes e familiares ao receberem instruções desenvolvem o conhecimento; trabalhando esses conhecimentos aumenta seu nível de *segurança* em relação à tomada de decisões direcionando a uma maior independência, bem como, maiores condições de os familiares auxiliarem no processo. Uma das funções da equipe é proporcionar ao paciente, caminhos para que este faça suas

próprias escolhas com autoconfiança visando à manutenção do seu bem-estar físico e emocional.

> *- Se eu tivesse que fazer a mesma cirurgia hoje de novo, eu faria; 3 vezes de novo; jamais iria pedir para voltar ao que era antes; não me arrependo de nada.* **Ametista/Esmeralda/Safira/Goshenita/Ágata**

O *incentivo* para vencer as dificuldades e manter-se aderido ao processo foi proveniente dos profissionais, familiares, conhecidos, colegas de trabalho e das próprias percepções das pacientes; mostrando-nos que, quando o paciente possui apoio e entende o que vai ocorrer ou está ocorrendo com ele, as forças e adaptações são constantemente renovadas.

> *- Ela lutava pra me convencer de que antes de operar o estomago eu tinha que "operar" a cabeça, eu judiei da psicóloga durante um ano. Eu passei por um teste... ...aquilo me ajudou tanto que eu esperei mais 9 anos para fazer a cirurgia, na maior felicidade*. **Ametista**

> *- As minhas filhas também me apoiaram. ...quando eu saio na rua, todo mundo fala, os colegas falam: tá bonita, ta esbelta, não tem cara de doente. Isso levanta o astral da gente e da vontade de fazer a dieta mais correta ainda. Quando mais a gente recebe um elogio, mais fica prazeroso seguir em frente.* **Opala/Esmeralda/Goshenita/Safira/Jaspe**

> *- Mas, depois que você emagrece e começa a ver os benefícios que eu passaria por tudo isso de novo pra ter os benefícios que eu tenho hoje; muda e muda pra melhor, foi uma vitória muito grande*. **Cianita/Marinha/ Rubi**

O preparo leva o paciente ao conhecimento proporcionando-lhe maiores condições de enfrentamento das adversidades, sentindo-se seguro, ele toma decisões adequadas e como consequência, melhores resultados, aumentando-lhe a *satisfação*. Essa satisfação de bem-estar geral, mantém os pacientes ativos na manutenção do processo levando à autonomia.

> *- Eu já passei por uma etapa muito grande, está muito bom, tá ótimo, é uma maravilha; uma beleza; estou muito satisfeita, estou muito alegre, contente; mudei minha vida; uma benção; porque só um obeso sabe o que é ser um obeso.***Cianita/Àgata/Ametista/ Esmeralda/Opala/Rubi/Jaspe Turmalina/Safira.**

- *Autonomia:* A autonomia nos remete a perceber que o paciente passa a realizar deslocamentos por seus próprios meios físicos; usar transporte coletivo e não necessitar de transporte de terceiros (vizinhos) para deslocar-se. A literatura relata os transtornos do indivíduo obeso no uso do transporte coletivo, como passar catracas e subir para o veículo e motoristas despreparados para trabalhar com esses pacientes. Essa liberdade favorece ao indivíduo não somente uma maior possibilidade de deslocar-se, mas também tomadas de decisões com maior consciência, pensando em suas necessidades e desejos.

Atualmente, a Lei Estadual do Estado de São Paulo, nº 12.225/06, exige a disponibilidade de assentos para obesos nos *transportes públicos*, como já ocorre no metrô da Capital desse Estado. Outros Estados também possuem Leis semelhantes e há projetos de Lei Federais sobre o tema. A legislação federal trata do assunto no Decreto nº 5.296/04 que regulamenta outras duas leis sobre acessibilidade a "pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida". Os obesos são citados no parágrafo 1º do Art. 23, que define a obrigatoriedade de *assentos especiais* em teatros, cinemas, estádios, casas de espetáculos, etc[141].

> *- Fui sozinha na consulta... Já andei de ônibus,onde não tem ônibus vou a pé; não dependo mais dos outros; tenho rodinha nos pés, não paro, vou e volto a pé.* **Àgata/Opala/Marinha Turmalina.**

- *Controle do cotidiano:* O controle do cotidiano refere-se a realizar atividades sem auxílio e acompanhamento; permite o controle de si mesmo de forma positiva e retorno à vida considerada normal. Trabalhos nos esclarecem que a ausência ou desorganização das atividades que sustentam o cotidiano são acentuadas nas vivências das mulheres obesas. Se a vida cotidiana é a vida do homem inteiro, que participa ativamente colocando no dia a dia todas as suas capacidades, habilidades manipulativas, sentimentos, ideias e ideologias; portanto, as ações que desenvolvem no dia-a-dia fazem com que as pessoas se conheçam e sejam reconhecidas. Nesse espaço de sucessão da vida, o cotidiano, está incluso espaços sociais, projetos pessoais, pessoas, objetos, tempos variados que se interagem. Se a obesidade impede o indivíduo ter uma vida por inteiro, a cirurgia, quando realizada de forma preparada, possibilita uma maior organização e controle do cotidiano[105].

O controle do cotidiano também pode ser entendido como um fator ou condição que potencializa a melhor percepção de qualidade de vida e auxilia a compreender a dinâmica do paciente em seu processo de doença e/ou tratamento. Pelo *lócus* do controle interno e externo, podemos observar como o paciente atribui a responsabilidade do controle de sua vida, ou seja, a si mesmo ou aos outros. O *lócus interno* é a forma como o indivíduo tem de perceber os eventos da vida como sendo controlados por si mesmo. O *lócus externo* é quando o controle passa a ser localizado em outros fatores que não no paciente[114].

> *- Minha vida voltou ao normal, minha cabeça está muito boa, agora eu tenho disposição pra andar e fazer tudo. Ajudou no relacionamento, em casa e no trabalho; hoje cuido da minha casa.***Marinha/ Ametista/ Esmeralda/Rubi/Goshenita**
>
> *- Na faculdade estou mais feliz... ...agora fico com qualquer pessoa, faço trabalho com qualquer grupo, coisa que não fazia antes...***Safira**

c) O tema Limitação está relacionado a núcleos de compreensão ligados a *medos, deficiência no autocuidado, mobilidade física prejudicada e baixo nível de atividade física.*

- *Medos:* Os medos relatados pelas pacientes são em relação a engolir, engasgar, parar alimento no anel, vomitar e fístulas. As dúvidas levam à sensação de estar perdida e, como consequência, a não persistência diante das dificuldades. O medo na tomada de decisões apresenta-se como dúvida e incertezas das decisões que já tomou ou das que ocorrerão.

> *- Sempre fiquei muito receosa, porque não perdi quase peso...* **Esmeralda/Cianita/Jaspe**
>
> *... a impressão é de que parece que você nunca comeu, não sabe comer, medo de engolir, a sensação que está engasgado, entalado, que entupia, que vai vomitar, que vai abrir fístula. Então evito comer.***Cianita/Opala/Ametista/Safira**
>
> *- Na verdade, hoje eu to meio perdida, assim, eu levo uma vida não normal porque eu não posso comer o que comia antes, mas também eu não me adaptei a uma vida que eu deveria ter depois*. **Cianita**

Sentimentos confusos podem ocorrer a partir do momento em que a perda da gordura, vista como sinal de proteção e isolamento é abruptamente retirada,

percebendo que mudanças (emocionais) profundas necessitam ser efetivadas, e não apenas superficiais por meio da estética e do emagrecimento[142].

- *Deficiência no auto-cuidado:* Quanto a deficiência no autocuidado, foi apresentado como prejuízo na capacidade de realizar ou completar as atividades de higiene por si mesma por apresentar fraqueza e mal-estar, portanto sendo necessário realizá-la sentada e com o auxilio de familiares.

> *- Nem o banho tomo sozinha, porque a vez que a minha filha deixou eu tomar banho sozinha, eu cai no banheiro. Eu não aguento muito tempo, tem que ser um banho rápido, se eu tenho que lavar a cabeça eu tenho que sentar na cadeira*. **Rubi**
>
> *- Eu precisava de alguém pra tudo, tudo, pra deitar na minha cama, sentar no sofá, eu não conseguia sentar, apoiar o braço*. **Cianita**

- *Mobilidade física prejudicada:* A mobilidade física prejudicada foi entendida como a incapacidade de andar determinadas distâncias sendo necessário o auxílio de outras pessoas ou veículo automotor para percorrê-las. Aliadas ao peso e às dificuldades respiratórias já mencionadas; as patologias como bursite, sequelas AVC, artrose, esporão, dor em joelhos, pernas e articulações agravam a mobilidade física. Fraqueza nos membros inferiores, bem como dificuldades para sentar, deitar e levantar também foram limitadores. A necessidade do uso de muletas apresentou-se como um auxílio para a deambulação.

> *- Antes, não era porque não queria (caminhar), não tinha condições de fazer, eu não aguentava andar, não aguentava fazer nada*. **Marinha**
>
> *- Eu tenho bursite que inflamou... Dou volta no quarteirão, dou volta no quarteirão de muleta mesmo...* **Àgata**

O termo mobilidade é entendido por “qualidade ou propriedade do que é móvel ou obedecem às leis do movimento”; além de, “facilidade de mover-se ou de ser movido...”[143].

As condições em domicílio e a vida social do paciente obeso são comprometidas em vários aspectos: nos acessórios pessoais, em domicílio, trabalho, passeios, lazer tanto em locais abertos como recintos fechados. Em domicílio, as dificuldades são encontradas na necessidade de adequação das áreas de

circulação, banheiros com barras de segurança para as pessoas com comorbidades mais comprometidas; mobiliário adequado, acessórios e pessoais apresentáveis e de variedade de gostos, o que não são comuns no comércio e quando encontrados são onerosos.

Em recintos fechados, tais como, teatros, bares, cinemas e transportes, etc. é mais comprometedor devido a ser comum a inadequação em relação a mobiliários e espaços para deslocamentos, tornando constrangedor ou mesmo restringindo o acesso para o indivíduo obeso. Nos espaços públicos, a distância para deslocar-se dentro dos shoppings, calçadas e ruas mal pavimentadas, ausência de bancos adequados em praças públicas, restringem a circulação e desestimula a vida social.

A mobilidade comprometida implica não somente na locomoção, mas na sua autoconfiança, autoestima, valores, autoimagem e independência; fatores relevantes para sua integração social[144].

À medida que as pessoas se deslocam de um lugar para outro, as dimensões físicas e psicológicas do espaço (pessoal, territorialidade, apinhamento e privacidade) se modificam. O movimento no espaço afeta tanto, a densidade do recinto que está sendo deixado, quanto àquele em que se está entrando. O movimento, que pode implicar mais ou menos privacidade, presença ou ausência em um território, pode implicar, mais ou menos, controle sobre si mesmo[144].

- *Baixo nível da atividade física:* O baixo nível da atividade física apresentou-se na pouca caminhada e ou início das caminhadas e exercícios meses depois da cirurgia. A não realização de exercícios também teve como causas dor, fraqueza ou problemas de pressão alta (orientação médica temporária); mas também por incapacidade de manter um nível constante das atividades, por desinteresse ou temperatura ambiente. As pacientes referem ter consciência que na ocorrência de pouca perda de peso, um dos aspectos colaboradores é a não realização de exercícios. O uso de medicamentos que causam sono também foi relatado e esse dado deve ser de grande relevância para a equipe, pois, longas horas de sono durante o dia mantêm o paciente inativo. Os pacientes e familiares devem ser orientados antecipadamente nas reuniões para manterem-se alertas quanto a sinais de sonolência em excesso e comunicar o cirurgião, que realizará avaliação para a redução da dose ou troca do medicamento.

> *- Eu acredito que eu to perdendo peso lentamente, mas tenho consciência, porque eu não faço exercício*...**Cianita**

> *- Porque daí eu tive um sono, um sono, um sono. Daí ele mudou o remédio que era para dor... Aí tive que tomar direto, só que esse remédio provocava vômito e me dava muito sono e dormia direto, direto, dia e noite*. **Ametista**

Os núcleos de compreensão que envolvem o tema Limitação são extremamente importantes no contexto da necessidade de reabordagens constantes, tanto no pré-operatório nas reuniões de grupo ou individual, quanto no pós-operatório. As dificuldades encontradas pelas pacientes podem tornar-se motivos ou desencadear desestímulos para a descontinuidade do processo de recuperação.

d) O tema Conflito está relacionado a núcleos de compreensão que dizem respeito a *autopercepção negativa*, *visão de si mesma*, *conquistas não desenvolvidas*, *nível inadequado de confiança, comportamento não aderente e disciplina.*

- *Autopercepção negativa:* A autopercepção negativa refere-se a avaliações que os pacientes fazem de si mesmos como incapazes de trabalhar com situações e eventos adversos, que consideram como aborrecimentos, abalos; sentimentos negativos sobre si mesmos e ausência de energia produtiva. O alimento parece apresentar-se como elemento de conforto para superar dilemas cotidianos, representado em um sintoma descrito como fome emocional[83,145]. O ato de comer pode ser visto como um mecanismo compensatório da frustração acompanhado de um desconhecimento do controle interno e dos limites sendo esta mesma frustração uma referência ao mundo interno do qual foge; procurando no exterior o que não quer procurar no interior[146].

> *- É muito difícil mudar uma vida inteira*... **Cianita**

> *- Eu vi que depois da cirurgia que o preconceito era comigo mesmo, eu tinha preconceito de mim mesmo*. **Esmeralda**

> *- Tem hora que eu perco as forças de tudo, principalmente quando eu quero me alimentar e não consigo ai eu vou pra cama, fico lá,e acabo me aborrecendo por causa disso*. **Rubi**

> *- E todos os depoimentos que eu ouvia das pessoas que*

> *apareciam na TV, internet, Orkut, dizendo que foi a melhor coisa que tinha feito; eu pensava completamente o contrário, que tinha sido a pior coisa que tinha feito na vida, porque eu achava que nunca mais eu ia comer, viver igual, porque tudo envolve comida. Ir na casa de um amigo, sair, tudo, eu achava que nada ia ser igual. Eu até falei pra uma amiga, que também é obesa, não faça (cirurgia), conselho de amiga!!!* **Cianita**

- *Visão de si mesma:* A visão de si mesma, isto é, como a paciente se vê, pode ser percebida em momentos distintos; anteriores a cirurgia, após o trabalho de profissionais e após o procedimento cirúrgico, além de diversos sentimentos conflituosos. Referem-se a si mesmas com expressões negativas e fazem comparações com outros indivíduos, tais como: bicho do mato, burra, agressiva, distúrbio mental, fora do padrão.

Pessoas obesas apresentam maiores índices de sintomas depressivos, ansiosos, alimentares e transtornos de personalidade, mas a presença de uma psicopatologia não é necessária para o aparecimento da obesidade. Portanto, a obesidade pode ser entendida como causadora de uma psicopatologia e não como consequência desta[147].

A literatura também confirma que o preconceito social sofrido pelas pessoas obesas, auxilia que mensagens e atributos negativos sejam internalizados e passem a constituir fatores desencadeantes de problemas psicológicos; aumentando o sofrimento moral pelo qual vivencia o obeso originado da discriminação, que ao carregar o peso do seu corpo, o corpo obeso leva o peso da culpa e da responsabilidade por sua obesidade[148].

Como podemos observar pelos discursos, o outro passa a ser medida constante de comparação, é o jogo do espelhamento, pois o reflexo devolve a própria imagem e várias outras. Pela projeção do outro, o indivíduo pode passar a reconhecer a própria imagem, e isso passa a ter um papel vital em sua vida. A sua imagem se mistura com a dos outros numa trama que define e explica a preocupação dos sujeitos[149].

> *- Se cada dia teria que ser melhor, então, eu não to no padrão das outras pessoas*. **Rubi**

> *- Quando entrei lá eu era um bicho do mato, não sabia conversar, só chorava, só agredia as pessoas, eu não entendia, parecia que eu tinha um distúrbio mental, entendeu. ...eu me achava burra... Nesse período que eu fui para a*

> *psicóloga e me descobri...* **Ametista**
>
> *- Que antes eu era sempre carrancuda, sempre de mau humor. Os meus vizinhos falam que antes eu vivia com a cara amarrada...* **Esmeralda**

Quanto aos diversos sentimentos, às pacientes referem vergonha, falta de coragem para realizar determinadas ações; sensação de estar super mal; sem paciência com a rotina ou falta de entendimento em relação às outras pessoas. Esta condição diversa de sentimentos pode desencadear o aumento da ingestão alimentar, pois os indivíduos obesos, principalmente mulheres, comem mais como mecanismo compensatório em situação de estresse emocional, ansiedade, depressão, tristeza e raiva[150].

> *- Tinha vergonha... eu me sentia super mal da professora falar da obesidade e eu lá...* **Safira**
>
> *...fico muito chata sem fazer (trabalho) e sem me preocupar com outras coisas*. **Cianita**
>
> *- ...não sei escrever direito e tinha muita vergonha disso. Tinha muita vergonha disso, mas hoje em dia penso que isso não é tudo não, hoje eu trabalho atualmente em 2 serviços...* **Ametista**

Os sentimentos de culpa estão presentes por não conseguir cumprir com a programação devido à resistência em privar-se do que lhe dá prazer; ocorrendo logo após arrependimento e não saber que atitudes tomar para autocontrolar-se. As limitações físicas devido a complicações e patologias de base também foram relatadas e com sentimentos de tristeza por não seguir a programação.

> *- Tem hora que eu to bem abalada, porque no começo eu tava melhor. Ele (cirurgião) mesmo fala, "a cada dia tem que ser cada vez melhor"!!! É por isso que eu fico aborrecida, porque eu não to progredindo, eu to regredindo*. **Rubi**
>
> *- Eu acreditava assim, que quando eu emagrecesse, eu não vou comer qualquer coisa, eu ia escolher o que vou comer, só que não tá funcionando assim comigo, eu não to pensando assim*. ***Cianita***

- *Conquistas não desenvolvidas:* Situações consideradas pelas pacientes como conquistas não desenvolvidas foram identificadas. Consideram a realização da

cirurgia como um milagre, algo mágico que leva ao emagrecimento, mas o tempo que se requer para atingir o peso desejado; o esforço e a paciência necessários e as intercorrências, podem desencadear decepções. Em parte, a internet colabora para que as pacientes passem a produzir estas ilusões. Inúmeros sites, blogs, mostram informações importantes, mas, o que poderia possibilitar ilusão à paciente são as fotos de pacientes já operadas que mostram o “antes” e o “depois”.

É necessário que as pacientes sejam orientadas quanto a não conceber fantasias ao verem as fotos, pois, inúmeras situações interferem e já foram ali trabalhadas entre o “antes” e o “depois”, tais como: todo o período de perda de peso, exercícios físicos e cirurgias plásticas, por exemplo. A estrutura física de cada indivíduo também pode determinar a aparência do “depois”. As fotos não mostram detalhes que poderão não agradar a paciente de imediato, tais como a pele flácida, as estrias, as cicatrizes das cirurgias plásticas.

Trabalhos demonstram que a obesidade começa a surgir na pós-modernidade, com inúmeros fatores, entre eles a falta de referências, a generalização de todas as coisas convertidas em mercadoria, além de o grande poder atual da era da imagem, a qual está generalizada na internet, na televisão, revistas, nos shoppings, vendendo objetos projetados para as pessoas magras e esbeltas e projetando a imagem do corpo perfeito. Neste estudo a autora também salienta que nesta lógica, o corpo das pessoas é passível de ser redesenhado, rabiscado, como objeto; e que a cirurgia não seria a solução para o problema do paciente, visto que o mesmo continuaria a ser tratado como coisa, manipulado, mercanciado, agora em sua esperança de uma vida mais feliz e menos problemática. Neste contexto retira-se o corpo do obeso e não o obeso do corpo[151].

> *- Ai eu colocava tudo na cirurgia. Vamos lá, que vou melhorar, vai ser um dia melhor que outro!!!! E eu to vendo que tá um dia pior que o outro*. **Rubi**
>
> *- Na verdade pode eu não ter percebido alguém falando isso: você vai ficar sem tomar água. Não tem problema, eu vou fazer a cirurgia. Você tá tão empolgada á fazer que não interessa o que você vai passar*. **Cianita**
>
> *- ...eu queria fazer minha cirurgia, eu decidi, fui procurar na internet, aí o que você vê? O antes e o depois, a pessoa obesa e depois toda a plástica, você vê a pessoa lá perfeita!!!. Aí você faz o que? Liga para o médico, marca, faz todos os exames, o médico diz calma, não é assim... Você fica até revoltada, mas*

> *eu tenho que fazer logo, porque a fulana tem um ano de cirurgia, está lá linda e maravilhosa... Só que você não pensa nisso! Pra mim era milagre, fiz a cirurgia, vou ficar magra*... **Cianita**

O projeto profissional adiado foi demonstrado quanto à manutenção dos estudos na formação da profissão.

> *- Eu cheguei a parar um ano a faculdade em função da cirurgia. Era pra eu tá me formando este ano, vou me formar o ano que vem.* **Safira**

As autoexpectativas não realizadas também entendidas como necessidades não satisfeitas.

> *- ...fez a cirurgia e eu tinha pensado que tinha posto anel, e não pôs o anel. Eu me preparei 3 anos para por este abençoado anel, ele disse (cirurgião) que não pôs o anel porque eu não tinha dente.* **Àgata**

- *Nível inadequado de confiança:* O nível inadequado de confiança apresentou-se como sentimento de dúvida, incertezas quanto a ter tomado a decisão correta em relação à cirurgia, culpa, medo, incerteza; falha em realizar ações; baixo estado de otimismo; verbalizam expressões: choro, melindre, mimada, dificuldade e receios.

> *- To muito assim melindrosa, chorona, qualquer coisinha você acha que os outros estão te xingando, que está fugindo do controle,* **Ametista/Esmeralda/Rubi**

> *- Porque neste período eu não experimentei (roupas), por medo, porque tudo o que eu experimentava, não servia, então eu passei a ter medo de colocar e não servir.* **Cianita**

> *-... no primeiro mês teve dia que eu chorei, porque eu fui mexer no que estava quieto. ...eu pensava completamente o contrário, que tinha sido a pior coisa que tinha feito na vida.. Mas tinha que fazer uma escolha*... **Esmeralda/Cianita**

- *Comportamento não aderente:* O comportamento não aderente foi demonstrado como indicativo de rebeldia, como passar a usar medicamentos veterinários; início de alimentação sólida antes do previsto; não usar a cinta abdominal; pensamentos e atitudes com intenção de enganar a equipe. Apresenta comportamento ineficaz de saúde como: não aceitação dos recursos disponíveis; questiona a necessidade de orientações profissionais; falha em manter

compromissos agendados; evidência de complicações que decorrem das falhas em progredir e motivo da frequência nas consultas e reuniões com a intenção de obter os laudos, tidos como prêmios.

> *-Eu tenho a bursite, a abençoada bursite, inflamou, aí eu fui comprar a pomada do cavalo (pomada veterinária). Pensava (ele, o cirurgião) que eu tava de faixa, mas já tinha tirado a faixa fazia tempo* e comi comida sólida antes do tempo. *Pensei, coitado tá dormindo porque já to comendo*. **Àgata**
>
> *- Eu abandonei a psicóloga e a nutricionista*. **Safira/Cianita**
>
> *- ... eu ia lá como uma obrigação de cumprir as 10 sessões para ganhar a carta, era como um prêmio,você ia lá e ganhava a carta!!* **Cianita**

A automedicação é uma prática muito difundida em todo o país e exterior, onde a maior parte das medicações consumidas pela população é vendida sem receita médica. Devido a problemas financeiros, dificuldade de acesso a consultas, falta de condições de convênios de saúde e para encurtar caminhos em busca de solução para os incômodos que os afligem; a população recorre geralmente à farmácia mais próxima. Um dos maiores problemas da automedicação é a dificuldade de diagnosticar e mascarar patologias mais graves. A ação de automedicar-se é antiga e, na antiguidade Hipócrates, já declarava que *"Toda vez que um indivíduo diz que segue exatamente o que eu peço, está mentindo."* O acesso à informação, principalmente pela internet, faz com que as pessoas busquem informações quanto a sua doença, sintomas, diagnósticos, medicamentos e custo de tratamentos; é chamado, *o paciente expert*. O acesso em quantidade de informações, mesmo que inverídica, pode fazer com que o paciente esteja menos disposto a acatar e aderir às orientações médicas e de saúde[152, 153].

Uma das consequências do comportamento não aderente do paciente ao processo cirúrgico é a deficiência de zinco. Essa deficiência pode ocorrer por síndromes relacionadas a disfunções metabólicas ou genéticas, bem como por causas nutricionais. Estas últimas são as mais importantes e comuns, principalmente ligadas à cirurgia bariátrica e relacionadas à reduzida ingestão de zinco e ou consumo de alimentos pobres em zinco. Também pode prejudicar a absorção intestinal, retenção renal de cátions, aumentar a perda de aminoácidos e proteínas entre outros[154].

- *Disciplina:* A disciplina está relacionada às dificuldades de controle dos sentimentos de irritação pela vontade de comer; persistência de sentimentos negativos em relação às escolhas; falta de adaptação; baixo estado de otimismo; incerteza, revolta, dúvida e culpa; não admite suas dificuldades; as promessas são quebradas; decisões tomadas são adiadas; vacila entre escolhas alternativas e deseja resoluções rápidas para seus desejos.

Desenvolver a disciplina e a concentração na fase pré-operatória é primordial para a adaptação do paciente no pós-operatório. As necessidades de horários definidos e fracionamento das refeições, mastigação adequada e exercícios físicos regularmente são essenciais para a perda e manutenção do peso após a cirurgia. Como a disciplina alimentar é alterada nas diferentes fases operatórias, o paciente poderá apresentar dificuldades na persistência aos cuidados necessários que decorrem do processo cirúrgico. A adaptação exige uma grande capacidade de superação, força de vontade e reflexão sobre si mesmo para enfrentar as novas rotinas, trabalhar suas expectativas, ansiedade e insegurança; o que pode emergir diferentes significados ou reforço de questões existenciais[155].

> *- A gente não pensa o que vai ser a sua vida depois, a gente não pensa o que vai ser uma mudança. Mudança de hábito?* **Cianita**

***e*) O tema Autorealização** está relacionado aos núcleos de compreensão *identidade pessoal, enfrentamento, alcance de metas, satisfação, realização profissional, atitudes positivas e valorização.*

- *Identidade pessoal:* A identidade pessoal foi desvelada como a descoberta, reconhecimento e aceitação das próprias limitações, mas também de inúmeras qualidades que não eram valorizadas, e que a partir de um trabalho psicológico mostrou-se de grande importância para o entendimento de sua própria personalidade e autovalorização. A descoberta de autoconceitos negativos anteriores e atuais, demonstrou também que o autoconhecimento leva ao conhecimento e entendimento das outras pessoas, além de deixar de projetar nos outros indivíduos aquilo que diz respeito a si, principalmente, à tomada de decisão. A paciência, persistência, aliada ao aprendizado são marcantes nas experiências desses pacientes.

> *-Eu levei 10 anos esperando, nesses 10 anos foi muito bom para mim, aprendi muita coisa, aprendi a conversar, aprendi a*

> *me expressar, aprendi a saber esperar as coisas, aprendi a ver os meus defeitos e qualidades, a ver as qualidades e os defeitos dos outros, aprendi que às vezes não são as pessoas que têm problemas, o problema está com a gente*. **Ametista**
>
> *- Eu vi que depois da cirurgia que o preconceito era comigo mesmo, eu tinha preconceito de mim mesmo. Eu não ia a nenhum lugar porque tinha vergonha. Eu achava que todo mundo me olhava na rua*. **Esmeralda**

Podemos perceber que a obesidade pode desencadear sofrimento emocional e psicológico identificados como causadores, consequentes ou retro-alimentadores de sua condição clínica, sendo a obesidade obstáculo e aflição no entendimento de sua própria identidade e controle do cotidiano. Algumas características psicológicas são alteradas nesses indivíduos, tais como, hiperfagia, não aceitação do esquema corporal e temor de não ser aceito ou amado; podendo desencadear ou indicar dificuldades de adaptação social, absorção de frustrações, desamparo, insegurança, culpa entre outros. Portanto, aspectos emocionais podem prejudicar a imagem corporal que elas possuem de si próprias. Mas também deve ser lembrado que as percepções dessas pacientes nos fazem refletir de que o corpo deve ser entendido como pertencente ao ser e não ao mundo externo em que o indivíduo vive[108]. O papel central da beleza na identidade feminina sugere a submissão à pressão cultural de um corpo feminino ideal[109].

A expressão de satisfação com sua própria imagem corporal e identidade pessoal foram demonstradas na alteração da numeração das vestimentas, mas também no contexto geral desencadeado pela perda de peso. A aquisição de objetos significativos como espelhos foram relatados. A literatura também relata sobre a importância do espelho dada pelas pacientes, antes e após a cirurgia bariátrica.

Se a cirurgia for entendida pelo paciente como uma tentativa de mudança na identidade do indivíduo, esta pode não se confirmar; além de tentar cortar parte de sua história a qual terá que se adaptar juntamente com a restrição alimentar[84].

> *-... colocar umas roupas mais bonitinhas, passei de 52 pra 48; já to usando 42, agora me sinto super feliz, era o número que eu queria chegar, então pra mim eu quero só mais 3 kilos, não quero mais do que isso.* **Safira**
>
> *- Eu me acho bonita agora, antes eu não tinha espelho em*

casa, agora tenho. Eu usava 54, agora uso 40. **Esmeralda**

A percepção da dimensão física foi salientada por duas situações: inadequação da imagem percebida no espelho ou quando percebida, necessitava ser reafirmada pela opinião de terceiros; confirmando o que a literatura já relata de outras experiências. Durante o acompanhamento contínuo desses pacientes, deve ser observada a falta de percepção do corpo atual deles; deve ocorrer a possibilidade de estas elaborarem e verbalizarem seu sofrimento psíquico acerca de suas transformações físicas, para a busca de reflexões no entendimento e aceitação da própria imagem. No corpo, todas as suas partes se integram e se reúnem formando um sistema onde cada parte possui "consciência" de sua posição no esquema corporal, não sendo apenas justaposição de órgãos. Essas partes são integradas de forma dinâmica, com a finalidade da função que exerce no organismo, formando o sistema corporal do indivíduo[108].

A imagem corporal que o obeso tem de si mesmo, pode ser distorcida e se tornar maior, quanto mais antiga for sua condição de obesidade. O corpo com obesidade perde sua noção de imagem corporal durante tentativas de emagrecimento fracassadas, pelo aumento e diminuição frequente do peso corporal. Portanto, a sua imagem corporal evidencia uma ilustração que ela tem na mente acerca do tamanho, imagem, forma do corpo e os sentimentos relacionados a essas características, bem como as partes que o constituem. As dificuldades em perceber a perda de peso tornam o emagrecimento invisível ao olhar e imperceptível ao próprio corpo; deixando transparecer que todo conhecimento, inclusive de si mesmo, passa pelo corpo[108].

- Agora que eu emagreci, fiquei muito diferente, não tenho noção do meu tamanho; eu comprei uma calça nova, sei qual é o meu número, mas não sei qual é o meu tamanho no espelho; eu só tenho noção se para alguém do meu lado; me olho no espelho e não me reconheço em mim...não consigo interpretar a minha imagem, eu me vejo por pessoas que me falam; aí eu caio mais na real. **Ametista/Marinha/Safira/Cianita/Goshenita**

A obesidade foi considerada como responsável pelo paciente não conseguir emprego, por afetar a sua vida profissional desde a sua formação, bem como a importância da imagem para a profissão e relação no trabalho. A perda de peso auxiliou na tomada de decisões e atitudes relativas ao recomeço de atividades

deixadas devido à obesidade, processo cirúrgico e busca por novas oportunidades.

Há uma relação entre obesidade, sexo e nível socioeconômico, salientando a grande dificuldade de mulheres obesas conseguirem ou manterem-se no emprego, devido às restrições físicas para as ações, consultas e afastamentos médicos devido a comorbidades; difícil ascensão social e maiores gastos com essas consultas e medicamentos. A relação entre obesidade e nível socioeconômico é bidirecional, isto é, a obesidade dificulta a ascensão social, bem como o nível socioeconômico determina a prevalência da obesidade. Também nesses estudos foi encontrada a ocorrência de maior dificuldade de manterem uma vida profissional fora do lar; buscando como alternativas a confecção de comidas prontas e artesanato, caracterizando o trabalho manual como uma atividade possível de ser realizada para o auxilio da renda familiar[105].

Podemos observar que nem sempre o atributo estético é o principal motor que move pensamentos em relação às condições corporais e notadamente distinta dos demais meios estudados. Em um estudo na Favela da Rocinha, houve certa ambiguidade, em que as mulheres não se percebem enquanto obesas. O corpo magro é valorizado pela “agilidade” e “disposição” na realização das ações, ao mesmo tempo é interpretado como privado de alimentos e até portador de doenças. Em relação ao corpo obeso, enquanto este é visto como lento e cansativo, também pode significar suficiência alimentar, força e saúde. O corpo magro doente é ameaçador a essas mulheres, pois, nas classes populares a doença é impedimento para o trabalho; portanto nesse contexto, é enfatizada a noção de corpo utilitário[83].

> *- ...porque antes eu achava que eu não arrumava trabalho porque eu era gorda*.
> **Esmeralda**
>
> *- Dei uma parada no trabalho, agora que eu vou começar de novo,quero voltar a trabalhar, trabalhos de artesanato, trabalho em 2 serviços.* **Turquesa/Marinha/ Ametista/Rubi/ Goshenita**
>
> *- Uma das minhas preocupações antes de fazer a cirurgia era o que a pessoa ia falar no meu consultório de eu mandar a pessoa fazer dieta sendo gorda, obesa. A nutricionista é o cartão de visita não é*? **Safira**
>
> *- Antes da cirurgia eu era Agente Comunitária de Saúde, agora eu vou ver alguma coisa pra fazer, até porque ficar aqui sem ter o que fazer é muito ruim*. **Cianita**

O desejo de aumentar o autoconceito: fazer, mudar, seguir em frente, jurar demonstrou a persistência destes pacientes em melhorar suas condições de vida alteradas por vários anos ou durante uma vida inteira. O tempo e a idade não foram considerados empecilho para novos planejamentos ou retomada de ações deixadas pelas condições da obesidade.

> *- Eu sou separada do meu ex-marido há 27 anos, estou me divorciando pra casar com ele (fazendo sinal para o atual marido de 80 anos), a gente quer pra logo*. **Opala**

A mudança de comportamento versus perda de peso ocorreu a partir de todo o processo de transformação; uma reação em cadeia que é percebida imediatamente pelas outras pessoas. Após a alteração da aparência física, parece que a alteração positiva do humor foi a mais significante.

> *- Hoje eu sou até mais bem-humorada, sempre sorrindo. Os meus vizinhos falam que antes eu vivia com a cara amarrada, carrancuda, sempre de mau humor. Minha autoestima já aumentou, pintei o cabelo, arrumei as unhas, vou passear e me arrumo toda*.**Esmeralda**

> *- Depois da cirurgia eu não sinto mais aquela ansiedade... Eu acho que atualmente eu sou mais simpática, mais agradável*. **Safira**

- *Enfrentamento:* A atitude de enfrentamento foi abordada com expressões tais como, acostumar, esperar, ter paciência, adaptar; ausência de irritação ou desânimo; passar por um teste. O enfrentamento também é considerado como parte da visão de vida em que o cotidiano é permeado por prós e contras. O estado de bem-estar do paciente foi demonstrado por suas boas condições em que este refere entender o processo cirúrgico, principalmente que suas atitudes quanto à alimentação influenciam na recuperação; compreensão da influência das patologias de base na longevidade, bem como referência ao desejo de não retorno à obesidade.

Se o processo cirúrgico visa à melhora da qualidade de vida dos pacientes, essa qualidade pode estar relacionada ao estilo de enfrentamento deste; pois a obesidade traz inúmeras vivências, sensações, sentimentos e pensamentos que podem contribuir para melhora ou piora nesse processo. Então como as pessoas percebem sua doença e enfrentam as situações advindas dela, podem fazer a diferença na avaliação do todo de sua qualidade de vida. Estratégias de enfrentamento que o indivíduo pode assumir são definidas como mudanças

constantes na cognição e comportamento para enfrentar as demandas externas ou internas que estariam sobrecarregando seus recursos. As escolhas das estratégias de enfrentamento ocorrem pela interação de diversos fatores, seja pessoal, exigência da situação e recursos disponíveis, que vai influenciar naquilo que o paciente acredita, dentro do contexto da doença ou do processo; portanto são produtos do contexto[114].

> *- Vai se acostumando, sabia que ia passar por isso. ...tem os prós, contras e dificuldades, mas tudo na vida é assim, tudo passa se a gente tiver paciência. ...eu passei por um teste....* **Ametista**
>
> *- Se eu quiser viver mais eu vou ter que continuar do jeito que eu estou.* **Goshenita**
>
> *- Mas estou me preocupando com a minha recuperação...***Jaspe**

- *Alcance de metas:* As pacientes deixaram claro que após o procedimento cirúrgico e, como consequência, a perda de peso, havia metas a serem atingidas. O alcance dessas metas refere-se a realizar a cirurgia, emagrecer e procurar novas possibilidades de trabalho; engravidar; nova união matrimonial; reduzir a numeração das roupas; melhorar as condições de dor na coluna; vestir novamente roupas guardadas de sua preferência e viajar para rever familiares para que todos visualizem sua nova imagem. A idealização de metas pode auxiliar o paciente na manutenção do esforço em progredir, evoluir positivamente no processo cirúrgico.

> *- A minha meta era fazer cirurgia, emagrecer e arrumar* ***trabalho****...***Esmeralda**
>
> *- ...* ***casar*** *com ele (fazendo sinal para o atual marido, 80 anos), a gente quer pra logo*. **Opala**
>
> *- Tenho problemas de* ***coluna****, me encolhi durante 3 anos, foi o que me levou a entrar no grupo a sério, fazer a cirurgia bariátrica, emagrecer e contornar essa situação*. **Rubi**
>
> *- ...então eu tenho uma meta de emagrecer tudo... ter outro* ***filho****...***Cianita**
>
> *- ...ver meus filhos em São Paulo e ir pro Norte pra* ***ver o restante da minha família****, porque quero que me vejam magrinha*. **Jaspe**

Dentre as metas a que mais chamou a atenção é o desejo de engravidar após

o emagrecimento, pois, uma das causas relatadas na literatura que pode desencadear a obesidade é a gravidez. A obesidade também pode acarretar problemas na fertilidade tanto feminina quanto masculina e a gravidez quando ocorre nas pacientes obesas é de alto risco. As mulheres obesas podem menstruar regularmente, mas não quer dizer que ovulam, portanto após a cirurgia bariátrica, as mulheres que apresentavam irregularidade menstrual, geralmente passam a ter ciclos regulares. A paciente deve ser orientada a não engravidar no primeiro ano de pós-operatório, porque nesse período a perda de peso é mais intensa. Após a cirurgia bariátrica deve ser realizado um planejamento junto à equipe, principalmente quanto ao controle dos aspectos nutricionais, devido estas pacientes evoluírem para deficiências nutricionais, aumentando os riscos de complicações maternas e fetais. O rastreamento da diabetes gestacional também é realizado durante esse período. Apesar dos riscos de desnutrição materna, a gravidez após a cirurgia bariátrica aparentemente é segura para o binômio mãe-filho e não comprometendo o crescimento fetal ou após um ano de vida deste[156].

- *Satisfação:* A sensação de satisfação foi expressa considerando a perda de peso percebida pelas roupas, sensação de sentir-se mais leve, a ocorrência de alteração significativa na vida, percepção de novos benefícios e acontecimentos, continuação dos estudos e a cirurgia foi considerada o maior desejo da vida, uma autorrealização.

> *- ... eu estou muito satisfeita, muito alegre, me sinto bem; foi uma vitória, foi ótimo, mudou a minha vida pra melhor, foi uma das melhores coisas que fiz na vida.* **Opala/Rubi/Safira/ Marinha/Jaspe/Cianita/Goshenita/Ametista**

- Atitudes positivas: As atitudes positivas foram representadas por um maior cuidado corporal: cabelo, unha, vestimenta; fazer a dieta corretamente; comportamento decisivo; verbalizações positivas e aumento da interação social: trabalho e aproximação com outras pessoas.

> *- ...eu vou fazer, vou mudar, vou seguir em frente com a atitude que eu tomei a partir de agora. ...eu voltei a sair com minhas amigas 3 meses após a cirurgia, que eu já tava me sentindo melhor pra sair...* **Safira**

> *...cortei o cabelo, comecei a me pintar, mandei apertar as roupas...* **Goshenita**

- Realização profissional: A realização profissional é bem representativa para as participantes. As ocupações abrangidas foram: cozinheira, artesã, confeiteira, atendente e área da enfermagem. A melhora das condições de saúde permitiu ao sujeito trabalhar em mais de um vínculo empregatício, tendo também a percepção clara do valor de seu trabalho, como vemos nesta fala:

> *- ...hoje eu trabalho atualmente em 2 serviços... e olha, como cozinheira sou 10, como governante sou 10, como babá sou 10, como arrumadeira sou 10. Não é que sou metida, eu sou, eu me dou bem mesmo e eu sei naquilo que sou boa...***Ametista**

As mulheres obesas apresentam dificuldades em reconhecer suas habilidades, em esperar sucesso de suas realizações e acreditar que podem realizar atividades na vida cotidiana. Nas atividades profissionais apresentam dificuldades de identificar e resolver problemas, expressar-se, planejar antes de agir e concentrar-se no trabalho, sendo um dos motivos a apneia do sono[105]. O discurso acima demonstra que a paciente está consciente de suas potencialidades, recebeu e assimilou o preparo no pré-operatório, reconhecendo-se naquilo que exerce.

Também foi salientada a importância de recomeçar as atividades profissionais interrompidas pelo processo cirúrgico ou pelo agravamento de comorbidades.

> *- Querendo trabalhar, voltar a trabalhar, uma atividade que sempre gostei de fazer e foi interrompida por problema de saúde.* **Rubi**
>
> *- Dei uma parada nas costuras, agora que eu vou começar de novo.***Turquesa**
>
> *- Já to fazendo meus trabalhos de artesanato.* **Marinha**

O relacionamento no trabalho após o retorno a este, também é de grande importância, visto que favorece o apoio em atividades ainda restringidas pelo processo cirúrgico, principalmente em manuseio de materiais pesados.

> *- Com dois meses de cirurgia eu voltei a trabalhar, as minhas colegas do serviço sempre me apoiaram... elas não deixam pegar as coisas do chão... faço coisas mais leves...* **Goshenita**

A relação com o trabalho também é visto como complemento de atividade física, bem como a influência do trabalho no controle do peso, principalmente nas profissões consideradas “de risco” para a manutenção do peso elevado ou

desnutrição por passar longas horas sem alimentar-se.

> *- Eu vou trabalhar a pé, todo dia, vou e volto, trabalho aqui no shopping, são 15 minutos para ir e voltar. ...eu tomo café às 08:00 e saio para almoçar às 11... ... daí quando da 1 hora da tarde, 2 horas da tarde eu fico muito tempo sem comer, porque eu estou no movimento (trabalho, fast food) e não tenho como sair para comer de 3 em 3 horas certinho.* **Esmeralda**

Outras experiências também demonstraram que as atividades desempenhadas por mulheres com obesidade, representam baixo valor econômico e ligadas a trabalho doméstico; o que revela a possibilidade de estar relacionada à dificuldade de conseguir emprego, desempenhar atividades fora do lar pelas condições físicas e na participação social, aliada ao medo de serem rejeitadas e desrespeitadas[105].

- *Valorização:* A valorização está ligada à avaliação de si mesmo como capaz de lidar com as situações, eventos e desafios; descoberta de sua própria identidade; percepção e sentimentos positivos sobre si ou sobre suas próprias capacidades e valores em resposta a situação atual; autoestima aumentada; melhora do humor, alegria, satisfação, prazer, felicidade; reconhecimento e valorização de elogios; feedback positivo e reconhecimento da própria condição psicológica positiva.

Segundo as falas, o preparo no pré-operatório possibilitou a autoavaliação de si quanto as suas próprias capacidades de trabalhar acontecimentos no cotidiano, suas próprias potencialidades, sentimentos positivos e de valor sobre si mesmas.

> *- (palavras da psicóloga para a paciente)Você é uma pessoa super capaz de fazer qualquer coisa. Nossa! Aquilo me ajudou tanto...**Ametista***

A autoestima aumentada é percebida por si mesma e pelos outros, principalmente pela exteriorização na alegria, satisfação, humor; sendo valorizados pelas pacientes os estímulos recebidos pelos elogios e reconhecimentos de outros.

> *- Os meus vizinhos falam que antes eu vivia com a cara amarrada, que hoje estou sempre sorrindo.* **Esmeralda**

> *- Quando mais a gente recebe um elogio, mais a gente fica prazerosa pra seguir em frente.* **Opala**

O trabalho sobre si mesma e o apoio de terceiros desencadeiam um feedback positivo não somente de si mas das outras pessoas. Esse quadro é o reverso de

uma situação comum vivida pelas pacientes durante o período em que se mantiveram obesas. As pessoas obesas são mais vulneráveis a serem discriminadas e estigmatizadas. Autores defendem que só há estigma quando "há expectativa social de pelo menos um dos atores envolvidos numa relação". Compreende-se que um atributo que estigmatiza alguém não é em si mesmo nem honroso nem desonroso, mas é a atitude que as pessoas tomam em relação à marca corporal que atribui um valor; é uma relação entre atributo e estereótipo (o que sou/o que tenho – o que esperam de mim)[156]. A vergonha de não poder oferecer o que os outros esperam (mesmo não desejando um modelo hegemônico de corpo magro, ideal de beleza, "padrão de normalidade") pode desencadear sentimentos de menor valia acerca delas próprias; o que na experiência acima foi revertida na possibilidade de serem mais bem aceitas pela sociedade[157].

f) O tema Relacionamento relaciona-se aos núcleos de compreensão dos *processos familiares favoráveis, processos familiares interrompidos, estímulo externo e interação social.*

- *Processos familiares favoráveis:* Dos processos familiares favoráveis surgiram dois componentes, o familiar e o componente social. O componente familiar está composto por esposo, pai, mãe, filho, filha, genro, nora, irmão, irmã, sogro, sogra, madrasta, avó, namorado. Esses elementos do contexto familiar foram aqueles que acompanharam e acompanham o paciente nas diferentes fases do processo cirúrgico. Transmitiram ao paciente carinho, amor, compreensão, força, coragem, cuidados físicos, companhia, apoio financeiro, compra de remédios entre outros. Podemos perceber pelas falas que na totalidade das pacientes o componente familiar esteve presente nas falas e foi de grande importância.

> *- ...o esposo também ajudou, os meus familiares também, tanto nas reuniões, na internação, como em casa, com remédios, para colocar a cinta. Os vizinhos vieram visitar.* **Àgata/Esmeralda/Opala/Turmalina/ Turquesa/Safira/ Ametista/Cianita/Marinha/Jaspe/Goshenita/Rubi**

Quanto ao componente social, a presença dos vizinhos, colega do grupo da obesidade, comunidade religiosa e o apoio dos colegas de trabalho foram importantes. Transmitiram estímulo, força, visitas pessoais e auxílio nas atividades do vínculo empregatício.

> *- Às vezes eu saio na rua e as pessoas falam: nossa como você está bonita, que diferença*. Os *vizinhos, colegas de trabalho, do grupo da obesidade e da igreja vieram visitar.* **Esmeralda/Opala/Jaspe/Goshenita**
>
> *- Com dois meses de cirurgia eu voltei à trabalhar, as minhas colegas do serviço sempre me apoiaram, elas não deixam pegar as coisas do chão, empurrar maca, levantar pacientes. Faço coisas mais leves, organizo as salas de cirurgia, faço os papéis, mas estão todos muito me apoiando*. **Goshenita**

Os processos familiares favoráveis demonstram que a família oferece: ajuda, apoio, cuidado, segurança, assistência, doação, incentivo, orientação, preocupação, comunicação verbal e telefônica, disponibilidade de tempo, visitas; como já demonstrada na Rede Social. Houve preocupação com o cuidado da casa e alimentação; aquisição de medicamentos e cinta; redução de atritos e melhora do relacionamento intrafamiliar; acompanhamento dos familiares a grupos e consultas; intensificação dos agrados aos pacientes pelos familiares e cuidados durante a hospitalização.

- *Processos familiares comprometidos* – O comprometimento advém da dependência da família em diversas situações que impedem parcialmente sua decisão tais como: a dependência financeira da família para medicações; a solidão; sentimentos de tristeza por não estar na liderança de reuniões familiares em que a mãe é a referência no preparo das refeições; dificuldades de manter as reuniões comemorativas habituais frente a quantidade de alimentos a ser preparada; interferência nos alimentos típicos de sua cultura dentro das comemorações familiares, os quais são calóricos; transição ou crise de situação; reestruturação prejudicada de uma vida significativa para si mesmo – namoro e relacionamentos negativos com expressões de culpabilidade.

Um aspecto relevante a ser trabalhado no pré-operatório é a questão familiar. O apoio familiar foi amplamente descrito pelas participantes, mas estudos confirmam relatos de pacientes que indicam que os familiares também podem contribuir para a manutenção e disseminação do estigma aos obesos, deixando transparecer que o que ocorre é “falta de força de vontade”[157]. Essas repercussões na esfera familiar salientam a importância de incluir a família em todo o processo para a realização da cirurgia bariátrica.

> *- Dentro da minha família tem uns que eu não quis falar que ia*

> *operar, por brincadeira sem graça, eu omiti. Pensei que depois de operar eu aviso. Acho que ficaram sentidos, um pouco. Até na família da gente, as pessoas acham que a gente é culpada.* **Goshenita**

A repercussão de um processo de emagrecimento pode atingir os componentes familiares ou pessoas íntimas de maneira que menos se poderia esperar, como a não aceitação da nova imagem. Experiências de uma das participantes, por exemplo, relata que o noivo a apoiou durante todo o processo. Após o emagrecimento da paciente, ele não aceitou a sua nova imagem. O noivo engordou, está sem emprego e o relacionamento terminou. Ela refere que ele começou a apresentar ciúmes, pois a paciente passou a sair mais e ter novas amizades.

> *- O meu namorado ficou assustado, aceitou muito bem no inicio, só agora, não soube lidar muito, está totalmente inseguro, ciúme. Começou o ciúme a ficar tão grande que virou grosseria. Na verdade o namorado não é nem mais namorado, a gente acabou terminando... Eu não preciso de alguém me fazendo mal, já que eu to bem, porque antes me dava todo o apoio, era gordinha, me apoiou totalmente para emagrecer, porque ele sabia que todas as minhas tentativas eram frustradas. Ele ficou desempregado, acabou engordando. Ele não suportou.* **Safira**

O resultado do emagrecimento proporciona a expressão de sentimentos, sejam eles positivos ou negativos, surgindo a necessidade de fixar limites aos outros, colocando-se como seres socialmente ativos[158].

Ideais de beleza feminina instituídos na sociedade atual podem afetar o casal; modelos externos e que podem não responder a anseios internos, enfrentando a dificuldade de conviver com o novo, com o desconhecido cuja ameaça gerada é a fantasia de perder o objeto amado. É importante identificar as origens da não aceitação da nova imagem por parceiros íntimos submetidos à cirurgia bariátrica; visto que a separação magro-obeso implicará não somente mudanças no corpo, mas também mudanças na relação do sujeito com ele mesmo e com o mundo. Não ocorre somente a perda do corpo anterior, mas também aspectos implícitos dessa separação, necessitando crescimento e muitas vezes reformulação na relação do casal, um entendimento das implicações da cirurgia na nova relação com o objeto amado[159].

- *Estímulo externo:* O paciente sente satisfação com a avaliação positiva de

sua imagem por familiares ou conhecidos, isto é, um estímulo externo; levando o mesmo a perceber, aceitar, entender a ocorrência de perda de peso com o passar do tempo e que essa perda de peso possui uma grande importância que se reflete no seu cotidiano. Além disso, perda de peso é percebida, aceita, entendida e possui importância.

> *- ...quando eu saio na rua, todo mundo fala: tá bonita, ta esbelta.**Opala***

- *Interação social:* A interação social foi intensificada ou há pretensões da realização destas, na interação com o esposo, netos, amigos, colegas, visitas familiares, comemorações com amigos e familiares, viagens a outras cidades e Estados. Também lembramos que as atividades físicas, como a hidroginástica, academias e caminhadas, auxiliam nesse processo. Os retornos ao grupo da obesidade proporcionam a manutenção do vínculo com antigos colegas, bem como, o surgimento de novas relações.

Vários estudos relatam o grande comprometimento social do indivíduo obeso, que poderiam reforçar processos de isolamento, depressão e ansiedade, que causariam problemas ligados a sua habilidade social. Por habilidade social, entende-se os comportamentos e estratégias empregadas de forma adequada na realização de objetivos nas relações interpessoais e fundamentais na convivência em sociedade. Essas relações interpessoais satisfatoriamente adaptadas e dependentes das estratégias das quais faz uso nas diversas situações cotidianas, favorecem o desenvolvimento adequado da personalidade[158].

Exemplo de situações cotidianas pode ser relacionado à dificuldade de expor-se ao desconhecido e situações novas, bem como lidar com críticas e chacotas. Isso pode estar relacionado a experiências negativas vivenciadas anteriormente ou percebem como altamente provável uma situação de discriminação[158].

Estudos nos relatam que os obesos vivem um misto de prazer e sofrimento. O prazer está ligado às refeições e o sofrimento a um sentimento de culpa por não conseguirem atender às demandas da sociedade, sentindo-se excluídos e discriminados nas suas relações familiares e profissionais[84].

Portanto o suporte social é um importante recurso que o paciente possui para organizar-se ante uma situação que ameaça a vida; e o ajustamento a uma situação de estresse tende a ser mais adequado quando há assistência, auxílio e

encorajamento de outras pessoas. O suporte social é uma interação interpessoal em que estão inclusos afeto, afirmação e apoio; e quanto maior o suporte há possibilidade de ser menor o nível de ansiedade do paciente, menor o uso de medicamentos para dor e redução do tempo de internação[114].

Mas de forma inversa, outros estudos nos mostram a interessante "colaboração" de outras pessoas, familiares ou não, que podem facilitar ou incentivar determinados hábitos alimentares, no processo em que o indivíduo tornou-se obeso ao longo de sua existência.

Em um estudo brasileiro, dentre as pessoas facilitadoras, encontra-se a mãe, o companheiro ou cônjuge, outros componentes da família, amigos e companheiros de vida social. Dentre as formas como os agentes colaboradores agiam, estava o incentivo a comer mais, solicitar o sujeito como companhia para os horários de refeição, habilidade de a outra pessoa cozinhar bem, oferecendo comida apetitosa e a quantidade de comida que foi confeccionada e oferecida[160].

> *- Tem uns que falam: você não come, você não vai ficar doente? Principalmente a minha sogra: ai menina eu to preocupada com você, porque você não come....* ***Esmeralda***

Em um estudo antropológico americano, também se defende que a obesidade é socialmente contagiosa, examinaram-se algumas possibilidades para a disseminação da obesidade por meio de conexões sociais, colaborando para o aumento da obesidade nos últimos trinta anos. As chances de um indivíduo se tornar obeso tendo um amigo do mesmo sexo, obeso, aumentava em 71%. Se a amizade era próxima, a chance subia para 171%. Entre irmãos do mesmo sexo, a chance de um se tornar obeso se o outro o era, aumentava em 40%. Entre casais a chance era de 37%. A distância social influenciava mais que a distância geográfica para a ocorrência da obesidade. O tabagismo não alterou a disseminação da obesidade de pessoa a pessoa. O estigma estava presente nas participantes do estudo quando referiam que preferiam ter herpes, depressão, cegueira ou serem alcoólatras a serem obesas. O estímulo para realizar mudanças positivas de hábitos ocorria, em alguns casos, quando o sujeito observava o padrão físico dos amigos e familiares. Mesmo que esse estudo mostre que o agrupamento de obesos é uma realidade, concluíram que, não são as ideias similares sobre o peso ideal que o causa. Devido a isso os pesquisadores alertam ser necessário observar o que as pessoas realizam juntas e não o que elas pensam[161].

Nessas situações, o indivíduo que foi submetido à cirurgia bariátrica necessita de análise da sua relação social e conhecer os possíveis agentes incentivadores que o levaria a alimentar-se de forma inadequada.

g) O tema Responsabilidade está relacionado *à corresponsabilidade e insegurança em relação à equipe.*

- *Corresponsabilidade:* A co-responsabilidade foi colocada como expressões de desagrado para com a equipe; tomada de decisão por componente da equipe sem comunicação e comunicação prejudicada entre equipe e paciente. Os sentimentos de impotência e raiva em relação às decisões da equipe quando não comunicadas das mesmas, são expostas de maneira incisiva.

É direito do paciente a precisa informação sobre os detalhes do procedimento cirúrgico a que irá se submeter com a análise profissional de seus fatores de risco e complicações possíveis de ocorrer e os resultados de seu tratamento, bem como, o compromisso de adesão e seguimento permanente pelo paciente[33].

> *- Eu queria ter posto o anel, eu fui pensando em por o anel, e ele não pôs o anel. Eu precisava do anel. Mas isso eu vou chamar a atenção dele (cirurgião) ainda.* **Àgata**
>
> *- Tive uma super dificuldade para tomar a anestesia, porque não era certeza de qual que eu ia tomar, até os instantes da cirurgia*. **Safira**

- *Insegurança em relação à equipe:* A insegurança em relação à equipe mostrou-se como receio de voltar ao grupo; em voltar as consultas ambulatoriais; aos novos tratamentos; de contar para a equipe o que não está realizando ou não progredindo e das possíveis avaliações dos profissionais.

A volta ao grupo é de grande significado, pois, pode ocorrer em medo de ser avaliado pelos colegas, serem expostas quanto a ter ou não atingidas as metas; bem como referem desejos de somente voltar após perder bastante peso e realmente fazer a diferença ao olhar dos colegas e da equipe. Também há depoimentos quanto a voltar e contar suas experiências para auxiliar e estimular outros colegas do grupo. Como a reunião mensal do grupo da obesidade é realizada dentro da instituição hospitalar, por diversas vezes os pacientes operados saiam da unidade de internação e dirigiam-se à reunião do grupo demonstrando testemunho

de esforço e vontade de progredir no processo cirúrgico.

> *- Ir no grupo e contar a minha experiência me faria bem, poder ajudar alguém,e para mim seria melhor ainda, porque pra eu ajudar eu preciso me ajudar*...**Cianita**
>
> *- Eu jurei pra mim que eu vou no grupo somente quando eu tiver bem magrinha.* **Safira**
>
> *- As vezes que sobe, é só chegar no Dr.(cirurgião) a minha pressão sobe, 17 – 16. Aí ele vai medir a minha pressão e fala "tá alta a pressão!"* **Turmalina**

g) O tema Isolamento está relacionado a *processo de trabalho interrompido; relação espacial: corpo/ambiente; recreação deficiente e controle ineficiente.*

- Processo de trabalho interrompido: Este item é relacionado à dificuldade de retornar ao trabalho, o que compromete as condições financeiras e aumenta a dependência de terceiros, visto a dificuldade de trabalho; o trabalho ou atividades que eram realizadas com prazer foram interrompidos; necessidade de iniciar o mais breve possível o trabalho anterior ou arrumar emprego; expressões negativas de si mesmo por não trabalhar representam dependência e falta de ocupação levando a pensamentos depressivos.

A atenção voltada ao corpo pelas classes sociais populares pode ser pouco frequente, o uso do corpo compreenderia uma visão mais utilitária, como condição para a produção do trabalho, resultado da importância da força física nas ocupações desempenhadas no cotidiano. A interrupção ou a não inserção no processo de trabalho na sociedade, a interferência na luta pela sobrevivência diária, o comprometimento com cuidado da casa e dos filhos, leva o corpo do obeso a ser julgado como "pesado", menos ágil; portanto valorizando o corpo magro[157].

> *- Querendo trabalhar, voltar a trabalhar, uma atividade que sempre gostei de fazer e foi interrompida por problema de saúde*. **Rubi**
>
> *- Eu até tava pensando nisso, eu até queria voltar a trabalhar ou fazer alguma coisa, por mim, pra não ficar aqui sem fazer nada, pra me ocupar psicologicamente, fico muito chata sem fazer e sem me preocupar com outras coisas.* **Cianita**

- Relação espacial: corpo/ambiente: Foi apresentado como comportamento de evitar monitorar ou reconhecer o próprio corpo; não consegue interpretar a

própria imagem; avalia suas dimensões por olhar de outro ou condições das roupas; avalia suas dimensões comparando o seu corpo com o de outro; não olha ou evita olhar fotos antigas; não aceita tirar fotos; percepções inconstantes de suas dimensões: magra/gorda; sentimento de revolta ao ser comparada com familiar; medo de experimentar roupas e recusa em verificar mudança real.

A relação do ser humano com o espaço, isto é, seu corpo com o ambiente, a imagem pessoal que cada um constrói de si mesmo, está cada vez mais valorizada nas redes de relações sociais em que vivemos. Aqui os obesos parecem não conseguir construir uma imagem agradável ao olhar dos outros e de si mesmos[162].

A cirurgia transforma-se em um caminho para reverter o quadro de desvalorização e preconceito social por serem obesos, revelados pelos comentários desagradáveis no convívio social; sendo algo difícil de suportar, tanto intimamente, quanto nas relações interpessoais; resultando em sofrimento psíquico e recusa da vida em sociedade, tornando o isolamento uma fuga de si mesmo[162].

- *Recreação deficiente:* A recreação deficiente foi salientada pela mobilidade física limitada; distúrbio no autoconceito; sobrecarga de trabalho; cuidado da casa e provisões; familiar não cooperativo e vestimenta adequada.

> *- Pra sentar e levantar ainda tenho dificuldade, se eu sentar num lugar mais baixo, preciso de ajuda pra levantar, por causa da fraqueza das pernas.* **Rubi**
>
> *- Eu trabalho de segunda a sexta; sábado tenho que fazer mercado, tenho que cuidar da minha casa...não saio pra me diverti.* **Ametista**
>
> *- O meu esposo não é muito de sair...* **Jaspe**
>
> *- ... eu tinha a minha horta e tava morrendo de vontade de mexer na horta e não podia.***Safira**

Foram abordadas atividades em que o indivíduo movimente seu corpo e aumente a atividade física de maneira recreativa. Inclusive nas pacientes em que há uma atividade física aliada a prazer, houve como exemplo, cuidar da horta, passear na roça, brincar, caminhar e passear com netos e dançar em que essa atividade foi identificada como prazerosa e de sensação de liberdade. Estudos dizem que a atividade física de caráter lúdico, psicologicamente significante e socialmente relevante é considerada como um “medicamento” de eficácia comprovada em

diferentes tipos de morbidade e em algumas circunstâncias, associada à longevidade[163].

- *Controle ineficiente:* O controle ineficiente está relacionado ao desconforto verbalizado em situações sociais, adaptações negativas e controle sobre o ambiente diminuído.

> *- Me afetou bastante, principalmente pra eu que sou uma pessoa ativa,que saia de manhã e voltava à tarde.* **Rubi**
>
> *- Pra mim essa nossa conversa foi boa porque eu to sempre sozinha*. **Ametista**
>
> *- Quando era pra ir no grupo do hospital, alguém vinha me buscar*... **Opala**
>
> *...o máximo que eu fazia era dar umas voltinhas pelo quintal.* **Safira**

Como podemos perceber, a obesidade interfere em todos os âmbitos da vida do ser humano e pode ser considerada um elemento de exclusão social; pois se o sujeito não é excluído pelos outros indivíduos, ele mesmo se exclui. Ele necessita reconhecer-se como integrante do ambiente, conhecendo, organizando e interferindo no espaço de forma autônoma.

7 DISCUSSÃO

...sobre o corpo se encontra o estigma dos acontecimentos passados do mesmo modo que dele nascem os desejos, os desfalecimentos e os erros; nele também eles se atam e de repente se exprimem, mas nele também se desatam, entram em luta, se apagam uns aos outros e continuam seu insuperável conflito.

Michel Foucault (Microfísica do Poder)

7.1 Delineamento da categoria *Autocuidado – Dimensão do Saber* com as temáticas associadas

A vivência de uma situação prática no cotidiano hospitalar, tal como a cirurgia bariátrica, nos mostra um ponto de um processo infinito de questionamentos com a finalidade de uma construção de saberes e poderes.

O indivíduo obeso, que trava uma batalha intensa com o seu pensar, com o seu agir, com a família e sociedade, antes e após a cirurgia bariátrica; vive intensamente inúmeras relações de uma história sobre os diferentes saberes e poderes que envolvem a todos; principalmente na busca por uma terapêutica mais efetiva na direção da assistência de enfermagem. Uma terapêutica que implica a crítica da prática de si mesmo é entendida como o Cuidado de Si. A visão Cuidado de Si, neste estudo, nos conduziu a articular "o cuidado do sujeito e o cuidado da alma" ou prática da alma e prática do corpo nas dimensões do Saber, Poder e Ética[65, 66].

Situações de relações específicas ou mais gerais, tais como, o conhecimento de um indivíduo sobre ele mesmo, o que ele entende que o compõe; de um indivíduo para com outro; relação de profissional para profissional; a do enfermeiro-paciente, enfermeiro-paciente-equipe-família-sociedade; do paciente para com a família; relação do paciente com a sociedade-trabalho-capitalismo-estado; ou de qualquer indivíduo com a lei, justiça ou em inúmeras outras relações, faz-nos perceber a realidade múltipla em que cada um está vinculado. Uma rede de efeitos múltiplos, desde as formas de pensar; agir; tomadas de decisões; formação das sociedades; bem como, interesses econômicos e políticos de uma nação podem interferir principalmente na educação e saúde de uma população. Como ser em constante relação com o meio social e profissional, emerge a reflexão sobre por que pensamos e agimos de determinada forma (enfermeiro e paciente) ou tomamos uma decisão e deixamos de tomar outras.

Nietzschi questionava: "*que estão (os outros) e estamos (nós) fazendo de nós mesmos?"*[44] A filosofia nos leva a "pensar a realidade", "interrogar"; um pensar na busca da Verdade, do Bem, do Belo; uma unidade de pensamento em torno do Ser, do Conhecer e da Linguagem[40].

A "filosofia é a forma de pensamento que se interroga sobre o que permite ao sujeito ter acesso à verdade, forma de pensamento que tenta determinar as

condições e os limites do acesso do sujeito à verdade". Entendendo como verdade um conjunto de regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro, efeitos de poder[56].

Durante muito tempo, o intelectual teve o direito de falar enquanto dono da verdade, era ouvido, considerado, impunha sozinho os valores para todos, agia primeiramente com pouca consciência de si, do conhecimento "universal". O intelectual por *competência,* que trabalhava a serviço do Estado, do Capital (engenheiros, magistrados, professores) impôs um novo modo de "ligação entre a teoria e a prática", iniciando o trabalho em setores determinados, em pontos precisos de condições diversas de trabalho ou de vida (hospitais, asilos, moradia, laboratório, universidades etc.). A atividade específica de cada um politizou a relação de ambos em ligações transversais de saber. Assim, o escritor tende a desaparecer e surge o professor e a universidade como permutadores, pontos de cruzamento de saberes privilegiados. Nessa posição é obrigado a assumir uma posição política, independente de qual profissão exerça e seu papel se torna cada vez mais importante. Possui uma relação específica com um saber local de interesse para as massas e serve aos interesses estratégicos do Capital e do Estado[56].

Para Foucault, toda teoria é provisória e depende das condições de desenvolvimento da pesquisa que aceite seus limites, a parcialidade, o inacabado, elaborando conceitos que clarificam os dados (organização, inter-relações, implicações), mas que aceitam ser revistos, reformulados, substituídos a partir de um novo material trabalhado. Foucault escolheu estudar a história, a "origem" das coisas, sua *proveniência*; e a proveniência é o *corpo*. Sobre o corpo se encontram os estigmas dos acontecimentos passados, nascem desejos, erros, lutas e conflitos[56].

Os historiadores vêm estudando a história do corpo há muito tempo; estudaram-no demográfica e patologicamente como sede de necessidades e de apetites; lugar de processos fisiológicos e de metabolismos e as implicações na história das sociedades que envolvem estes processos (circulação de bacilos, números de vítimas); a relação do corpo no campo político; as relações de poder que possuem efeito imediato sobre ele; sua utilização econômica; o corpo útil, produtivo, submisso. Essa sujeição pode ser realizada por instrumentos de violência ou por ideologias. Esse processo pode demonstrar que há um "saber", uma "política" do corpo, que não a ciência do seu funcionamento, mas como micropoderes, uma estratégia. Para

Foucault é difícil encontrar a fonte dessas forças que agem sobre o corpo, quer estejam no próprio indivíduo, nas instituições, na sociedade, quer no próprio Estado. Essa complexa engrenagem de força se aprofunda e se reproduz em nível dos indivíduos, seus corpos, gestos, comportamentos, relações, na forma geral da lei e do governo[49].

Nesse mundo de forças é necessário admitir que o poder produz saber e que poder e saber estão diretamente implicados. Não é a ação do sujeito de conhecimento que produz saber, mas a relação poder-saber, isto é, os processos, as lutas que perpassam e que o constituem que irão determinar as formas e os campos possíveis do conhecimento. Então, devemos entender o "corpo político" como um conjunto dos elementos materiais e de técnicas que servem de armas, de reforço, de vias de comunicação e de apoio para as relações de poder e de saber que investem os corpos humanos e os submetem fazendo deles objetos de saber; bem como as condições nas quais o ser humano problematiza o que ele é e o mundo no qual ele vive[49].

Na antiguidade, principalmente do século V a.C até o século V d.C, na cultura Grega, Romana e Helenística essa problematização era preocupação dos filósofos e médicos; estando relacionada a um conjunto de práticas à qual foi denominada "artes da existência" – Cuidado de Si. Aqui o corpo tinha significância, pois foi amplamente discutido dentro de um comportamento de austeridade sexual, atividades e prazeres a ele relacionado sendo objeto de uma preocupação moral. O princípio do cuidado de si foi visto por Foucault em diferentes formas de filosofia, diferentes formas de exercícios, práticas filosóficas ou espirituais, e foi convertido em uma série de fórmulas tidas como: "ocupar-se consigo mesmo", "recolher-se em si", "ter cuidados consigo", "retirar-se em si mesmo", "sentir prazer em si mesmo", "buscar deleite somente em si", "permanecer em companhia de si mesmo", "ser amigo de si mesmo", "estar em si como numa fortaleza", "cuidar-se", "prestar culto a si mesmo", "respeitar-se" etc. Em todas essas fórmulas descritas, o sentido é sempre positivo, jamais negativo[59,66].

Já na idade média encontramos nos suplícios, as representações de uma economia de poder que deveria ser constatada por todos; um ritual político em que o próprio cerimonial da justiça frente às infrações, e manifesta-se em sua força e em poder. Era o domínio sobre o corpo, e este era o alvo da repressão penal, pois no

suplício repousava a arte quantitativa do sofrimento, da dor, e o corpo do supliciado deveria trazer à luz a verdade do crime. Durante os suplícios, a dor era prolongada; a morte era retardada, e controlada no tempo para novos ataques de dor. Após a morte, a ação sobre o corpo continuava sob inúmeras outras formas[49, 55].

Já no fim do século XVIII, inicio do século XIX, a despeito de algumas fogueiras, os espetáculos, as cenas vão se extinguindo e o processo da pena passa a ser apenas um novo ato de procedimento e administração. A punição vai se tornando velada e entra na concepção abstrata, a certeza de ser punido é que deve desviar o homem do crime e não o teatro. As mortes eram rápidas, o contato com o executor reduzido e o condenado não deve mais ser visto. Quando do desaparecimento do suplicio, não somente o espetáculo é eliminado, mas o domínio sobre o corpo se extingue parcialmente; desapareceu o corpo como alvo da repressão penal. Aqui a lei é aplicada não ao corpo real susceptível de dor, mas ao sujeito jurídico, detentor de outros direitos inclusive do de existir. A punição é dirigida à alma, atuando profundamente sobre o coração, o intelecto, a vontade, as disposições. A utilização das prisões também tem o papel de ser uma garantia sobre a pessoa e seu corpo. Essas e inúmeras outras técnicas de punição ou relações de poder, tais como, a formação dos hospitais, a loucura, a psiquiatria, possibilitaram a Foucault, compreender como o homem, a alma, o indivíduo dentro de um modo específico de sujeição, pode dar origem ao homem como objeto de saber para um discurso com status científico[49].

Mas outro desafio que toda história do pensamento deveria suscitar, está precisamente em apreender o momento em que um fenômeno cultural, de dimensões determinadas, pode constituir um momento decisivo no qual se acha comprometido até mesmo o nosso modo de ser de sujeito moderno. Nesses sujeitos, dentro do contexto social atual, a obesidade tem causado grandes discussões e estudos, sendo considerada uma epidemia mundial, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. É um fenômeno que abrange todo o âmbito social dentro da Saúde, Política, Economia, Educação, Justiça e outros; afetando inúmeros países [5,9, 66].

A área da saúde é o setor que mais se preocupa com essa patologia; portando e de grande relevância as diferentes áreas atuarem, entre elas a enfermagem. A enfermagem luta na formação sólida de sua ciência e nos parece que as universidades constituem hoje, o maior núcleo de saber dessa área. Se a

enfermagem pretende o desvelamento do ser humano, o objeto da enfermagem é assistir a este no atendimento de suas *necessidades humanas básicas (psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais)* sendo estas os *entes* dessa profissão. A ciência da enfermagem descreve, explica, relaciona entre si e prediz sobre eles. Mas não devemos esquecer que as organizações sociais dentro das quais a enfermagem está inserida influenciam os meios usados para alcançar seus objetivos. Existem forças interagindo no ciclo vital do homem, sejam indivíduos, grupos ou sociedade. Os processos externos e internos ao organismo humano mostram um inter-relacionamento de conceitos que vão constituir todo o arcabouço estrutural do conjunto[40].

Na conceituação teórica holística, o homem é um todo. Todos os recursos que o ser humano possui refletem em cada aspecto deste, na saúde e na doença. “Inúmeros fatores interferem na manifestação e atendimento de suas necessidades, entre eles pode-se citar: individualidade, idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores socioeconômicos, o ciclo saúde-enfermidade, o ambiente físico.” Callista Roy defende que o homem passa por seu ciclo vital atravessando diversas situações críticas; no entanto a enfermagem auxilia o indivíduo a se adaptar por reconhecimento da sua posição no seu *continuum* e avaliação de suas potencialidades. Possui a capacidade de perceber, por sentimentos e pensamentos, as relações entre eventos e de hipotetizar novas relações[40].

Dentre esses inúmeros fatores, sentimentos e pensamentos; identificam-se inúmeras relações de saber, poder e ética conjuntamente interferindo na manifestação e atendimento das necessidades humanas básicas do indivíduo, como pode ser observado na obesidade e suas consequências. Sendo a cirurgia bariátrica decidida e/ou realizada, os preparativos irão ocorrer, tanto pela equipe, quanto pelo paciente, envolvendo todo o processo, entretanto esse procedimento por si só não constitui cura para a obesidade.

Após o processo cirúrgico a melhor recuperação é esperada; e as primeiras manifestações apareceram já nos três primeiros meses de pós- operatório, com grandes transformações no corpo e nos aspectos psicológico do paciente. O período imediatamente após a cirurgia é relatado pelos pacientes como sendo um dos mais difíceis. É fase de recuperação do ato cirúrgico, de maior desconforto e de adaptação à nova dieta. Acrescenta-se a isso a expectativa, a ansiedade e a

insegurança do novo período. As mudanças rápidas que ocorrem no pós-operatório, tanto relacionadas aos hábitos alimentares, quanto às mudanças do próprio corpo, exige do paciente uma reflexão, surgindo questões emocionais[85].

Os temas *Qualidade da Alimentação; Proteção; Readaptação Física; Conhecimento; Crenças/Ritos na* categoria Autocuidado - na dimensão do saber, emergiram das experiências das pacientes e foram discutidas em sua particularidade, para posteriormente realizar a associação total dessas temáticas com a referida categoria.

A obesidade afeta o homem em sua totalidade, é uma doença que promove o desconforto físico, psíquico e o social. Além de constituir um problema de saúde pública, é um fator indutor de comportamentos individuais e sociais. Essa patologia que vem se apresentando como um grande problema de saúde pública e que está diretamente relacionada com as modificações nocivas dos hábitos alimentares, originadas da industrialização, aliada ao estilo de vida sedentário da sociedade moderna, exigindo do profissional de saúde uma intervenção profilática e clínica. Essa intervenção depende da aceitação da mudança de comportamento alimentar e de postura de vida, implicando uma reconstrução cognitiva. As implicações relacionadas à individualidade do paciente frente ao processo de reaprender a alimentar-se implica afetivas (da relação com o próprio alimento), sócioculturais (do meio no qual cada pessoa está inserida), e econômicas (do acesso do sujeito a determinados tipos de alimentos)[108].

Buscar no conhecimento, na educação em saúde as condições que contribuam para aperfeiçoar as abordagens práticas no enfrentamento dos casos de obesidade, principalmente no agravante da não adesão ao tratamento, é uma realidade enfrentada pelos profissionais[159].

A obesidade é doença grave e amplamente declarada, e para sua resolução, os mais diferentes estudos são sugeridos, o corpo é manipulado em diferentes cirurgias, seja para redução do peso quanto para a correção plástica deste. Mas a dúvida permanece na impossibilidade de alterar um eu singular, entender como o homem contemporâneo está construindo o seu próprio corpo, partindo das referências sociais que experiencia. Mas quando as ações fogem da busca por uma vida mais saudável, autores defendem o conceito de ortopedia mental, em que

mesmo com a histórica emancipação feminina, atualmente a ditadura do bom aspecto do corpo feminino é mais severa do que todas as vivenciadas até então pelas mulheres, sendo os diversos procedimentos de reprodução e manutenção do corpo em bom aspecto entraves na vida das mulheres. A moralização do corpo feminino faz pensar que a ditadura da beleza, da magreza e da saúde como algo da ordem das escolhas pessoais, não considerando os mecanismos de regulação social na sociedade, que transformam o corpo em um inimigo constantemente a ser domado ou em uma prisão[149].

O corpo é o primeiro meio, instrumento de troca com o mundo, assegura a própria existência, é o espaço protetor limite entre o indivíduo e o outro, entre estes e o mundo. A relação se faz pela percepção espacial e diferenciação dos espaços, dos limites levando o indivíduo a se construir como sujeito; junto com as condições biológicas e as expressões complexas da atividade psíquica e simbólica humana[164].

Autores defendem que as palavras produzem coisas e elas produzem e transformam o sujeito. O indivíduo possui uma força que o faz tender para seus objetivos, utilizando-se da linguagem e compartilhamento com o outro. O ser humano só se torna humano pela mediação com outro, ao mesmo tempo em que ocorre o surgimento de um conflito entre o desejado e a cultura vivenciada. Sua condição humana está condicionada pelo conflito a partir das relações com outrem, mediado pela linguagem, produção da consciência e pela sua força[165].

A prática de atividades deliberadas que o indivíduo deve realizar para o seu próprio benefício para alcançar o melhor estado de vida, saúde e bem-estar foi relacionada por Orem ao autocuidado. As capacidades de autocuidado são as habilidades especializadas que são desenvolvidas ao longo da vida das pessoas e são indispensáveis para realizar qualquer ação de autocuidado, principalmente quando existe um problema de saúde. Historicamente a enfermagem tem como um de seus objetivos o ensino das pessoas para o autocuidado. Orem defende que a participação profissional do enfermeiro ocorre em situações em que a pessoa apresenta dificuldades para o cuidado consigo mesmo, isto é quando a demanda de autocuidado terapêutico é maior do que a capacidade de autocuidado do indivíduo. O autocuidado é uma função regulatória que os indivíduos utilizam para os requerimentos vitais, manutenção de seu desenvolvimento e funcionamento integral[166,167].

Devemos lembrar que a enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no seu autocuidado; uma das funções do enfermeiro é assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e torná-lo independente dessa assistência pelo ensino do auto-cuidado[40]. Participar do cuidado do paciente implica mais que cuidar de corpos; mas cuidar de ideias, valores, ideais, do significado da vida do ser humano.

Nessa relação entre o enfermeiro/paciente percebe-se que a categoria do Autocuidado está intimamente ligada ao Saber quando entendemos que o ser humano se distingue dos demais seres por sua capacidade de reflexão, dotado de poder imaginativo e simbólico, unindo presente, passado e futuro; e por suas características, é agente de mudança no universo dinâmico no tempo e no espaço, extraindo significados da experiência vivida [40,65].

Já o saber pode ser entendido como o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão ou não adquirir um *status* científico; o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso; é um campo de coordenação e subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem e se definem, se aplicam e se transformam; também como possibilidade de apropriação e utilização oferecida pelo discurso. O saber não está somente em demonstrações, mas também em ficções, reflexões, narrativas e outros. Os enunciados são entendidos por Foucault como coisas que se transmitem, se conservam e que têm um valor, e das quais procuramos nos apropriar; reproduzimos, transformamos e damos uma posição. Não há como separar teoria e prática; pois, os enunciados e as palavras que constituem uma teoria só tem significado na corrente do pensamento e da vida. Se o sujeito é a instância na qual o conhecimento se dá, quando essas ações interagem os indivíduos se transformam em um novo objeto de discurso – sujeito moderno – ou ser-saber, em sujeitos de conhecimento, um produto dos saberes, portanto produzido no interior dos saberes[44, 53].

O aprender pode ser definido como o processo que torna o indivíduo capaz de mudar seu comportamento, partindo da apreensão de diferentes conhecimentos e habilidades, que o enriquecerão tanto ético-socialmente quanto intelecto-culturalmente. Entender o modo particular que cada um possui para aprender e apreender, quais os momentos que os indivíduos mais constroem seus conhecimentos (quais instrumentos ou meios de comunicação isso acontece), quais

motivos são responsáveis por desencadear esse aprendizado, qual o significado da obesidade para o sujeito e finalmente as implicações de perder peso ou não. Outra dificuldade enfrentada pelos profissionais nas suas estratégias para o tratamento da obesidade são as características no “aprender a ser obeso” e quanto no processo de aprender a trabalhar no combate a própria obesidade[164].

As temáticas expostas nos dão uma luz quanto à necessidade do paciente estar ciente, conhecer e compreender a importância destas para o seu autocuidado. O autocuidado leva a busca por harmonia entre o sentir, o pensar (conhecer/saber) e o fazer. Com o conhecimento construído, usa das diversas linguagens para a expressão do seu ser.

O tema qualidade da alimentação demonstrou a importância da orientação dietética anteriormente ao processo cirúrgico além do acompanhamento constante no pós-operatório. O acompanhamento permite ao profissional conhecer o nível de adaptação do paciente, bem como a este o esclarecimento de dúvidas e readaptações.

Ao manipular os alimentos, a comida torna-se uma forma de comunicação e deixa claro a visão de mundo do sujeito, atuando como uma linguagem traduzindo a estrutura de uma sociedade, bem como a do próprio sujeito. O comer se torna um ato social, ecológico, psicológico e político no mundo contemporâneo. Portanto é necessário buscar um “saber” que determinado grupo possui, utiliza e norteia a relação que este tem com o seu corpo, do seu corpo como seu grupo e sociedade, que na situação de comer em excesso estaria permanentemente insatisfeita[149].

Já o tema proteção apresentou particularidades que representariam possibilidade de retardar o processo cirúrgico, além de risco a agravamento da saúde do paciente; portanto de grande importância a prevenção, identificação precoce, amenização dos sinais e sintomas e/ou resolução imediata para maior ou total proteção do paciente.

A temática readaptação física demonstrou que um candidato a cirurgia bariátrica, provavelmente passou uma grande parte de sua vida, inativo fisicamente e com sobrepeso decorrente do acúmulo de tecido adiposo. O excesso de peso provoca uma sobrecarga mecânica na estrutura corporal, especialmente nos membros inferiores, a principal alavanca para a realização das ações diárias; ficando comprometidas as alavancas do sistema locomotor. A inatividade física associada à

obesidade reduz as características funcionais das células, órgãos e sistemas, causando transtornos nas seguintes capacidades: percepção e coordenação, condicionais e morfofuncionais, psicológicas, afetivas, cognitivas e sociais[101].

O tema conhecimento nos mostra que no processo de educação não existem limites nas formas de transmitir os conteúdos educativos; saberes, valores, atitudes, comportamentos, hábitos e outros, tendo a propriedade de ser transferido, apropriado e apreendido por vários meios e estratégias sempre focando um ensino-aprendizagem, com base no diálogo crítico e com vias à emancipação. A qualidade de vida aceitável deve corresponder à capacidade para compreender e transformar a realidade, mediante o esforço que uma vez satisfeita, existe a possibilidade de conseguir melhores níveis educativos para a sua efetivação. É importante ressaltar que a saúde é um conceito cultural ligado às necessidades do homem na relação com o meio, sem desvincular-se de sua forma de percebê-las e enfrenta-las[112].

Foucault nos diz que a educação, como direito, é um instrumento ao qual o sujeito pode ter acesso a qualquer discurso, em sua distribuição, ao que se permite e no que impede, as linhas que estão marcadas pela distância, pelas oposições e lutas sociais. E que todo o sistema de educação é uma maneira de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles trazem consigo[168].

Uma das chaves para este processo pode ser a empatia. “A capacidade de perceber uma situação tendo como parâmetro a ótica do outro, conhecendo como ele vivencia sua experiência, compreendendo suas motivações para agir de uma determinada forma e não de outra; é entender o sujeito a partir de suas intenções e expectativas sobre seus atos, criando, na relação empática, a possibilidade de intervenção científica e pessoal, baseada na demanda biológica e afetiva, pois, ao procurar auxílio, não é só o biológico que necessita ser tratado, mas a integridade de um sujeito que está enredada no estar doente”[111].

Para o tema crenças/ritos, tentamos entender que “A espiritualidade é uma construção da personalidade de cada ser humano - uma expressão da sua identidade e propósito, à luz da sua história, experiência e aspiração”. O cristianismo ocidental transmite a noção de que a pessoa é sujeita às forças do destino divino, numa relação de punição e redenção; então, a interpretação religiosa da saúde-doença tem o entendimento de que o mundo mantém uma ordem em torno do

sagrado-profano. O indivíduo ao assumir a submissão a Deus e a aceitação dos transtornos da vida, inconscientemente submeteria o profano ao sagrado. Desde os tempos antigos, principalmente entre os povos primitivos, a humanidade sempre demonstrou a crença em algo que vai além do poder ser observado, adotando inúmeras práticas em relação a si, como para apaziguar as forças da natureza. O divino domina a vida dos homens[116, 117].

Para Foucault, até o fim do século XVI, a semelhança desempenhou papel importante na construção do saber da cultura ocidental. Entre as inúmeras semelhanças das coisas do mundo está *Deus e a matéria*, retendo os extremos das distâncias, aproximando-os, de maneira que a vontade do Todo-Poderoso penetre até os recantos mais adormecidos. A identidade das coisas, o fato de que possam assemelhar-se as outras e aproximar-se delas, sem, contudo se dissiparem, preservando sua singularidade, faz com que a simpatia e antipatia garantam o contrabalancear constante. Mas nesse círculo, não há semelhanças sem as assinalações. As semelhanças estão assinaladas na superfície das coisas, pois é necessária uma marca visível nas analogias invisíveis[50].

O sistema das assinalações inverte a relação do visível com o invisível. A semelhança desde há muito foi usada como forma invisível daquilo que tornava as coisas visíveis. Mas para que a forma venha à luz, é necessária uma figura visível que a tire de sua invisibilidade, eis porque o mundo é saturado de brasões, figuras, grafismos, etc[50].

Quando, como estudiosos, procuramos entrar em contato com parte dos pensamentos e dos sentimentos espirituais, transformados em palavras pelos pacientes, quem sabe nunca alcançaremos facilmente seu verdadeiro sentido ao descrevê-los, pois deveríamos lembrar-nos de Foucault quando diz: *"O discurso não é a vida: seu tempo não é o de vocês; nele, vocês não se reconciliarão com a morte; é possível que vocês tenham matado Deus sob o peso de tudo o que disseram; mas não pensem que farão, com tudo o que vocês dizem, um homem que viverá mais que ele"*[53].

Podemos perceber dentro dessas temáticas, o quanto é importante para o paciente a ser submetido à cirurgia bariátrica a compreensão de que um corpo corretamente nutrido e bem cuidado estará protegido de agravantes, possibilitará maior liberdade de deslocar-se em seu âmbito de ação, aumentar níveis de

conhecimento e possíveis descobertas e manutenção de suas crenças.

O caráter educacional que objetiva proporcionar ao paciente o conhecimento das formas de seu autocuidado em todo o processo, associado ao equilíbrio emocional e orgânico, proporciona uma melhora da qualidade de vida, tornando-se base para a aquisição de energias transformadoras na apropriação do próprio destino, um maior poder na tomada de decisões. O saber do profissional deve estar em constante transformação para aliar-se ao paciente, pois na educação para o cuidado, como atores, assumem riscos que envolvem dor e prazer.

Mas também, como profissionais, percebemos que a vida e a história dos indivíduos como sequência linear de fases, emaranhado de traços e repetições cíclicas; onde a alma pode ser vista, como grupo de faculdades mais ou menos hierarquizadas e impenetráveis; o corpo como volume tridimensional de órgãos ligados por esquemas de dependência e de comunicação. Ainda há a relação entre as normas familiares, sexuais, do comportamento dos indivíduos e quadro dos sintomas patológicos[53].

O discurso manifesto do paciente poderia não passar da presença repressiva do que ele diz, e o não-dito seria um vazio minando, do interior tudo que se diz. É necessário os profissionais estarem prontos para receber a cada momento esses discursos em sua erupção de acontecimentos, na pontualidade; mesmo que na dispersão do tempo nos permite repetir, saber, esquecer, transformar, mas sempre no âmbito de sua instância[53].

Não é fácil expor algo novo e, segundo Foucault, não se pode falar de qualquer coisa em qualquer época. Não basta abrir os olhos, prestar atenção, ou tomar consciência, para que novos objetos logo tomem claridade, pois o objeto existe sob as condições positivas de um complexo de relações. Essas relações são estabelecidas entre instituições, processos econômicos e sociais, formas de comportamentos, sistemas de normas, técnicas, tipos de caracterização, entre outros.

Nesse contexto, as grandes alterações ocorridas na sociedade em todo o mundo, desde a Revolução Industrial, repercutindo nos diversos âmbitos da vida humana, principalmente na alimentação e no sedentarismo, resultando na obesidade e formas de combate e outras inúmeras relações, nos coloca na possibilidade de discutir esse relativo “algo novo”.

A exposição dos sujeitos, tais como podemos ouvi-los, lê-los sob a forma de texto, após transcrevê-los, não são, como se poderia esperar, um simples entrecruzamento de coisas e palavras; um confronto entre a sua realidade e a língua, um intrincamento entre um léxico e uma experiência, mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Se os discursos surgem de signos, o que fazemos, então, é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever, procurando as práticas que o sustentam[44, 53].

Para os estudiosos é interessante procurar entender até que ponto as mudanças políticas, ou os processos econômicos, puderam determinar a sua consciência – o horizonte e a direção de seu interesse, seu sistema de valores, sua maneira de perceber as coisas, o estilo de sua racionalidade; isso já no século XVIII. Em uma época em que o capitalismo industrial começava a pensar suas necessidades de mão de obra, a doença tomou uma dimensão social. O interesse estava na manutenção da saúde, a cura, a assistência aos doentes pobres, a pesquisa das causas e dos focos patogênicos tornaram-se um encargo coletivo, que o Estado devia, por um lado, assumir e, por outro, supervisionar. Daí resulta então a valorização do corpo como instrumento de trabalho, o cuidado de repensar a medicina, os esforços para manter o nível de saúde de uma população, o cuidado com a terapêutica, a manutenção de seus efeitos e, bem como, a necessidade de registros perdurassem pelo tempo[53].

O ser humano está organizado em toda uma rede de circulação pelo qual perpassa o que ele pode consumir e agir como elemento de troca; além de possuir uma linguagem constituindo para si todo um mundo simbólico em uma existência imbricada com os outros. Nesse mundo simbólico, o saber se concretizou no saber da erudição como no saber dominado. O saber dominado deve ser entendido como uma série de saberes considerados como não competentes ou insuficientemente elaborados; um saber particular, regional, local, diferencial e que deve a sua força á dimensão que o opõe a todos aqueles que o circundam. O acoplamento do saber erudito e do saber das pessoas só é possível realizá-lo pela condição de eliminar o domínio da vanguarda teórica. Nesse mundo, também se relaciona com o seu passado, a partir do qual pode construir algo com um saber, principalmente o saber que tem de si mesmo e do qual as ciências desenham formas possíveis[50, 56].

7.2 Delineamento da categoria Apropriação do Próprio Destino/na dimensão do Poder com as temáticas associadas

Os temas *Segurança; Controle; Limitação; Conflito; Responsabilidade; Auto-realização, Relacionamento e Isolamento* na categoria Apropriação do Próprio Destino – na dimensão do Poder, se tornaram importantes e foram também discutidas. Essas temáticas emergiram das experiências das pacientes em sua particularidade.

O tema segurança está vinculado às condições que poderão intervir na capacidade do organismo proteger-se contra as ameaças externas e internas. Estas condições apresentaram-se na importância do processo de cicatrização da ferida cirúrgica, condições respiratórias, adesão terapêutica que resultará em uma cadeia de eventos favorecendo a evolução do processo cirúrgico.

O tema controle remete a uma das maiores necessidades de busca pelo sujeito, pois envolve o desenvolvimento da tranquilidade, aumento do controle do cotidiano e autonomia. Para o paciente possuir autonomia, duas condições são essenciais, sendo elas, a liberdade (independência do controle de influências) e a ação (capacidade de ação intencional), o qual também age por planejamento e vontade próprios, administrando seu território e sua política, elaborando leis para si mesmo conforme seus objetivos, sem restrições internas e externas. O controle de terceiros e a incapacidade de deliberar ou agir conforme seus desejos e planos proporcionam uma autonomia diminuída ao sujeito[169].

Sendo o controle uma habilidade percebida para alterar significativamente os eventos, o importante é a percepção que o indivíduo tem sobre esse controle e não que ele exerça esse controle sobre os eventos. É a partir dessa percepção que sua resposta aos eventos será determinada[114].

A limitação está intimamente ligada ao tema controle, pois, indivíduo limitado física e psicologicamente implica não somente na locomoção, mas na sua autoconfiança, autoestima, valores, autoimagem e independência; fatores relevantes para sua integração social. À medida que as pessoas se deslocam de um lugar para outro, as dimensões físicas e psicológicas do espaço (pessoal, territorialidade, apinhamento e privacidade) se modificam. O movimento no espaço afeta tanto, a densidade do recinto que está sendo deixado, quanto àquele que se está entrando.

O movimento, que pode implicar mais ou menos privacidade, presença ou ausência em um território, pode implicar, mais ou menos, controle sobre si mesmo. A mobilidade como recurso de exploração é essencial para o desenvolvimento do bem-estar humano[144].

A literatura amplia esse entendimento, referindo-se também que em um mundo de crescente interação, onde o potencial de um lugar depende da capacidade de participar, de forma ativa, em diferentes redes de circulação de pessoas, bens e conhecimentos, a mobilidade surge como um fator básico para o desenvolvimento das pessoas[105].

O conflito abrange aspectos extremamente importantes, ligados ao controle e limitação que podem auxiliar ou prejudicar em relação aos sentimentos, auto-percepção, visão de si mesma, níveis de confiança, de decisão e comportamentos assertivos na busca de conquistas para a manutenção da saúde. Mas os indivíduos estão presos a elementos culturais que guiam a expressão das subjetividades; seja na visão de um ser que fracassa e demonstra toda a inadequação a sua ordem ou um sujeito totalmente integrado, aceito pela sociedade e fazendo parte da ordem social[84].

O obeso a ser operado, denuncia na sua imagem refletida, uma mutação gradativa e incessante, em um segundo tempo. O que se vê, o que está lá, é um certo modo de relacionar-se com a comida, com o comer, um certo prazer para o indivíduo. As falas poderiam demonstrar uma sociedade obesa que consumindo em excesso está constantemente insatisfeita[149].

Quanto à responsabilidade, esta pode se tornar um dos grandes empecilhos na continuidade do tratamento[10]. A relação entre a equipe de saúde e o paciente deve permear um relacionamento contratual que implica direitos e deveres para ambas as partes, não excluindo as decisões do paciente sempre que o estado deste permitir expressá-las, reconhecendo como ser autônomo e livre[170].

Quando esse contrato não é validado, a troca de informações de ambas as partes são prejudicadas e pode ocorrer desconhecimento da realidade do paciente pela equipe, como insegurança do paciente quanto a informar ou obter informações.

Devemos lembrar também que os conhecimentos da medicina a qual vivenciamos, não são constituídos de tudo o que se pode dizer de verdadeiro sobre a doença[167].

A autonomia dentro da co-responsabilidade é o princípio de respeito às pessoas, exige que aceitemos que elas se autogovernem, sejam autônomas em seus atos ou escolhas, que o paciente tem o domínio sobre a própria vida e merece respeito na sua intimidade. Dessa forma, devemos entender a necessidade de limitar a intromissão de outros indivíduos no mundo daquele sujeito em tratamento[170].

Quanto à autorrealização em seus diversos âmbitos, basicamente é para o sujeito o fim de anos de lutas constantes com o seu corpo e psicológico. A autorrealização exige do indivíduo uma situação de enfrentamento das condições adversas no processo de emagrecimento pela cirurgia. Reforçado por atitudes positivas, ocorre a busca e planejamento do alcance de metas, que quando satisfeitas ou não, podem ser observadas na própria visão de sua identidade; uma visão de si mesma, positiva ou negativa. A importância da imagem é de grande peso na autorrealização.

A importância da imagem para o indivíduo pode ser mais complexa do que ele próprio concebe. Na organização da imagem corporal ocorre a interação entre o fisiológico, o neural e o emocional, além do social; e mudanças em um desses, podem ocasionar consequências na experiência do corpo. O ser humano possui a capacidade de mudar a própria imagem continuamente utilizando-se das forças emocionais; e por meio dessas forças que pode ser entendida a variedade de fantasmas que um indivíduo é capaz de criar em seu próprio corpo[159].

Pensadores discutem se o combate ao excesso de gordura pode remeter à apologia do corpo masculinizado, isto é, a eliminação dos excessos corpóreos levaria a eliminação da feminilidade do corpo, aproximando-se do corpo masculino, já considerado na Grécia antiga, o padrão geométrico de racionalidade ilustrada[162].

A condensação que o homem tem de si mesmo e do mundo, ocorre pela união entre o fisiológico e as forças emocionais; buscando o passado, unindo-se ao presente e deslocando-se para o futuro, fazendo-se atuante pelas correlações realizadas por ele mesmo. Portanto “a imagem corporal não é só uma construção cognitiva, mas também uma reflexão dos desejos, atitudes emocionais e interação com os outros”. O contato entre os corpos e suas experiências é favorecido pela proximidade espacial, ocorrendo trocas enriquecedoras, pois, ocorre a incorporação das imagens corporais dos outros e a doação de nossas próprias imagens às deles[159].

Portanto, a imagem é um fenômeno social, ficando difícil saber qual corpo percebe-se primeiro, se o próprio ou o do outro, devido ao intercambio contínuo entre a própria imagem e a imagem corporal do outro, precisamos de outros a nossa volta[171].

Aqui o sujeito pode ser comparado a um grande espelho calmo, no fundo do qual as coisas se mirariam e remeteriam umas as outras suas imagens, é na realidade, um agitar de palavras que indicam a duplicação dos seus reflexos que parecem mudos[50].

O enfrentamento pode ser considerado uma alavanca para a elaboração de todo o processo; e esse tema deveria ser estudado pelas diversas profissões, expondo suas descobertas e formas de trabalho. As estratégias de enfrentamento referem-se a duas grandes funções: a função focada no problema, na qual a pessoa busca informações sobre o que fazer e como agir para mudar a realidade de uma situação problema na relação com o ambiente e a função focada na emoção, que regula a emoção ligada ao estresse sem mudar a realidade da situação estressante[114].

Na perspectiva da Psicologia Clínica e da Saúde, o estudo de estratégias de enfrentamento e saúde visa ao conhecimento acerca da promoção do aprendizado de estratégias de enfrentamento associadas à melhor adaptação e ao desenvolvimento de características de personalidade que são importantes para ajudar no processo de resistência ao estresse e no desenvolvimento de programas de prevenção em saúde[114].

Nos principais estudos sobre a utilização das estratégias de enfrentamento, há duas maneiras mais importantes da utilização do termo nesse tema: uma é definida como estratégias e classificada como focada no problema, focada na emoção e focada na evitação ou fuga; a outra é definida como respostas positivas em consequência de expectativas, que é desenvolvida dentro de pesquisas de estresse e da tradicional área cognitivo-comportamental[114].

Estudos salientam também que, não existe um consenso entre qual o melhor modelo de estratégias de enfrentamento para pospostas de solução de problemas, prevenção de dificuldades futuras e alívio de estresse emocional. Já foi estudado que o enfrentamento focado na emoção aumenta o estresse emocional, enquanto o enfrentamento focado no problema ajuda na diminuição do estresse emocional, mas

há estudos contrariando esses dados. Em doenças crônicas, as estratégias de enfrentamento poderiam levar o indivíduo a ser ativo, ter pensamento positivo, ser expressivo, melhorando os níveis de funcionamento e bem-estar psicológico[114].

O isolamento é o reflexo imediato da autopercepção negativa que as mulheres têm de seus corpos, do estigma defrontado na sociedade, bem como, das limitações físicas advindas das comorbidades. Se o obeso não é excluído por outros indivíduos, ele mesmo se exclui; um processo em cadeia que o impede reconhecer-se como integrante participativo da transformação do espaço social. O isolamento e a imobilidade desses indivíduos podem fazer pensar que a obesidade é uma patologia do narcisismo, que permanece encapsulado em suas estratégias defensivas, entre elas, a comida, o álcool e as drogas; em que sua realidade não precisa ser encarada e dentro desse refúgio pode encontrar certo alívio, mas a custa de isolamento, estagnação, retraimento e até a morte[172].

No tema relacionamento, considera-se a família uma unidade formada pela diversidade de manifestações individuais e coletivas dos seus membros, que são influenciados pelas mudanças sociais; bem como, espera-se ser o universo mais afetivo, compensador e protetor de seus membros. Deve-se ressaltar que a influência da obesidade na vida das pessoas deve ser entendida e avaliada em suas particularidades sociais, emocionais e culturais, só assim faz sentido o planejamento de tratamentos, orientações para mudanças de hábitos, a assistência especializada na construção e reconstrução de um cotidiano inserido dentro de uma realidade pessoal e social[112]. Saber como o paciente obeso pensa é muito importante, mas de extrema relevância deve ser entendido o que faz e como faz em seus diversos grupamentos e relações sociais[161].

O suporte social pode ser entendido como um conceito que envolve a relação com os outros e que pode resultar em sentimentos de afeto, segurança, de ser amado, fazer parte de um grupo, afirmando sua autoestima, uso utilitário do auxílio informacional, emocional e material, bem como a confiança na aliança com o outro. Não é somente uma doença que aflige o homem pertencente à sociedade moderna, mas também a exclusão do “imaginário popular de uma estética socializada”[108].

Quando verificamos os discursos dos indivíduos, podemos observar o conjunto de coisas ditas, as relações, as regularidades e as transformações que podem aí ser observadas, o domínio e entrecruzamentos que indicam o lugar

singular de um sujeito falante e o qual receberá o nome de um autor; esse autor que nos revela seus nós de coerência e inserção no real. "Não importa quem fala, mas o que ele diz não é dito de qualquer lugar. É considerado, necessariamente, no jogo de uma exterioridade"[53].

Foucault designou *emergência* o ponto de surgimento de um objeto (conceito, prática, ideia, valor) no passado. Estudar a emergência é realizar análise histórica das condições políticas de possibilidades dos discursos que instituíram e "alojaram" tal objeto; não para verificar de onde ele veio, mas como, de que maneira e em que ponto ele surge; como um confrontamento entre forças opostas em busca de controle e dominação. Mas essas forças não estão nas mãos de poucos atores ou grupos; estão sim, distribuídas difusamente por todo o tecido social, manifestando-se como um agente/ação capaz de alterar o estado de um corpo; um poder de força, isto é, uma ação sobre ações[44].

O filósofo também defendia que "a ação sobre o corpo, o adestramento do gesto, a regulação do comportamento, a normalização do prazer, a interpretação do discurso, com o objetivo de separar, distribuir, avaliar, hierarquizar, tudo isso faz com que apareça pela primeira vez na história essa figura singular individualizada – ***o homem*** – *como produção do Poder*[56].

Como já exposto anteriormente o poder no passado baseava-se no terror; representados nos suplícios, castigos e violências, que aniquilava e destruía o corpo retirando-lhe a força para o trabalho. Posteriormente, as práticas institucionais como a escola, o hospital, o quartel, o asilo, etc, alteraram-se dos castigos corporais ao disciplinamento que cria corpos dóceis, tornando-os capaz de produzir. E para entender o que a disciplina produzia nos corpos dos indivíduos, Foucault estudou as técnicas de poder[44].

Entre as diversas técnicas de poder, o poder disciplinar destacou-se como uma forma de olhar a toda parte, numa rede disciplinar composta por microscópicas divisões espaciais e temporais. Ao mesmo tempo, vamos nos observando como sujeitos nessa rede, e passamos a pensar que o disciplinamento é algo natural por nos parecer invisível. Segundo o filósofo, "somos julgados, condenados, classificados, obrigados a desempenhar tarefas e destinados a certo modo de viver ou morrer em função de discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder". Mesmo que a disciplina atue nos corpos individuais,

construindo “corpos dóceis”, não quer dizer que estes sejam totalmente obedientes; apenas podem ser maleáveis; há um controle do corpo na relação docilidade – utilidade[49, 56].

Além dos corpos individuais, estes podem ser visto coletivamente, isto é, a população é vista como um conjunto de corpos ou um corpo com múltiplas cabeças. Essa população é controlada pela atuação do biopoder, atuando no conjunto dos corpos, um investimento político. Para compreender esse conjunto de corpos, é necessário descrevê-las e quantificá-las nos seus diversos níveis de fecundidade, morte, longevidade, morbidade entre outros; bem como, comparando-as e prevendo o seu futuro estudando o seu passado. As ciências têm produzido inúmeros saberes mediante o estudo da vida coletiva e sua regulamentação[49].

Para Foucault, é a *norma* que articula os mecanismos disciplinares e os mecanismos regulamentadores, permitindo a comparação entre os indivíduos, isto é entre eles mesmos e entre cada elemento de um conjunto. A anormalidade ocorre quando há uma diferença excessiva da maioria, e torna-se algo indesejável[56].

O poder interfere e atinge a realidade mais concreta do indivíduo, tanto no seu próprio corpo, como no corpo social e em toda sua vida cotidiana; produzindo individualidades, que nos demonstra que o indivíduo é uma produção do saber e do poder. Ele não atua somente como uma força que diz não aos indivíduos, mas permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. O indivíduo com suas características, sua identidade, fixado em si mesmo, é o produto de uma relação de poder que se exercem sobre os corpos, movimentos, desejos e forças[56].

Sobre o corpo se encontram os estigmas dos acontecimentos passados, nascem desejos, erros, conflitos; e estes se juntam, se afastam se apagam uns aos outros, se tornando superfície de inscrição dos acontecimentos[66]. As cicatrizes da cirurgia bariátrica, das plásticas e a imagem resultante do processo que muitas vezes não alcançou a idealizada, são algumas das inscrições dos acontecimentos passados.

O domínio, a consciência de seu próprio corpo só puderam ser adquiridos pelo efeito do investimento do corpo pelo poder, como por exemplo (ginástica, exercício, nudez, exaltação do belo), conduzindo o desejo do seu próprio corpo por meio de um trabalho persistente. A partir do momento em que o poder produz esse efeito como consequência de suas conquistas, ocorre a reivindicação do seu próprio

corpo contra o poder, ocorrendo um conflito entre a saúde contra a economia, o prazer contra as normas morais da sexualidade, etc. “O poder não teria necessidade de ciência, mas de uma massa de informações, que ele, por sua posição estratégica, é capaz de explorar[66].

7.3 Autocuidado (Saber) e Apropriação do Próprio Destino (Poder) permeando o processo de transição da condição de Não Sujeito Para Sujeito (Ética e Cuidado de Si)

A globalização alterou profundamente o comportamento das pessoas, tanto na maneira de se alimentar, quanto na de vestir-se, impactando no aumento da obesidade mundial, surgindo novas modalidades de subjetividades. O obeso está em uma condição restrita de desordem de si mesmo; refém de um mundo fora do seu controle, em que usa o próprio corpo como escudo para não enfrentar sua própria realidade. Se um corpo perfeito é sinal de felicidade, também é palco de conflitos, pois é por meio do corpo que o indivíduo expressa sua singularidade e ao mesmo tempo procura negar sua diferença social. Na modernidade, o corpo torna-se lugar privilegiado para o controle social, uma vez que o controle sobre o indivíduo torna-se mais sutil [84, 149].

A experiência da doença crônica e das suas terapias pressupõe uma ponte simbólica que une o corpo, a visão de si mesmo e a sociedade. Essa rede inter-relaciona os processos, os significados e os relacionamentos, de modo que o mundo social é ligado à experiência pessoal. Esse mundo é definido pelo que é de interesse para as pessoas e os grupos sociais[117], surgindo um grande desafio em nossos tempos, ou seja, o de compreender qual é o lugar do corpo para o sujeito e para a sociedade[159]. Quem sabe o corpo seja um sinal; “um sinal do mundo interno e privado da própria pessoa que faz do seu corpo um lugar privilegiado para a expressão de seu ser”[173].

Os avanços da medicina e da genética na atualidade, antes não concebidas, facultaram à ciência a pretensão de controlar a vida e a morte. Parece que as perspectivas futuras de corpo estão engendradas em sua negação, o não ser corpo. Os indivíduos imunes às doenças e a morte, destituído dos sentidos próprios aos

humanos, constituem o novo corpo computadorizado, cibernético e re(significaria) a existência humana. “Sem dúvida, voltar a falar de corporeidade, não pode ser simples lembranças de vozes do passado mas [...] significa sonhar uma imagem de homem com novos traços”[108].

O condicionamento, a modelagem, o controle do corpo em direção a um aperfeiçoamento, ocorreu a partir do século XIX, devido principalmente à evolução científica. A medicina, preocupada com a cura, parece ter esquecido que sempre foi pela linguagem que o doente expôs seus males, fazendo com que, o doente seja excluído do processo de adoecimento, na sua subjetividade[149].

O conhecimento e linguagem estão estreitamente entrelaçados e têm na representação, mesma origem e mesmo princípio de funcionamento; apoiando-se um ao outro, complementam-se e se criticam incessantemente; e é num mesmo movimento que o espírito fala e conhece, *“é pelos mesmos procedimentos que se aprende a falar e que se descobrem os princípios do sistema do mundo ou daqueles das operações do espírito humano, isto é, tudo o que há de sublime nos nossos conhecimentos.”* Mas a linguagem impõe-se do exterior aos indivíduos na direção a noções concretas ou abstratas, exatas ou pouco fundadas; o conhecimento é como uma linguagem de que cada palavra tivesse sido examinada e cada relação verificada[50].

Só haverá ciência do homem se nos dirigirmos à maneira como os indivíduos ou os grupos se representam na produção e na troca, o modo como esclarecem, ou ignoram, ou mascaram esse funcionamento e a posição que aí ocupam, a maneira como se apresentam à sociedade em que isso ocorre, o modo como se sentem integrados a ela ou isolados, dependentes, submetidos ou livres, o ser do interior da linguagem pela qual está cercado, se representa ao falar; o sentido das palavras e das proposições que enuncia e se dá, a representação da própria linguagem[50].

A construção e a reconstrução permanente das realidades que possibilitam a vida devem também salientar a premissa básica de que a visão e a interpretação que realiza cada sujeito das suas situações ambientais, não podem alhear-se das práticas sociais (cultura, educação, economia...) em que participa e que o afetam e mesmo o condicionam sua forma de atuar[112]. Todo o preparo e acompanhamento do processo cirúrgico parece não conseguir, muitas vezes, se sobrepor a realidade do cotidiano das pacientes; tais como: dificuldades financeiras, de trabalho,

formação familiar, relação social, sentimentos, percepções sobre si e o mundo.

Tem coisas que ainda me adapto, "eu ainda vivo no mundo." **Cianita.** Um mundo de demandas interiores e exteriores que podem entrar em conflito consigo mesmo e com a realidade. Homens e mulheres são corpos que refletem um discurso, uma construção de signos sociais[174]. O indivíduo é produto e produtor das realidades sociais[174]. *Os códigos fundamentais de uma cultura – aqueles que regem sua linguagem, seus esquemas perceptivos, suas trocas, suas técnicas, seus valores, a hierarquia de suas práticas – fixam, para cada homem, as ordens empíricas com as quais terá de lidar e nas quais se há de se encontrar*[50]*.*

Na genealogia de Foucault, a questão do *porquê*, isto é, explicar o aparecimento de saberes a partir de condições externas aos próprios saberes é o ponto primordial. Este *porquê* dos saberes pretende explicar sua existência e suas transformações, mas situando-se como peças de relações de poder. *O poder não é um objeto natural, uma coisa, é uma prática social, e como tal, constituída historicamente*[56, 175]*.*

Não devemos esquecer que o saber é o conjunto de objetos que numa época dada, são considerados verdadeiros e, portanto, podem ser conhecidos; o domínio dos diferentes objetos que irão adquirir ou não um status científico[176].

Os discursos dos sujeitos não demonstram apenas aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas, aquilo pelo que se luta, o poder que se quer apoderar[53].

Considerar as falas como um processo de elaboração dinâmico, composto de contradições e imperfeições e não como um processo acabado. Por meio delas é possível captar expectativas e concepções que os indivíduos desenvolvem por seus contextos e significados. Elas foram apreendidas, como entrelaçadas as experiências pessoais de cada sujeito nas suas vivências pessoais, sociais, profissionais e sexuais, tentando construir as características próprias de cada um. Portanto, estabelecer uma relação entre o paciente, as fontes de elaboração psíquica, a realidade e o modo de agir sobre esta realidade é uma possibilidade de entender conflitos e indefinições referentes à vida[156]. O sujeito tem uma possibilidade de reordenar os significantes de sua própria história, fazendo uma reconstrução imaginária e espontânea para explicar a si próprio e as manifestações à sua volta, pois se a linguagem é mais que a morada do ser, ela é também, pelo qual o ser se efetiva[159].

O ser humano - esse ser vivo, que do interior da vida à qual pertence inteiramente e pela qual é atravessado em todo o seu ser, constitui representações graças às quais ele vive e a partir das quais detém a capacidade de poder se representar como sujeito[50].

E como ente que decide, em que e como deve se transformar esse ser mesmo de sujeito? Quais as condições impostas para ter acesso à verdade e em que medida este acesso concederá o que ele busca; o bem ?

Como profissionais que escolhemos, decidimos, poderíamos repensar como ter acesso à verdade, quais nos são impostas e em quais verdades queremos acreditar para podermos nos representar como sujeitos constituídos de conhecimento, poder e concepções éticas.

Em uma época específica somente tem valor de verdade, aquilo que possui determinada racionalidade, características de certo uso da razão e o que é inteligível para a época. Então, a maneira de pensar de uma época, definindo o valor de verdadeiro e falso de uma coisa, torna-se possibilidade de essa coisa tornar-se objeto de conhecimento, que pode ser pensado, considerado real, portanto dito, verdadeiro[171].

A verdade não pode ser atingida sem certa prática que transforma o modo de ser do sujeito, modificando-o, originando procedimentos mais ou menos ritualizados. Mas qual é a direção pela qual o sujeito deve orientar-se para a atividade reflexiva, a atividade refletida, essa atividade que retorna do indivíduo para ele mesmo? Qual é o eu com o qual deve se ocupar na busca pela verdade no plano ético?

Segundo o próprio Foucault é a *alma*. Alma entendida como a *alma-sujeito* de ação, enquanto se serve do corpo, dos órgãos do corpo, como se comporta, se relaciona, é atingido pelo exterior e ocupa-se consigo mesmo. Ocupar-se consigo mesmo é ocupar-se enquanto se é “sujeito de” ação, de relações com os outros, de comportamentos e de atitudes em geral, e da relação consigo mesmo. É sendo sujeito; esse sujeito que se serve, que tem atitude, relações, que deve estar atento a si mesmo. Ocupar-se consigo mesmo é o centro de toda teoria e prática do *Cuidado de Si*[66].

Esse conhecimento de si mesmo é como uma forma de consciência em que o sujeito ao buscar as verdades para se transformar, toma consciência das qualidades que possui; movimenta-se; sai de sua condição atual para o de uma ascensão

quando a verdade vem até ele e o ilumina, sendo, portanto, ele mesmo responsável pela transformação progressiva de si para consigo[66].

A cirurgia bariátrica pode significar para o obeso a recuperação de suas potencialidades, permitindo compreender conflitos e indefinições referentes às inúmeras áreas de sua vida, inclusive a afetiva[156]. O indivíduo busca uma nova história, deseja promover uma nova vida, novo "estado de coisas" e às vezes até uma nova identidade na busca por reconciliar-se consigo mesmo[173].

Em nossa prática, mesmo a cirurgia bariátrica necessitando e possibilitando um preparo anterior a ela, o conhecimento dos clientes no processo saúde e doença vividos, o entendimento de que para cuidar do corpo de que se serve necessitam cuidar da alma-sujeito, poderia mas, ainda, não está muito concretizado, pois o desconhecimento de si leva a um elemento importante que foi designado por Foucault como ignorância. *"Ignorância, ao mesmo tempo, das coisas que se deveria saber e ignorância de si mesmo enquanto sequer se sabe que se ignora"*[66].

Na medida em que o conhecimento de si vivifica a sua presença, dá forças para o indivíduo agir da maneira que deve, como um "medicamento pronto a agir", impelindo-o a um objetivo[176].

Mas também esse trabalho do sujeito para com ele mesmo lhe dá tranquilidade à alma, autogoverno e o transfigura do próprio sujeito no seu ser de sujeito. Portanto, a questão do poder não está vinculada ao governo dos outros, mas ao sujeito de relações com os outros, de comportamentos, de atitudes em geral e de relações consigo mesmo, isto é, seu próprio controle e governo de si mesmo. Essa "ignorância" de si ou das coisas abrange o paciente e o profissional, mas é neste ponto que o profissional de enfermagem pode atuar precisamente, em si e no outro[66].

Os seres humanos reprimidos precisam reconhecer-se como homens pela reflexão e ação; e esse processo educativo leva o sujeito a ler criticamente a realidade, e quando necessário, intervir subsidiado pelo conhecimento "aprender a aprender" e com um "saber pensar", mudando o mundo que o circula[177].

A atuação da enfermagem enfrenta uma gama de situações referentes ao conhecer a si mesmo, à sua própria atuação, bem como as condições do paciente, como seres permeados de relações complexas entre si e entre si e o meio. Mesmo com inúmeros condicionantes da ação profissional no âmbito da saúde, com seus limites estruturais e conjunturais, os sujeitos não podem ser neutros frente à realidade

na qual estão inseridos; ou são favoráveis a transformações ou são coniventes para a permanência da mesma[177].

O filósofo defende que o cuidado de si tem sempre necessidade de passar pela relação com outro, que ele considera um mestre. Não se pode cuidar de si e não há cuidado de si sem passar por um mestre. Mas o que define a posição de um mestre é que ele cuida do cuidado que aquele que ele guia pode ter de si mesmo. Cuida do cuidado que o sujeito tem de si mesmo e que, no amor que tem pelo seu "discípulo", encontra a possibilidade de cuidar do cuidado que o discípulo tem de si próprio. Esse cuidado precisa ser, necessariamente, com sentimentos desinteressados; essa atitude forma um modelo do cuidado que o indivíduo deve ter de si enquanto sujeito[8,66].

Nesse conceito de mestre, não se está colocando que o enfermeiro é um mestre na concepção da palavra, em que ele deteria o saber em detrimento do sujeito; mas que pode atuar como mediador, monitor, comparador e regulador do sistema (normal e o patológico) e iniciar uma ação para diminuir ou atuar na diferença entre o estado atual e o desejado. Horta nos diz que Ser-Enfermeiro é gente que cuida de gente; e para que surja o Ser-Enfermagem é necessária a presença de outro ser humano, o Ser-Cliente e, desse encontro emerge uma interação resultante das percepções, ações que levam a uma transação. Mas a transcendência do Ser-Enfermagem é ir além da obrigação. É compartilhar com cada sujeito a experiência vivenciada; ajudar a crescer e se autotranscender; aqui, é cuidar do cuidado que o sujeito tem de si próprio, como uma experiência única e que jamais se repetiria[40].

Para tanto é necessário perceber o ser humano como alguém que não se resume meramente a um ser com necessidades biológicas, mas como um agente biopsicossocial e espiritual, com direitos a serem respeitados, devendo ser garantida sua dignidade ética[169].

Kant refere que os seres racionais chamam-se pessoas porque a sua natureza os diferencia como fim em si mesmo; não podem ser tratados como instrumento, pois têm valor absoluto, sendo esse valor sua dignidade. A autonomia é para ele o fundamento da dignidade da natureza humana[169].

Considerando a autonomia e a liberdade como propriedades fundamentais da personalidade moral, no exercício da medicina, o princípio da autonomia pode ser visto como o poder de decidir e de usar o próprio corpo, com base na autoridade e

responsabilidade que dele temos. Então, o fim da medicina seria prover os melhores interesses do paciente, da forma como vem determinado pelas decisões autônomas de cada um deles[170].

A autonomia sempre causou e causa ainda certos desconfortos aos profissionais da saúde, pois a tendência é considerar que, de posse de conhecimento cientificamente reconhecido, seriam responsáveis por todas as decisões sobre como o sujeito deve trabalhar seus problemas de saúde, atuando em um modelo paternalista, considerando a população passiva em relação às discussões sobre saúde. Mas essa aparente passividade apenas pode demonstrar a grande capacidade desenvolvida pelo sujeito em sobreviver em situações adversas. Então se faz necessário defender a necessidade dos sujeitos construírem gradativamente sua autonomia em seus modos e sentidos de andar a vida, ressignificando seu modo de viver[176].

A exclusão do indivíduo obeso pressupõe uma ausência de poder que traz embutida a impossibilidade de exercitar sua cidadania, pois está habituado a indispor dos prazeres, que não enxerga demanda de seus direitos[178].

A necessidade expressa pelo paciente na busca pela mudança de vida, a reconstrução de suas histórias, um verdadeiro “corte na suas histórias” podem ser de certa forma exigidas por ele; tarefa árdua e sobre-humana delegada aos diversos profissionais da saúde[173]. Como vemos a liberdade, também passa a ser entendida como “nossa real capacidade de mudar as práticas em que somos constituídos como sujeitos morais”, na busca constante por apropriação do próprio destino e do destino do outro[44].

O atendimento humanizado entendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), aposta no ético-estético-político. A ética implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis. A estética abrange o processo de produção da saúde e de subjetividade autônomas e protagonistas. A política refere-se à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão no sistema. Portanto, o compromisso ético-estético-político da Humanização do SUS tem como base os valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão em saúde[10].

É necessário um amplo entendimento da educação em saúde como um processo de capacitação e conscientização crítica dos indivíduos lutarem pelos seus direitos sociais em relação à saúde. Além disso, conquistam uma melhor qualidade de vida pela transformação do seu próprio ambiente, ou seja, deixam transparecer idéias de uma prática de conquista de cidadania. A experiência para cada paciente no processo da cirurgia bariátrica é única e a obesidade se apresenta como barreiras que mobilizam comportamentos, insatisfações e afetos que muitas vezes alteram completamente a vida[179].

Dimensionar o sofrimento humano é muito complexo, pois ao falarmos de obesidade, devemos reconhecer o seu caráter conflituoso e expressivo, entendendo como uma disposição do sujeito de vir-a-ser-humano, dentro de suas elaborações psíquicas, a realidade e o modo de agir sobre essa realidade[149].

Abordar a temática educação em saúde é remeter a um contexto inseparável da melhora de qualidade da vida, em que a prevenção e a promoção da saúde constituem-se em um suporte fundamental para a orientação, informação e formação da população, de tal forma que favoreça intervir ativamente na tomada de decisões referente ao seu bem-estar físico e mental, seja no plano individual ou coletivo. Penetrar na rede constitutiva das relações sociais e entender como funcionam as coisas no nível do processo de sujeição ou dos processos contínuos e ininterruptos que *sujeitam os corpos; dirigem os gestos e regem os comportamentos*[56, 112].

A referência da melhora do relacionamento associado a uma valorização de si, pode ser entendida que o cuidar de si pode ser a melhor forma de disponibilizar-se para o outro; dessa maneira, o cuidado não contraria nossos valores morais e o cuidar de si aparece como forma de ampliar os horizontes da interação com os outros[109].

Devido ao conhecimento do ser humano a respeito do atendimento de suas necessidades serem relativamente limitados por seu próprio saber, exige a interferência de profissional habilitado. O sujeito para poder decidir quanto ao seu autocuidado, acerca de seu corpo e de si, precisa conhecer e saber o que se passa consigo, pois esse conhecimento favorece e auxilia a entender o tratamento, planejar o futuro e adaptar-se a situação[40].

Entender a educação como forma eficaz para despertar a consciência preventiva, enfatizando os aspectos criativos do pensamento individual em relação

aos infortúnios decorrentes da doença, educação essa que visa à construção do conhecimento por parte do paciente, sobre a doença e suas consequências, de tal forma que esse cliente possa ser trabalhado progressivamente, valorizando sua história e seu contexto, transformando-o em um ser crítico e agente de mudança da sua própria realidade[112].

Nessas relações, a experiência nos faz refletir sobre o dever de entendermos que todos possuem seu próprio conhecimento, seu Saber; que são captados, agregados e são realizadas novas construções com o que compartilhamos. Na eminência de novas construções, como profissionais, possibilitamos que tomadas de decisões ocorram, não propriamente o que a equipe de saúde possa desejar, mas, o que leve a resultados de interesse evolutivo para quem esteja decidindo. Não ofertamos Poder; paciente-família-comunidade e equipe de saúde é que construirão relações de forças favoráveis.

As representações sociais, materializadas como forma de conhecimento prático orienta as ações dos indivíduos, portanto ao profissional é necessário compreender o que embasa essas ações[180]. O processo ativo de aquisição do conhecimento pode dar-se em dois sentidos complementares. Ao dar sentido aos objetos sociais, materiais ou ideacionais que o cercam, construindo representações ou teorias sobre esses objetos, o tornam um sujeito ativo; bem como, também é ativo ao criar o mundo social por meio de sua atividade[163].

Inúmeros significados, importâncias, conotações e tratamentos foram relacionadas ao corpo através dos tempos em diferentes culturas e sociedades; onde foi representado, re-significado em diferentes leituras nos diferentes campos do saber, revelando –se um objeto polissêmico[157].

O enfermeiro pode trabalhar “entre” os diferentes campos do saber, como potencializador de transversalidade na equipe de saúde. Na busca constante de se constituir sujeito, protagonista e coadjuvante na dinâmica do trabalho em saúde, transitando por entre centros móveis de saber/poder, coexiste na produção de cuidado, em um sentido complementar[177]. Devemos procurar entender não somente o corpo como depositário de processos biológicos, mas como um reflexo da sociedade, em que ao corpo se aplicam discursos e práticas que estão na base da vida em sociedade.

Foucault sonhava com o “intelectual destruidor das evidências e das

universalidades, que localiza e indica nas inércias e coações do presente os pontos fracos, as brechas, as linhas de força; que sem cessar se desloca, não sabe exatamente onde estará ou o que pensará amanhã, por estar atento ao presente”[56].

Saber e poder se implicam mutuamente, pois não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. O hospital pode ser exemplificado em não ser apenas um local de cura, mas também instrumento de produção, acúmulo e transmissão de saber. A sociedade exige ser necessário o poder se tornar cada vez mais competente, pois, o olhar que observa para controlar é o mesmo com capacidade de anotar e transferir informações[56].

Não devemos esquecer que, o aprender se depara o tempo todo com o controle e a não democratização do poder, e está sujeito a uma falsa liberdade de “ser”, para que, posteriormente, possa ser capturado, revertendo-se novamente em um corpo-máquina que é dominado, mas que também domina e que pode resistir ante o aprender[177].

Para Foucault, o poder disciplinar atua no nível dos corpos resultando em formas de estar no mundo, quanto ao nível dos saberes, isto é, as condições de cada um conhecer o mundo e nele se situar. Resultado disso é que cada um vê a disciplina do e sobre o próprio corpo, não apenas como algo necessário e natural. A disciplina também funciona como uma matriz de fundo que permite a inteligibilidade, a comunicação e a convivência total na sociedade. Mesmo não sendo todos igualmente disciplinados, todos compreendemos o que é ser e como deve ser disciplinado[44].

O filósofo Sêneca distinguia os doentes, curados total ou parcialmente de seus vícios, daqueles que se livram de suas doenças, mas não ainda de suas afecções; existem aqueles que recobram a saúde, mas ainda estão frágeis por causa das disposições que não se corrigiram[62].

A partir da aproximação entre a prática e a teoria, ou entre a medicina e a moral, ocorre a necessidade de se reconhecer como doente ou ameaçado pela doença. A prática de si implica que o sujeito se constitua em face de si próprio, não como um simples indivíduo imperfeito, ignorante, e quem necessite de ser corrigido, formado ou instruído, mas sim como um ser que sofre de determinados males e que deve cuidar-se. Esse cuidado deve ocorrer pelo próprio indivíduo ou por alguém que

para isso tenha competência. Cada um deve descobrir que está em um estado de necessidade, sendo necessário ajuda. O que se quer é que não se fique doente, mas se isso acontecer que não seja ignorado[62].

Conhecendo a verdade sobre si mesmo, daquilo que se é; o indivíduo se constitui como sujeito daquilo que ele é, um sujeito ético[161]. As experiências discursivas relatada pelas mulheres representam mais do que os *pesos de seus corpos para a sociedade;* bem como, nos revelam muito mais que alterações físicas após a cirurgia bariátrica, mas, a vivência de um fenômeno complexo em toda sua multidimensionalidade, ultrapassando o limite de seus corpos[157].

A busca por uma vivência ética pelo paciente pressupõe ir ao encontro da sua nova imagem, das suas capacidades, não rejeitar-se e não aceitar ser rejeitado; mas permitindo o afastamento de si das marcas da obesidade que muitas vezes persiste em não deixar o corpo.

E quando todas as forças surgirem de cada parte poderá possibilitar autoconhecimento, autorreflexão e crescimento para ambos: paciente e enfermeiro; não somente na individualidade profissional, mas como ciência. Nesse binômio que busca *o vir a ser* em um pensamento crítico, assumem um compromisso filosófico, ético, moral e político.

Portanto, o ponto necessário nas *"práticas de si é aquele em que os males do corpo e da alma podem comunicar-se entre si e intercambiar seus males estares: lá onde os maus hábitos da alma podem levar as misérias físicas enquanto que os excessos do corpo manifestam e sustentam as falhas da alma"* [62].

8 Conclusões

Uma coisa é em todo caso certa: é que o homem não é o mais velho problema nem o mais constante que se tenha colocado ao saber humano.

Michel Foucault(As Palavras e as Coisas)

Os resultados obtidos neste estudo permitiram compreender a vivência das pacientes em pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica, segundo suas necessidades humanas básicas e analisá-las utilizando o Referencial Teórico de Michel Foucault.

A análise dos discursos dos sujeitos fez emergir as **Unidades de Registro** segundo as Necessidades Humanas Básicas (psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais). Estas Unidades de Registro após analisadas resultaram em **Núcleos de Compreensão**.

Esses Núcleos de Compreensão foram redimensionados em **Temas**. De uma única Necessidade Humana Básica emergiram diferentes temas. Dos temas, Qualidade da Alimentação, Proteção, Readaptação Física, Conhecimento e Crenças/Ritos surgiu a **Categoria** Autocuidado (Dimensões do Saber); dos temas Segurança, Controle, Limitação, Conflito, Responsabilidade, Autorrealização, Relacionamento e Isolamento emergiu a **Categoria** Apropriação do próprio destino (Dimensões do Poder) à luz de referencial de Michel Foucault.

Quanto à **Categoria ética e Cuidado de Si**, concebeu-se como resultado da compreensão aliando a Categoria Autocuidado (Dimensões do Saber) e Categoria Apropriação do próprio destino (Dimensões do Poder) na vivência do paciente submetido à Cirurgia bariátrica, apropriando-se da Condição de não sujeito para sujeito (Concepção Ética e Cuidado de Si).

A análise possibilitou verificar que ao integrar o conhecimento próprio e o adquirido pelo paciente, bem como a necessária aquisição durante o processo cirúrgico (Saber) de forma reflexiva, alia-se ao fortalecimento de suas potencialidades inerentes ao desenvolvimento de um comprometimento autônomo (Poder), o que lhe permite adquirir condições de reprodução de sua vida e seu autocuidado. Com essas características, o paciente, como sujeito de suas ações se torna independente da assistência de enfermagem e não é a enfermagem quem o torna independente.

Reconhecendo-se naquilo que é; tomando ou não as decisões de participar das ações do seu tratamento por ato determinado pela sua própria razão e entendimento, o indivíduo se constitui como um sujeito daquilo que ele é, um sujeito ético.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Quero que nunca deixes escapar a alegria. Quero que ela seja abundante em tua casa. Ela abundará com a condição de estar dentro de ti mesmo. Ela nunca mais cessará quando encontrares, uma vez, de onde ela pode ser tomada. Dirige o teu olhar para o bem verdadeiro; sê feliz pelos seus próprios bens. Mas, esses bens, de que se trata? De ti mesmo e da tua melhor parte.

Lettres à Lucilius - Michel Foucault (A Hermenêutica do Sujeito)

A relação entre medicina e prática de si nos faz refletir quanto ao problema de "salvar-se e realizar a própria salvação": o que é ter boa saúde, escapar das doenças, estar ao mesmo tempo conduzido à morte e, de certo modo salvar-se dela?

A cura pode ser tanto mais difícil quanto menos soubermos se estamos doentes, pois é necessário não de parecer, mas de estar verdadeiramente com boa saúde.

Quando se faz o mal, comete-se uma falta, é que houve uma batalha, um combate em quem a cometeu. E esse combate consiste em que, por um lado, quem faz o mal é igual a todo mundo, busca a utilidade, mas não se dá conta de que, na realidade, aquilo que faz, longe de ser útil, é nocivo. Quando um indivíduo comete um erro é porque reputa como verdadeira uma coisa que não o é, sendo necessário que compreenda a amarga necessidade de renunciar àquilo que reputava como verdadeiro. É necessário mostrar-lhe que, na realidade, ele faz o que não quer e não faz o que quer. Faz o que não quer, isto é, faz algo nocivo; não faz a coisa útil que acreditava fazer[66]. É necessário entender o paciente como afetado e não responsável por sua condição.

Sobre a descoberta de uma vida em constante partida com destino a si mesma, é preciso ao paciente portador de obesidade, retomar o controle para que não se escape; uma busca constante à sua própria reconstrução."Porque nos enganarmos? Nosso mal não vem de fora; está em nós, tem sua sede no fundo mesmo de nossas entranhas, e a razão pela qual alcançamos dificilmente a saúde é que não nos sabemos atingir. (Lettres à Lucilius)"[66].

A enfermagem necessita aprender a alcançar o outro, fazer com que o outro compreenda em que consiste essa batalha entre o que se faz sem querer e o que não se faz quando se quer. Nesse sentido, o enfermeiro moverá o espírito na boa direção, transformar a atitude daquele que parece estar enganado.

Mas como o enfermeiro realizará a educação em saúde? Como proporcionar ao paciente obeso meios de superar suas atitudes diante da sua realidade? O diálogo pode ser um dos caminhos. Paulo Freire diz que o diálogo é uma relação de A com B, alicerçado em valores como a fé, esperança, amor e humildade. Só assim haveria comunicação, e os dois polos se farão críticos na busca de algo, em uma relação de simpatia. Só chegamos a ser nós mesmos quando o outro chega a ser ele mesmo e o respeito á autonomia e a dignidade do paciente é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros [181, 182].

E como cuidador/educador, em Educação à Saúde, o enfermeiro necessita “ler” cada vez melhor a leitura do seu próprio mundo e do mundo que os pacientes obesos fazem do seu contexto imediato ou maior, e sem a curiosidade que nos move, inquieta, nos insere na busca, não aprendo nem ensino.

A alma pode ser comparada a uma balança a inclinar-se para um ou outro lado; e queiramos ou não, inclina-se conforme a verdade que é levada a reconhecer. Se o enfermeiro como educador não conseguir o intento, não devemos crer que faltoso é aquele que auxiliamos, mas nós próprios; não aqueles que não conseguimos uma relação efetiva. Ao enfermeiro cabe inclinar-se ao conhecimento, constituir relações e sentir que possui poder; mas um poder com a tarefa de se encarregar da vida. Mas a responsabilidade com a vida passa pelas diversas formas de se “ouvir”.

Mas o paciente também necessita compreender que a consciência crítica “é a representação das coisas e dos fatos como se dão na existência empírica; nas suas correlações causais e circunstanciais.” A mudança não é trabalho exclusivo de algumas pessoas, mas daqueles que a escolhem. O enfermeiro tem de lembrar aos pacientes que são tão sujeitos como ele da transformação, e que, posteriormente, necessitaram reavaliar-se em sua nova imagem, bem como, se tornam responsáveis por outros que necessitam de consciência crítica e autonomia [181].

Para Foucault, “ao lado do poder, há sempre a potência. Ao lado da dominação, há sempre insubordinação. E trata- se de cavar, e continuar a cavar a partir do ponto mais baixo: este ponto... é simplesmente lá onde as pessoas sofrem, ali onde elas são as mais pobres e as mais exploradas; ali onde a linguagem e os sentidos estão mais separados de qualquer poder de ação e onde, no entanto, ele existe; pois tudo isso é a vida e não a morte”[183].

O paciente obeso tem o direito ao corpo, à saúde, à felicidade, à satisfação das necessidades, à vida; o direito de encontrar o que se é e tudo o que se pode ser. O enfermeiro e o paciente tornam possível a construção de novas singularidades, outros enunciados, novas maneiras de ser, “desconstruindo” e “construindo” seus seres. E na procura por “salvar-se”, o paciente encontra a autolibertação.

O ser humano está em interação com o universo em constante mudança; portanto, a posição normal do homem é a de não apenas estar no mundo, mas com ele; travando relações permanentes decorrentes dos atos de criação e recriação, representada na realidade cultural resultando em conhecimento [181].

Se em muitas áreas do globo a obesidade é considerada epidemia e não se pode eliminá-la, podem ser reduzidos os danos que causam. Constatando esta realidade (que pressupõe apreensão das ideias e autonomia de ação) nos tornamos capazes de intervir, o que é mais gratificante do que simplesmente adaptar-se a ela.

Como paciente ou profissional, nos tornamos responsáveis, quando nos apropriamos do poder e do saber, que levam a nos tornar um ser ético. Em constante movimento, o paciente enfrenta seus limites nas "perdas" de si mesmo; mas dirigindo o seu olhar para o bem verdadeiro e sendo feliz pelos seus próprios bens. "*Mas, esses bens, de que se trata?"* Dele mesmo e da sua melhor parte[66].

Práticas possíveis na desconstrução da obesidade:

- Incentivar a formação de grupos coesos de discussão sobre a obesidade e suas comorbidades, e ações com objetivos à melhora da qualidade de vida nos Programas Governamentais;
- Participação em grupos preparatórios para a cirurgia bariátrica (pacientes e profissionais); conversar com os pacientes/clientes descobrindo suas necessidades e as esclarecendo posteriormente;
- Esclarecer aos pacientes/clientes em preparo para a cirurgia, o percurso e a rotina do período de internação;
- Conhecer as condições reais da instituição onde é realizada a cirurgia bariátrica com relação ao ambiente físico, equipamentos e materiais, auxiliando na adaptação para as condições seguras de recebimento do paciente;
- Treinamento da equipe de enfermagem nos procedimentos e rotinas específicos à cirurgia bariátrica na Unidade de Internação e Centro Cirúrgico;
- Consulta de Enfermagem nos períodos de pré-operatório e pós-operatório, constituindo um momento excelente no processo educativo;
- Visitas domiciliares no período de pós-operatório para acompanhamento e orientação necessários quanto a medicamentos, ferida cirúrgica, dúvidas a ser levada a equipe de profissionais; *além de proporcionar um*

momento para ouvir os pacientes e familiares em suas experiências;

- Desenvolver estudos científicos das experiências vividas no contexto da cirurgia bariátrica;
- Participar de grupos de discussão entre os profissionais da equipe de cirurgia bariátrica para troca de experiências e observações em relação aos resultados obtidos pelo grupo;
- Adequação nos currículos de graduação sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e seus diversos comprometimentos na Economia na Saúde, na Educação...

10 REFERÊNCIAS

...é sobre o fundo do já começado que o homem pode pensar o que para ele vale como origem...

Michel Foucault (As Palavras e as Coisas)

1. Franques ARM. As especialidades associadas á cirurgia bariátrica. In: Franques ARM. As especialidades associadas á cirurgia bariátrica. São Paulo: COESAS(Comissão das Especialidades Associadas); 2008. p.7-12.

2. Rosa AF, Alves MC, Pinheiro NT. Cuidados de enfermagem pós-cirúrgica da obesidade. In: Silva SS, Kawahara NT. Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade. Porto Alegre: AGE; 2005. p. 406-14.

3. Negrão RJS. Cirurgia bariátrica: revisão sistemática e cuidados de enfermagem no pós-operatório. Dissertação [Mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.p.62.

4. Jordão GM, Lima JD. Assistência de enfermagem na cirurgia bariátrica. In: Franques ARM. As especialidades associadas á cirurgia bariátrica. São Paulo: COESAS(Comissão das Especialidades Associadas); 2008. p.81-104.

5. Francischi RPP, Pereira LO, Freitas CS, Klopfer M, Santos RC, Vieira P. et al. Obesidade: Atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. Rev Nutr. 2000 jan/abr; 13 (1):17-28.

6. Almeida GAN, Loureiro SR, Santos JE. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2002; 2(15):283-92.

7. Cercato C. Perspectivas dos conhecimentos genéricos para compreensão e tratamento da obesidade. Einstein, Publicação Oficial do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Obesidade. 2006 ago; 4 Supl 1: S14-S17.

8. Nishiyama MF, Carvalho MDB, Pelloso SM, Nakamura RKC, Peralta RM, Marujo FMPS. Avaliação do nível de conhecimento e aderência da conduta nutricional em pacientes submetidos e candidatos á cirurgia bariátrica. Arq. Cienc. Saúde Unipar. 2007 mai/ago; 11 (2): 89-98.

9. Ferreira SRG. A obesidade como epidemia: o que pode ser feito em termos de saúde pública? Einstein, Publicação Oficial do Instituto Israelita de Ensino e Pequisa Albert Einstein. Obesidade. 2006 ago; 4 Supl 1: S1-S6.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Brasília, 2009. http://portal.saude.gov.br/saude/.<acessado em 16 de Junho de 2009>.

11. World Health Organization - Obesity. Geneva: 2011. http://www.who.int/en/ <cessado em 05 de Junho de 2009>.

12. Centers for Disease Control and Prevention. Overweight and Obesity. http://www.cdc.gov/obesity/data/trends.html <acessado em 10 agosto de 2009>.

13. Faria OP, Pereira VA, Gangoni CMC, Linz RD, Leite S, Rassi V, Arruda SLM. Obesos mórbidos tratados com gastroplastia redutora com Bypass Gástrico em Y de Roux: análise de 160 pacientes. Brasília Méd. 2002; 39(1/4): 26-34.

14. La-Manna FAR. Experiência personal em lãs primeras 100 operaciones de By-pass gástrico realizada em Puerto Varas. Rev. Chilena de Cirurgia. 2006; 58 (4):270-75.

15. Pareja JC, Pilla VP, Geloneze Neto B. Mecanismos de funcionamento das cirurgias anti-obesidade. Einstein, Publicação Oficial do Instituto Israelita de Ensino e Pequisa Albert Einstein. Obesidade. 2006 ago; 4 Supl 1:S120-S124.

16. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. http://www.sbcbm.org.br/index_sbcbm.php <acessado em 10 de agosto de 2009>.

17. Halpern A. Fisiopatologia da obesidade. In: Garrido Junior AB. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 09-12.

18. Lorentz MN, Albergaria VF, Lima FAZ. Anestesia pra obesidade mórbida. Rev Brás Anestesiol. 2007; 2 (57):199-202.

19. Cabral MD. Tratamento Clínico da obesidade. In: Garrido Junior AB. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 35-44.

20. Mottin CC. Bypass Gástrico com anel por laparotomia. In: Silva SS, Kawahara NT; Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade. Porto Alegre: AGE; 2005. p. 180-194.

21. Segal A, Fandino J. Indicações e contra-indicações para a realização das operações bariátricas. Rev Brás Psiquiat. 2002; 24 Supl 3:S68-S72.

22. Atila Csendes J, Patrício Burdiles P, Ana Maria Burgos L, Juan Carlos Dias J, Ítalo Bragghetto M, Fernando Maluenda G. Riesgo perioperatório Del bypass gástrico reseccional en pacientes com obesidad mórbida. Rev. Méd. Chile 2006; 134: 849-54.

23. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº1942/2010 - http://www.cfm.org.br/.<acessado em 28 de agosto de 2009>.

24. Tinoco RC, Tinoco ACA. A via laparoscópica em cirurgia bariátrica. In: Garrido Junior AB. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu; 2004. p.173-77.

25. Choen RV, Shiavon CA, Pinheiro Filho JC, Correa JLL. Laparoscopia e cirurgia bariátrica. Publicação Oficial do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Obesidade. 2006 ago; 4 Supl 1:103-106.

26. Roll S, Cunha KC. Técnicas restritivas: banda gástrica. Publicação Oficial do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Obesidade. 2006 ago; 4 Supl 1:S84-S90.

27. Libaroni HT. Derivação biliopancreática com gastrectomia longitudinal e preservação pilórica (“Duodenal Switch). Einstein, Publicação Oficial do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Obesidade. 2006 ago; 4 Supl 1:S91-S96.

28. Marchesini JB, Marchesini JCD, Marchesini SD, Cambi MPC, Frare RC, Strobel R. Derivações biliopancreáticas com gastrectomia distal (operação de Scopinaro) e gastrectomia vertical com preservação do piloro (Duodenal Switch de Hess e Marceau). In: Garrido Junior AB. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu; 2004. p.163-171.

29. Rasera Junior I. Derivação gástrica em “Y de Roux”. Einstein, Publicação Oficial do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Obesidade. 2006 ago; 4 Supl 1:S97-S102.

30. Paiva DS, Lima LB. Derivação bílio-pancreática - Cirurgia de Scopinaro – Videolaparoscópica. In: Silva SS, Kawahara NT. Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade. Porto Alegre: AGE; 2005. p. 220-233.

31. Silva RS, Rosito RS, Kawahara NT. Complicações em cirurgia da obesidade. In: Silva SS, Kawahara NT. Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade. Porto Alegre: AGE; 2005. p. 296-316.

32. Barroso LF, Alonso ADS, Leite MA. Complicações cirúrgicas intra-operatórias e do pós-operatório recente. In: Garrido Junior AB. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 215-225.

33. Ferraz EM, Martins Filho ED. Cirurgia bariátrica: indicação e importância do trabalho multidisciplinar. Publicação Oficial do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Obesidade. 2006 ago 4 Supl 1:S71-S72.

34. Oliveira Filho GR, Nicolodi THC, Garcia JHS, Nicolodi MA, Goldschimidt R, Dal Mago AJ. Problemas clínicos pré-anestésicos de pacientes morbidamente obesos submetidos às cirurgias bariátricas: comparação com pacientes não obesos. Rev. Bras.Anestesiol. 2005; 52(2): 217-22.

35. Rosa AF, Alves MC, Pinheiro NT. Cuidados de enfermagem pós-cirúrgica da obesidade. In: Silva SS, Kawahara NT. Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade. Porto Alegre: AGE; 2005. p. 406-14.

36. Bianchi ERF, Leite RCBO. Modelos de assistência de enfermagem perioperatoria. In: Carvalho R, Bianchi ERF. (orgs.) Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. São Paulo: Manole; 2007. p. 38-60.

37. Paschoal MLH, Rogenski NMB. Sistema de assistência de enfermagem perioperatória. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Icone; 2008. p. 202-20.

38. Moraes MW, Carvalho R. A inserção do Centro Cirúrgico na Assistência à Saúde. In: Carvalho R, Bianchi ERF. (orgs.) Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação. São Paulo: Manole; 2007. p. 01-21.

39. Jordão GM, Lima JD. Assistência de enfermagem na cirurgia bariátrica. São Paulo: Comissão das Especialidades Associadas – COESAS; 2008. p.81-104.

40. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: Editora EPU; 1979.

41. Leopardi MT. Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis: Editora Papa-Livros; 1999.

42. Leopardi MT. Teoria e Método em Assistência de Enfermagem. 2ª ed. Florianópolis: Editora Soldasoft; 2006.

43. Http://pt.wikipedia.og/wiki/MichelFoucault. Michel Foucault. <acessado em 05 de setembro de 2009>.

44. Veiga-Neto A. Foucault e a Educação. 2ª ed. São Paulo: Autêntica; 2007.

45. Moreira AFB. O pensamento de Foucault e suas contribuições para a educação. Educ.Soc. 2004 mai/ago; 25 (87).

46. Vandresen DS. O discurso na arqueologia e genealogia de Michel Foucault. Dissertação [Mestrado] Filosofia. Universidade do Oeste do Paraná. Toledo, 2008.

47. Nicolazzi FF. As histórias de Michel Foucault. Revista Virtual de História. http://www.klepsidra.net/novaklepsidra.html. <acessado em 05 de setembro de 2009.>

48. Foucault M. História da Loucura. Tradução José Teixeira Coelho. 8ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2005.

49. Foucault M. Vigiar e Punir. 10 ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 1987.

50. Foucault M. As palavras e as coisas. 8ª ed. São Paulo: M. Fontes; 2002.

51. Cordova MJW. A busca pela cientificidade nas ciências humanas numa arqueologia do “mesmo” e do “outro”- espaço Michel Foucault – www.filoesco.unb.br/foucault< acessado em 10 de setembro de 2009>.

52. Nascimento WF. Verité, pouvoir et soi. (entretien avec R. Martain, Université du Vermont, 25 de octobre1982).Traduzido a partir de FOUCAULT, Michel. *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994. 4; p.777- 83.

53. Foucault M. A Arqueologia do Saber. 7ª ed. Florianópolis: Editora Papa-Livros; 1999.

54. Araújo IL. Formação discursiva como conceito chave para a arqueologia de Foucault. Dossiê Foucault. Revista Aulas. 2006; 1 dez 2006/mar 2007.

55. Pereira MC, Muniz MMJ, Lima JB. Foucault e estudos organizacionais: ampliando a possibilidade de análise. Universidade de Lavras: 2006.

56. Foucault M. Microfísica do Poder. 10 ed. Rio de Janeiro: Graal; 1992.

57. Maranhão HP. Entre Kafka e Foucault: Anotações do poder no "corpo disciplinado". Revista Aulas. 3; dezembro 2006/março 2007.

58. Foucault M. "Foucault". In: Ética, sexualidade e política. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.

59. Foucault M. A História da Sexualidade: o uso dos prazeres. 10 ed. Rio de Janeiro: Graal; 2003.

60. Bonin JC. Habermas e Foucault: entre o universal e o particular: um debate ético filosófico da Contemporaneidade. Dissertação [Mestrado em Filosofia] Paraná; 2008.

61. Carmo M A. A est-ética foucaultiana. Ideação. 1999 4 jul./dez.: p.169-192.

62. Foucault M. História da Sexualidade: cuidado de si. 7ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2002.

63. Silva SM. A vida como obra de arte. Rev. Científica da Faculdade de Artes do Paraná (eletrônica). 2007; 2 jan./dez.: ano 2.

64. Rateke D. A negação da violência como prática de liberdade: o cuidado de si como estratégia e princípio de uma formação ética. Ciênc. Saúde Coletiva. 2011; 16 (1).

65. Lunardi VL. A ética como o cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem. Florianópolis: Editora da UFPel; 1999.

66. Foucault M. A Hermenêutica do Sujeito. 1ª ed. São Paulo: M. Fontes; 2004.

67. Maturana H. Formação humana e capacitação. Rio de Janeiro: Vozes; 2000.

68. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

69. Fundação Universitária de Saúde de Taubaté – FUST – Hospital Universitário de Taubaté – HUT – http://www.hutaubate.com.br/.<acessado em 20 de setembro de 2009>.

70. Bardin L. Análise de Conteúdo. 3ª ed. Lisboa/Portugal: Edições 70; 2007.

71. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

72. Haguete TMF. Metodologias Qualitativas na Saúde. 10 ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2005.

73. Valesi AC, Junior JM, Brito EM, Marson AC. Gastroplastia vertical com Y de Roux: análises de resultados. Rev. Col. Bras. Cir. 2004 Jan./Feb; 31(1).

74. Kuga R. Avaliação endoscópica e histopatológica do estômago excluso após a cirurgia bariátrica. Dissertação [Mestrado em Ciências]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.

75. Dalcanale LOF. Análise das deficiências nutricionais de pacientes em seguimento de pós-operatório tardio de cirurgia de Bypass Gástrico em Y de Roux. Dissertação [Mestrado Medicina]. Universidade de SãoPaulo; 2008.

76. Gonçalves CA. O “peso de ser gordo”: um estudo antropológico sobre a obesidade e gênero. Mneme – Revista Virtual de Humanidades- Dossiê Gênero. 2004 jul./set.; 5(11) - http://www.seol.com.br/mneme. <acessado em 20 de setembro de 2009>.

77. Godoy EH. Histórias da vivência sexual de mulheres submetidas à cirurgia da obesidade. Dissertação [Mestrado em Ciências – Psicologia]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2008.

78. Furtado IR, Nogueira CH, Lima Junior EM. Cirurgia plástica após a gastroplastia redutora: planejamento das cirurgias e técnicas. Rev. da Soc. Bras. Cir. Plás. 2004 mai/ago; 19(2) p.29-40.

79. Machado CE. Estudo sobre a compulsão alimentar em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Dissertação [Mestrado em Medicina]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.

80. Oliveira AC, Ciosak SI, D'Lorenzo C. Vigilância pós-alta e o seu impacto na incidência da infecção do sítio cirúrgico. Rev Esc Enf. Universidade de São Paulo. 2007; 41(4):653-59.

81. Anderi Jr E, Araújo LGC, Fuhro FE, Godinho CA, Henriques AC. Experiência inicial do serviço de cirurgia bariátrica da Faculdade de Medicina do ABC. Arq. Med. ABC. 2007; 32(1):25-9.

82. Paisani DM, Chiavegato LD, Faresin SM. Volumes, capacidades pulmonares e força muscular respiratória no pós-operatório de gastroplastia. J Bras Pneumol 2005; 319(2):125-32.

83. Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2005 nov-dez; 21(6):1792-1800.

84. Barbosa VC. A obesidade e o singular do sofrimento: um estudo de caso na relação mãe-filha. Dissertação [Mestrado em Psicologia]. Goiás: Pontifícia Universidade Católica; 2010.

85. Oliveira VM, Linardi RC, Azevedo AP. Cirurgia Bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. Rev.Psiq.Clin. 2004; 32 (4): 199-201.

86. Cordás TA, Filho APL, Segal A. Transtorno alimentar e cirurgia bariátrica: relato de caso. Arq Bras Endocrinol Metab. 2004 agost; 48(4).

87. Cruz MRR, Morimoto IMI. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. Rev. Nutr. 2004 Apr./June; 17(2).

88. Santos AM. (col) O nível de satisfação do cliente submetido à cirurgia bariátrica. XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. São José dos Campos.

89. Almeida GAN Loureiro SR Santos JE. Obesidade mórbida em mulheres – estilos alimentares e qualidade de vida. ALAN. 2001; 51(4). Caracas.

90. Cambi MPC, Marchesini JB. Acompanhamento Clínico, Dieta e Medicação. In: Garrido Junior AB; Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 255-272.

91. Fonseca S. Avaliação Nutricional Pré-Operatória. In: In: Silva SS, Kawahara NT; Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade. Porto Alegre: AGE; 2005; p. 100-05.

92. Lima CS, Saron MLG. Cirurgia bariátrica: somente é a solução para a obesidade, quando acompanhada de mudanças de hábitos alimentares. XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. São José dos Campos, São Paulo.

93. Magdaleno Jr R, Chaim EA, Turato ER.Características psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Rev Psiquiatr RS. 2009; 31(1):73-78.

94. Lima APLV, Andrade JS, Reinoso APA, Pereira MG. Enfrentamento das Complicações Associadas à Cirurgia Bariátrica: uma busca pela qualidade de vida. In: 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem: transformação social e sustentabilidade ambiental; 07-10 dez. 2009; Centro de Convenções do Ceará, Fortaleza. Trabalho 583-1/2. < disponível em www.abeneventos.com.br>.

95. Prevedello CF, Colpo E, Mayer ET, *et al.* Análise do impacto da cirurgia bariátrica em uma população do centro do estado do Rio Grande do Sul utilizando o método baros. Arq Gastroenterol 2009; 46(3): 199-203.

96. Monteiro A, Angelis I. Cirurgia bariátrica: uma opção de tratamento para a obesidade mórbida. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo. 2007 mai/jun1(3):19-26.

97. Rombaldi AR, Silva RS. Controle clínico pós- cirurgia da obesidade. In: Silva SS, Kawahara NT; Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade. Porto Alegre: AGE; 2005. p. 367-75.

98. Ferraz EM, Arruda PCL, Bacelar TS, Ferraz AAB, Albuquerque AC, Leão CS. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. Rev. Col. Bras. Cir. 2003 mar / abr 30(2): 98 - 105.

99. Correa C. (tradução). Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificações/ 2005-2006. Porto Alegre: Artmed, 2006.

100. Swarg MGG. Efeito do exercício aeróbico em mulheres submetidas à gastroplastia bypass Yde Roux. Dissertação [Mestrado em Educação Física]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.

101. Carravetta ES. Atividade física pós-cirurgia da obesidade. In: Silva SS, Kawahara NT; Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade. Porto Alegre: AGE; 2005. p. 423-31.

102. Lemos MCM. Qualidade de vida dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no município de Cascavel/PR. Arq.Ciênc. Saúde Unipar. 2006 set./dez 10(3):155-63.

103. Cardoso LO, Costa MFL, Menezes CC, Pires AVC. Obesidade e cirurgia bariátrica: significados para o ex-obeso. Google.

104. Félix LG. Protocolo de orientação para o auto-cuidado de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: Atuação do enfermeiro. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2009.

105. Morais LV. A vida cotidiana de mulheres com obesidade: a percepção da saúde e do funcionamento ocupacional. Dissertação [Mestrado em Ciências Médicas]. Ribeirão Preto:Universidade de São Paulo; 2004.

106. Barroqueiro RSB. Sexualidade, ansiedade e depressão em mulheres após cirurgia bariátrica. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde]. Maranhão: Universidade Federal do Maranhão; 2009.

107. Santos AT, Panata CH, Schmitt JR. A história de vida dos clientes que se submetem a realização da cirurgia bariátrica. [Trabalho de conclusão de Curso de Enfermagem]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2009.

108. Oliveira VA. A percepção do corpo de mulheres com diabetes mellitus e obesidade. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2010.

109. Godoy EH. Histórias da vivência sexual de mulheres submetidas à cirurgia da obesidade. Dissertação [Mestrado em Ciências/Psicologia]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2008.

110. Stefanelli MC, Carvalho EC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. São Paulo: Manole; 2005.

111. Faro AS, Bezerra RB, Santos SRF. Representações sociais do processo saúde-doença entre nefrologistas e pacientes renais crônicos. Sociedade Portuguesa de Psicologia e Saúde. Psicologia, Saúde e Doenças. 2005 4(1): 57-67. Lisboa, Portugal.

112. Araújo RRDF. Educação conscientizadora na prática do enfermeiro em hanseníase. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.

113. Silva ALMS, Costa E. Avaliação Psicológica Pré-Operatória. In: Silva SS, Kawahara NT; Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade. Porto Alegre: AGE; 2005. p.106-13.

114. Vasconcelos PO. Qualidade de vida em pessoas submetidas à cirurgia bariátrica em momentos pré e pós-cirúrgicos. Dissertação [Mestrado em Psicologia]. Goiânia:Universidade Católica de Goiás; 2006.

115. Bobsin O. Etiologia das doenças e pluralismo religioso. Estudos Teológicos. 2003; 43(2): 21-43.

116. Conti C. Saúde e espiritualidade. www.ccconti.com.<acessado em 06 de outubro de 2009>.

117. Aquino VV, Zago MMF. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. Rev. Latino Americ. Enfermagem. 2007 Jan/fev; 15(1). <Disponível em www.eerp.usp.br/rlae>

118. Machado, W. Índios têm ala para cura médica e espiritual em São Miguel das Missões. Zero Hora (versão eletrônica). 13 de maio de 2011; Notícias.

119. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento no contexto da saúde: revisão de literatura. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2005; 18 (3):381-89.

120. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 1; 9ª ed. Rio de Janeiro:Guanabara-Koogan; 2002.

121. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006. Porto Alegre: Artmed; 2006.

122. Cutrim CS. A importância da equipe multidisciplinar durante o processo de cicatrização de feridas do paciente. 2009. <Disponível em www.sobest.com.br.>

123. Alberti LR, Vasconcellos LS, Petroianu A. Resistência cicatricial cutânea sob efeito de hidrocortizona local ou sistêmica, em distintos períodos pós-operatórios. Einstein, Publicação Oficial do Instituto Israelita de Ensino e Pequisa Albert Einstein. 2008; 6(3):269-73.

124. Petroianu A, Silva AA, Melo MAB, Vasconcellos LS. Comparação entre cola biológica e sutura em cicatrização da pele. Rev. Col. Bras. Cir. 2001 jul/ag 28(4).

125. Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya Takachi. Biologia da ferida e cicatrização. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41(3): 259-64.

126. Mandelbaum SH, Santis EPD, Mandelbaum MHS. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares-Parte I. An bras Dermatol, 2003 jul./ago; 78(4): 393-410.

127. Pereira AFM, Galante NZ, Park SI, Piveta VM, Junior HTS, Pestana JOM. Fatores de risco para deiscência de ferida cirúrgica em receptores de transplante renal. J Bras Nefrol. 2008; 30(3): 200-4.

128. Silva RS. Risco Cirúrgico, infecção e tromboembolismo em obesidade mórbida. In: Silva SS, Kawahara NT; Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade. Porto Alegre: AGE; 2005. p. 271-281.

129. Ferraz AAB et al. Profilaxia antimicrobiana na cirurgia bariátrica. Rev. Col. Bras. Cir. 2007; 34(2): 73-77.

130. Lopes HF. Hipertensão e inflamação: papel da obesidade. Rev Bras Hipertens. 2007;14(4): 239-44.

131. Filho FSFR, Rosa EC, Faria AN, Levário DG, Ferreira SRG, Klobmann O. Obesidade, hipertensão e suas influências sobre a massa e função do ventrículo esquerdo. Arq. Bras. Endocrinol. 2000 fev.; 44(1).

132. Crispim CA, Zalcman I, Dáttilo M, Padilha HG, Tufik S, Mello MT. Relação entre sono e obesidade: uma revisão da literatura.Arq. Bras. de Endocrinol & Metabol. 2007 out.; 51(7).

133. Palma BD, Tiba PA, Machado RB, Tufik S, Suchecki D. Repercussões imunológicas dos distúrbios do sono: o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal com modulador. Rev Bras Psiquiatr. 2007; 29(Supl I):S33-8.

134. Ceneviva R, Silva GA, Viegas MM, Sankarankutty AK, Chueire FB. Cirurgia bariátrica e apnéia do sono. Simpósio: Distúrbios Respiratórios do sono – Capítulo IX. Medicina. Ribeirão Preto: 2006 abr./jun; 39 (2):235-245.

135. Oliveira IV. Cirurgia bariátrica no âmbito do Sistema Único de saúde: tendências, custos e complicações. Dissertação [Mestrado em ciências da Saúde]. Brasília/Distrito Federal: Universidade de Brasília; 2007.

136. Carvalho OS. et al. Cirurgia bariátrica cura síndrome metabólica? Arq Bras Endocrinol Metab. 2007; 51(1):79-85.

137. Xanthakos AS. Consequências nutricionais da cirurgia bariátrica. Curr Opin Clin Nutr Metab Care.2006; 9:489-96.

138. Silva RS, Rosito RS, Kawahara NT. Reintervenções em cirurgia Bariátrica. In: Silva SS, Kawahara NT; Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade. Porto Alegre: AGE; 2005.p.317-332.

139. Modesto PC, de Paula PB. Abordagem Nutricional na Cirurgia Bariátrica. Einstein. Educ Cont em Saúde. 2008, 6(4pt 2):199-200.<acessado em 12 de março de 2010>.

140. Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fronteira; 1986.

141. Koyama RE. A mobilidade de pacientes obesos no pós-cirúrgico bariátrico. Dissertação [Mestrado em Psicologia Clínica]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2007.

142. Leal CW, Baldin N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul. 2007 sept./dez; 29(3).

143. Güenter R. Obesidade Feminina. Análise Psicológica. 2000; 1(18): 59-70.

144. Zotti C, Lambronici LM. O corpo obeso e a percepção de si. Graduação em Enfermagem. Paraná: Setor de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná; 2003.

145. Vilhena J. Comendo, comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea. Revista Mal-estar e Subjetividade. 2008 jun; 8(2): 379-406.

146. Rebelo A, Leal I. Factores de personalidade, comportamneto alimentar e imagem corporal na obesidade mórbida. Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Universidade do Porto. 2008; Porto: Portugal.

147. Toledo CC, Camilo GB, Guimarães RL, Moraes FR, Junior CS. Qualidade de vida no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. Rev. APS. 2010 abr./jun. 13(2): 202-209.

148. Zambolim LM. A obesidade mórbida no contexto da pós -modernidade: um estudo de caso no Hospital da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais.

Dissertação [Mestrado em Psicologia]. Minas Gerais: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2007.

149. Cominetti C. Avaliação do estado nutricional relativo ao zinco de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica (Gastroplastia com derivação em Y de Roux). Dissertação [Mestrado em Ciências Farmacêuticas]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.

150. Bernardi F, Cichelero C, Vitolo MR. Comportamento de restrição alimentar. Rev. Nutr. 2005 jan./feb.; 18(1).

151. Lima JG, Nóbrega LHC, Mesquita JB, Nóbrega MLC, Medeiros AC, Maranhão TMO, Azevedo GD. Gestação após gastroplastia para tratamento da obesidade mórbida: série de casos e revisão de literatura. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(2):107-11.

152. Editorial. Automedicação. Revista da Associação Médica Brasileira. Rev. Assoc. Med. Bras. 2001 out./dez.; 47(4).

153. Garbin HBR, Neto AFP, Guilam MCR. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Interface (Botucatu) 2008 jul./set.; 12(26).

154. Pinto MS, Bosi MLM**.** - Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. Physis Rev de Saúde Coletiva.2010 20 (2): 443-57.

155. Marcelino FL. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. Ciência e Saúde Coletiva para a Sociedade. 046/208 – Abrasco.

156. Cavalcante RC. Análise comportamental obesos mórbidos e de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Dissertação [Mestrado em Psicologia] Universidade Federal de Pernambuco; 2009.

157. Silva NM. Olhar alheio: uma visão identitária sobre o corpo do obeso. Instituto de Teologia de Caruaru.<Disponível em incipecom.metodista.br>.

158. Haddad MCL, Leroux AMR, Santos CF, Loman H, Oliveira SG. Qualidade de vida após gastroplastia. Ciência, Cuidado e Saúde. 2003 jan./jun. 2(1): 37-43.

159. Rosa TV. Estudo do sofrimento psíquico em pessoas obesas que recorreram a cirurgia de redução de estômago. Dissertação [Mestrado em Psicologia]. Goiás: Universidade Católica de Goiás; 2007.

160. Sargentim MDF. O vazio do homem da pós-modernidade: uma reflexão sobre as influências na expressão dos comportamentos adictos no paciente portador de obesidade mórbida. Psicol. Hosp. 2005 jul; 3(1).

161. Christakis NA, Fowler JH. The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years. N Engl J Med 2007; 357:370-379; Arizona, EUA.

162. Arantes FB. Impacto da cirurgia bariátrica na relação de casal: uma perspectiva dos cônjuges masculinos. Dissertação [Mestrado em Psicologia]. Goiás: Universidade Católica de Goiás; 2008.

163. Faleiro JGV. Obesidade, actividade física e estatuto socioeconômico. Dissertação [Mestrado]. Portugal:Faculdade de Desporto da Universidade do Porto; 2006.

164. Baquedamo IR. Fatores relacionados ao auto-cuidado de pessoas com diabetes tipo 2 no Serviço de Urgência do Hospital Regional Mérida, Yucatán, México. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo; 2008.

165. Barros DD. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. História, Ciências, Saúde. Manguinhos. 2005. mai-ago. 12(2): 457-54.

166. Freitas NK. Corpo, imagem corporal, educação e sociedade: tramas conceituais. Rev. Espaço Acadêmico. 2006 fev.; Ano V(57).

167. Leal MS. Respeito a autonomia no cuidado a pacientes com algum grau de dependência. http://www.webartigos.com <acessado em 17 de junho de 2011>.

168. Clotet J. O respeito à autonomia e os direitos dos pacientes. Revista da AMRIGS.2009 out./dez.; 53 (4): 432-35.

169. Pereira MC, Muniz MMJ, Lima JB. Foucault e estudos organizacionais: ampliando a possibilidade de análise. Departamento de Ciências da Administração. www.periodicos.ufsc.br .< acessado em 2 de dezembro de 2011>.

170. Noto CS. A ontologia do sujeito em Michel Foucault. Dissertação [Mestrado em Filosofia] – Universidade de São Paulo; 2009.

171. Leite CM. O universo simbólico da mulher obesa. Dissertação [Mestrado em Educação] – Universidade de São Paulo; 2008.

172. Almeida Prado MCC, Féres-Carneiro T. Violência familiar: obesidade mórbida e função ômega. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. 2010 jun.; 12(2): 190-206.

173. Spinks MJP. A construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. Rev. Saúde e Sociedade. 1992; 1(2): 125-139.

174. Furlan MLS. Identificação das práticas de auto-cuidado referentes ao funcionamento intestinal em um grupo de pacientes com trauma raquimedular. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo; 2001.

175. Figueiredo JS. Desafios e perspectivas em atividades educativas de promoção da saúde de um grupo de portadores de hipertensão arterial, sob o paradigma da interdisciplinaridade. Tese [Doutorado em Enfermagem] Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto; 2006.

176. Loenello VM. Competências para a ação educativa da enfermeira: uma interface entre o ensino e a assistência de enfermagem. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.

177. Fernandes MS. A produção e a gestão do cuidado: notas cartográficas dos atos cuidadores dos enfermeiros no cotidiano hospitalar. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2006.

178. Sá D. A exclusão social do obeso. Membro da Equipe C.E.T.O.M. – Centro de Estudos e Tratamento para a Obesidade Mórbida.<Disponível em www.acimadopeso.com>.

179. Soares APCM. O modo de aprendizagem do paciente obeso e a adesão ao tratamento. Dissertação [Mestrado em Educação em Ciência e Saúde]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.

180. Foucault M. A ordem do discurso. 18 ed. São Paulo: Edições Loyola; 1996.

181. Freire P. Educação como Prática de Liberdade. 19 ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1989.

182. Freire P. Pedagogia da Autonomia-saberes necessários á prática educativa. 35 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007.

183. T. Negri. Exílio. São Paulo: Iluminares; 2001.

11 Apêndices

Tendo escapado as tempestades, fixou-se em uma calmaria inalterável.

Bienfaits - Michel Foucault (A Hermenêutica do Sujeito)

Apêndice 1 Solicitação de Autorização para a Instituição.

)C
)2/2009

EXP.DIR. EXEC. FUST
1260 /2009

UnG

CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

MESTRADO EM ENFERMAGEM

Solicitação de Autorização para a Instituição

Taubaté, 21 de setembro de 2009.

Prezado Diretor Presidente Prof. Dr. Isnard de Albuquerque Câmara Neto.

Solicitamos autorização para realização da pesquisa científica intitulada *"Dificuldades referidas pelos pacientes no Pós-Operatório Tardio de cirurgia bariátrica"(título provisório)*,de autoria da enfermeira ***Norma Isabel Franke***, sendo o presente trabalho, base para o título de Mestre em Enfermagem pela Universidade de Guarulhos. O trabalho será desenvolvido no decorrer no ano de 2009 e 2010. Para tal, serão utilizados o cadastros (prontuários) hospitalares para coleta dos dados dos pacientes e para posterior realização de entrevista.

Esclareço que os prontuários somente serão acessados exclusivamente pela pesquisadora, com a finalidade de adquirir os dados sócio-demográficos preservando a identidade do paciente. O tempo de uso dos prontuários será somente enquanto mantiver a pesquisa em andamento.

Certos de podermos contar com a sua colaboração, colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos. Telefone (12) 3633-8242 e/ou e-mail nifranke@uol.com.br ou Universidade de Guarulhos - CEPPE- Centro de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão. Tel: 11-6464-1785/1684. E-mail: pos_enfermagem@ung.br.

Solicitamos a gentileza da devolução do Termo de Autorização da Instituição devidamente preenchido.

No aguardo de sua resposta, aproveitamos a oportunidade para renovar nossa estima e consideração.

Norma Isabel Franke
Enfermeira
COREN-SP 0141399

Autorizado

Drª. Fátima M.O. Raba
Diretora Clínica - HUT
CRM 33242

9/09
24

Apêndice 2 Termo de Autorização Para Uso de Prontuário do Paciente.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO TAUBATÉ
UNITAU - UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

FUST - FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE SAÚDE DE TAUBATÉ
Av. Granadeiro Guimarães, 270 - Centro
Taubaté | SP | CEP: 12.020-130
Fone: (12) 3625.7502/Fax: (12) 3633.5030
C.N.P.J 48.965.164/0001-80

Termo de Autorização Para Uso de Prontuário do Paciente

Eu, Diretor Administrativo Nivio Martins Alonso, autorizo o acesso a todos (desde 2002) os prontuários dos pacientes de cirurgia bariátrica a mestranda ***Norma Isabel Franke*** para fins de pesquisa científica, base para o título de Mestre pela Universidade de Guarulhos a ser desenvolvida no ano de 2009 e 2010. Título da Pesquisa: *"Dificuldades Vivenciadas pelos pacientes no Pós-Operatório Tardio de cirurgia bariátrica"*. Somente a pesquisadora poderá ter acesso aos prontuários.

A pesquisa já foi autorizada a ser realizada nesta instituição (anexo).

A identidade dos pacientes deverá ser preservada.

Há autorização dos pacientes dentro do prontuário para manuseio de tais informações para motivos de pesquisa? ( )Sim ( ) Não

Solicitar os prontuários ao responsável pela guarda dos mesmos, mediante listagem prévia, a Sr (Srª) CATERINE.

Taubaté, 15 de Março de 2010.

Nivio Martins Alonso
Diretor Administrativo
HUT

Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Pacientes Submetidos á Cirurgia Bariátrica.

- Título da Pesquisa: *"Dificuldades referidas pelos pacientes no Pós-Operatório Tardio de cirurgia bariátrica"*,

- Investigador principal*: Norma Isabel Franke*

1 - Objetivo da Pesquisa: Descrever a vivência das pacientes em pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica, segundo suas necessidades humanas básicas e analisá-las utilizando o Referencial Teórico de Michel Foucault.

2 - Procedimento do Estudo: Entrevista presencial. A mesma somente será realizada após sua aceitação e a assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 - Participação Voluntária: Você está livre de desistir a qualquer fase da pesquisa, após a comunicação, mesmo que inicialmente tenha concordado.

4 - Todas as informações obtidas serão sigilosas e confidencias, sendo divulgadas em eventos e publicações científicas, preservando sempre a sua identidade e a da instituição.

5 - A sua participação é voluntária, sem custos ou compensações financeiras.

6 - Não haverá riscos em sua participação neste estudo.

7 - Você poderá tirar todas as dúvidas surgidas antes, durante e após o estudo, e o pesquisador compromete-se em respondê-las.

8 - Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição. Você receberá uma das vias do Termo de Consentimento.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu,_____Idade____anos, RG_____, concordo em participar do presente estudo, após estar ciente dos propósitos da pesquisa, sendo a minha participação totalmente voluntária.

_____Data ___/___/___ **Assinatura do Sujeito da Pesquisa**

Eu, abaixo assinado, expliquei integralmente os detalhes relevantes deste estudo para o sujeito da pesquisa._____Data ___/___/__

Assinatura do Pesquisador - Universidade de Guarulhos - CEPPE- Centro de Pós-Graduação, pesquisa e Extensão. Tel: 11-6464-1785/1684. E-mail: pos_enfermagem@ung.br.

Apêndice 4 - Instrumento para coleta dos dados

PARTE A

CARACTERIZAÇÃO

NOME FICTÍCIO:_____

PRONTUÁRIO:_____FONE:_____

a) Idade

1 20-30 2 31-40 3 41-50 4 51-60 5 61-70

b) Sexo

1 Masculino 2 Feminino

c) Estado Civil:

1 Casada 2 Solteira 3 União Consensual 4 Viúva 5 Separada

d) Procedência:_____.

e) G*rau de instrução em anos de estudo:*

1 (1 – 4) 1 (5 – 8) 1 (9 – 11) 1 (superior)

f) Profissão: _____

g) Ocupação Atual: _____

h) Tempo de Pós-Operatório:_____Data da Cirurgia:_____

PARTE B

ENTREVISTA

I - Quais assuntos, das reuniões do “Grupo da Obesidade”, deveriam ser melhor discutidos?

II - Descreva sua vivência nos três primeiros meses depois da cirurgia bariátrica, estando em domicílio/casa.

Apêndice 5 – Quadros das Necessidades Humanas Básicas

Quadro 3 - Necessidades psicobiológicas (favorável / desfavorável): Nutrição. Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS (favorável / desfavorável*): NUTRIÇÃO*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Comer de tudo e não sentir nada; - Comer quase de tudo no 3º mês; - Não ter dificuldade para comer; ter aceitação; - Ter conhecimento sobre nutrientes	Aceitação de Alimentação	Qualidade da Alimentação	Auto-cuidado (Saber)
- Comer pouco (ingerir alimentos e líquidos adequadamente)	Quantidade da Alimentação		
- Acesso á variedade dos alimentos	Variedade da alimentação		
- Não usar prótese dentária para contrariar orientação/prótese quebrada; - Ingerir alimentos extremamente calóricos; - Tomar líquidos com as refeições; - Dificuldade em temperar os alimentos; - Não perder a vontade de comer; Beliscar; - Não realizar consulta com a nutricionista; - Sem orientação do cardápio; - Orientação da nutricionista não corresponde ao que pode comer. - Não perder a vontade de comer.	Barreiras Nutricionais		
- Medo de engolir; medo de engasgar; medo de parar alimento no anel; medo de fístulas; sensação de estar perdida; não persistência diante das dificuldades; revolta; horror; - Medo da tomada de decisões.	Medos	Limitação	Apropriação do Próprio Destino (Poder)

Quadro 4 - Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável*):* Oxigenação. Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS (favorável / desfavorável*): OXIGENAÇÃO*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Melhorar a falta de ar	Conforto respiratório	Segurança	Apropriação do Próprio Destino (poder)

Quadro 5 - Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável): Sono e Repouso. Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS (favorável / desfavorável*): SONO E REPOUSO*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Dormir bem - Impossibilidade de deitar por dor; - Dormir na cadeira ou sofá; - Dormir na posição ventral: hábito antigo - Acordar engasgando; - Não comer ou beber no início da noite para não passar mal; - Não conseguir dormir em outras posições; - Sono horrível; - Noites inteiras sem dormir/insônia - Desejo de tomar remédios para dormir.	Qualidade e Quantidade do Sono	Segurança	Apropriação do Próprio Destino (poder)

Quadro 6 - Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável): Hidratação. Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS (favorável / desfavorável*): HIDRATAÇÃO*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Sinais e Sintomas: náuseas, fezes líquidas, boca seca, lábios ressecados e com descamação, fraqueza; - Referências à desidratação e disfunção renal.	Volume de líquidos deficientes	Proteção	Auto-cuidado (saber)

Quadro 7 - Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável): Exercício e Atividade Física. Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS (favorável / desfavorável*): EXERCÍCIO E ATIVIDADE FÍSICA*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Pouca caminhada e exercício, início meses depois da cirurgia; - Desinteresse; - Não realizar exercícios por dor, fraqueza ou pressão alta; - Incapacidade de manter constante as atividades; - O frio interfere na hidroginástica; - Sentimento de culpa - não cumprir c/ responsabilidades; - Consciência da pouca perda de peso por não realizar exercícios; - Uso de medicamentos que causam sono.	Baixo nível de atividade física	Limitação	Apropriação do Próprio Destino (poder)
- Necessidade, interesse, persistência e comprometimento em manter a regularidade nas atividades físicas; -Preferência por ações c/ mais atividade física; - Escolha de rotina diária com exercícios físicos; - Conhecimento dos benefícios da atividade física; - Atividades escolhidas: caminhada, ginástica; hidroginástica; musculação. - Exercícios: aumenta o nível de bem estar.	Condicionamento Físico	Readaptação Física	Auto-cuidado (Saber)

Quadro 8 - Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável): Sexualidade. Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS (favorável / desfavorável*): SEXUALIDADE*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- A vida sexual melhorou bastante.	Melhora do relacionamento sexual	Readaptação Física	Auto-cuidado (Saber)

Quadro 9 - Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável): Mecânica Corporal / Locomoção/Cuidado Corporal. Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS (favorável / desfavorável*): MECÂNICA CORPORAL / MOTILIDADE/LOCOMOÇÃO/CUIDADO CORPORAL*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Capacidade aumentada para realizar trabalho físico - Movimentação sem dor - Deslocamento: preferência por deambulação - Facilidade de movimentação e locomoção - Melhora no desempenho de atividades de higiene pessoal - Processos disfuncionais melhorados.	Agilidade, disposição e auto-cuidado	Readaptação Física	Auto-cuidado (Saber)
- Capacidade prejudicada de andar as distâncias necessárias; - Necessidade de auxílio de outras pessoas ou veículo automotor para percorrer determinada distancia; - Patologias: bursite, seqüelas AVC, artrose; esporão; dor em joelhos, pernas e articulações - Uso de muletas; - Fraqueza nos membros inferiores; - Dificuldade para sentar, deitar e levantar.	Mobilidade física prejudicada	Limitação	Apropriação do Próprio Destino (poder)
- Prejuízo na capacidade de realizar ou completar as atividades de banho /higiene por si mesma; - Fraqueza; - Higiene corporal sentada;	Deficiência no auto- cuidado		

Quadro 10 - Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável): Crescimento Celular. Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS (favorável / desfavorável*): CRESCIMENTO CELULAR*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Evolução do processo de cicatrização normal	Crescimento Celular	Segurança	Apropriação do Próprio Destino (Poder)
- Quelóide; - Deiscência; - Infecção na cavidade abdominal – re-operação	Integridade da pele prejudicada		

Quadro 11 - Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável): Terapêutica/Regulação Vascular. Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS (favorável / desfavorável*): TERAPÊUTICA/REGULAÇÃO VASCULAR*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Redução do uso de Medicamentos; - Cinta terapêutica; - Vitaminas; - Controle da pressão arterial e diabetes.	Adesão Terapêutica	Segurança	Apropriação do Próprio Destino (poder)
- Elevação da pressão arterial durante as consultas ambulatoriais; - Ausência de tratamento/acompanhamento p/ hipertensão arterial; - Adequação da alimentação: dieta hipossódica; - Presença de edema corporal; - Necessidade de uso de medicamentos.	Mecanismo regulador comprometido		
- Escolhas da vida diária ineficazes p/ atingir objetivos: não uso da cinta, vitamina, mastigação inadequada; - Verbaliza que não agiu de forma adequada; desejo de controlar o tratamento; dificuldade de adaptar-se a cinta abdominal; lesões pelo uso da cinta; dificuldade para controlar complicações; ocorrência de complicações. - Falta relatada de rede social; - Falta de interesse em melhorar comportamentos de saúde; - Enfrentamento individual ineficaz; - Necessidade de dentista e ortopedista.	Controle ineficaz do regime terapêutico	Conhecimento	Auto-cuidado (saber)

Quadro 12 - Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável): Eliminação. Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS (favorável / desfavorável*): ELIMINAÇÃO*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Mudança no padrão intestinal e gástrico: quantidade e freqüência de fezes líquidas; perda involuntária de fezes amolecidas - vômitos.	Perdas excessivas	Proteção	Auto-cuidado (Saber)

Quadro 13 - Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável): Percepção Dolorosa. Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS (favorável / desfavorável*): PERCEPÇÃO DOLOROSA*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Dor abdominal persistente e de forte intensidade; - Dor na região dorsal; - Dificuldade de posicionamento para sentar ou deitar;	Dor no 1º mês	Proteção	Auto-cuidado (Saber)
- Dor na região dorsal persistente e de forte intensidade; - Dor na incisão cirúrgica (cicatriz);	Dor no 2º mês		

Quadro 14 - Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável): Percepção Olfativa. Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS (favorável / desfavorável*): PERCEPÇÃO OLFATIVA*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Mudança no padrão dos estímulos, acompanhado de resposta exagerada; - Rejeição á cheiros de alimentos, produtos de higiene e limpeza.	Percepção sensorial perturbada	Proteção	Auto-cuidado (Saber)

Quadro 15 - Necessidades Psicobiológicas (favorável / desfavorável): Regulação Térmica. Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS (favorável / desfavorável*): REGULAÇÃO TÉRMICA*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Febre	Desequilíbrio na temperatura corporal	Proteção	Auto-cuidado (Saber)

Quadro 16 - Necessidades Psicossociais (favorável / desfavorável): Segurança. Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS (favorável / desfavorável*): SEGURANÇA*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Preparação; - Segurança; - Conhecimento; - Incentivo; - Satisfação	Tranquilidade	Controle	Apropriação do Próprio Destino (Poder)
- Sentimento de dúvida, culpa, medo, incerteza; - Falha em realizar ações; - Baixo estado de otimismo; - Verbalizam expressões: choro, melindre, mimada, pavor, medo, dificuldade, receio.	Nível inadequado de confiança	Conflito	
- Receio de voltar ao grupo; - Receio em voltar nas consultas ambulatoriais; - Receio de novos tratamentos; - Receio de contar para a equipe o que não está realizando ou não progredindo; - Receio das possíveis avaliações dos profissionais da equipe.	Insegurança em relação á equipe	Responsabilidade	

Quadro 17 - Necessidades Psicossociais (favorável / desfavorável): Liberdade. Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS (favorável / desfavorável*): LIBERDADE*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Realizar deslocamentos por seus próprios meios físicos; - Realizar pequenas corridas; - Usar transporte coletivo; - Não necessitar de transporte de terceiros (vizinhos) para deslocar-se.	Autonomia	Controle	Apropriação do Próprio Destino (Poder)
- Realizar atividades sem auxilio e acompanhamento; - Permite o controle de si mesmo de forma positiva; - Retorno a vida considerada normal.	Controle do Cotidiano		
- Desconforto verbalizado em situações sociais; - Adaptações negativas - Controle sobre o ambiente diminuído.	Controle Ineficiente	Isolamento	

Quadro 18 - Necessidades Psicossociais (favorável / desfavorável): Comunicação. Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS (favorável / desfavorável*): COMUNICAÇÃO*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Aprender; - Conversar; - Expressar; - Saber esperar; - Importância de o indivíduo pesquisar sobre o processo cirúrgico para participar do grupo; - Conhecer para questionar a equipe; - Relato de experiência ao grupo; - Ajudar a si para ajudar ao outro.	Troca de informações	Conhecimento	Auto-cuidado (Saber)
- Incapacidade de escrever; - Dificuldades de comunicação com a equipe; - Dificuldades de comunicação com outros profissionais de saúde;	Troca de informações prejudicada		
- Expressões de desagrado para com a equipe; - Tomada de decisão por componente da equipe sem comunicação; - Comunicação prejudicada entre equipe e paciente.	Co-responsabilidade	Responsabilidade	Apropriação do Próprio Destino (Poder)

Quadro 19 - Necessidades Psicossociais (favorável / desfavorável): Aprendizagem (educação em saúde). Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS (favorável / desfavorável*): APRENDIZAGEM (educação em saúde)*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Procura aprendizado/ leitura/questionamentos/educação; - Aprender p/ complementar o que já sabe; - Saber p/ certeza na tomada de decisões; Pedir opinião; - Preparo para enfrentamentos; - Frequência e constância nas reuniões/palestras/aulas/ consultas - Trabalhar a parte psicológica; - Participar das conversações; - Verbalizações: quantidade e qualidade do aprendizado, informação e instrução; - Mudanças no estilo de vida, na família, no relacionamento e trabalho; - Receberam suporte, auxílio, preparo e acompanhamento; - Profissionais citados: psicólogo e nutricionista; - Identifica necessidades próprias; - Enfrentamento e desejo de busca; - Busca ativa de alternativas para adequar hábitos; - Preocupação com a influência da condição ambiental sobre as práticas de saúde.	Aprendizado	Conhecimento	Auto-cuidado (saber)
- Uso de medicamentos veterinários; - Início de alimentação sólida antes do previsto; - Não usar a cinta abdominal; - Pensamentos e atitudes com intenção de enganar a equipe; - Reconhece comportamento ineficaz de saúde; - Não aceitação dos recursos disponíveis; - Questiona a necessidade de orientações profissionais; - Falha em manter compromissos agendados; - Comportamento indicativo de não aderência; - Evidência de complicações; Falha em progredir; - Frequência nas consultas e reuniões:obter os laudos/ prêmio.	Comportamento não aderente (desobediência)	Conflito	Apropriação do Próprio Destino (poder)

Quadro 20 - Necessidades Psicossociais (favorável / desfavorável): Gregária. Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS (favorável / desfavorável*): GREGÁRIA*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Componente familiar: esposo, pai, mãe, filho, filha, genro, nora, irmão, irmã, sogro, sogra, madrasta, avó, namorado. - Componente social. Vizinhos, comunidade religiosa, indivíduo com vínculo empregatício. - A família ofereceu: Ajuda, apoio, cuidado, segurança, assistência, doação, incentivo, orientação, preocupação, comunicação verbal e telefônica, disponibilidade de tempo, visitas. - Cuidado da casa e alimentação; - Aquisição de medicamentos e cinta; - Redução de atritos e melhora do relacionamento intra-familiar; - Acompanhamento nos grupos e consultas; - Intensificação dos agrados; Cuidados durante a hospitalização	Processos familiares favoráveis	Relacionamento	Apropriação do Próprio Destino (Poder)
- Dependência financeira da família para medicações; - Solidão; - Reuniões familiares em que a mãe é a referencia no preparo das refeições; - Reuniões comemorativas x quantidade de alimentos; - Cultura x comemorações; - Transição ou crise de situação; - Reestruturação prejudicada de uma vida significativa para si mesmo – namoro; - Relacionamentos negativos com expressões de culpabilidade.	Processos familiares comprometidos		

Quadro 21 - Necessidades Psicossociais (favorável / desfavorável*):* Lazer /Recreação.Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS (favorável / desfavorável*): LAZER /RECREAÇÃO*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Passear, viajar, sair mais, andar - Tomar sol/banhos de mar; - Finais de semana na roça; - Jardinagem - Recreação diurna ou noturna; - Escolha da roupa adequada; - Musica, dança, festa	Hábitos e Preferências	Conhecimento	Auto-cuidado (Saber)
- melhor interação com esposo, netos, amigos, colegas; - Visitas familiares; - Viagens á outras cidades e Estados	Interação Social	Relacionamento	Apropriação do Próprio Destino (Poder)
- Mobilidade física limitada; - Distúrbio no auto conceito; - Sobrecarga: Trabalho/cuidado da casa/provisões -Familiar não cooperativo; - Vestimenta adequada.	Recreação deficiente	Isolamento	

Quadro 22 - Necessidades Psicossociais (favorável / desfavorável): Aceitação. Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS (favorável / desfavorável*): ACEITAÇÃO*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Acostumar, esperar, ter paciência, adaptação; - Ausência de irritação ou desânimo; - Passar por um teste; - Vida: pós e contras; - Estado de bem estar em boas condições; - Compreensão do processo cirúrgico na alimentação; - Compreensão das patologias de base na longevidade; - Referência ao não retorno á obesidade.	Enfrentamento	Auto-realização	Apropriação do Próprio Destino (Poder)
- Irritação pela vontade de comer; - Falha em controle eficiente; - Sentimentos negativos em relação ás escolhas; - Falta de adaptação; - Baixo estado de otimismo; - Incerteza, revolta, dúvida, culpa; - Não admite suas dificuldades; - Promessas quebradas; - Tomada de decisão adiada; - Vacila entre escolhas alternativas - Quer resoluções rápidas para seus desejos	Disciplina	Conflito	

Quadro 23 - Necessidades Psicossociais (favorável / desfavorável): Autorrealização. Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS (favorável / desfavorável*): AUTORREALIZAÇÃO*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Percebe pelas roupas a perda de peso; - Sensação de sentir-se mais leve; - Alteração significativa na vida; - Percepção de benefícios, novos acontecimentos; - Continuação dos estudos; - Cirurgia: maior desejo da vida realizado.	Satisfação	Auto-realização	Apropriação do Próprio Destino (Poder)
- Cirurgia/ emagrecer/trabalho - cirurgia/ emagrecer/ filho - Cirurgia/ emagrecer/casar novamente - Cirurgia/ emagrecer/ redução da numeração das roupas - cirurgia /emagrecer/melhorar a coluna - cirurgia/ emagrecer/ vestir roupas guardadas - cirurgia/ emagrecer/ viajar para rever familiares e mostrar sua nova imagem.	Alcance de Metas		
- Cirurgia= milagre/emagrecimento - Projeto profissional adiado; - Auto-expectativas não realizadas - Necessidades não satisfeitas.	Conquistas não desenvolvidas	Conflito	

Quadro 24 - Necessidades Psicossociais (favorável / desfavorável): Autoestima. Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS (favorável / desfavorável*): AUTOESTIMA*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Avaliação de si mesmo como capaz de lidar com as situações, eventos e desafios; - Descoberta de sua identidade pessoal; - Percepção e sentimentos positivos sobre si ou sobre suas próprias capacidades e valores em resposta a situação atual; - Auto-estima aumentada; - Melhora do humor, alegria, satisfação, prazer, felicidade; - Reconhecimento e valorização de elogios; - Feedback positivo; - Reconhecimento da própria condição psicológica positiva.	Valorização	Auto-realização	Apropriação do Próprio Destino (Poder)
- Cuidado corporal: cabelo, unha, vestimenta; - Fazer a dieta corretamente; - Comportamento decisivo; - Verbalizações positivas; - Aumento da interação social: trabalho e aproximação de outros indivíduos.	Atitudes positivas		
- Avaliações de si mesmo como incapaz de lidar com situações e eventos; - Sentimentos negativos sobre si mesmo; - Aborrecimento, abalo; - Ausência de energia produtiva.	Auto-percepção negativa	Conflito	

Quadro 25 - Necessidades Psicossociais (favorável / desfavorável): Autoimagem. Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS (favorável / desfavorável*): AUTOIMAGEM*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Aceitação das próprias qualidades e limitações; - Expressão de satisfação com sua própria imagem corporal e identidade pessoal; - Descoberta de auto-conceitos negativos anteriores e atuais; - Aquisição de objetos significativo (espelho); - Vida profissional como tomada de decisões e atitudes; - Desejo de aumentar o auto-conceito: fazer, mudar, seguir em frente, juras; - Percepção da dimensão física no espelho; - Mudança de comportamento versus perda de peso. - Importância da imagem para a profissão e relação no trabalho.	Identidade pessoal	Auto-realização	Apropriação do Próprio Destino (Poder)
- A perda de peso é percebida, aceita, entendida e possui importância; - Sente satisfação com a avaliação positiva de sua imagem por familiares ou conhecidos;	Estímulo Externo	Relacionamento	
- Expressões negativas sobre si mesmas: bicho do mato, burra, agressiva, distúrbio mental, fora do padrão; - Faz comparações com outros indivíduos; - Vergonha, sem coragem, super mal, sem entendimento, sem paciência.	Visão de si mesma	Conflito	
- Comportamentos de evitar monitorar ou reconhecer o próprio corpo; - Não consegue interpretar a própria imagem; - Avalia suas dimensões por olhar de outro ou condições das roupas; - Avalia suas dimensões comparando o seu corpo com o de outro; - Não olha ou evita olhar fotos antigas; - Não aceita tirar fotos; - Percepções inconstantes de suas dimensões: magra/gorda; - Sentimento de revolta ao ser comparada com familiar; - Medo de experimentar roupas; - Recusa em verificar mudança real;	Relação espacial: corpo/ambiente	Isolamento	

Quadro 26 - Necessidades Psicossociais (favorável / desfavorável): Participação. Taubaté, 2011.

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS (favorável / desfavorável*): PARTICIPAÇÃO*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Mais de um vínculo empregatício; - Percepção do valor de seu trabalho; - Trabalho como complemento de atividade física; - Importância de recomeçar; - Percepção da influencia do trabalho no controle do peso; - Ocupações: cozinheira, artesã, confeiteira, enfermagem; atendente; - Relacionamento que favorece o apoio.	Realização Profissional	Auto-Realização	Apropriação do Próprio Destino (Poder)
- Dificuldade para aposentar; - Trabalho/atividades realizadas com prazer, foram interrompidas; - Necessidade de trabalho; - Expressões negativas de si mesmo por não trabalhar; - Trabalho como ocupação psicológica.	Processo de trabalho interrompido	Isolamento	

Quadro 27 - Necessidade Psicoespiritual/ Religiosa/Teologia e Filosofia de Vida (favorável / desfavorável). Taubaté, 2011.

NECESSIDADE PSICOESPIRITUAL/ *RELIGIOSA/TEOLOGIA E FILOSOFIA DE VIDA* (favorável / desfavorável*)*			
UNIDADES DE REGISTRO	**NÚCLEOS DE COMPREENSÃO**	**TEMA**	**CATEGORIA**
- Fé, confiança, certeza; - Pedidos, orações, reza; - Agradecimentos á divindade; - Grupos de apoio da comunidade; - Capacidade de experimentar e integrar significado e objetivo á vida por conexão com si mesmo;- Filosofia de vida satisfatória; - Participação em atividade religiosa	Crença	Crença/Ritos	Auto-cuidado (Saber)
- Expressa falta de: de alguma coisa, Deus, religião, coragem; - Expressa falta de coragem de ir ao templo religioso; - Expressa necessidade de reconectar-se com modelos e costumes de crenças anteriores.	Religiosidade prejudicada		

12 Anexos

São as dificuldades que revelam os homens.

Epicteto - Michel Foucault

(A hermenêutica do Sujeito)

Anexo 1 – Folha de Rosto

Planos de Saúde - Servidor

Página 1 de 1

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS **FR - 316886**

Projeto de Pesquisa Dificuldades referidas pelos pacientes no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica		
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Nenhum	Grupo Grupo III	Nível Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especial(s)		Fase Não se Aplica
Unitermos cirurgia bariátrica, cuidados de enfermagem, necessidades humanas básicas		

Sujeitos na Pesquisa

Nº de Sujeitos no Centro 10	Total Brasil 10	Nº de Sujeitos Total 10	Grupos Especiais	
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico SIM	Banco de Materiais Biológicos NÃO

Pesquisador Responsável

Pesquisador Responsável NORMA ISABEL FRANKE		CPF 634.358.610-53	Identidade 30819111-0
Área de Especialização ENFERMAGEM		Maior Titulação MESTRADO	Nacionalidade BRASILEIRA
Endereço RUA TAUBATÉ, 65		Bairro GRANJA PANORAMA	Cidade TAUBATÉ - SP
Código Postal 12090-452	Telefone 36257523 / 36338242	Fax	Email nifranke@uol.com.br

Termo de Compromisso

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.

Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.

Data: _____/_____/_____ _____ Assinatura

Instituição Onde Será Realizado

Nome Universidade Guarulhos		CNPJ 49.094.048/0002-86	Nacional/Internacional Nacional
Unidade/Órgão Guarulhos		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO
Endereço Praça Tereza Cristina 01		Bairro Centro	Cidade Guraulhos - SP
Código Postal 07011040	Telefone (11) 2464-1700	Fax (11) 2464-1700	Email ung@ung.br

Termo de Compromisso

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Nome: _____

Data: _____/_____/_____ _____ Assinatura

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 05/02/2010. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

Voltar IMPRIMIR

http://portal2.saude.gov.br/sisnep/pesquisador/folha_rosto.cfm?vcod=316886 28/04/2010

Anexo 2 – Comitê de Ética

UNITAU

PRPPG-Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
Comitê de ética em Pesquisa
Rua Visconde do Rio Branco, 210 Centro Taubaté-SP 12020-040
Tel.: (12) 3625.4143 – 3635.1233 Fax: (12) 3632.2947
cep@unitau.br

DECLARAÇÃO Nº 051/10

Protocolo CEP/UNITAU nº 492/09 (Esse número de registro deverá ser citado pelo pesquisador nas correspondências referentes a este projeto)

Projeto de Pesquisa: *Dificuldades vivenciadas pelos pacientes no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica*

Pesquisador(a) Responsável: Norma Isabel Franke

Pesquisadores(a) Alunos(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa, em reunião de **12/03/2010,** e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 196/96, considerou o Projeto acima **aprovado.**

Taubaté, 19 de março de 2010

Prof. Robison Baroni
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté