

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTES QUE REALIZAM CIRURGIA
BARIÁTRICA: UMA PROPOSTA A PARTIR DO MODELO DE ADAPTAÇÃO DE
ROY**

CURITIBA
2015

DANIELLE SOUZA DE OLIVEIRA DE PINHO

CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTES QUE REALIZAM CIRURGIA BARIÁTRICA: UMA PROPOSTA A PARTIR DO MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY

Projeto de Monografia apresentado como requisito parcial de avaliação da Disciplina TCC para a Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdades Pequeno Príncipe – FPP.

Orientador(a): Prof.^a Me Andréia Lara Lopatko Kantoviski

CURITIBA

2015



TERMO DE APROVAÇÃO

DANIELLE SOUZA DE OLIVEIRA PINHO

CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTES QUE REALIZARAM CIRURGIA BARIÁTRICA

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro da Faculdades Pequeno Príncipe – FPP, pela seguinte banca examinadora:


Orientadora: **Prof. Me. Andréia Lara Lopatko Kantovicki**
Faculdades Pequeno Príncipe


Prof. Dra. Ivete Palmira Sanson Zagonel
Faculdades Pequeno Príncipe


Enf. Juliano Cesar Onofre

Curitiba, 22 de junho de 2015.



RESUMO

PINHO, D.S.O. **Cuidado de Enfermagem a Pacientes que Realizam Cirurgia Bariátrica: Uma Proposta a Partir do Modelo de Adaptação de Roy.** 60 pág. Monografia [Graduação de Enfermagem] – Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba, 2015.

Orientadora: Professora Mestre Andréia Lara Lopatko Kantoviscki

A obesidade envolve fatores biológicos de causa individual, mas configura-se como uma integração de fatores históricos, econômicos, sociais e culturais que impactam nas escolhas alimentares, precisando muitas vezes ser tratado com a técnica da cirurgia bariátrica que vem para auxiliar na perda de peso. Este estudo teve como objetivo apreender a significação atribuída pelos pacientes sobre o processo de vivenciar a cirurgia bariátrica com base no modelo de adaptação de Roy, identificar como se dá o processo de enfrentamento e estabelecer o perfil dos pacientes que vivenciaram a cirurgia bariátrica. O método utilizado foi o de pesquisa-cuidado com abordagem qualitativa. Este estudo foi desenvolvido em um Hospital de grande porte em Curitiba. Os participantes deste estudo foram os pacientes (homem e mulher), que já vivenciaram a cirurgia bariátrica. A amostra foi composta por dezessete participantes sendo cinco homens e doze mulheres entre 18 e 65 anos. Na coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada gravada. As informações coletadas foram analisadas com a técnica de análise de conteúdo de Bardin e o referencial teórico da teoria de enfermagem de Roy. Pode-se concluir que foi possível compreender a significação atribuída pelos pacientes que vivenciaram a cirurgia bariátrica e traçar um perfil sócio demográfico dos mesmos. Das informações colhidas foi identificado como se dá o processo de enfrentamento, transição, adaptação diante da necessidade da cirurgia bariátrica e aliando o referencial metodológico escolhido da pesquisa-cuidado com o referencial teórico da Teoria de Roy que contribuiu para que os pacientes envolvidos fossem cuidados, enquanto realizava a pesquisa, considerando suas necessidades. A partir da análise, foi visto o que cada paciente enfrenta, e as particularidades neste processo como, história de vida, rede de apoio, empecilhos e facilidades enfrentadas para a adaptação eficaz ou não desta realidade e implantar cuidados individualizados.

Palavras-chave: Obesidade; gastroplastia; cirurgia bariátrica; adaptação; Teoria de Roy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 . CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE OBESIDADE	14
2.2. A CIRURGIA BARIÁTRICA.....	18
2.3. TEORIA DE ENFERMAGEM DE ROY	25
3 MÉTODO	28
3.1 APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO.....	28
3.2 ENCONTRO COM O SER PESQUISADO-CUIDADO E SER PESQUISADOR- CUIDADOR.....	29
3.3 ESTABELECIMENTO DAS CONEXÕES DE PESQUISA, TEORIA E PRÁTICA.....	31
3.4 AFASTAMENTO DO SER PESQUISADOR-CUIDADOR E PESQUISADO- CUIDADO.....	33
3.5 ANÁLISE DO APREENDIDO	34
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
4.1 PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO.....	36
4.2 ANÁLISE QUALITATIVA.....	43
4.3 MODO DE ADAPTAÇÃO FISIOLÓGICO DO PACIENTE	46
4.3.1 Mudanças na alimentação.....	46
4.4 MODO DE ADAPTAÇÃO AUTOCONCEITO: EU PESSOAL E EU FÍSICO	49
4.4.1 Mudanças psicológicas causadas pela cirurgia bariátrica	50
4.4.2 Mudanças físicas causadas pela cirurgia bariátrica.....	53
4.5 MODO DE ADAPTAÇÃO FUNÇÃO DE PAPEL.....	54
4.5.1 Adaptação a um novo estilo de vida	55
4.6 MODO DE ADAPTAÇÃO INTERDEPENDÊNCIA	56
4.6.1 Sistema de apoio interrelacionado a adaptação à cirurgia bariátrica	57
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	71

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição da amostra de acordo com a idade.....	36
Gráfico 2: Distribuição da amostra de acordo com o gênero	37
Gráfico 3: Distribuição da amostra de acordo com a formação.....	38
Gráfico 4: Distribuição da amostra de acordo com estado civil.....	39
Gráfico 5: Distribuição da amostra de acordo com a situação empregatícia.....	40
Gráfico 6: Distribuição da amostra de acordo com a religião	41
Gráfico 7: Distribuição da amostra de acordo com a faixa salarial.....	42

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Gastroplastia vertical com bandagem	20
Figura 2: Gastrectomia vertical.....	21
Figura 3: Duodenal swith	22
Figura 4: Fobi-Capella.....	23
Figura 5: Representação gráfica dos modos de adaptação propostos por Roy	27
Figura 6: Conexão entre pesquisa, teoria e prática.	32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: A obesidade no período renascentista	14
Quadro 2: Índice de Massa Corporal (IMC).....	16
Quadro 3: A Prevalência da obesidade no mundo	16
Quadro 4: A Prevalência da Obesidade no Brasil e Região sul	18
Quadro 5: Síntese das Unidades de Registro e Unidades de Significação na Análise de Conteúdo	44
Quadro 6: UR'S, Temas, Categorias e Subcategorias	45

AGRADECIMENTOS

Inicialmente a Deus, pela dádiva da vida, pela ponderação, por estar sempre conduzindo meus passos, oferecendo força e coragem para encarar cada desafio achado em direção a esta vitória.

A Prof^a Dr^a Ivete Palmira Sanson Zagonel, por comunicar através de seu exemplo de grande profissionalismo e consideração, o regozijo em instruir-se e dividir o aprendido.

A Professora e Mestre Andréia Lara Lopatko Kantoviscki pela regalia de ter sido sua orientanda, pelo conhecimento passado, por todas as orientações, pelo cuidado, atenção e crédito dispensados em todos os momentos.

A todos os professores da Faculdades Pequeno Príncipe, pela contribuição na minha formação acadêmica.

À chefia do hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, por terem permitido o progresso da minha pesquisa na respectiva instituição.

Aos meus pais João e Norma por terem me ensinado e me mostrado sempre os melhores exemplos e o melhor caminho a seguir, pelo amor irrestrito demonstrado em toda minha vida e por cada sinal de apoio proporcionado durante esta caminhada.

Aos meus irmãos Daniel e Davy por estarem ao meu lado, apoiarem minhas decisões, se interessarem por cada avanço ou dificuldade que encontrei.

Aos meus filhos Vinícius, Arthur e Isabela por entenderem que muitas vezes não pude estar com vocês, mas que com toda certeza vocês me impulsionaram a seguir sempre e que amo muito.

A toda equipe do setor de cirurgia bariátrica, por todos os conhecimentos transmitidos, pelas oportunidades, pela confiança em meu trabalho, mas principalmente ao enfermeiro Juliano César Onofre por sua preocupação e sua atenção em todos os momentos.

A todas as minhas amigas Ayra, Andrea, Claudileine, Neoci pela amizade, companheirismo, incentivo e a outras que fizeram parte desta trajetória e que de al-

gum modo me ajudaram e me ensinaram muito, sem vocês esta caminhada seria impossível, cada palavra, brincadeira, gesto foi importante para meu crescimento.

Dedico a você meu eterno amor Isaías Pacheco de Pinho este trabalho, pois foi você que me guiou para esta profissão tão desafiadora e ao mesmo tempo de cuidado e empatia para com o outro.

Obrigada!!!

Epígrafe

“Tudo aquilo que persistimos em fazer torna-se fácil, não porque a natureza da tarefa muda, mas porque a nossa capacidade aumenta”.

Grant)

(Heber J.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Panek (2014), a ação natural do ser humano desenvolver-se cruza diferentes etapas que começam com o nascimento e culminam com o envelhecer e morte. Porém, durante este trajeto algumas pessoas encaram a questão de adoecimento e tem que se adaptar a uma nova condição.

Nesta perspectiva, o cuidado induz ao estar junto no plano das ações, na orientação e na instauração de vínculo com o paciente. Desta forma, o apoio da equipe de enfermagem é imprescindível neste processo de mudança de saúde-doença-cuidado (ANDRES, LIMA e ROCHA, 2005).

Este estudo se valida pela necessidade de entender como se dá a questão de enfrentamento e adaptação do paciente ao vivenciar a Cirurgia Bariátrica, avaliando os estímulos, fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência estabelecidos pela Teoria de Enfermagem de Roy (ROY e ANDREWS *apud* PANEK, 2014). Também, pela probabilidade de ajudar a equipe de enfermagem para o processo de cuidar analisando os diferentes estímulos a que o paciente está sujeitado diante do adoecimento e da necessidade de cirurgia bariátrica e suas maneiras de enfrentamento.

Para Tanaka e Peniche (2009), a obesidade se encaixa como doença crônica, que vem do metabolismo e hereditariedade, sendo demarcada como uma condição atípica de saúde, acompanhada do exagero de tecido adiposo no corpo e que hoje em dia é classificada como uma epidemia global.

A cirurgia bariátrica é uma das técnicas usadas para se reduzir o peso e “a gastroplastia é uma das opções de tratamento que tem resultado eficaz e sustentado em longo prazo”(JÓIA-NETO, LOPES-JUNIOR e JACOB, 2010, p. 267).

Segundo Fernandes (2009), as direções para o cuidado de si, podem ser empregadas pelas enfermeiras antes e após a cirurgia, tendo como objetivo provocar a saúde e um mais perfeito estilo de vida.

Com a vivência da cirurgia, sendo no particular (plano de saúde), surgiram inquietações que delinearão o propósito de pesquisar sobre a vivência dos pacientes

do Sistema Único de Saúde, como um processo humanístico onde se torna vigorosa a relação entre profissionais e clientes, estabelecida a partir do envolvimento e comprometimento de uma equipe multiprofissional que presta assistência aos pacientes obesos com necessidade de vivenciar essa experiência. Então como futura enfermeira quero assessorar e orientar os pacientes nesta caminhada para uma melhor adaptação do novo “EU”.

A partir dessa contextualização, propõe-se como questão norteadora: “qual a significação atribuída pelo paciente sobre o processo de cirurgia bariátrica vivenciado?”.

1.1 OBJETIVOS

- Estabelecer o perfil sócio demográfico dos pacientes que vivenciaram o processo de cirurgia bariátrica.
- Apreender a significação atribuída pelo paciente sobre o processo de cirurgia bariátrica vivenciado, com base no modelo de adaptação de Roy;
- Identificar como se dá o processo de enfrentamento e adaptação do paciente diante da cirurgia bariátrica;

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 . CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE OBESIDADE

Tal como citado por Oliveira e Martins (2013), a importância da obesidade como fator de morbidade e mortalidade vem desde os tempos de Hipócrates onde se retira que as pessoas espontaneamente gordas estão mais expostas à morte súbita do que os indivíduos magros. Os duros períodos de fome, adversidade física e científica que assinalaram a história da humanidade, especialmente na Idade Média, incitaram a se avaliar a obesidade como sinal de força, vigor, abundância e bem-estar. Isto se demonstrou nos belos quadros de mulheres com colos excepcionais e quadris amplos que delinearam o Renascimento.

Quadro 1: A obesidade no período renascentista



Fonte:<http://espacosaudeebemestar.blogspot.com.br/2013/09/que-futuro-voce-prefere-ter.html>

Sobre a obesidade diz-se que,

é importante ressaltar o caráter múltiplo e heterogêneo da obesidade. Envolve não apenas fatores biológicos e de causa individual, mas configura-se como uma integração de fatores históricos, econômicos, sociais e culturais que impactam nas escolhas alimentares, nos alimentos

disponibilizados e em toda a cadeia de produção de alimentos...(MS/OPANS, 2014, p. 13).

A obesidade pode ser determinada como o acúmulo descomedido de gordura, que pode trazer sequelas à saúde. A causa principal do exagero de peso é um desequilíbrio entre a ingestão calórica e o gasto de energia, decorrente de ligeiras mudanças nutricionais e urbanas que surge de forma crescente. De dez a vinte anos atrás a obesidade veio a ser uma das maiores dificuldades de saúde do mundo, e a sua prevalência está aumentando em todo o globo terrestre (CARLUCCHI *et al.*, 2013, p. 378).

O excesso de peso tem sido incluído de forma gradativa em todas as faixas etárias, desde a infância até a idade amadurecida e está integrada a uma série de doenças crônico-degenerativas. Dados da OMS assinalam que quase um milhão e seiscentos mil adultos estão acima do peso e, pelo menos quatrocentos milhões são obesos. Conjectura-se ainda que em 2015 estes dados expandam-se para aproximadamente dois milhões e trezentos mil adultos com sobrepeso e mais de setecentos milhões de obesos (CARLUCCHI *et al.*, 2013, p. 378).

Segundo Mariano, Monteiro e Paula (2013), a obesidade significa hoje grave dificuldade de saúde pública e sua prevalência tem-se ampliado principalmente em países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Para Mariano, Monteiro e Paula (2013), considera-se sobrepeso quando a pessoa exibe índice de massa corpórea (IMC) idêntico ou maior a 25 Kg/m² e obesidade quando o IMC é equivalente ou mais elevado que 30 Kg/m².

De acordo com Quetelet *apud* Grecco (2012), o indicador admitido universalmente para a categorização da obesidade é o índice de massa corpórea (IMC) o qual é exprimido em quilogramas do cliente dividido pelo quadrado da altura em metros (peso/estatura).

Também é de parecer para OMS *apud* Grecco (2012), que aceita este índice como uma referência de avaliação da obesidade, sendo assim, sobrepeso faixa de IMC de 25,0-29,9 Kg/m², obesidade acima de 30,0 Kg/m². Ainda segundo a OMS *apud* Grecco (2012), a repartição da obesidade pode variar em: Obesidade grau I (IMC > 30,0 e ≤ 34,9 Kg/m²), Obesidade grau II (IMC > 35,0 e ≤ 39,9 Kg/m²) e Obesidade grau III (IMC > 40,0 Kg/m²).

Quadro 2: Índice de Massa Corporal (IMC)

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (em kg)}}{\text{Altura (em m}^2\text{)}}$$



Fonte: <http://espacosaudееbemestar.blogspot.com.br/2013/09/que-futuro-voce-prefere-ter.html>

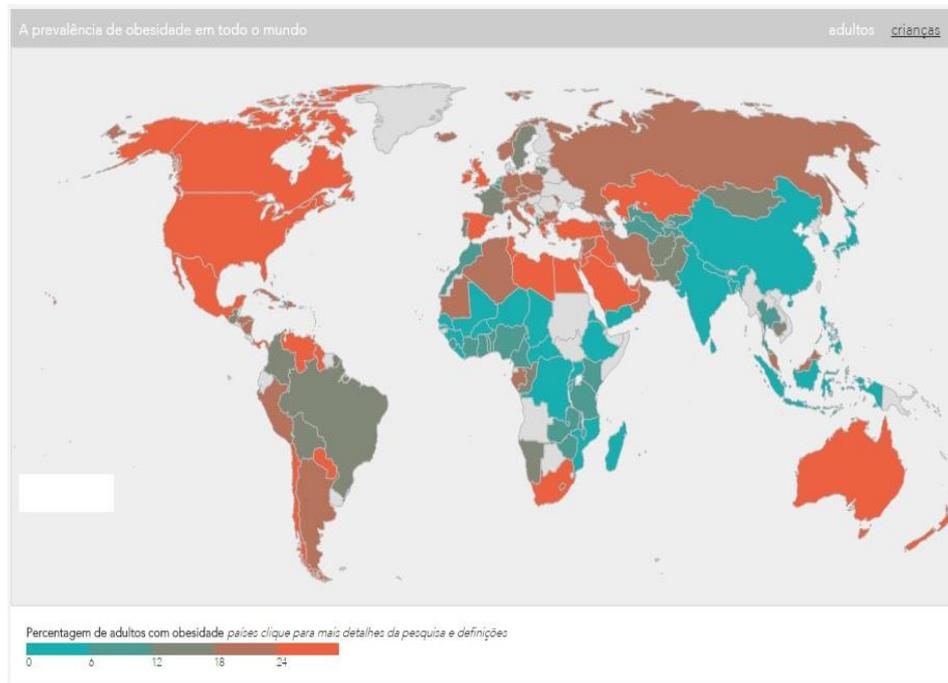
De acordo com WHO, 2009 (*apud* OMS, 2011), 2,8 milhões de pessoas morrem a cada ano em decorrência do excesso de peso ou da obesidade.

Sobre os tratamentos pode-se dizer que,

o tratamento convencional da obesidade por meio de medicamentos, dieta e atividade física muitas vezes não apresenta êxito, trazendo ao indivíduo obeso a sensação de fracasso. A cirurgia bariátrica surge como forma de tratamento permanente, segura e com potencial de cura de várias comorbidades com melhora significativa na qualidade de vida do obeso. O tratamento cirúrgico consiste em técnicas que se aprimoram e se tornam a cada dia menos invasivas com recuperação rápida. As técnicas são classificadas em restritivas, disabsortivas e mistas. Nas restritivas há diminuição da ingestão de alimentos, porém, há sensação de plenitude após as refeições, nas disabsortivas redução da absorção de calorias, proteínas e outros nutrientes e a técnica mista se configura na combinação das duas técnicas anteriores (MARIANO, MONTEIRO e PAULA, 2013, p.39).

De acordo com Mariano, Monteiro e Paula (2013), para a alternativa do tratamento cirúrgico é imperativo que seja feita avaliação minuciosa para a recomendação do ato cirúrgico e considerar IMC maior que 40 Kg/m² ou superior a 35 Kg/m² agregados á comorbidades.

Quadro 3: A Prevalência da obesidade no mundo



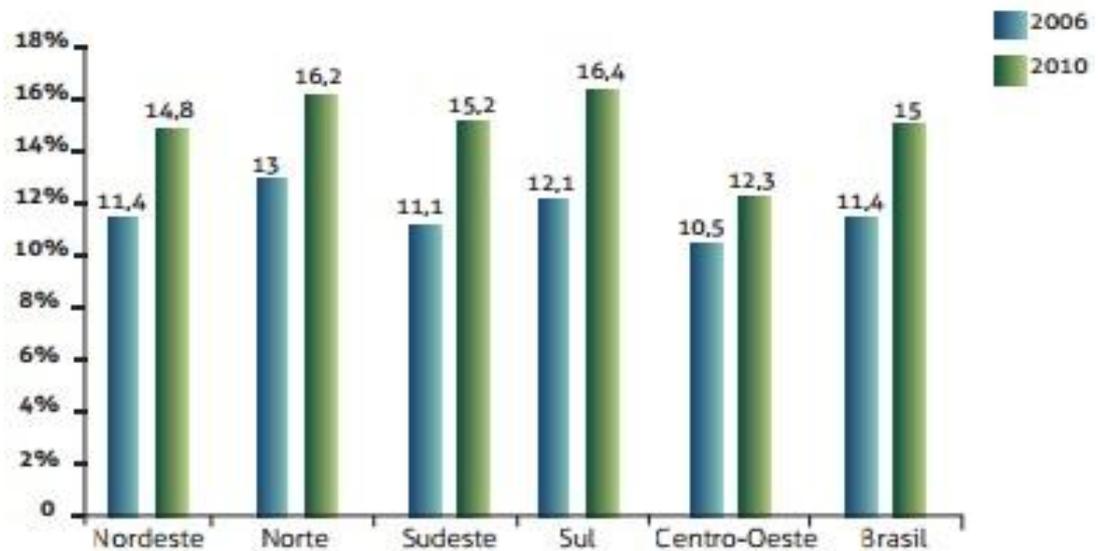
Fonte: www.worldgastroenterology.org/assets/export/userfiles/2012_Obesity-Master_PT.pdf

De acordo com o Quadro 1 de 2011, os países com cor azul claro têm de 0% a 6% de pessoas obesas, nos países de cor azul escura de 6% a 12% de obesos, nos países de cor cinza e aí entra o Brasil, de 12% a 16% de obesos, nos países de cor vermelho escuro de 18% a 24% de obesos e nos países de cor vermelho vivo 24% em diante de obesos.

Segundo WGO (World Gastroenterology Organization, 2011), a primeira fase da terapêutica, o alicerce para cada uma das etapas subsequentes, incide em uma dieta, um estilo de vida menos inativo, exercício e alteração do comportamento. Se a perda de peso de 5–10% não for obtida em um prazo de 6 meses, a etapa seguinte é o mesmo tratamento principal conjugado com medicação. Na última fase, se volta à dieta, um estilo de vida menos sedentário, exercício e modificação do comportamento, mas agora combinados com a gastroplastia.

A obesidade demanda atenção em longo prazo; é importante oferecer o manejo em um ambiente multidisciplinar, com contribuição de especialistas. Ministrando educação e instrução às crianças pode significar a melhor e a menos dispendiosa forma de conter a obesidade em longo prazo.

Quadro 4: A Prevalência da Obesidade no Brasil e Região sul



Fonte: <http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-index.php?page=Biblioteca>

Neste mapa de 2006 e 2010, mostra o Brasil com 11,4% em 2006 e 15% em 2010 de obesidade em adultos e na região sul em 2006 12,1% e em 2010 de 16,4% de obesidade em adultos.

A OMS cogita para 2015 *apud* (WGO, 2011), uma população de 2,3 bilhões de pessoas mais velhas com excesso de peso e 700 milhões de obesos.

2.2. A CIRURGIA BARIÁTRICA

Para Villagra *apud* Rodrigues (2012), a cirurgia para redução de peso é também admitida como gastroplastia e, mais frequentemente, como cirurgia bariátrica. A nomenclatura bariátrica procede da palavra grega “baros” (peso) e o sufixo em latim “iatria” (tratar).

Sobre a história da cirurgia bariátrica,

a primeira operação realizada para redução de peso foi o by-pass (desvio) do intestino, idealizado por Kremen e Liner em 1954 e retirava mais de 90% de componentes do intestino fino (jejuno e íleo), ocasionando uma má absorção intestinal, levando o paciente a evacuar fezes com altos índices de gordura. O cirurgião Dr. Payne, em 1963, realizou uma cirurgia que promovia um desvio de parte do intestino delgado e do intestino grosso, ocasionando graves complicações como: insuficiência hepática entre outros. Em 1982, Mason introduziu uma técnica cirúrgica, que se tornou a mais empregada

nas décadas de 80 e 90, a gastroplastia vertical com bandagem (GVB), sendo esta bastante simples e rápida, com baixos índices de complicações imediatas e tardias e com mortalidade cirúrgica quase nula (ICTO, 2015).

De acordo com Capella *et al. apud* ICTO (2015), no início da década de 90, aparece uma nova cirurgia que associava os dois mecanismos da gastroplastia, integrando à restrição alimentar por meio da redução do estômago com uma leve má absorção através da diminuição de apenas 1 m do intestino delgado. Esta cirurgia foi expandida pelo cirurgião colombiano Rafael Capella, radicado nos Estados Unidos, e leva seu nome. Posteriormente esta técnica foi alterada em alguns detalhes por Fobi, sendo esta uma das técnicas cirúrgicas mais desempenhadas no mundo nos dias atuais.

Segundo SBCB (Sociedade Brasileira da Cirurgia Bariátrica), no Brasil, o crescimento da cirurgia bariátrica aconteceu na década de 1970, graças ao Professor Doutor Arthur Belarmino Garrido Junior, que principiou a operar obesos mórbidos no Hospital das Clínicas de São Paulo. Com o prosseguimento de seu trabalho, a cirurgia da obesidade foi se consolidando aos poucos. No início dos anos 1990, alguns cirurgiões como o Dr. João Batista Marchesini de Curitiba que orientado e estimulado por ele, começou a aplicar essa técnica cirúrgica em seus pacientes.

A SBCB afirma que em julho de 2005 o Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou uma resolução definindo que todo cirurgião bariátrico carecia de uma equipe habilitada para cuidar dos pacientes nos períodos pré e pós-operatórios. A equipe deveria ser composta por clínico, nutrólogo e/ou nutricionista, psiquiatra e/ou psicólogo, fisioterapeuta, anestesiólogo, enfermeiros e auxiliares de enfermagem competentes para os cuidados desses pacientes. Essa resolução estabeleceu, portanto, a constância da equipe multiprofissional no tratamento cirúrgico da obesidade.

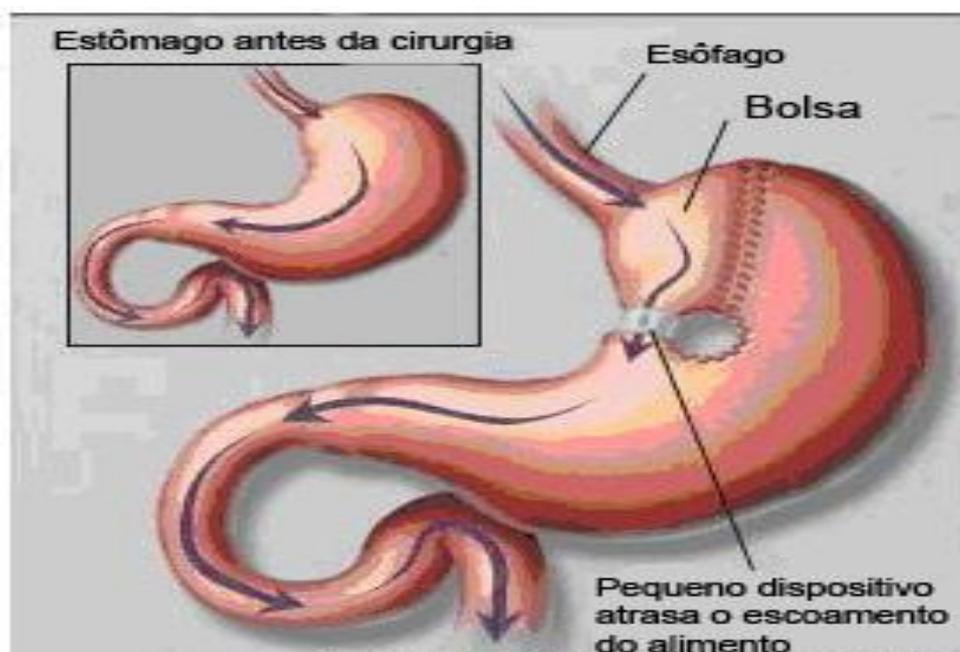
Segundo Ximenes *apud* Fernandes (2009) a quantidade de pessoas procurando esta cirurgia tem aumentado exponencialmente de acordo com as previsões sobre o desenvolvimento da obesidade no mundo e tende a aumentar ainda mais; no entanto, as implicações vão além do mero emagrecimento, pois a estabilidade do bom proveito e fruto da tarefa do paciente, que escolhe trocar a obesidade e suas dificuldades por uma série de atenções pessoais pela vida inteira, como transformações de hábitos de vida saudável e modos relativos ao seu autocuidado que são fundamentais e indispensáveis para quem elege esta cirurgia.

As técnicas cirúrgicas são classificadas em: restritivas, disabsortivas e mistas.

Fandiño *et al.* (2004), escreve que existe a gastroplastia vertical com bandagem e a “Lap Band” que são restritivas, a primeira consiste no encerramento de uma parte do estômago através de uma costura, originando um compartimento fechado. O emprego de um anel de restrição resulta em um esvaziamento mais vagaroso deste “encurtado estômago”. E a segunda técnica cirúrgica incide da colocação video-laparoscópica de uma banda regulável na porção alta do estômago. Este objeto fica ligado a um dispositivo depositado sob a pele, o que admite o ajuste volumétrico do reservatório gástrico gerado.

Tratando-se das técnicas restritivas o ICTO (2014), diz que é uma técnica reversível, sem alteração da anatomia e permite outras cirurgias e as desvantagens são: uma moderada perda de peso, má qualidade de ingestão, complicações inerentes ao corpo estranho e o custo.

Figura 1: Gastroplastia vertical com bandagem

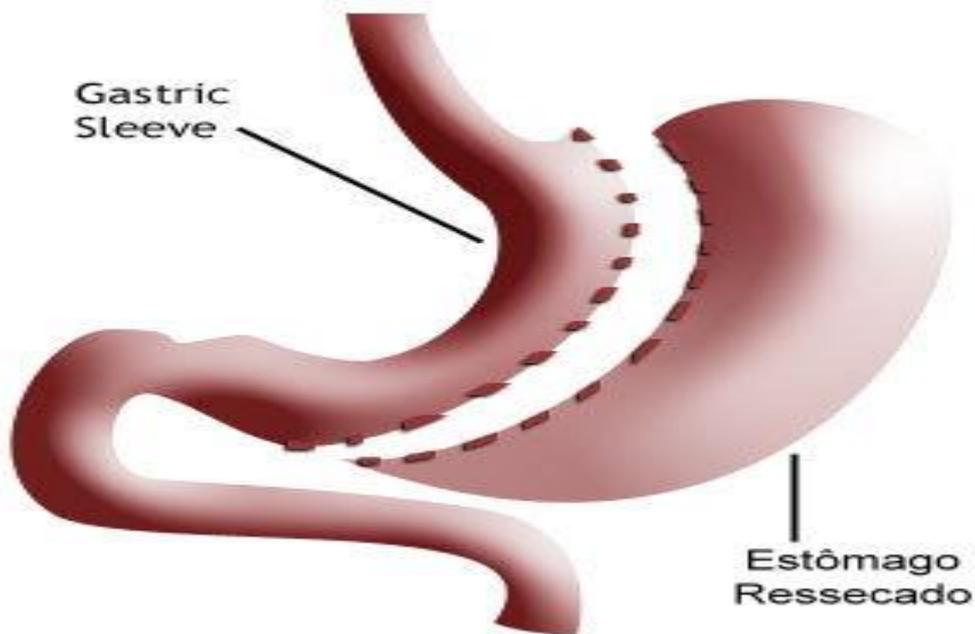


Fonte: [http://www.clinicaq.com.br/site/index.php?option=com_content&task=v&id=0&Itemid=0&limit](http://www.clinicaq.com.br/site/index.php?option=com_content&task=view&id=0&Itemid=0&limit)

Ainda ICTO (2014) fala da Gastrectomia Vertical - Sleeve Gastrectomy e suas vantagens que são: redução do volume gástrico, causando saciedade precoce, manutenção das funções do estômago, ausência da Síndrome de Dumping, diminuição da produção de grelina (hormônio da fome), diminuição da necessidade de reposi-

ção de vitaminas e sais minerais. E as desvantagens são: menor perda de peso quando comparada as outras técnicas, irreversível, risco potencial de dilatação da bolsa gástrica com reganho de peso, resultados em longo prazo e ainda não avaliados.

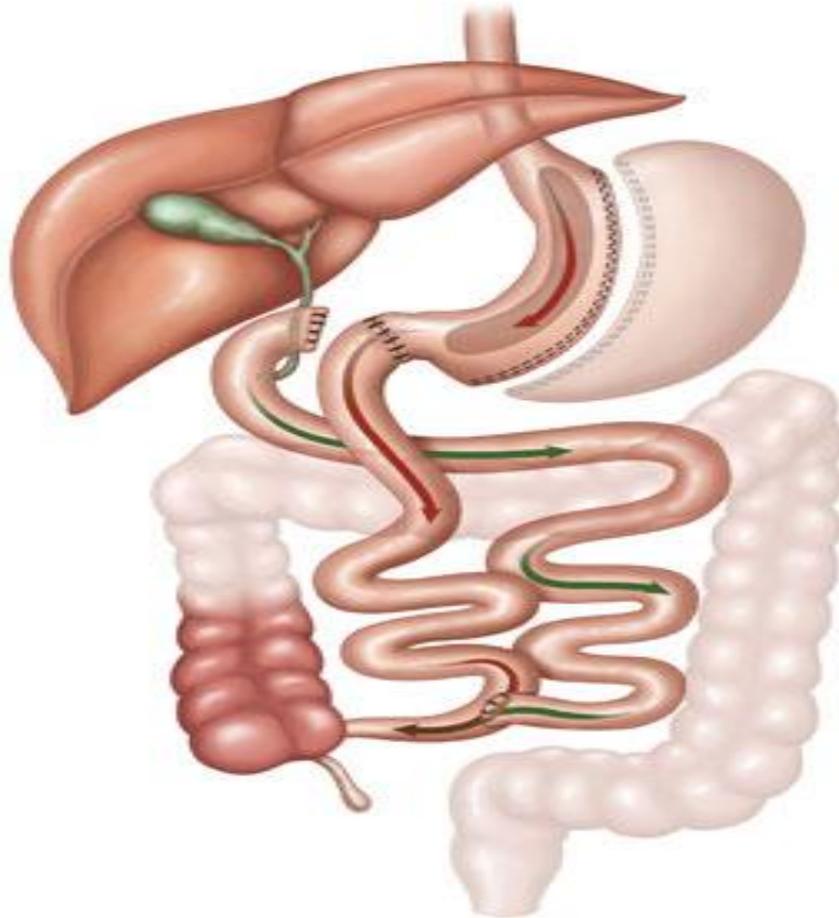
Figura 2: Gastrectomia vertical



Fonte: <http://cliniCADrgustavasantos.com/pre-op/>

ICTO (Instituto Campineiro de Tratamento da Obesidade, 2014), define que as cirurgias disabsortivas impedem a passagem dos nutrientes do alimento do intestino para o sangue, diminuindo o tamanho do intestino (delgado) que entra em contato com a comida. As técnicas mais comuns neste grupo são: Duodenal Switch e Scopinaro e suas vantagens são: alimentação normal, menos vômitos pós-prandiais e controle de doenças metabólicas, diabetes e dislipidemia (colesterol e triglicérides altos) e como desvantagens são: diarreia copiosa, flatos e fezes com odores desagradáveis, desnutrição proteica severa e deficiência de vitaminas e minerais.

Figura 3: Duodenal switch

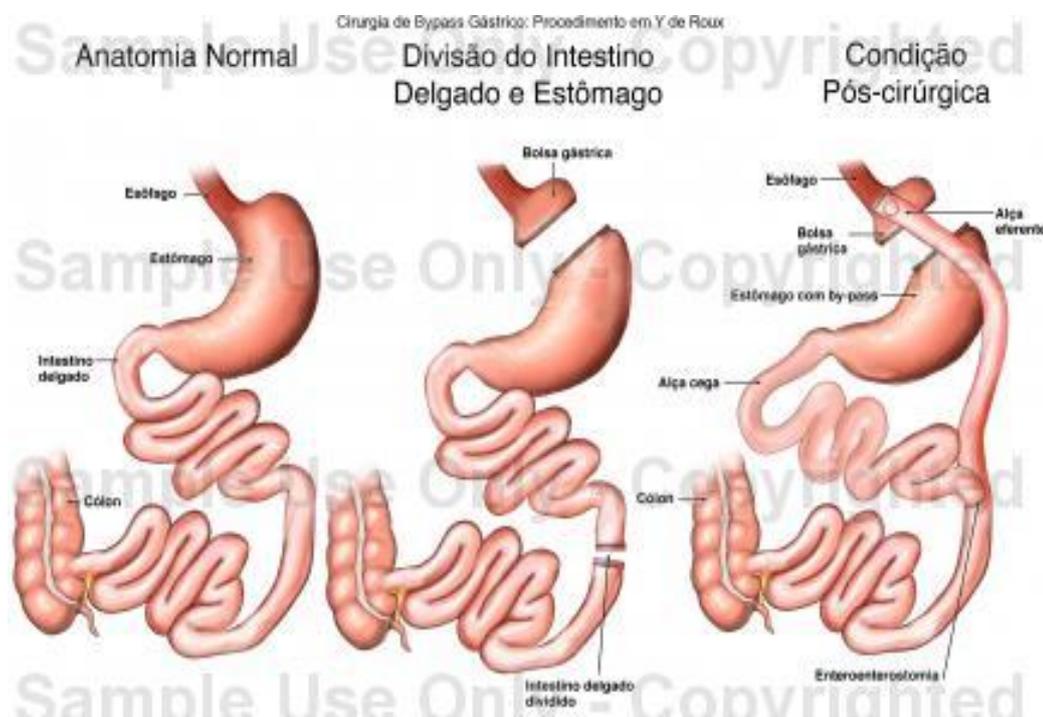


Fonte: <http://www.sbcm.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico/cirurgia-laparoscopica/>

De acordo com ICTO (2014), as cirurgias mistas operam associando as vantagens dos dois grupos anteriores. Tem um elemento restritivo e também uma parte disabsortiva, contudo em mínimo grau.

A técnica mais comum neste grupo é: Fobi-Capella com suas vantagens que são: excelente perda de peso, baixa frequência de complicações metabólicas, baixa frequência de diarreias, ajuda no controle de doenças metabólicas, diabetes, hipertensão arterial e apneia do sono e as desvantagens que são: necessidade de adaptação da dieta.

Figura 4: Fobi-Capella



Fonte: <http://www.driranielberton.com.br/index.php?acao=cirurgiasU&codu=2>

Ainda ICTO (2014), diz que todas as práticas de cirurgia podem ser concretizadas por via laparotômica (corte de aproximadamente 15 cm no abdome) ou por via laparoscópica (5 ou 6 minúsculas incisões -1,5 cm dispostas no abdome). Excluindo-se o Balão Intragástrico, que apesar de ser debatido como técnica cirúrgica trata-se de uma conduta endoscópica, não sendo imperativo nenhum corte, e na maior parte dos casos é colocado no consultório, com o paciente ganhando alta no mesmo dia, podendo voltar as suas atividades mais cedo. O Balão conservar-se dentro do estômago durante 06 meses, constituindo uma técnica não decisiva.

Para Brunner e Suddarth (2005), embora cada lugar proporcione suas oportuna vantagens características para o provimento do cuidado do paciente, todos estabelecem um histórico de enfermagem pré-operatório compreensivo e prescrições de enfermagem para dispor ao paciente e a família antes da cirurgia.

Sobre as três fases da experiência cirúrgica,

a fase pré-operatória começa quando se toma a decisão de prosseguir com a intervenção cirúrgica e termina com a transferência do paciente para a mesa da sala de cirurgia. A fase intraoperatória começa quando o paciente é transferido para a sala de cirurgia e termina quando ele é internado na unidade de recuperação pós-anestésica imediata (URPA). A fase pós-operatória começa com a admissão do paciente na URPA e termina com uma avaliação de acompanhamento no ambiente clínico (BRUNNER E SUDDARTH, 2005, p. 425-427).

De acordo com Rodrigues (2012), as dificuldades dos pacientes estão ampliadas não apenas pela cirurgia em si, mas também pelo próprio processo da obesidade e comorbidades, tanto na ocasião do pós-operatório imediato quanto no tardio.

Para Nibi e Osti (2014), a conduta do enfermeiro deve estar relacionada com a promoção da saúde e prevenção dos agravos, danos e suas ações voltadas para resolução de problemas, que podem ser visualizadas mediante a uma assistência integral.

De acordo com Moreira et al.(2013), os cuidados de enfermagem para pós operatório são:

- Examinar a pele na busca de alterações na integridade;
- Monitorar cor, temperatura e umidade da pele;
- Controlar presença de cianose periférica;
- Registro da ingestão e eliminação;
- Avaliar indicadores de sobrecarga/retenção hídrica (edema, etc.);
- Manter registro da ingestão e eliminação;
- Avaliar localização e extensão do edema;
- Documentar arritmias cardíacas;
- Monitorar presença de dispneia, ortopneia, taquipneia;
- Verificar saturação de oxigênio;
- Administrar oxigênio suplementar;
- Tranquilizar o paciente;
- Colaborar com fisioterapeuta na execução de programa de exercícios;
- Auxiliar o paciente a sentar-se/ficar de pé;
- Encorajar a verbalização dos sentimentos sobre as limitações;
- Facilitar as medidas de higiene;
- Criar ambiente seguro, mantendo objetos pessoais e campanha próximos;
- Manter ambiente tranquilo para redução da ansiedade;
- Aplicar meias antiembólicas;

- Monitorar pressão arterial, pulso, padrão respiratório e observar as tendências;
- Avaliar dor torácica (intensidade, localização, irradiação, duração e fatores precipitantes e de alívio);
- Orientar o paciente a relatar imediatamente desconforto no peito;
- Verificar sinais e sintomas de insuficiência respiratória;
- Observar sinais e sintomas de desequilíbrio hidro eletrolítico;
- Câibras, arritmias, alterações neurológicas, edema etc.

Ainda Moreira *et al.* (2013), fala que o enfermeiro avalia a situação do doente, tanto para ajustar as intervenções aos diagnósticos como os resultados, a fim de adaptá-los à realidade de cada paciente.

Após a cirurgia o paciente é mantido com a cabeceira do leito elevada no mínimo a 45°, a fim de reduzir a pressão do abdome, no diafragma e desse modo ter alto volume circulante. Os pacientes devem ser encorajados a tossir e respirar profundamente com o incentivador respiratório para ajudar na mensuração de esforços logo que acordarem (NEGRÃO, 2006, p.51-52).

2.3. TEORIA DE ENFERMAGEM DE ROY

Os modelos de enfermagem são definições do exercício da mesma que se anunciam utilizando os indicados metaparadigmas de enfermagem, os julgamentos de enfermagem, indivíduo, meio e bem-estar (COELHO e MENDES, 2011).

Os modelos conceituais são projetos mentais que apontam uma prática de visão específica, fundamentada em importâncias e preceitos científicos e filosóficos. Por causa de sua complicação, requerem uma análise para entender seu sentido e alcance, assim, facilitando o seu aproveitamento no cuidado ao paciente. Um daqueles que tem tido maior aprovação é o modelo de adaptação da irmã Callista Roy. Apresentado pela primeira vez em 1970, desde que o tempo tem indicado uma ação

contínua de expansão de acordo com o progresso e com a disciplina de enfermagem (MORENO-FERGUSON e ALVARADO-GARCIA, 2009).

O aproveitamento do modelo de adaptação de Roy se torna importante quando se quer saber as melhorias no estudo e sua aplicação, a fim de embasar a prática profissional, apontando lacunas de informação, gerando demandas de pesquisa e fortalecendo as redes de investigadores (MORENO-FERGUSON e ALVARADO-GARCIA, 2009).

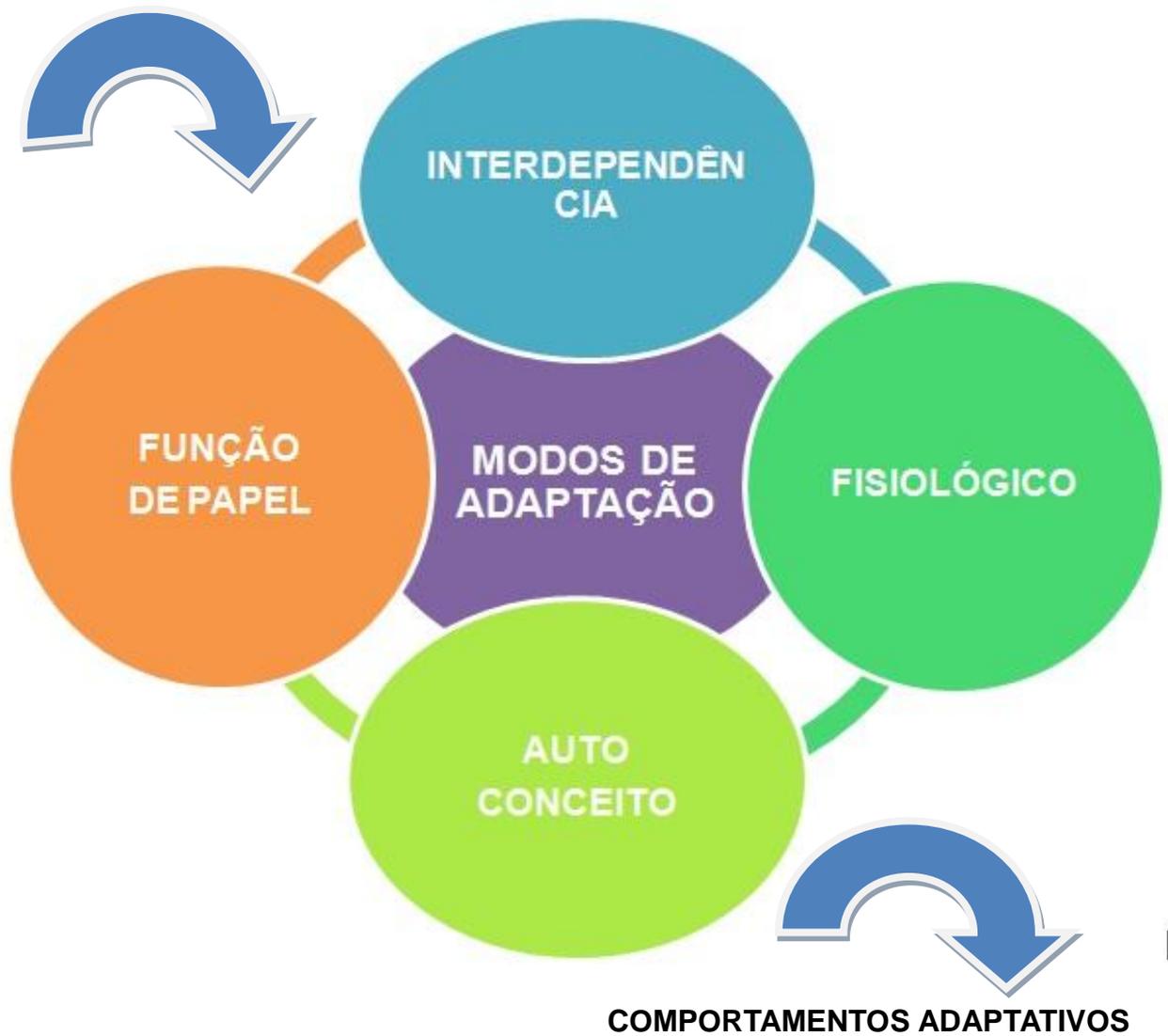
Roy percebe a Enfermagem como uma ocupação do zelo de saúde que se centra nas questões de vida humana, realçando o acesso da saúde aos sujeitos, grupos e sociedade como um todo, sendo que a ciência e a técnica amplia a disposição de adaptação e aperfeiçoa a mudança no ambiente da pessoa. A pessoa – indivíduo, família, organizações, comunidades ou sociedade – como um todo são expostas a uma série de ocorrências, condições ou influências que circulam e cobrem o crescimento de pessoas ou grupos, sendo que o meio em mudança incita as pessoas a dar retornos de adaptação (COELHO e MENDES, 2011).

O ambiente é apreciado como todas as situações, condições e influências que abraçam e afetam a conduta da pessoa. O ser saudável não está livre de circunstâncias inevitáveis como a morte, a doença, a infelicidade ou o estresse, mas a disposição de lidar com estas condições deve ser a mais eficiente possível. A saúde é um espelho de adaptação do intercâmbio entre indivíduo e ambiente (COELHO e MENDES, 2011).

A Teoria de Adaptação sugerida por Roy considera que a pessoa recebe a interferência de estímulos, os quais carecem ativar meios de adaptação que a teorista designou como: fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência para analisar a adaptação da pessoa à situação vivenciada (COELHO e MENDES, 2011).

Na teoria aperfeiçoada por Roy, entre os essenciais pressupostos, tem-se o ser humano como um ser holístico em constante intercâmbio com as modificações do meio ambiente, percebido como seu mundo interior e exterior, precisando diante de jovens desafios empregarem mecanismos de resolução fisiológica, psicológica e social, para reagir positivamente e se adaptar (MASS, 2012, p. 34).

Figura 5: Representação gráfica dos modos de adaptação propostos por Roy

INDIVÍDUOS QUE FIZERAM A CIRURGIA BARIÁTRICA.**ESTÍMULOS**

Fonte: Autora, 2015.

3 MÉTODO

3.1 APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO

A presente investigação adotou o método de pesquisa-cuidado com abordagem qualitativa. A escolha deste método deu-se pela possibilidade de compreender o significado de ser paciente na vivência do processo de cirurgia bariátrica. Ainda pela possibilidade de realizar uma relação estreita entre ser pesquisado e ser pesquisador, promovendo desta forma, a captação do processo de adaptação diante da cirurgia bariátrica.

A pesquisa-cuidado é um método que permite ao enfermeiro aliar o conhecimento técnico, ao conhecimento humanístico e científico (NEVES e ZAGONEL, 2006).

O método de pesquisa-cuidado permite coletar as informações durante o processo investigativo ao mesmo tempo em que o enfermeiro cuida. O enfermeiro articula o cuidar/pesquisar como aspectos indissociáveis no desenvolvimento de ações profissionais de enfermagem.

O método de estudo foi escolhido por acolher respectivamente a metodologia a ser adotada e o cuidado a ser proporcionado através da apreciação das expressões ditas.

Este estudo aborda o cuidado em pacientes no pós-operatório de cirurgia bariátrica, dessa forma, trata-se o cuidado de enfermagem, neste estudo, como ação desenvolvida pelo pesquisador-cuidador para promover e proporcionar um melhor enfrentamento e adaptação à pesquisa-cuidado, com base nas necessidades evidenciadas durante a pesquisa e baseados na Teoria de Roy.

3.2 ENCONTRO COM O SER PESQUISADO-CUIDADO E SER PESQUISADOR-CUIDADOR

Nesta etapa é definido o local, os critérios de inclusão e exclusão, tipo de entrevista, os aspectos éticos que permeiam o estudo com a leitura do TCLE e os preceitos da resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa foi realizada na unidade 2 de cirurgia bariátrica de um Hospital de grande porte de Curitiba-Pr, onde adultos são acompanhados devido ao processo de vivenciar a cirurgia bariátrica.

A história deste Hospital de grande porte de Curitiba começa em 1869 quando foi iniciada a sua construção.

Inaugurado pelo Imperador Dom Pedro II, no dia 22 de maio de 1880 inicialmente com 160 leitos, podia ser considerado um grande hospital, e foi por muitos anos, o único hospital de Curitiba. Em 1912, a Universidade do Paraná, mais tarde federalizada, promoveu o Hospital de Caridade e o Psiquiátrico a hospitais de ensino, que abrigaram também os estudantes da Faculdade de Ciências Médicas a partir de 1956.

O Hospital oferece total estrutura e uma excelente equipe de médicos das diversas especialidades, muitos com título de Mestre e Doutor, que realizam um trabalho permanente de aperfeiçoamento. Os serviços de apoio técnico e estrutural complementam o atendimento com dedicação continuada. Com área construída de 17.416,99 m², total de leitos 278, sendo 37 de UTIs e 9 salas cirúrgicas, realiza entre 600 e 800 cirurgias mês e interna uma média de 1350 pacientes por mês, firmando ao longo do tempo uma imagem de centro de excelência.

Referência em cirurgia bariátrica, o mesmo foi inaugurado, em 2010, um ambulatório exclusivo para o tratamento da obesidade mórbida. O ambulatório atende, em média, 120 pacientes por semana, em fase de pré e pós-operatório.

A inauguração do Ambulatório consolida a excelência deste Hospital de Curitiba no tratamento da obesidade. O Hospital é o único do País que oferece uma ala de internamento exclusiva para esse tipo de paciente, com 13 leitos totalmente a-

daptados. Atualmente, é realizado cerca de 50 cirurgias de redução do estômago por mês, o maior volume de procedimentos do País.

Os participantes do estudo foram dezessete (17) adultos selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão definidos e que estavam internados na unidade 2, no período de fevereiro a abril de 2015:

Critérios de inclusão:

Pacientes com idade entre 18 – 65 anos no ambulatório ou unidade de internação no hospital do estudo;

- Independente do sexo;
- Pós – operatório de cirurgia bariátrica;
- Em condições de comunicação.
- Como critérios de exclusão, pacientes independente do sexo que não atenderam aos critérios de inclusão.

Para a coleta das informações foi utilizada a entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas em local previamente destinado com os pacientes no período de pós-cirurgia bariátrica. Utilizou-se um instrumento de entrevista construído com questões do perfil sociodemográfico e questões específicas do tema, as quais pudessem captar o significado do fenômeno vivenciado. Por meio da entrevista desvela-se como ocorre o processo de enfrentamento e adaptação dos pacientes que estão em processo de adoecimento e diante da necessidade de fazer a cirurgia bariátrica, ou que já vivenciaram este procedimento.

Com relação aos aspectos éticos que permeiam pesquisa com seres humanos foram respeitadas as dimensões de anonimato, respeito e privacidade bem como, a possibilidade de recusa a responder as questões ou desistência da participação da pesquisa. Esses aspectos foram explicados antes do início da entrevista. A abertura para questionamentos ao pesquisador foi permitida a qualquer momento.

A leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a certificação de que o mesmo estivesse claro para o entrevistado e a coleta da assinatura do participante de pesquisa foi realizada neste momento. Para a coleta das informações foi utilizado o gravador, assim, foi solicitado o consentimento para que os depoimentos expressos nas entrevistas fossem gravados.

Seguiram-se os preceitos da resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde aprovam diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012) e dispõe sobre:

II. 23 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar;

No que diz respeito a aspectos éticos envolvendo pesquisas com seres humanos:

III. 1 a) respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida;

III. 1 b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

III. (2 k) respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, como também os hábitos e costumes, quando as pesquisas envolverem comunidades.

3.3 ESTABELECIMENTO DAS CONEXÕES DE PESQUISA, TEORIA E PRÁTICA.

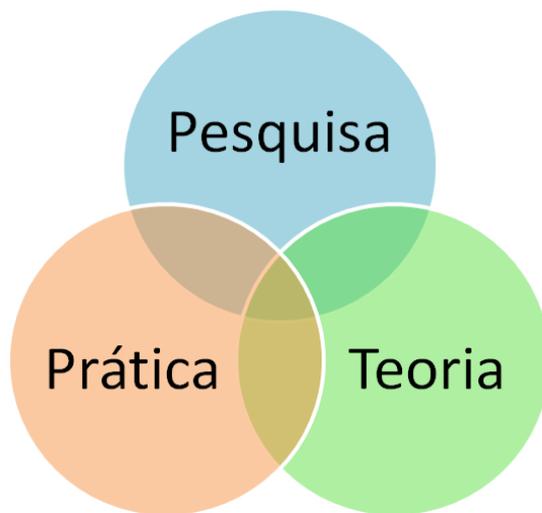
Esta fase do método de pesquisa-cuidado é a coleta de informações propriamente dita o momento da concretização da entrevista semiestruturada, a relação direta com o participante da pesquisa, no sentido de perceber a significação atribuída pelo paciente sobre o processo de adoecimento e a necessidade de vivenciar a cirurgia bariátrica, com base no modelo de adaptação de Roy.

Esta etapa é o período da interação em que o pesquisador-cuidador captura, desvela, esclarece o que deseja pesquisar, ao mesmo tempo em que analisa,

aprecia e toma decisões conjuntas com o ser pesquisado, a partir das precisões desveladas e corroboradas por ambos (NEVES e ZAGONEL, 2006).

O intercâmbio do referencial teórico ao processo de cuidar e pesquisar foi operacionalizada por meio das etapas da Pesquisa-Cuidado.

Figura 6: Conexão entre pesquisa, teoria e prática.



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A articulação da pesquisa, teoria e prática deu-se desde a escolha do método de pesquisa-cuidado, escolha da teoria de enfermagem de Roy e as formas de estabelecer as ações de cuidado.

A compreensão dessa interseção fundamenta a coleta das informações, pois ao mesmo tempo em que o método de pesquisa se desenrola, a teoria de Roy vai sendo aplicada, com seus conceitos e proposições, fazendo das ações de cuidar um momento de reflexão, análise, julgamento pelo raciocínio clínico das essenciais necessidades que podem ser superadas, enfrentadas, ou mesmo auxiliadas para a adaptação ao novo estilo de vida após a cirurgia bariátrica.

O leitor poderá compreender essa interseção na apresentação dos resultados, em que as entrevistas serão analisadas e serão conectadas aos momentos de cuidado.

A análise deve ter essas fases:

A pré-análise é a etapa de organização propriamente proferida. Satisfaz um período de intuições, mas tem por desígnio tornar operacionais e sistematizar as reflexões iniciais, de maneira a encaminhar a um esquema preciso do progresso das operações sucessivas, num projeto de análise (BARDIN, 2010, p.121).

A exploração do material é uma fase extensa e tediosa, pois incide em operações de decodificação, alteração ou enumeração, em função de regras antecipadamente estabelecidas. Torna-se obrigatório saber a razão por que é que se avalia e explicitá-lo de modo a que se possa ter ciência como analisar. Por isso o imperativo de apontar hipóteses e de se emoldurar a técnica dentro de um quadro teórico (BARDIN, 2010, p. 127-129).

O tratamento dos resultados obtidos e interpretação são abordados de maneira a serem expressivos (falantes) e validos. O analista, tendo ao seu dispor produtos significativos e constantes, pode então sugerir deduções e adiantar explicações dos objetivos previstos, ou que profiram sobre outras descobertas impensadas (BARDIN, 2010, p.127).

3.4 AFASTAMENTO DO SER PESQUISADOR-CUIDADOR E PESQUISADO-CUIDADO

É a etapa que se distingue pelo fim dos encontros para fins de pesquisa, entre o ser pesquisador-cuidador e ser pesquisado-cuidado, embora esta separação já tenha sido preparada durante todo o caminho metodológico. Esta fase demanda cuidados e há situações que exigem prosseguimento dos encontros (NEVES e ZAGONEL, 2006).

Os encontros continuaram enquanto permaneci no campo para concluir a coleta de todas as informações. Passava nas unidades, conversava, trocava experiências. Após a alta alguns pacientes fizeram contato para tirar dúvidas, uma vez que dispunham do meu telefone, por meio do TCLE.

Esses pacientes permanecem internados por aproximadamente três dias e depois tem alta hospitalar e neste momento me despedia e em seguida agradecia pela

cooperação de todos e elucidei que esta fase tinha sido concluída para fins de pesquisa, mas seguiria na unidade proporcionando cuidados.

3.5 ANÁLISE DO APREENDIDO

A técnica de análise das informações foi realizada por meio da análise de conteúdo de Bardin e sua proposta possui três etapas: a pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2009 *apud* PANEK, 2014, p.32).

A análise de conteúdo busca apreciar o que está por trás das expressões sobre as quais se debruça, é uma investigação de outros fatos através das mensagens (BARDIN, 2010, p.45).

A análise se deu da seguinte forma:

O estudo foi realizado na Unidade 2 de cirurgia bariátrica em um hospital de grande porte de Curitiba/PR, no período de 10 de fevereiro a 22 de maio de 2015. O estudo incluiu homens e mulheres que estavam no pós-operatório de cirurgia bariátrica com idade entre 18 e 65 anos.

Foram realizadas 17 entrevistas semi-estruturadas gravadas e que foram agendadas na Unidade de realização da pesquisa e levado em consideração a efetivação das mesmas sob a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que aprovam diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido o projeto aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da FPP conforme parecer número 105406/2014. Os pacientes foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e também foram informados da garantia de sigilo, do anonimato da sua pessoa e do direito de participar ou não da mesma.

A aproximação com os pacientes, no início ocorreu de forma confusa devido ao dia do pós-operatório que escolhi mais depois eu acertei e foi tranquilo e harmonioso a todos os dezessete (17) participantes da pesquisa. Os pacientes aceitaram participar do estudo após terem sido informados sobre a pesquisa a ser desenvolvida, procedendo à assinatura do TCLE.

As entrevistas foram armazenadas no aparelho telefônico e em seguida foram transcritas totalmente, conservando as ideias, o seguimento, o vocabulário utilizado pelos sujeitos, bem como deslizes gramaticais, interrupções e repetições, pois a linguagem descritiva planejada transmite a definição completa da experiência vivenciada (LOBIONDO, 2001 *apud* KANTOVISCKI, 2010, p.24).

Para assegurar o sigilo e o anonimato dos participantes do presente estudo foi empregada a denominação Paciente, acompanhado de indicador numérico de 1 a 17, de acordo com a imposição cronológica da coleta dos dados, que supriu a identidade dos mesmos.

Depois li e reli as entrevistas para verificar as expressões mais significativas no contexto da pesquisa e passei a numerá-las, então separei 19 unidades de significação e coloquei no quadro, para ir contando quantas vezes foram faladas e quantos pacientes falaram. Em seguida passei para outro quadro que de acordo com as unidades de significação e com a teoria de enfermagem de Roy foi sendo separado pelos modos de adaptação que ficaram sendo as categorias e das categorias surgiram algumas subcategorias, assim, encerrando esta etapa.

Por conseguinte principiei a análise propriamente descrita das categorias e subcategorias do estudo.

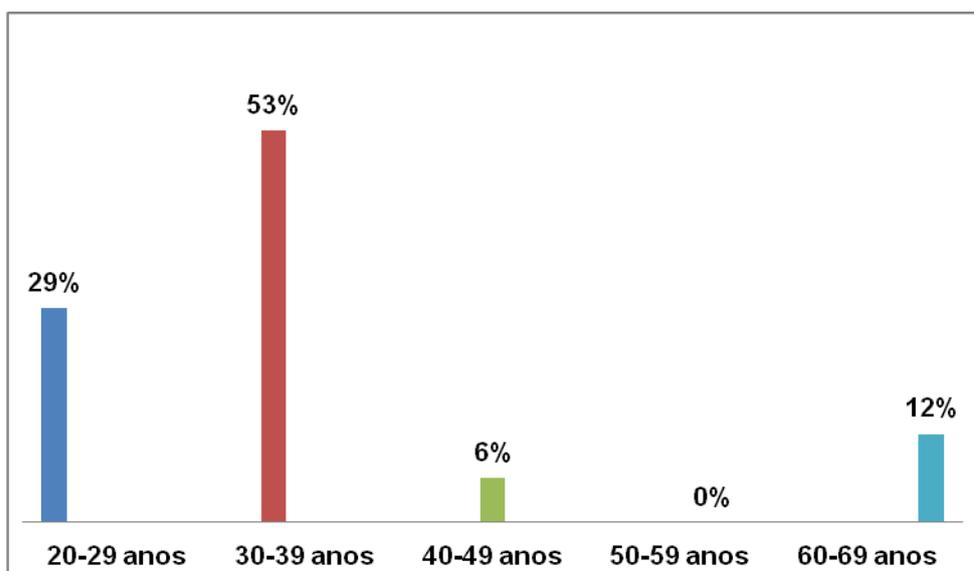
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para esta pesquisa foram entrevistados dezessete pacientes que vivenciaram a cirurgia bariátrica e se pôde ser traçado o perfil sociodemográfico de acordo com: idade, gênero, formação, estado civil, situação empregatícia, religião e faixa salarial.

4.1 PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO

Durante a realização desta pesquisa foram entrevistados dezessete pacientes que vivenciaram o processo de Cirurgia Bariátrica, das quais foram levantados os dados sociodemográficos e demonstrou-se no Gráfico 1 que quanto à idade dos pacientes entrevistados nove (53%) tem idade de 30-39 anos, cinco (29%) de 20-29 anos, dois (12%) de 60-69 anos, um (6%) de 40-49 anos e nenhum (0%) de 50-59.

Gráfico 1: Distribuição da amostra de acordo com a idade



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

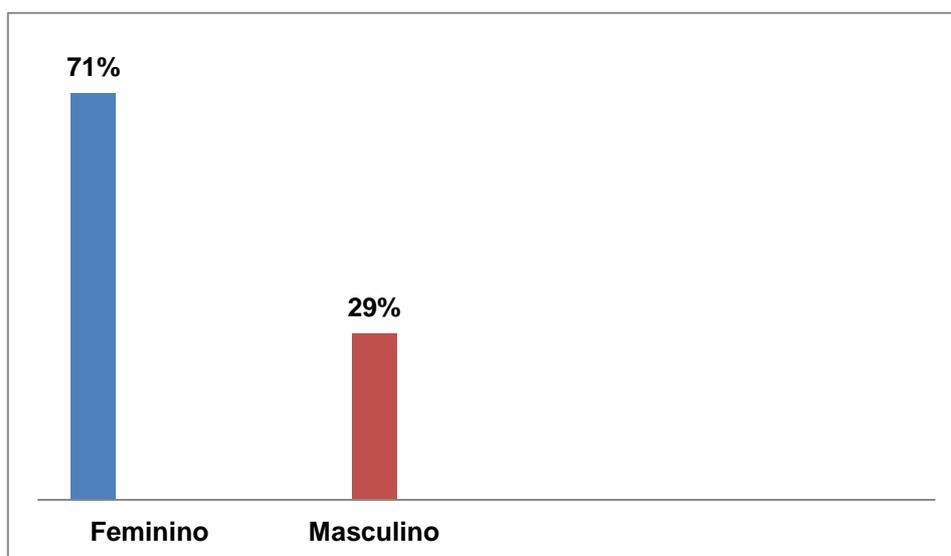
Segundo Caravatto, Petry e Cohen (2014), a obesidade infantil vem se expandindo progressivamente, alcançando uma população cada vez mais jovem. Logo,

comorbidades peculiares a adultos vem sendo notadas em adolescentes com uma constância cada vez maior, o que pode, em longo prazo, trazer sérias dificuldades. É neste panorama que a cirurgia bariátrica confirma-se como alternativa enérgica quando medidas clínicas fracassam. Soma-se ao fato de ser muito segura, com pequeno indicador de complicações e alto índice de vitória, parecido aos assistidos em adultos, podendo acrescentar anos de vida com qualidade.

A análise da idade indica que há predominância de 30-39 anos nos pacientes que vivenciaram a cirurgia bariátrica e logo em seguida de 20-29 anos e isso demonstra que cada vez mais os jovens estão precisando realizar a cirurgia bariátrica devido a um estilo de vida totalmente sedentário e com uma má alimentação.

Quanto ao gênero dos pacientes entrevistados é possível observar no Gráfico 2 que doze (71%) são de mulheres e cinco (29%) são de homens.

Gráfico 2: Distribuição da amostra de acordo com o gênero



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

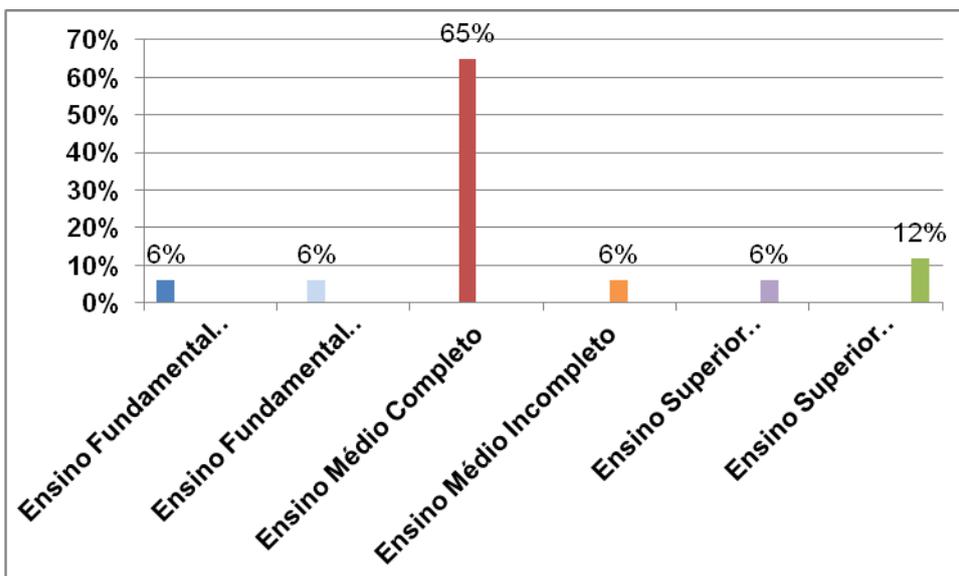
De acordo com Carvalho et al.(2014), o gênero feminino significou a maior parte dos sujeitos (81,9%), o que vem a conjunção de outros estudos, onde se constatou que o gênero feminino em clientes obesos pré-cirurgia bariátrica acontece em mais de 80% dos casos estudados. Isso ocorre possivelmente porque a procura pelo acolhimento ambulatorial para o terapêutica da obesidade é mais frequente neste gênero, fato conexo a uma maior aversão do gênero masculino na procura pelo a-

tendimento, pois a obesidade atinge 14,4% dos homens e 15,5 % das mulheres o que diz que a relação entre obesidade e os gêneros está quase se equiparando.

Para Carvalho *et al.* (2014), o gênero feminino representa a maior parte dos indivíduos que procura a cirurgia bariátrica com (81,9%) no seu estudo e na minha pesquisa. Concordo que há mais procura do gênero feminino do que do masculino, isso ocorre possivelmente, devido ao elemento cultural que vem desde antigamente dizendo que homem não precisa se cuidar ou tem medo de encontrar o que não quer e ao fato das mulheres buscarem um padrão de beleza que é imposta pela sociedade.

Quanto à formação dos pacientes entrevistados é possível observar no Gráfico 3 que onze (65%) fizeram EMC, dois (12%) de ESI, um (6%) de ESC, um (6%) de EMI, um (6%) de EFI e um (6%) de EFC.

Gráfico 3: Distribuição da amostra de acordo com a formação



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

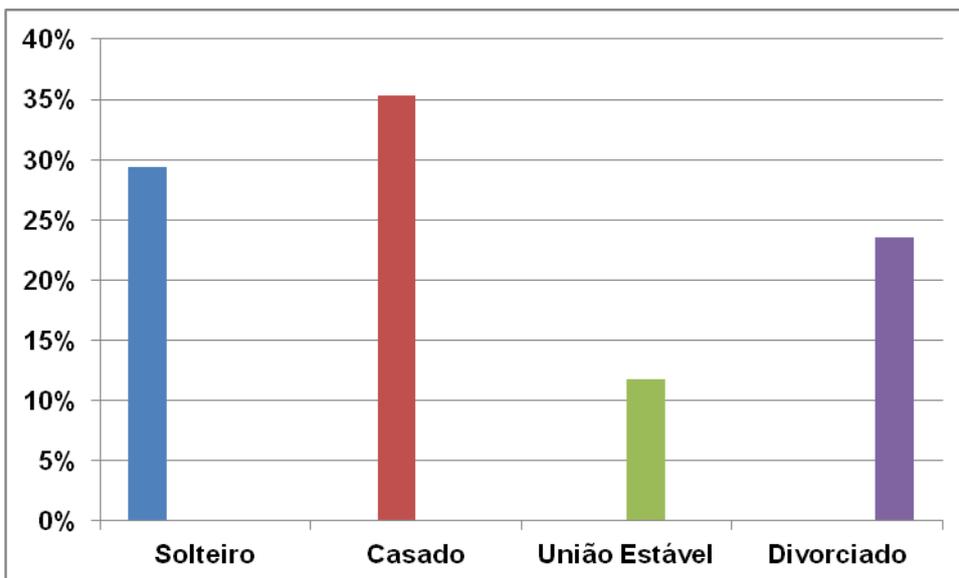
Quanto ao número de anos de estudo, a média equivalente ao ensino médio incompleto foi achada também em uma análise realizada por Lima e Sampaio *apud* Langaro *et al.* (2011), que buscou distinguir o perfil sociodemográfico de mulheres brasileiras adultas obesas. Uma conjectura que se propaga sobre esse dado refere-se a ser mais comum, entre a população com mais inferior escolaridade, a menor

atenção com ingestão de alimentos mais calóricos e procedente ampliação da obesidade em longo prazo.

Ao contrário do estudo de Langaro *et al.*, neste estudo o número de pessoas que terminaram o ensino médio completo foi maior, então isso faz agente pensar sobre a vida corrida, “da falta de tempo”, do baixo salário, que fazem com que as pessoas comam com pressa e alimentos rápidos e supercalóricos como os famosos “fastfoods” e a falta de exercício físico.

Quanto ao estado civil dos pacientes entrevistados é possível observar no Gráfico 4 que, seis (35%) são casados, cinco (29%) são solteiros, quatro (23%) são divorciados e dois (12%) são de união estável.

Gráfico 4: Distribuição da amostra de acordo com estado civil



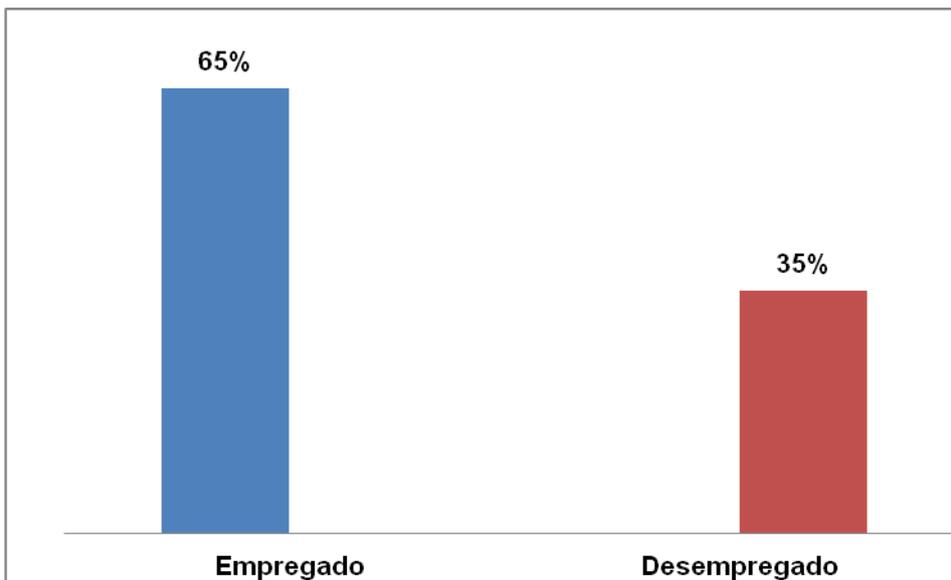
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Para Porcu *et al.* (2011), o casamento, como instituição social, oferece ao indivíduo importante segurança afetiva e financeira. Esta garantia pode acarretar conformações em setores individuais e pessoais de uma vida conjugal. Por outro lado, pode-se cogitar que as pessoas casadas irritam-se mais com o peso exagerado e/ou adquirem maior arrimo do cônjuge para procurar a Cirurgia Bariátrica como última experiência de método emagrecedor.

Concordo que as pessoas por serem casadas se acomodam e deixam de cuidar de si, então por terem o apoio dos familiares, principalmente do cônjuge optam por fazer a cirurgia.

Quanto à situação empregatícia dos pacientes entrevistados é possível observar no Gráfico 6 que onze (65%) estão empregados e seis (35%) estão desempregados.

Gráfico 5: Distribuição da amostra de acordo com a situação empregatícia



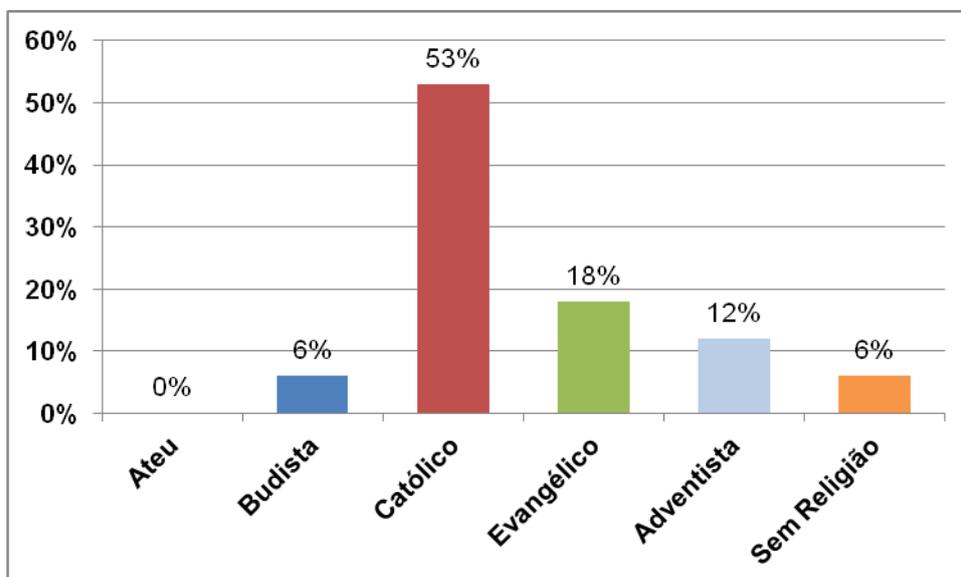
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Em relação a situação empregatícia Lima-filho (2008) diz que a maior parte fazia parte da massa de economicamente inativos (62,5%), grupo este ordenado por pessoas do lar e desempregados.

No caso deste estudo as pessoas empregadas são a maioria com (65%), contrariando Lima-Filho, 2008.

Quanto à religião dos pacientes entrevistados é possível observar no Gráfico 8 que nove (56%) são católicos, três (19%) são evangélicos, dois (13%) são adventistas, um (6%) não tem religião, um (6%) é budista e zero (0%) é ateu.

Gráfico 6: Distribuição da amostra de acordo com a religião



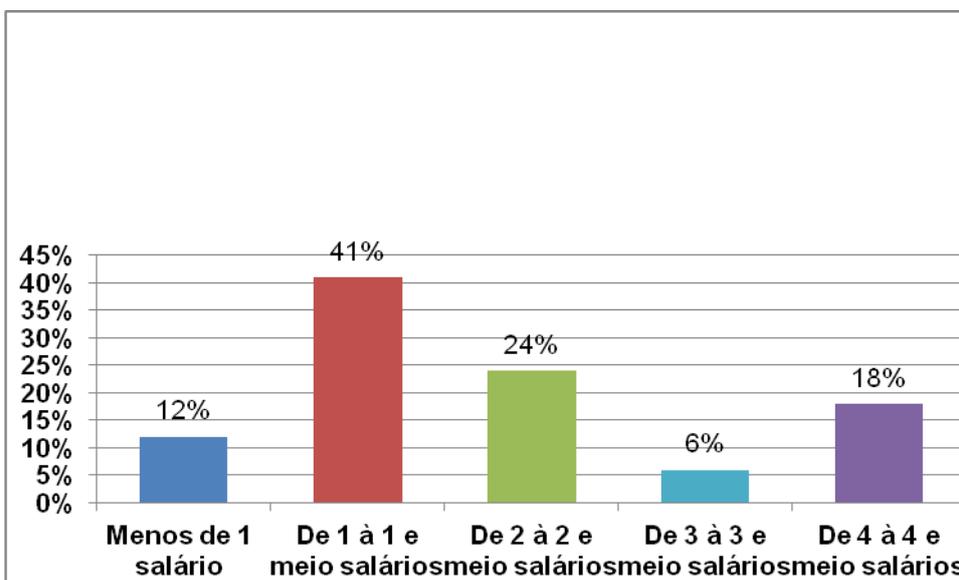
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

De acordo com a religião Lima-filho (2008), conta que notou uma maior presença de católicos (57,5%).

Também nesta pesquisa se observa um maior nº de católicos, mas cada um destes pacientes busca apoio naquilo que acredita, tendo ou não religião.

Quanto ao salário dos pacientes entrevistados é possível observar no Gráfico 9 que sete (40%) ganham de 1-1 e meio salários mínimos, quatro (24%) de 2-2 e meio, três (18%) de 4-4 e meio, dois (12%) menos de 1 salário, um (6%) de 3-3 e meio salários mínimos.

Gráfico 7: Distribuição da amostra de acordo com a faixa salarial



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Com relação a renda familiar IBGE *apud* Soares (2010), fala que deve-se enfatizar a influência da renda familiar sobre o situação nutricional das pessoas. Existe uma difícil relação entre o engordar e o salário mensal para os homens. Dos homens que têm uma renda per capita maior que cinco salários mínimos, 56,2% exibem excesso de peso. Para as mulheres os dados são desiguais, sendo achadas mulheres com excesso de peso e/ou obesidade, mais repetidamente, em famílias que vivem com ganhos de até um a dois salários mínimos.

Nesta pesquisa dois homens aparecem ganhando salários de 1-1,5, um homem ganhando de 2-2,5 e dois homens de 4-4,5, então em todos os níveis eles apresentam obesidade, enquanto que as mulheres, duas ganham menos de 1 salário, cinco ganham de 1-1,5, três ganham de 2-2,5, uma de 3-3,5 e uma de 4-4,5 salários a maioria ganha de menos de 1 até 1,5 que vem de encontro a citação.

4.2 ANÁLISE QUALITATIVA

Com o intento de realizar uma apreciação qualitativa em que as etapas da pesquisa-cuidado levem a representação do significado das respostas obtidas e assistindo as etapas determinadas pela crítica de conteúdo de Bardin, nomeada para nortear a pesquisa, principiou-se a interpretação dos produtos obtidos pelas entrevistas.

Para Bardin (2010), a análise de conteúdo é um conjugado de técnicas de exame dos diálogos. Não é apenas uma ferramenta, mas um leque de implementos; ou, com maior rigor, será um exclusivo instrumento, mas distinguido por uma grande diversidade de formas e adaptável a um espaço de aproveitamento muito vasto: as comunicações.

A 2ª etapa de BARDIN é a exploração do material é uma fase extensa e tediosa, pois incide em operações de decodificação, alteração ou enumeração, em função de regras antecipadamente estabelecidas. Torna-se obrigatório saber a razão por que é que se avalia e explicitá-lo de modo a que se possa ter ciência como analisar. Por isso o imperativo de apontar hipóteses e de se emoldurar a técnica dentro de um quadro teórico (BARDIN, 2010, p. 127-129).

Quadro 5: Síntese das Unidades de Registro e Unidades de Significação na Análise de Conteúdo

1 Cód. tem a	2 Temas/ US	3 Número de Unidades de Registro nas entrevistas (URs)																	4 Nº DE URs	5 N total entrada
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17		
01	FORÇA DE VONTADE	-	01	-	01	01	-	01	01	01	-	-	-	01	-	01	-	01	09	09
02	MUDAR DE VIDA	02	-	-	03	-	02	01	-	01	-	01	01	02	-	04	-	-	17	09
03	COMER MENOS	01	-	02	-	03	-	02	-	01	01	01	-	-	01	01	-	-	13	09
04	SEGUIR O QUE OS PROFISSIONAIS FALAREM	01	-	01	-	-	-	-	-	02	-	02	02	01	-	-	-	-	09	06
05	FAMILIA	01	-	-	01	01	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	05	04
06	ARREPENDIMENTO	-	-	-	01	-	-	03	02	-	-	-	-	-	01	-	02	-	09	05
07	COMO ME SINTO NO POS. CIRURGICO	-	02	01	01	01	05	04	05	04	01	05	01	02	02	05	11	03	53	16
08	ADAPTAÇÃO AO NOVO ESTILO DE VIDA	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	02	02
09	PERSEVERANCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	01	01
10	MUDAR O PSICOLOGICO	-	01	-	-	01	-	-	01	02	01	-	01	-	-	-	-	-	07	06
11	MUDAR A ALIMENTAÇÃO	01	02	-	01	01	01	-	02	01	-	01	02	-	-	01	01	02	16	12
12	MASTIGAR BEM	-	-	03	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	01	05	03
13	FAZER ATIVIDADE FÍSICA	-	-	-	-	-	01	-	01	-	01	02	-	-	-	-	-	-	05	04
14	SE ADAPTAR	-	-	02	-	-	-	03	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	06	03
15	EMAGRECER	-	-	02	-	04	-	-	-	02	-	-	01	01	-	-	-	-	10	05
16	VIVER MAIS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	-	02	01
17	OBESIDADE NAO E SAUDAVEL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	01	01
18	AJUDA/APOIO	-	-	01	-	-	-	02	02	01	-	-	-	-	-	-	01	-	07	05
19	ESPERANÇA	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	01	-	01	01	01	05	05
	TOTAL DE URs																		183	

Fontes: Dados da pesquisa, 2015.

Quadro 65: UR'S, Temas, Categorias e Subcategorias

TEMAS/ UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº. U.R./ tema	SUBCATEGORIAS	CATEGORIA I	Nº. UR CATEGORIA	COD. TEMAS		
COMER MENOS	13	Mudanças na Alimentação	Modo de adaptação Fisiológico do paciente	40	03		
MUDAR A ALIMENTAÇÃO	16				12		
MASTIGAR BEM	05				13		
SE ADAPTAR	06				15		
TEMAS/ UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº. U.R./ tema		CATEGORIA II	Nº. UR CATEGORIA	COD. TEMAS		
FORÇA DE VONTADE	10	Mudanças Psicológicas causadas pela Cirurgia Bariátrica	Modo de adaptação Autoconceito: eu pessoal e eu físico	96	01		
ARREPENDIMENTO	09				06		
PERSISTÊNCIA	01				09		
COMO ME SINTO NO PÓS-CIRÚRGICO	53				10		
MUDAR O PSICOLÓGICO	07				11		
A OBESIDADE NÃO É SAUDÁVEL	01	Mudanças Físicas causadas pela Cirurgia Bariátrica					18
FAZER ATIVIDADE FÍSICA	05						14
EMAGRECER	10						16
TEMAS/ UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº. U.R./ tema				CATEGORIA III	Nº. UR CATEGORIA	COD. TEMAS
FAMÍLIA	05	Adaptação ao novo estilo de vida			Modo de adaptação Função de Papel	33	05
ADAPTAÇÃO AO NOVO ESTILO DE VIDA	28		08				
TEMAS/ UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº. U.R./ tema		CATEGORIA IV	Nº. UR CATEGORIA	COD. TEMAS		
CONSEGUIR VIVER MAIS	02	Sistema de apoio interrelacionado a adaptação à cirurgia bariátrica	Modo de adaptação Interdependência	14	17		
AJUDA/ APOIO	07				19		
ESPERANÇA	05				20		

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

4.3 MODO DE ADAPTAÇÃO FISIOLÓGICO DO PACIENTE

Nessa categoria, as falas relatam as “mudanças” com a alimentação especialmente a partir do momento que entram no período pós-operatório da cirurgia bariátrica. A subcategoria incluída aqui é: Mudanças na alimentação.

4.3.1 Mudanças na alimentação

Vemos através das entrevistas, que a maioria dos pacientes sabe o que deve fazer para dar continuidade ao tratamento pós-cirúrgico, como mudar a alimentação, mastigar bem e se adaptar a essas mudanças.

Eu ia passar a comer bem menos do que eu comia, tipo, que a minha vida ia mudar totalmente, a parte alimentar (PACIENTE 1, 33 anos).

Vou ter que comer parcialmente, mastigar bem os alimentos, mascar bem pra poder engolir e sempre em quantidades mínimas que eu puder adquirir. Vai ter que conviver pra gente ver com que a gente vai se adaptar né, porque aquela coisa a gente vai começar do zero, porque antes a gente comia qualquer coisa, de qualquer jeito de qualquer hora né, agora eu sei que não vou poder fazer isso né [...] (PACIENTE 3, 61 anos).

Que muda bastante, que você já não tem mais aquela vontade de comer igual era antes, que você come só um pouquinho e já enche [...] (PACIENTE 7, 31 anos).

Assim, que vou ter que deixar de comer muitas coisas que comia, de tomar, por ex.: refrigerante, gordura, doce, que em menores quantidades [...] (PACIENTE 9, 28 anos).

Que vou ter que mudar o meu estilo... minha alimentação tem que fazer acompanhamento com nutricionista, pra poder me acompanhar, pra vê se eu to fazendo a alimentação certinho [...] (PACIENTE 12, 28 anos).

Tal como citado por Garrido Júnior *et al.*, 2006 (*apud* GOMES E ROSA, 2009), adverte-se que a ausência de alteração de hábitos alimentares e a volta da obesida-

de nos pacientes que fazem esse tratamento cirúrgico são fatores que podem acontecer devido à falta de um acompanhamento com a nutricionista.

Magno *et al.* (2014), escreve que o apoio nutricional no período pré-operatório oferece uma maior taxa de triunfo no pós-operatório, e objetiva gerar perda de peso no início, reforçar o entendimento do paciente de que a diminuição de peso é executável quando o balanço energético se torna nulo, identificar falhas e desordens alimentares, comunicar as alterações significativas pelas quais ele passará iniciar ajustes na alimentação do paciente, promover probabilidades reais de perda de peso, aprontar o paciente para a alimentação e novos costumes no pós-operatório e averiguar o potencial do cliente para uma cirurgia com sucesso. Esse acompanhamento é essencial para atenuar os riscos da terapêutica cirúrgica e aperfeiçoar os resultados no pós-operatório.

Para ser perdido mais peso e manter o mínimo de ingestão calórica é indispensável uma dieta contrabalanceada incluindo alimentos ricos em vitaminas e minerais, baixa quantidade de gorduras e quantidades comedidas de carboidratos e proteínas. A introdução precoce de açúcares e gorduras e em volumosa quantidade pode trazer insucesso ao tratamento, por isso se torna fundamental a reeducação alimentar (GARRIDO JÚNIOR *et al.*, 2006 *apud* GOMES e ROSA, 2009, p. 472).

Dentro das concepções de Roy (*apud* RODRIGUES, PAGLIUCA E SILVA, 2004), o modo fisiológico, emprega-se a pessoas e se relaciona a uma dessas cinco necessidades fisiológicas fundamentais, que são: a oxigenação, nutrição, eliminação, proteção, atividade e repouso.

Também é de parecer de Roy (*apud* MCEWEN E WILLS, 2009), que o modo fisiológico-físico são questões físicas e químicas envolvidas na função e nas atividades dos organismos vivos; o imperativo subjacente é o ajustamento fisiológico, como observada no grau de contexto alcançado por meio da adaptação às mudanças nas necessidades.

Os pacientes bariátricos devem ter uma reeducação alimentar, quem sabe a fase mais complicada para esses clientes. O enfermeiro, juntamente com o psicólogo e satisfazendo às instruções médicas, devem acompanhar o cliente, guiando-o na dieta (ZAGO, 1993 *apud* ELIAS E PRADO-JÚNIOR, 2008).

A teoria do modelo de adaptação de Roy estabelece a base para a captação de que o indivíduo, como um sistema, tem a competência de se adaptar e instituir mudanças no meio. Sistema, indicado como o aglomerado de partes acopladas para trabalhar como um todo, tendo como foco certo objetivo e ser adaptável denota a aptidão de se amoldar efetivamente no meio ambiente em que vive às mudanças (ROY e ANDREWS *apud* PANEK, 2014).

O método de pesquisa-cuidado joga uma fonte de luz dentro do ser, enfocando suas probabilidades, sua vivência, o cerne do experimento (NEVES e ZAGONEL, 2006).

Foi possível realizar a orientação sobre as alterações na alimentação que teriam que ser feitas a partir do pós-operatório. No 2º dia a dieta é Líquida restrita fracionada que é liberada pelo médico, então dei as instruções sobre como teriam que tomar, seria aos poucos, não tudo de uma vez, para o organismo se acostumar e ficam nesta dieta durante dez dias, depois mais dez dias para alimentação pastosa e logo em seguida começa a dieta sólida, onde as mesmas têm que comer um pouco de verdura, salada e proteínas e tudo sem gordura, elas devem mastigar bem os alimentos e não comer quando estiverem estressadas, dessa forma não vão mastigar a comida e vão passar mal.

Pois o próprio organismo vai fazê-las colocar o alimento pra fora, pude explicar também sobre os efeitos colaterais mais comuns relacionados a esta cirurgia, lembrei que elas devem continuar o acompanhamento com a nutricionista, enfermeira e psicóloga além do médico, para que tenham êxito no pós-operatório. Dessa forma pude estimular e influenciar no enfrentamento deste paciente do pós-operatório da bariátrica e ajudar na adaptação do mesmo.

A cirurgia implica em mudança nos hábitos alimentares e adaptação com o novo volume do estômago. Muitos levam um tempo para habituar-se à quantidade e o tipo de alimentos deglutidos. A dieta, prescrita por um nutricionista, deve ser adotada duramente pelo paciente, entretanto, uns sintomas como vômitos e síndrome de Dumping podem aparecer se tais critérios não forem satisfeitos (BOSCCATTO *et al.*, 2011, p.197).

Os vômitos podem se iniciar quando o paciente excede o limite do estômago com amplo volume alimentar, come muito rápido ou tem intolerância a alguma espé-

cie de alimento. Pode haver casos de erro na técnica cirúrgica, onde a via por onde passam os alimentos é apertado em excesso (BOSCCATTO *et al.*, 2011, p.197).

A ingestão de carboidratos simples pode originar a chamada “Síndrome de Dumping” (náuseas, vômitos, rubor, dor epigástrica, sintomas de hipoglicemia), que pode exercer um importante papel na conservação da perda de peso (FANDIÑO *et al.*, 2004 *apud* LEMKE e CORREIA, 2008, p. 178).

Quando nutrientes passam pelo estômago e ingressam no intestino de maneira rápida e irregular, a capacidade digestiva e absorviva do intestino pode ser excedida. Diarreia, dor abdominal e sintomas agregados à hipoglicemia (sudorese, palpitações, fraqueza) são elementos acentuados na síndrome de dumping (SHILS *et al.* 2003 *apud* LEMKE e CORREIA, 2008, p. 180).

Com os depoimentos pode-se observar que os pacientes tem algum conhecimento sobre o que devem fazer para dar continuidade ao tratamento cirúrgico da obesidade, mas não tem ideia das consequências que esse tratamento trás. Eles têm que está se tratando no pré-operatório e treinando (mastigação, comer pouco e consequente perda de peso) para que no pós-operatório não seja tão difícil, pois vão está condicionando o psicológico a aceitar as mudanças mais facilmente.

O cuidar em enfermagem está sempre presente no processo educativo que diz: cuidando de outra pessoa, tenho a obrigação de ensiná-la a cuidar de si mesmo, a não ser que eu queira o seu condicionamento a mim, o que causa contrariedade à definição do cuidar (GAUTHIER e HIRATA, 1994 *apud* SANTOS *et al.*, 2002, p.123).

Ao cuidar dos pacientes e falar dos novos hábitos alimentares que teriam que seguir e as consequências da não adesão ao tratamento, pude empoderá-los no que tange aos seus próprios cuidados e transmitir o conhecimento para os mesmos terem autonomia para seguir caso queiram realmente atingir os seus objetivos.

4.4 MODO DE ADAPTAÇÃO AUTOCONCEITO: EU PESSOAL E EU FÍSICO

Na categoria Modo de adaptação autoconceito: eu pessoal e eu físico, os pacientes revelam através de suas falas como estão enfrentando essas mudanças, ba-

seados em suas experiências. Essa categoria abrange as subcategorias: Mudanças psicológicas causadas pela cirurgia bariátrica e Mudanças físicas causadas pela cirurgia bariátrica.

Para Roy *apud* Rodrigues, Pagliuca e Silva, 2004, o modelo de autoconceito é um dos modos psicossociais, de revelação do comportamento, que faz referência à opinião que a pessoa tem sobre si própria. O mesmo enfoca, designadamente, os aspectos espirituais e psicológicos do paciente e sua necessidade subjacente é a integridade psíquica e espiritual. Este modo compreende duas subáreas: o self físico e o self pessoal.

Para Emídio *et al.* (2008) *apud* Rato (2014), o autoconceito é demarcado como a imagem que a pessoa tem de si próprio e no que acredita ser e que não é inato, começa a ser estabelecido na meninice, e tem em conta o choque das opiniões alheias.

4.4.1 Mudanças psicológicas causadas pela cirurgia bariátrica

Através das entrevistas dos pacientes percebeu-se que as mudanças podem ser encaradas para alguns com: persistência, força de vontade e para outros com arrependimento, pois não foram bem preparados para esse pós-operatório.

De acordo com Roy *apud* Rodrigues, Pagliuca e Silva, 2004, o self pessoal abrange três componentes: a) self consistência; b) self ideal, e c) self ético, moral e espiritual. A autoconsciência significa os esforços da pessoa para conservar auto-organização e evitar o desequilíbrio. O autoconceito ideal se resume no que a mesma almeja ser e fazer, e o ser moral-ético- -espiritual representa o conjunto de crenças e auto avaliação (FREITAS *et al.* 2014, p. 906).

Falando sobre outro paciente: [...] Eu tava pensando hoje que se eu tivesse chego aqui e tivesse esperado no quarto o abençoado chegar aí pós-cirúrgico eu tinha saído fora [...] (Paciente 4, 35 anos).

[...] Gordo pensa como gordo e pra comer o que é bom tem que comer muito, agora tem que pensar como magro, não, comer pouco mais é bom [...] (Paciente 5, 47 anos).

Agora eu to bem, mas quando saí do centro cirúrgico você sente um arrependimento. No primeiro dia, no primeiro momento que você sai do centro

cirúrgico que os médicos vêm falar com você daí que você tá com dor te dá um arrependimento [...] (Paciente 7, 31 anos).

No primeiro momento eu queria ter voltado atrás, quando eu cheguei aqui no quarto, queria ter saído correndo [...] (Paciente 8, 26 anos).

[...] Mas eu acho que mais é dá gente mesmo o nosso psicológico mesmo que vai mandar. Só depende da própria pessoa mesmo da da da disposição, da vontade própria [...] To feliz que tomei uma decisão na minha vida [...] (Paciente 9, 28 anos).

Há, tem que mudar a cabeça né, não pode mais pensar como gordo né [...] (Paciente 12, 28 anos).

Quem deixa de ser obeso mórbido passa por muitas transformações na vida. A pessoa que escolhe passar pela cirurgia deve estar ciente que está a optar por imensas mudanças interiores quanto exteriores, mas também está preferindo a vida (LEVY, 2004 *apud* CAMPAGNOLO *et al.* 2004).

Em complementação as condições referentes ao peso e às comorbidades, em 1991 o Instituto Nacional em Saúde dos Estados Unidos passou a encorajar enfoque multidisciplinar ao paciente no período pré-operatório, abrangendo a avaliação psicológica prévia à operação, como parte efetiva do processo. E o Consenso Bariátrico Brasileiro e o Conselho Federal de Medicina apoiaram essa prática, visto que reivindicam a assistência de um psicólogo ou psiquiatra na equipe multidisciplinar (FLORES, 2014, p. 59-60).

Para Flores (2014), são avaliados pelos psicólogos os fatores que influenciam na avaliação psicológica que se aplica em diferentes aspectos da vida do paciente. Dentre os fatores estão: entendimento do paciente quanto à operação e as alterações no estilo de vida e que são indispensáveis; perspectivas quanto aos efeitos; disposição para aderir às sugestões operatórias; conduta alimentar (histórico de peso, dietas, exercício físico); comorbidades psiquiátricas (atuais e prévias); causas para efetivar-se à técnica cirúrgica; base social; uso de substâncias; status socioeconômico; contentamento conjugal; funcionamento cognitivo; amor-próprio; histórico de trauma/abuso; qualidade de vida e formação da ideia de suicídio.

Outras causas que podem protelar a operação envolvem: falta de apreensão dos riscos, benefícios e resultados do processo cirúrgico; relutância em aderir aos conselhos pós-operatórios; retardo mental severo; múltiplos experimentos de suicídio ou tentativa de suicídio no presente; sinais ativos de transtorno obsessivo com-

pulsivo e de transtorno bipolar; estressores de vida severos; uso de nicotina (FLORES, 2014, p. 60).

Esse modo de autoconceito descreve-se como pressuposto da inteireza psíquica, como dependente do conhecimento do self (noção do eu), abrangendo a representação mental da vivência pessoal, incluindo processos de ideias (SANTOS, CALCANTE e BERARDINELLI, 2011, p. 49).

A pesquisa-cuidado aumenta o espírito de investigação do enfermeiro, em que ao agrupar as informações do paciente é capaz de avaliar e tomar resoluções relacionadas e imperativas a cada circunstância particular de cuidado (NEVES e ZAGONEL, 2006).

Através das falas e com relação às citações pode-se entender que alguns pacientes não estão preparados para esse tratamento cirúrgico, pois demonstram arrependimento logo após a cirurgia. Como diz Flores às causas para se adiar a operação é justamente a não compreensão do processo operatório, o que não acontece, pois ainda temos pacientes despreparados na mesa de cirurgia.

Cuidar no dia-a-dia não é ato tedioso, mas sim de inspiração, juntamente com os pacientes. Criação de formas originais de particularidades, de formas inovadas de vida. Para expandir com atribuição e aptidão de seu papel profissional, a enfermeira necessita instruir-se e sair de uma concepção meramente técnica e funcional, dependente do poder biomédico (GAUTIER e HIRATA, 1994 *apud* SANTOS *et al.*, 2002, p.124).

O grau de adaptação é a denominação dada ao ponto de mudança que simboliza a habilidade da pessoa para responder positivamente a uma circunstância, sendo esta capacidade influenciada pelas cobranças da situação e o estado interno atual da pessoa (ROY e ANDREWS *apud* PANEK, 2014).

É justamente o que foi feito neste estudo, interrelacionar a pesquisa, teoria e a prática do cuidar, servindo de estímulo para que os pacientes tivessem uma resposta positiva no pós-operatório. Mas ainda temos muito que mudar, pois com relação ao paciente ser orientando e a enfermeira orientadora, era para no pré-operatório estes pacientes serem empoderados de conhecimento sobre a sua cirurgia, assim se sentiriam mais seguros da decisão que tomaram. E tem os outros também que ao

exporem seus pensamentos, vemos que estão bem preparados e conseqüentemente vão enfrentar e se adaptar de uma maneira mais rápida.

4.4.2 Mudanças físicas causadas pela cirurgia bariátrica

Nessa subcategoria foi viável notar que os pacientes já se percebem mais como querem ser e estão dispostos a se adaptar e mudar para que possam chegar ao seu objetivo que é emagrecer.

Segundo Roy *apud* Rodrigues, Pagliuca e Silva (2004), o self-físico abarca dois componentes: a) sensação corporal, definida como a habilidade para notar-se e vivenciar-se como um ser físico, e b) imagem corporal, maneira de se ver física e visivelmente. A percepção do corpo é como a pessoa expõe o ser físico e a figura do corpo é como a mesma olha o seu físico (FREITAS *et al.*, 2014, p.906).

[...] Você sente quando você tá emagrecendo, minha barriga tá mole, tá toda flácida, então eu achei alguma coisa errada, acho que perdi peso [...] (Paciente 5, 47 anos).

[...] Começar a fazer mais atividades físicas [...] (Paciente 10, 25 anos).

[...] Depois que o médico liberar fazer exercício físico, não adianta nada fazer a cirurgia e não fazer exercício depois e é isso [...] (Paciente 11, 20 anos).

[...] Dando um passo de cada vez pra mim conseguir o meu objetivo que é emagrecer né [...] (Paciente 13, 35 anos).

[...] A obesidade não é nem um pouco saudável né, [...] (Paciente 16, 33 anos).

A cirurgia bariátrica confirmou ser um método competente no tratamento da obesidade, gerando uma significativa diminuição do peso e contentamento com a imagem corporal, embora seguida de sintomas e/ou dificuldades no pós-cirúrgico (BOSCATTO *et al.*, 2011, p. 197).

Para Sant' Helena e Dal Prá (2013), para que a cirurgia bariátrica tenha sucesso, a terapêutica cirúrgica não é o final, é imperativa a concretização do acompanhamento pós-operatório de modo adequado para que o peso perdido não volte. Durante a fase pós-operatória, diversas dimensões da vida do paciente são transformadas e é necessária a análise dessas.

Os experimentos da vida sucedem por meio do corpo. É com este e por meio deste, que se vivencia a experiência. Dessa forma, o corpo tem afinidade direta com o mundo, é o ponto de vista, referência das pessoas e para elas e para os outros. É o ambiente onde o indivíduo conhece a si, campo dos pensamentos integrais e discernimentos, por isso, deve-se observar como a pessoa o avalia e como viabiliza os seus potenciais (FREITAS *et al.* 2014, p.908).

O exercício físico regular oferece: acréscimo na autoestima; descanso para o estresse; elevação do bem estar; diminuição da depressão; desenvolvimento da autoimagem; conservação da autonomia; redução do afastamento social; redução da PA; domínio do peso corporal; melhora da mobilidade; aumento do vigor muscular e da resistência física; melhora do condicionamento cardiovascular; melhora do emprego da glicose pela célula, independentemente da insulina; domínio dos agrupamentos de triglicérides e do colesterol, fazendo o HDL aumentar (ZILBERSTEIN e colaboradores, 2004 *apud* ASSIS, MELO e SILVA, 2012, p. 108).

Fica evidente de acordo com as respostas das entrevistas que os pacientes já têm a sensação do corpo emagrecido, já tem a percepção do próprio corpo e tem a figura em mente de como quer ficar. E através das atividades físicas vão conseguir chegar aos seus objetivos.

A ação de cuidar envolve o intercâmbio entre quem cuida e quem é cuidado, e essa ação compreende a técnica e a sensibilidade. O caráter holístico do cuidado abarca a dimensão física, moral, espiritual, psicológica, social e cultural da pessoa que cuidamos (FERREIRA e ALMEIDA FILHO *apud* SANTOS *et al.*, 2002, p. 211).

4.5 MODO DE ADAPTAÇÃO FUNÇÃO DE PAPEL

Nessa categoria, os depoimentos relatam a “função de papel” a partir do momento que fazem a cirurgia. A subcategoria incluída aqui é: Adaptação a um novo estilo de vida.

O modo de desempenho de papéis é outro dos modos psicossociais de Roy e enfoca nomeadamente os papéis que a pessoa preenche na sociedade e seu comportamento (ROY *apud* RODRIGUES, PAGLIUCA e SILVA, 2004, p.169).

4.5.1 Adaptação a um novo estilo de vida

O modo de adaptação de função de papel ou desempenho na vida concreta sobrevém sobre os papéis que o indivíduo preenche na sociedade, é a necessidade de ter ciência de quem é em relação a outras pessoas para que possa atuar (MAAS, 2012, p. 32).

[...] Eu tenho a minha mãe o meu menino, tenho minha cunhada que ela fez também a bariátrica, ela tá bem por dentro, ela já falou que vai comprar as coisas pra mim, vai cuidar de mim, assim, ela sabe o que pode o que não pode (Paciente 3, 61 anos).

Paciência, determinação, vontade de ter uma vida nova, isso aí é uma vida nova né [...] (Paciente 4, 35 anos).

Conheço o que as minhas irmãs fizeram e foi bom pra elas e uma amiga delas, mudou cem por cento a vida delas [...] mais mudou só pra melhor [...] Força de vontade porque é uma mudança radical né, uma mudança que você se obriga a fazer [...] (Paciente 15, 44 anos).

O emagrecer denota muito mais do que apenas diminuição de peso, constitui um experimento de mudança de vida, tentativa de ser aceito como normal e sentir-se como tal. Essas alterações são muito ansiadas e desejadas, mas não é fácil, e na maior parte das vezes são edificadas em cima de danos significativos (THEODORO, 2014).

Por mais que se sofram muitos anos com o excesso de peso esperando emagrecer, a obesidade é familiar. Às vezes nos deparamos com situações desagradáveis, mas que são nossas e é difícil de abrir mão. Um modelo é o formato com que nos ligamos às pessoas e o mundo. A forma de interatuar e se comportar foram estabelecidos sob o estado de obeso e influídas pela marca social da obesidade. Então, mudar estabelece uma redefinição da própria vida, de como se identifica e se toma uma posição frente as mais variadas circunstâncias. E apesar da esperança de que o emagrecimento resolveria muitas dificuldades, e isso é uma veracidade, de-

terminados pacientes podem manifestar problemas durante a mudança do corpo gordo para o magro (THEODORO, 2014).

Devemos sugerir estratégias certas de domínio e modificação, favorecendo conhecimentos sobre a doença e a terapêutica cirúrgica, propiciando ambiente para manifestação de sentimentos, dúvidas e medos, oferecendo ajuda psicossocial, promovendo adesão ao tratamento, pensando acerca de como o paciente se adaptará ao novo estilo de vida (AKAMINE e ILIAS, 2013).

O modelo de adaptação de Roy indica a ideia de ambiente, percebido como o mundo interior ou exterior do indivíduo. O ambiente em alteração estimula o indivíduo a gerar respostas adaptáveis. À medida que o ambiente se altera a pessoa tem chances de continuar a crescer, de se expandir e identificar o sentido da vida para todos (ROY e ANDREWS *apud* PANEK, 2014).

São pessoas que lutaram por muito tempo contra a balança, contra o preconceito e que exerceram sua função de papel no estado obeso, como mãe, pai, irmão, irmã, marido, esposa, filha, tia, filho, tio e agora vão ter de se redefinir, enfrentar e se adaptar a esse novo estilo de vida e atuar nos mesmos e em novos papéis, só que agora no estado de magro.

Contestar o cuidado e a ação de cuidar promove um entendimento de corpo que ultrapassa a sua conceituação sob o ponto de vista biológico e biomédico, pois se faz mister entendê-lo como manifestação do sujeito que se edifica influenciado pela cultura, pela sociedade e pelo contexto histórico, político e econômico no qual está implantado (FERREIRA e ALMEIDA FILHO *apud* SANTOS *et al.*, 2002, p. 211).

4.6 MODO DE ADAPTAÇÃO INTERDEPENDÊNCIA

Essa categoria estabelecida a partir da subcategoria: Sistema de apoio interrelacionado a adaptação à cirurgia bariátrica, busca confirmar a influência do apoio/ajuda, da vontade de viver e do ter esperança que agora vai conseguir realizar o sonho de emagrecer.

O modo de interdependência é explicado como relação estreita entre as pessoas. Estas afinidades envolvem o desejar e disposição de amar, respeitar e valorizar os outros e acolher e responder ao amor, respeito e valor oferecidos por outros. É um modo social porque seus imperativos são satisfeitos através da influência social (ROY *apud* RODRIGUES, PAGLIUCA e SILVA, 2004, p. 169).

A relação direta do enfermeiro com o paciente no dia a dia de cuidado permite a captação de informações, as quais auxiliam a pesquisa, fortificam a teoria e novamente regressam para a prática em um curso circular continuado (NEVES e ZAGONEL, 2006).

Ao assisti-los, pude meditar, idealizar, ponderar, oferecendo a prática de cuidar significações tanto emocionais como racionais que estão incluídos na ação do cuidado, isso de acordo com Figueiredo *apud* Santos *et al.*, 2002, p. 180.

4.6.1 Sistema de apoio interrelacionado a adaptação à cirurgia bariátrica

O modo de interdependência consiste nas interações pertinentes ao dar e receber amor, respeito e valor, que leva em reconhecimento os outros significativos e os sistemas de apoio, adaptação afetiva, táticas de combate para a separação e solidão. Todos esses modos estão interrelacionados (ROY e ANDREWS, 2001 *apud* MASS, 2012, p. 32).

[...] Ajuda também assim do meu pai, que mora eu e ele e só, então ele vai ter que me ajudar pra mim poder se adaptar nisso e também eu me esforçar muito para ter essa adaptação [...] (Paciente 7, 31 anos).

[...] Força de vontade né e ajuda, ajuda dos meus familiares [...] (Paciente 8, 26 anos).

[...] É bom ter apoio das pessoas, mas não são as pessoas que vão fazer pela a gente é nós mesmos [...] Eu quero conseguir me manter firme nessa postura, pra ter o resultado que eu quero, o resultado esperado (Paciente 9, 28 anos).

[...] Pois eu brigo com a minha obesidade desde 12-13 anos e eu sempre achando que não eu vou conseguir, eu vou conseguir e derrepente você chega aos 35 anos e fala assim, você não conseguiu, aí eu falei agora eu vou (Paciente 13, 35 anos).

[...] Assim eu abro mão da cervejinha que eu gosto de tomar, abro mão de todas essas coisas aí, pra eu conseguir viver um pouco mais [...] Disciplina e apoio das pessoas do meu dia dia (Paciente 16, 33 anos).

Mas aliviado, mais antes da cirurgia estava nervoso, mais depois que eu me internei fiquei mais calmo, não tinha como fugir (Paciente 17, 33 anos).

Deve-se conferir o suporte familiar e o quanto o paciente está envolvido e informado a respeito do tratamento e seus desenvolvimentos que fazem parte das intervenções psicológicas (AKAMINE e ILIAS, 2013).

A Família também passa pelas transformações para dar suporte e ajuda ao paciente nesta hora de recuperação, a alteração dos papéis familiares e a adaptação aos novos papéis é um interessante processo (SANT ' HELENA e DAL PRÁ, 2013).

Apesar das mudanças e alterações nos arranjos familiares, a família é um intenso agente que protege socialmente os seus membros e que atua na saúde de seus membros, não obstante o potencial para proteger carece de apoio (CARVALHO, 2010 *apud* SANT ' HELENA e DAL PRÁ, 2013).

Os pacientes através de seus depoimentos demonstram que para se adaptarem à nova condição de vida vinda como consequências da tomada de decisão de vivenciar a cirurgia bariátrica precisam do apoio, da acolhida que só a família sabe dar, mas tem consciência que precisam enfrentar, se adaptar por eles mesmos e tem esperança de agora conseguir concretizar seus sonhos.

Os cuidados de enfermagem como salientam Roy e Andrews *apud* Panek (2014), compreendem a julgamento do comportamento e os incentivos que influenciam a adaptação.

Para Roy e Andrews *apud* Panek (2014), a capacidade de retorno positiva a estas modificações é uma papel da condição de adaptação da pessoa, uma questão de mudança influenciada pelas cobranças da situação e os recursos interiores, incluindo disposições, esperanças, sonhos, aspirações e motivações.

Em função da pesquisa-cuidado aliada a teoria de adaptação de Roy, pode-se ser colocado em prática o cuidado do ser que vivenciou a cirurgia bariátrica, de modo que a enfermeira enquanto educadora/orientadora dando estímulo e fortalecendo o paciente para que siga com seus desejos, continuamente colocando em prática tudo que aprendeu.

A 3ª etapa da análise de conteúdo de Bardin (2010), o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, onde o crítico tem a sua disposição implicações signifi-

cativas e fiéis, para apresentar suas interpretações a respeito dos objetivos já previstos ou ainda assuntos que possam ter sido desvendados pela análise dos documentos.

Através da análise do conteúdo apreendido foi possível a identificação de um perfil sóciodemográfico dos pacientes, que se encontram neste processo de vivenciar a cirurgia bariátrica. Estes dados sóciodemográficos aliados aos relatos obtidos durante as entrevistas levam a interpretação mais completa sobre as reais condições de cada família, levantando assim, os problemas culturais, financeiros, grau de compreensão da obesidade e do tratamento cirúrgico enfrentado.

A partir deste levantamento, e da cuidadosa análise dos discursos dos pacientes da amostra estudada emergiram as Unidades de Contexto e Unidades de Significação que proporcionaram a identificação de como se dá o processo de enfrentamento e adaptação destes pacientes, frente ao processo de cirurgia bariátrica.

A percepção da significação atribuída por cada um destes pacientes, diante do processo de cirurgia bariátrica, se deu em parte pelos discursos coletados e transcritos, mas também pela apreensão durante a entrevista, de manifestações que ocorreram como ansiedade, devido a não saber do futuro.

A análise dos conteúdos com aplicação da teoria de enfermagem de Roy, e também por meio da pesquisa-cuidado permitiu criar através da identificação de problemas, cuidados essenciais neste processo de enfrentamento e transição visando a melhor adaptação para este processo.

Para isso o apoio do entrevistado tornou-se necessário, uma vez que elementos subjetivos pautados em sentimentos, crenças e situações vivenciadas só podem ser avaliados por meio do testemunho de cada paciente que já passou pela cirurgia bariátrica.

Por meio das entrevistas com os pacientes, que vivenciaram a cirurgia bariátrica foi possível identificar que há necessidade de ouvir e auxiliar estas pessoas neste processo de transição, pois muitos são os sentimentos como, medos, incertezas e dificuldades enfrentadas durante este processo de adaptação à nova realidade.

Coloquei-me à disposição para esclarecer todas as dúvidas que poderiam surgir no decorrer da entrevista e inclusive depois da cirurgia para que se necessitassem poderiam entrar em contato para tirarem dúvidas sobre a cirurgia, alimentação

e FO. E dessa forma pude continuar cuidando mesmo de longe e as encaminhando quando era necessário aos respectivos especialistas.

Os cuidados aos pacientes foram efetivados por meio do referencial da teoria de Enfermagem de Roy que vem facilitar a implementação teórico-metodológica, colocando os cuidados de enfermagem na compreensão destes acontecimentos como centrais.

Os pacientes na hora da entrevista se apresentaram de várias formas como: Decididos, arrependidos, pessimistas, calmos, felizes, ansiosos, otimistas, tranquilos, com muitas dúvidas, bem orientados e esperançosos. Através da pesquisa-cuidado e teoria de enfermagem de Roy foi possível unir pesquisa, teoria e prática pra cuidar e orientar à medida que as duvidas surgiam e mesmo que não surgissem, orientei de acordo com pesquisas feitas e por ter vivenciado e estar ainda vivenciando este processo de adaptação a cirurgia bariátrica, alguns me agradeceram e ao final me dispus à dar novas informações.

A definição da realização da pesquisa-cuidado abrange em si uma magnitude humanista, é um instrumento para auxiliar o ser pesquisador e o ser pesquisado a um devir harmonioso, permitindo ao pesquisador apreender a significação conferida à experiência dos pacientes que passam pelo processo de cirurgia bariátrica e formular cuidados ao longo da pesquisa (NEVES e ZAGONEL, 2006).

A pesquisa-cuidado alia ao mesmo tempo a teorização, o embasamento teórico e a prática do cuidado, de acordo com Neves e Zagonel (2006). Neste aspecto, a eleição do referencial teórico de Roy e sua coerente juntura ao método de pesquisa subsidiou a definição da composição do processo de enfermagem ao ser colocado em prática.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização desta pesquisa foi de grande valia, sendo possível entender o peso do desempenho do enfermeiro frente ao cuidar de Enfermagem, dedicado a pacientes que vivenciaram a cirurgia bariátrica.

Enfatiza-se que o modelo teórico de Roy considera o cuidado de enfermagem como um intercâmbio persistente com o meio e que devem ser realizado em várias dimensões, sendo estas descritas pelos conceitos que a teorista aborda, focalizando a necessidade de modificar os problemas de adaptação dos pacientes em indicadores positivos. Dessa forma, torna-se importante o aproveitamento desse modelo ao cuidado de pacientes que passam pelo processo de cirurgia bariátrica, colaborando para promoção da adaptação e integridade do paciente. E o uso do cuidado em enfermagem sob o contexto de uma teoria enriquece cientificamente a profissão e subsidia a assistência.

O método de pesquisa-cuidado guiou segundo seus intentos o cuidado de enfermagem, possibilitando passar pelos modos de adaptação de Roy, pretendendo que o enfermeiro tenha uma aproximação maior com os pacientes que estão passando pelo processo descrito e estimulando os mesmos a encontrar modos e opções para melhor enfrentar o pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Os objetivos demarcados no processo de consumação desta pesquisa são estabelecer o perfil sóciodemográfico dos pacientes que vivenciaram o processo de cirurgia bariátrica, apreender a significação atribuída pelo paciente sobre o processo de cirurgia bariátrica vivenciado, com base no modelo de adaptação de Roy e identificar como se dá o processo de enfrentamento e adaptação do paciente diante da cirurgia bariátrica.

Através da análise dos dados sóciodemográficos foi possível projetar um perfil dos pacientes que vivenciaram a cirurgia bariátrica e com estes dados também ajudar no entendimento de algumas das falas durante as entrevistas.

A fala dos pacientes entrevistados permitiu a compreender como se dá o processo de enfrentamento e adaptação diante da vivência da cirurgia bariátrica. De cada paciente se apanhou pontos importantes durante este processo, o que permitiu

o estabelecimento de Unidades de Contexto e Unidades de Significação propostas pela técnica de análise de conteúdo de Bardin interrelacionada com os modos de adaptação de Roy propostos pela mesma, que são: fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência, bem como a identificação de prioridades de cuidado para estes pacientes aliando assim, o referencial teórico escolhido ao referencial metodológico da pesquisa-cuidado.

No modo de adaptação fisiológico onde os pacientes demonstraram ter conhecimento sobre as mudanças com a alimentação, mas não sabem dos efeitos colaterais causados pela não adesão às alterações alimentares, pode-se promover através das ações do pesquisador-cuidador respostas adaptativas com a explicação e orientação sobre tudo que iria acontecer quando já estivessem se alimentando normal, ou seja, alimentação sólida, dessa forma, empoderando-os de conhecimento para que possam ter uma adaptação eficaz.

No modo de adaptação autoconceito: eu pessoal, onde alguns dos pacientes se arrependeram de ter feito a cirurgia, então possibilitei a verbalização dos sentimentos como: medos, preocupações vivenciados durante o processo que tornaram esse momento ainda mais difícil e por experiência própria do pesquisador-cuidador foi possível mostrar aos pacientes que esse era um primeiro momento pós a cirurgia e tudo ia passar e houve o esclarecimento de dúvidas relacionadas ao procedimento. No eu físico vemos pacientes já com a percepção do próprio corpo, da autoimagem e foi incentivado a eles o exercício físico logo que o médico os achasse aptos para o mesmo e dessa forma, caminhando para um aumento da autoestima.

No modo de adaptação função de papel é a função que a pessoa exerce na vida real, nos depoimentos os pacientes falam de serem filhos, pais, amigos, cônjuges e do fato de serem agora os pacientes que precisam ser cuidados, então através da comunicação ajudei-os a saberem que logo estariam capacitados à retomada de suas atividades e responsabilidades, tanto familiares quanto laborais, de acordo com algumas indicações multiprofissionais.

No modo de adaptação interdependência é o dar e receber amor, respeito, valor, leva em consideração os outros significativos, os sistemas de apoio, adequação afetiva. Vemos em seus testemunhos que necessitam do apoio da família e amigos para que possam se adaptar a essa nova condição, então foi possível esclarecer

que cada pessoa sendo da família ou não tem suas crenças, seus modos de ver a vida e um jeito para se adaptar ao que é imposto a elas e que só o próprio paciente teria que buscar essa adaptação por si mesmo.

A pesquisa permitiu a compreensão de que cada paciente leva consigo vivências, temores, problemas, projetos entre outras características que devem ser considerados, ponderados e a partir delas muitos cuidados podem ser suscitados.

É de extrema importância que a equipe multidisciplinar esteja presente, pois durante esse processo o papel do enfermeiro, bem como o da equipe de enfermagem, se torna fundamental no enfrentamento, transição e adaptação ao processo de cirurgia bariátrica, sendo estes profissionais os que passam o maior tempo no cuidado deste paciente durante este processo.

Dessa forma, o ouvir cada paciente e a utilização da teoria de Roy durante este processo auxiliou o enfermeiro, na prática de cuidados que impelem a uma adaptação mais eficaz, diante da vivência da cirurgia bariátrica.

Sugere-se que os enfermeiros se apoderem de uma teoria de enfermagem para que possam prestar os cuidados necessários a cada paciente individualmente, pois dessa forma, vão estar se apropriando de conhecimentos para que possam ter um cuidar com qualidade e humanismo.

REFERÊNCIAS

ANDRES, J.C.; LIMA, R.A.G.; ROCHA, S.M.M. Experiência de pais e outros familiares no cuidado à criança e ao adolescente após Transplante de Medula Óssea. **Rev.Bras.Enferm.** São Paulo, v.58, n.4, p.416-421, 2005.

ASSIS, P.R.R; MELO, C.D; RODRIGUES, R.A.S. Exercício Físico Resistido Pós-Cirurgia Bariátrica:Relato de Caso. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo v.6, n.32, p.106-115, Mar/Abr. 2012. ISSN 1981-9919.

AKAMINE, A.M.B.C. e ILIAS, E.J. Por que avaliação e preparo psicológicos são necessários para o paciente candidato à cirurgia bariátrica?. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. 2013, vol.59, n.4, pp. 316-317. ISSN 0104-4230.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. 4 ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BOSCATTO, E.C. et al. **Aspectos físicos, psicossociais e comportamentais de obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica**. J Health Sci Inst. 2010;28(2):195-8. Disponível em:<
http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/02_abr-jun/V28_n2_2010_p195-198.pdf>Acesso em 09 de junho de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde (BR). **Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução n. 466/12 de 12 de dezembro de 2012 – CNS. Brasília, DF, 2012.

BRUNNER E SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10 ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CARAVATTO, P.P.; PETRY, T.; COHEN, R. Cirurgia Bariátrica em Adolescentes. **Blucher Medical Proceedings**. Novembro de 2014, Número 4, Volume 1. Disponível em:<
<http://www.proceedings.blucher.com.br/pdf/medicalproceedings/2cisep/018.pdf>>Acesso em 03 de Maio de 2015.

CARVALHO, C.W.; DANI, C.; KAMINSKI, R.S.; LOPES, N.M.C.; BOCK, P.M. Perfil farmacoterapêutico de pacientes obesos pré-cirurgia bariátrica. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde** São Paulo v.5 n.3 6-11 jul./set. 2014.

CARLUCCHI, E.M.S. *et al.* **Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular.** *Com. Ciências Saúde.* 2013; 24(4): 375-384. Disponível em:<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/obesidade_sedentarismo_fatores_risco_cardiovascular.pdf>Acesso em 30 de maio de 2015.

CAMPAGNOLO, C.Q. *et al.* **A Influência do Acompanhamento Psicológico na Opinião de Pacientes que se Submeteram à Cirurgia Bariátrica na Cidade de Curitiba.** (2004). Disponível em:<
<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0248.pdf>>Acesso em 10 de junho de 2015.

COELHO, S.M.S. and MENDES, I.M.D.M. Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. **Esc. Anna Nery** [online]. 2011, vol.15, n.4, pp. 845-850. ISSN 1414-8145. Disponível em: <
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>>Acesso em 10 de agosto de 2014.

FANDIÑO, J; BENCHIMOL, A.K.; COUTINHO, W.F.; APPOLINÁRIO, J.C. **Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos.** *R. Psiquiatr. RS*, 26'(1): 47-51, jan./abr. 2004. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n1/20476.pdf>>Acesso em 28 de outubro de 2014.

FERNANDES, ACV. **Avaliação de enfermagem aos pacientes obesos mórbidos nos programas de pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica.** Rio de Janeiro, 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <
http://teses2.ufrj.br/51/dissert/EEAN_M_AnaClaudiaViannaFernandes.pdf>Acesso em 24 de maio de 2014.

FLORES, C.A. **Avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: práticas atuais.** Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo) versão impressa ISSN 0102-6720 ABCD, arq. bras. cir. dig. vol.27 supl.1 São Paulo 2014. Disponível em:<
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-6720201400S100015>>Acesso em 17 de fevereiro de 2015.

FREITAS, M.C. Idosos residentes em uma instituição de longa permanência:

adaptação à luz de Callista Roy. **Rev Bras Enferm.** 2014 nov-dez;67(6):905-12.

FERREIRA, Márcia de Assunção; FILHO, Antônio José de Almeida. **Fundamentos sobre o Corpo no Cuidado.** Enfermagem Fundamental: realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu, 2002.

FIGUEIREDO, Nélia Maria A. **Uma perspectiva do Cuidar em Enfermagem Considerando a Estética, Ecosofia e Autopoiese.** Enfermagem Fundamental: realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu, 2002.

GAUTHIER, Jacques; HIRATA, Marisa. **A Enfermeira como Educadora. Enfermagem Fundamental: realidade, questões, soluções.** São Paulo: Atheneu, 2002.

GRECCO, M.S.M. **Validação de índice de massa corporal (IMC) ajustado pela massa gorda obtida pela impedância bioelétrica.** Ribeirão Preto 2012. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17138/tde-13072012.../Tese.pdf>>Acesso em 09 de Maio de 2015.

ICTO – Instituto de Campineiro de Tratamento da Obesidade. **Técnicas de cirurgia bariátrica.** 2014. Disponível em:<http://www.cirurgiadaobesidade.net/area_tecnico.php?id=5>Acesso em 29 de outubro de 2014.

ICTO – Instituto de Campineiro de Tratamento da Obesidade. **História da cirurgia bariátrica.** 2015. Disponível em:<http://www.cirurgiadaobesidade.net/area_tecnico.php?id=3>Acesso em 25 de Abril de 2015.

JÓIA-NETO, L; LOPES-JUNIOR, AG e JACOB, CE. Alterações metabólicas e digestivas no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **ABCD, arq. bras. cir. dig.** [online]. 2010, vol.23, n.4, pp. 266-269. ISSN 0102-6720. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202010000400012>>Acesso em 30 de julho de 2014.

KANTOVISCKI, A.L.L. **A vivência do processo de menopausa para mulheres: uma contribuição para a enfermagem.** Rio de Janeiro; s.n; 2010. 64 p. ilus. Disponível em:< <http://bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-23268>>Acesso em 04 de junho de 2015.

LANGARO, F.; VIEIRA, A. P.K.; POGGERE, L.C. e TRENTINI, C.M. **Características de personalidade de mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica.** Aval. psicol. [online]. 2011, vol.10, n.1, pp. 71-79. ISSN 1677-0471. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712011000100008&script=sci_arttext>Acesso em 03 de Maio de 2015.

LEMKE, G.M.M.N; CORREIA, J.S.C. **Tratamento cirúrgico da obesidade e a ocorrência da síndrome de dumping.** Faculdade São Lucas e São Mateus – Porto Velho-RO. Saber Científico, Porto Velho, 1 (1): 176 -193, jan./jun.,2008. Disponível em:<<http://www.revista.saolucas.edu.br/index.php/resc/article/view/11>>Acesso em 18 de fevereiro de 2015.

LIMA-FILHO, J.V.; **Cirurgia da obesidade: caracterização psicossocial e psicopatológica dos candidatos.** Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde-Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento-Pernambuco 2008. Disponível em:<http://repositorio.ufpe.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/8281/arquivo4177_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>Acesso em 03 de Maio de 2015.

MAAS,T. **O processo de transição do ser adolescente hospitalizado com doença crônica sob a ótica da enfermagem.** (2006). Disponível em:<<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oTaniaMaas.pdf>>Acesso em 10 de junho de 2015.

MARIANO, M.L.L; MONTEIRO, C.S. and PAULA, M.A.B.de. Cirurgia bariátrica: repercussões na vida laboral do obeso. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online]. 2013, vol.34, n.3, pp. 38-45. ISSN 1983-1447.

MS/OPANS. MINISTÉRIO DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde.** (2014) Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectivas_desafios_cuidado_pessoas_obesidade.pdf>Acesso em 30 de maio de 2015.

MCEWEN, M.; WILLS, E. **Bases teóricas para enfermagem.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MOREIRA *et al.* Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev Rene.** 2013; 14(5):960-70. ISSN online 2175-

6783.

MORENO-FERGUSSON, M.E. and ALVARADO-GARCIA, A.M. Aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy en latinoamérica: revisión de la literatura. **Aqui-chán** [online]. 2009, vol.9, n.1, pp. 62-72. ISSN 1657-5997. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n1/v9n1a06.pdf>> Acesso em 10 de agosto de 2014.

NEGRÃO, R.J.S. **Cirurgia bariátrica: revisão sistemática e cuidados de enfermagem no pós-operatório.** São Paulo (2006), 110 p. Disponível em:<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde.../Renata_Negrao.pdf> Acesso em 10 de junho de 2015.

NEVES, E.P.; ZAGONEL, I.P.S. **Pesquisa-cuidado: uma abordagem metodológica que integra pesquisa, teoria e prática em enfermagem.** Cogitare Enferm. [online]. 2006 jan/abr;[citado 2010 set 25];11(1):73-79. Disponível em:<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/5980/4280>> Acesso em 04 de junho de 2015.

NIBI, F.A.; OSTI, C. Cuidados intensivos no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica. **Revista UNINGÁ**, Maringá – PR, n.39, p. 149-158 jan./mar. 2014. Disponível em:<http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140409_191918.pdf> Acesso em 04 de junho de 2015.

OLIVEIRA, G.M.M; MARTINS, W.A. O preço da obesidade. **Revista Brasileira de Cardiologia.** Rio de Janeiro. 2013;26(4):238-40, ISSN 2177-7772 – Online.

PANEK, P. **Transplante de medula óssea em criança ou adolescente: o processo de transição de familiares com fundamentação em Roy.** 65 p. Monografia [Graduação de Enfermagem] – Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba, 2014.

PORCU, M.; FRANZIN, R.; ABREU, P.B.; PREVIDELLI, I.T.S. E ASTOLFI, M. Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. ISSN 1679-9291 (impresso) e ISSN 1807-8648 (online) **Acta Scientiarum. Health Sciences** Maringá, v. 33, n. 2, p. 165-171, 2011. Disponível em:<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7653>> Acesso em 03 de Maio de 2015.

RATO, A.R.A. **Autoconceito, obesidade e representações de estilos de vida saudável em pré-adolescentes e adolescentes.** ISPA- Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, 2014. Disponível em:<<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2743/1/13007.pdf>>Acesso em 11 de junho de 2015.

RODRIGUES, R.T.F. **Enfermagem na segurança do paciente no período transoperatório de cirurgia bariátrica:** revisão integrativa da literatura. São Paulo, 2012. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/td-23082012.../01.pdf>>acesso em 25 de maio de 2015.

RODRIGUES, D.P.; PAGLIUCA, L.M.F.; SILVA, R.M. Modelo de Roy na enfermagem obstétrica: análise sob a óptica de Meleis. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2004 ago;25(2):165-75.

SANT' HELENA, M.M.; DAL PRÁ, K.R. **A fase pós-operatória da cirurgia bariátrica: um estudo sob a perspectiva do serviço social.** Congresso Catarinense de assistentes sociais. De 22-24 de agosto de 2013. Florianópolis/SC. Disponível em:<<http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/A-fase-p%C3%B3s-operat%C3%B3ria-da-cirurgia-bari%C3%A1trica-um-estudo-sobre-a-perspectiva-do-servi%C3%A7o-social.pdf>>Acesso em 12 de junho de 2015.

SANTOS, I. *et al.* **Enfermagem fundamental: realidade, questões, soluções.** São Paulo, Ed. Atheneu, 2002, (série atualização em enfermagem; v.1).

SANTOS, I; CAVALCANTE, L.B; BERARDINELLI, L.M.M. Estudo sobre hábitos de vida de docentes de enfermagem segundo os modos adaptativos de Roy. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 jan/mar; 18(1):48-54.

SOARES, A. **Perfil dos indivíduos com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica pelo sistema único de saúde no hospital universitário da universidade federal de Santa Catarina quanto à prática de atividade física.** Florianópolis 2010. Disponível em:<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/94646/279030.pdf?sequence=1>>Acesso em 03 de Maio de 2015.

SBCB. **Coesas história.** Disponível em:<<http://www.sbc.org.br/coe001.php>> Acesso em 25 de Abril de 2015.

TANAKA, DS e PENICHE, ACG. Assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica: dificuldades do enfermeiro. **Acta paul. enferm.** [online]. 2009, vol.22, n.5, pp. 618-623. ISSN 0103-2100. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000500004>> Acesso em 24 de maio de 2014.

THEODORO, L. **Cirurgia bariátrica e acompanhamento psicológico. Por que fazer? O que representa o rápido emagrecimento para uma pessoa obesa?**(2014). Disponível em:< <https://hospitalsiriolibanes.org.br/sua-saude/Paginas/saiba-mais-sobre-cirurgia-bariatrica-acompanhamento-psicologico.aspx>> Acesso em 10 de junho de 2015.

VOGEL, F. **Conhecimento e percepção de puérperas sobre o processo de aleitar: enfoque de pesquisa-cuidado.** Curitiba: FPP, 2011.

WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION GLOBAL GUIDELINE. **Obesidade** 2011. Disponível em:< http://www.worldgastroenterology.org/assets/export/userfiles/2012_Obesity-Master_PT.pdf> Acesso em 14 de Abril de 2015.



APÊNDICE: A
ROTEIRO DE ENTREVISTA
FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE
CURSO DE ENFERMAGEM

Pseudônimo: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Gênero: () Feminino () Masculino

Formação: _____

Estado Civil _____ Nº de Filhos _____

Situação Empregatícia _____

Profissão/ Ocupação _____

Quanto ganha _____

Religião _____

1-O que você conhece sobre o novo estilo de vida que terá que adotar?

2-O que considera necessário para que se adapte após a cirurgia aos cuidados que são exigidos?

3-Com quem conta para suporte ou apoio nessa fase?

4- Como se sente após realizar a cirurgia bariátrica?

FACULDADE PEQUENO
PRÍNCIPE - FPP



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTES QUE REALIZAM CIRURGIA BARIÁTRICA: UMA PROPOSTA A PARTIR DO MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY
Pesquisador:
Versão: Andréia Lara Lopatko Kantovitski
CAAE: 2
38796814.1.0000.5580
Instituição Proponente: Faculdade Pequeno Príncipe

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 105406/2014
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Endereço: Av. Iguaçu
Bairro: Rebouças **CEP:** 80.230-020
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3310-1512 **E-mail:** comite-etica@fpp.edu.br

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, _____, estou sendo convidado (a) a participar de um estudo denominado: **Cuidado de Enfermagem a pacientes que realizam cirurgia bariátrica: uma proposta a partir do modelo de adaptação de Roy**. Conforme os objetivos são: Estabelecer o perfil sócio demográfico dos pacientes que vivenciaram o processo de cirurgia bariátrica. Apreender a significação atribuída pelo paciente sobre o processo de cirurgia bariátrica vivenciado, com base no modelo de adaptação de Roy e Identificar como se dá o processo de enfrentamento e adaptação do paciente diante da cirurgia bariátrica.

A minha participação no referido estudo será no sentido de responder as questões referentes à pesquisa, em especial esclarecendo ao pesquisador meus sentimentos com relação a vivenciar a cirurgia bariátrica.

Fui alertado (a) de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: relatos, sugestões e opiniões servirão de base para um entendimento do sentimento dos próprios pacientes ao entrar no CC (Centro Cirúrgico) e cuidados prestados no pré-operatório e pós-operatório o que possibilitará a concretização do trabalho podendo auxiliar futuramente em um atendimento com mais orientações de Enfermagem e humanizado.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo que possam surgir com a realização da entrevista e que serão amenizados com o apoio psicológico dado pela equipe do setor. Levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, estou ciente de que se não souber responder a pergunta ou me sentir desconfortável ao responder, não haverá problema algum, podendo ser encerrada minha participação.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado (a) de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Prof^a Me Andréia Lara Lopatko Kantoviscki (Prof. da Faculdades Pequeno Príncipe) e Danielle Souza de Oliveira de Pinho (Acadêmica de Enfermagem da FPP) e com eles poderei manter contato pelo telefone (97374399).

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado (a) quanto ao teor de tudo o aqui mencionado e

compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Curitiba, ____ de _____ de 2015.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo, e atesto veracidade nas informações contidas neste documento e ter ciência das normativas da resolução 466/12.

(Pesquisador/entrevistador)

APÊNDICE C- TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS – TCUD

EU Profª Me Andréia Lara Lopatko Kantoviscki (Prof. da Faculdades Pequeno Príncipe) e Danielle Souza de Oliveira de Pinho (Acadêmica de Enfermagem da FPP), abaixo assinado(s), pesquisadores envolvidos no projeto **Cuidado de Enfermagem a pacientes que realizam cirurgia bariátrica: uma proposta a partir do modelo de adaptação de Roy**, assumimos o compromisso de preservar a privacidade dos sujeitos cujos dados serão coletados na **instituição Hospital Santa Casa de Curitiba que fornecerá os dados para a pesquisa, no setor 2 de Cirurgia Bariátrica**, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Res. 466/12 do Ministério da Saúde. Os pesquisadores acima assumem a responsabilidade de que todas as informações serão utilizadas exclusivamente para execução do presente projeto, e a divulgação destas somente serão feitas de forma anônima.

Curitiba, _____ de _____ de 2015.

Nome

R.G.

Assinatura

.....

APÊNDICE D- Unidades de Significação (US) tirada das entrevistas transcritas dos Pacientes do estudo.

1- O que você conhece sobre o novo estilo de vida que terá que adotar?

Assim, que vou ter que **deixar de comer muitas coisas que comia**¹², de tomar, por ex.:refrigerante, gordura, doce, que em **menores quantidades**³, que tomar suplementos, vitaminas pro resto da vida, tem que ter acompanhamento médico pro resto da vida e agente tem que **trabalhar muito o psicológico**¹¹ senão vai jogar fora a cirurgia, senão volta tudo de novo.

2- O que considera necessário para que se adapte após a cirurgia aos cuidados que são exigidos?

Acho que principalmente **è a orientação**⁴ né, **agente ter uma boa orientação**⁴, mais eu acho que mais é dá agente mesmo **o nosso psicológico**¹¹ mesmo que vai mandar. Só **depende da própria pessoa**¹ mesmo da da da disposição, **da vontade própria**¹, porque né, é bom **ter apoio das pessoas**¹⁹, mas não são as pessoas que vão fazer pela agente é nós mesmos, **a mudança está em nós**² e acho que é o mais **difícil**⁷.

3- Com quem conta para suporte ou apoio nessa fase?

Com meu esposo, com minha mãe, tenho bastante amigas que estão torcendo, mais no dia dia é meu marido e minha mãe.

4- Como se sente após realizar a cirurgia bariátrica?

Olha, no primeiro dia fiquei **meio desorientada**⁷ por causa por conta da anestesia, passei um **pouco mau**⁷, tive muitos vômitos, mais hoje no segundo dia já **estou melhor**⁷, é **tô feliz**⁷ em saber que tomei uma posição na minha vida, e que eu quero **conseguir me manter firme nessa postura**⁹(**PERSISTÊNCIA**) pra **ter o resultado que eu quero**¹⁶(**EMAGRECER**), o **resultado esperado**¹⁶(**EMAGRECER**).