

Cirurgia bariátrica: repercussões na sexualidade da pessoa obesa

Bariatric surgery: impact on sexuality of the obese person

MARIA LUIZA LOBATO MARIANO¹; MARIA ANGELA BOCCARA DE PAULA¹; DEOMIR GERMANO BASSI, TCBC-SP²;
PEDRO ROBERTO DE PAULA, TCBC-SP⁴

R E S U M O

Objetivo: Conhecer as repercussões do tratamento cirúrgico na vivência da sexualidade da pessoa obesa. **Métodos:** Pesquisa quali/quantitativa realizada com 30 pacientes submetidos à gastroplastia em Y de Roux, à Fobi e Capella, há pelo menos um ano. Dados obtidos por meio de entrevista individual utilizando instrumento com 10 questões mistas e uma aberta, no período de maio e junho de 2011. Os dados objetivos foram quantificados em números absolutos e percentuais e, os subjetivos foram submetidos à análise por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e discutidos à luz do referencial publicado sobre a temática. **Resultados:** foram incluídos 30 pacientes com média de idade 44±12 anos, sendo 24 (80%) do sexo feminino e seis (20%) do masculino, 23 (77%) casados, 23 (96%) hipertensos e oito (33%) com diagnóstico de Diabetes *Mellitus*. Após a operação, 11 (37%) não relataram alteração no número de relações sexuais, porém 19 (63%) informaram que este número sofreu alteração, sendo que 16 (53%) afirmaram ter aumentado a frequência das relações sexuais, um (3%) relatou a diminuição da frequência, um (3%) não pratica mais o ato sexual e um (3%) não declarou a frequência. As ideias centrais (IC) levantadas originaram quatro DSC: Vivência da sexualidade feminina; Não vivência da sexualidade feminina; Vivência da sexualidade masculina; e Melhorias das comorbidades e fator psicológico. **Conclusão:** existem repercussões, de ordem física e emocional, positivas do tratamento cirúrgico da obesidade favorecendo a qualidade de vida, inclusive na sexualidade.

Descritores: Obesidade mórbida. Comorbidade. Cirurgia Bariátrica. Sexualidade.

INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da humanidade a sexualidade sempre foi e será parte essencial da vida das pessoas, manifestando-se da infância à velhice, envolvendo aspectos físicos, biológicos e emocionais. É parte essencial na relação do ser consigo mesmo e com outras pessoas e esta estreitamente ligada à intimidade, afetividade, amor e carinho do ser humano¹ e o corpo serve como ferramenta para expressar sentimentos e emoções. Este é o elemento central nos relacionamentos amorosos e eróticos².

A sexualidade humana não se resume apenas à genitália, inclui um conjunto de comportamentos na busca do prazer, amor e relação interpessoal³. A prática da sexualidade engloba o relacionamento sexual e afetivo durante todo o ciclo vital. Pode sofrer influências de fatores internos e externos, como doença, uso de medicamento, distúrbios psicológicos, sentimentais, interferência de outras pessoas, circunstâncias históricas, culturais, convencionais, morais, éticas e ambientais, bem como, alterações físicas do corpo².

Das doenças que podem interferir na sexualidade, a obesidade é considerada uma afecção crônica, metabólica e de etiologias diversas, cuja incidência vem au-

mentando nas duas últimas décadas, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento^{4,5}. Atinge as mais diferentes classes sociais da população, tornando-se um grande desafio para a saúde pública⁶. A causa mais provável para o seu surgimento esta relacionada a fatores genéticos e a predisposição de o indivíduo apresentar um balanço energético positivo, que acontece quando a quantidade de energia consumida é maior do que a quantidade gasta na realização das funções vitais e de atividades em geral⁷.

Considera-se obesidade grau I quando o índice de massa corpórea (IMC) é igual ou superior a 30kg/m², grau II quando o IMC é igual ou superior a 35kg/m² e grau III quando o IMC é igual a 40kg/m² ou superior a este valor⁸.

As pessoas obesas frequentemente apresentam distúrbios da imagem corporal e forte impacto no aspecto psicológico favorecendo o desenvolvimento da ansiedade, depressão e baixa autoestima, o que contribui de forma negativa para a prática sexual^{9,10}. O obeso passando a vivenciar sentimentos de frustração, tristeza, culpa, fracasso, depressão e isolamento, busca os mais variados tipos de tratamento para perder peso, o que muitas vezes traz efeitos adversos¹¹.

1. Departamento de Enfermagem da Universidade de Taubaté, São Paulo/Brasil; 2. Departamento de Medicina da Universidade de Taubaté, São Paulo/Brasil.

O tratamento cirúrgico é indicado em pessoas com excesso de peso, que o coloca em risco de complicações e morte, em virtude dos problemas médicos associados e que apresentem IMC acima de 40kg/m^2 ou superior a 35kg/m^2 com comorbidades associadas¹².

A cirurgia bariátrica baseia-se fundamentalmente em três modalidades técnicas, que se aprimoram e se tornam a cada dia menos invasivas, tornando a recuperação do paciente mais rápida. As técnicas são classificadas em restritivas, que visam restringir a capacidade volumétrica do estômago, as disabsortivas, que objetivam atingir a perda de peso por meio da incapacidade do intestino em absorver os nutrientes e as mistas, que associam as modalidades anteriores¹³.

Com base nessas informações e observações do cotidiano de pessoas obesas assistidas na prática profissional surgiram questionamentos acerca da vivência da sexualidade pelo obeso e como o tratamento cirúrgico repercutiu nesta dimensão de sua vida. Portanto o objetivo deste estudo foi conhecer as repercussões do tratamento cirúrgico na vivência da sexualidade da pessoa obesa.

MÉTODOS

Estudo de natureza quali/quantitativa e exploratória realizada em um hospital do Vale do Paraíba, São Paulo, Brasil. Dos 65 pacientes cadastrados no programa de cirurgia bariátrica do hospital, uma amostra não probabilística de 30 pacientes, que apresentaram dados completos no prontuário e aceitaram participar do estudo, foram incluídos no período de maio a junho de 2011.

Para a seleção da amostra foram incluídos pacientes com idade maior ou igual a 18 anos, ambos os sexos, com pelo menos 12 meses de pós-operatório de pacientes submetidos à gastroplastia em Y de Roux, à Fobi/Capella, em acompanhamento no ambulatório do hospital universitário.

Os dados da pesquisa foram obtidos por meio de entrevista individual, após consulta médica e/ou de enfermagem no serviço de saúde ou residência da pessoa, quando era convidada a participar do estudo. Na oportunidade, foi aplicado um instrumento contendo, na primeira parte, dados referentes à caracterização sócio-demográfica, tais como: sexo, idade, estado civil, profissão, religião, data do procedimento operatório, peso e informações relacionadas às comorbidades associadas e, na segunda parte, dez questões mistas, referentes aos dados específicos à temática do estudo, sendo uma questão aberta norteadora: "Como você se sente em relação à vivência da sexualidade hoje?".

Os dados objetivos foram tabulados e apresentados em números absolutos e percentuais, média e desvio padrão, na forma de tabelas.

Os dados subjetivos relativos à questão aberta foram gravados em mídia digital, transcritos na íntegra e submetidos à análise por meio do Discurso do Sujeito Cole-

tivo (DSC), que consiste em uma técnica de pesquisa que busca analisar o discurso do coletivo na forma de um único discurso, elaborado a partir de fragmentos ou expressões-chaves retirado das falas comuns dos participantes¹³. Foram elaborados os seguintes DSC: 1- Vivência da sexualidade feminina; 2- Não vivência da sexualidade feminina; 3- Vivência da sexualidade masculina; e 4- Melhorias das comorbidades e fator psicológico. Após, os dados foram discutidos à luz do referencial publicado sobre a temática.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté (CEP/UNITAU nº 209/09) e autorizado pela instituição hospitalar em que o estudo foi realizado.

RESULTADOS

Participaram do estudo 30 pessoas com média de idade de 44 ± 12 anos, predominantemente do sexo feminino e casadas. Os demais dados referentes às características basais da amostra estão descritos na tabela 1.

Entre os profissionais remunerados, seis (20%) atuavam na área da saúde, cinco (17%) na área administrativa, dois (7%) professores, um (3%) inspetor de auditoria e qualidade, um (3%) funcionário público estadual, um (3%) auxiliar de cozinha, um (3%) gerente de produção, um (3%) comerciante, um (3%) publicitário. Não remunerados, um estudante (3%), um (3%) aposentado e nove pessoas (30%) que exerciam afazeres domésticos.

Após a operação, 26 (86,67%) pacientes não apresentavam comorbidades associadas à obesidade, quatro (13,33%) apresentavam hipertensão arterial sistêmica (HAS) sendo que uma destas relatou que além de HAS, apresentava alteração do ciclo menstrual e labirintite. A perda média de peso foi $44\pm 13,8\text{Kg}$ para as mulheres e $47\pm 16,3\text{Kg}$ para os homens, sendo que o percentual de perda de peso foi 36% para ambos os sexos. Na tabela 2 encontram-se as principais dificuldades de ordem física e emocional relacionadas à vivência da sexualidade, relatadas pelos participantes da pesquisa, referentes aos períodos anteriores e posteriores ao tratamento cirúrgico.

Com relação à prática sexual, antes da operação dos participantes, 15 (50%) relataram que mantinham atividade sexual regular, com frequência de duas a cinco vezes por semana, nove (30%) irregular, com frequência de uma a quatro vezes por mês e seis (20%) não mantinham prática sexual. Após a operação, 11 (36,67%) não relataram alteração no número de relações sexuais, porém 19 (63,33%) informaram que o número sofreu alteração, sendo que 16 (53,33%) referiram ter aumentado a frequência, um (3,33%) relatou diminuição, um (3,33%) não praticou mais o ato sexual e um (3,33%) não declarou a frequência.

Foram elaborados quatro discursos do sujeito coletivo sobre a temática: "Como você se sente em relação à vivência da sexualidade hoje?" (Anexo 1).

Tabela 1 – Características basais da amostra. Taubaté, SP, 2011.

| Características | n=30 |
|---|--------------|
| Idade* | 44 ± 12 |
| Sexo Feminino | 24 (80%) |
| Casados ou com companheiro | 23 (77%) |
| Mulheres | 17 (57%) |
| Homens | 6 (20%) |
| Atividade laboral | |
| Remunerada | 19 (63%) |
| Não remunerada | 11 (37%) |
| Religião | |
| Católico | 16 (53%) |
| Evangélicos | 8 (27%) |
| Espíritas | 4 (13%) |
| Testemunha de Jeová | 2 (7%) |
| Peso pré-cirúrgico (total, homens e mulheres)* | 130,3 ± 22,8 |
| Tempo médio de cirurgia (anos)* | 5,7 ± 1,3 |
| Comorbidades antes da operação | 24 (80%) |
| HAS | 23 (96%) |
| DM | 8 (33%) |
| Dislipidemia | 4 (17%) |
| Outras ** | 5 (21%) |

* Variável expressa em média ±desvio padrão, demais variáveis expressas como n (%).

** Outras: Elevação do ácido úrico, cirrose hepática, arritmias, apneia do sono, hipotireoidismo.

DISCUSSÃO

A obesidade tem acometido uma grande parte da população mundial, e no Brasil, sua prevalência tem sido maior nos estratos de menor renda e na população adulta feminina, sendo que, a partir dos 40 anos de idade, passa a ser duas vezes maior do que nos homens⁷. As mulheres vivenciam com mais frequência uma grande preocupação com a aparência externa. A imagem corporal presente em todas as dimensões humanas, quando alterada favorece a procura por operações estéticas e pela cirurgia bariátrica, na expectativa de ter um corpo mais próximo daquele insistentemente divulgados e assim, sentir-se desejada por seu parceiro e aceita socialmente¹⁴. O tratamento cirúrgico da obesidade tem sido realizado principal-

mente na população feminina, se as pacientes preenchem os critérios para este tratamento^{12,15}, estes dados corroboraram os encontrados neste estudo que evidenciam a predominância das pacientes obesas.

No obeso, o desequilíbrio crônico entre consumo alimentar e gasto energético favorece o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e alguns tipos de cânceres, elevando o índice de morbidade e mortalidade. É um fator de risco também para o surgimento da HAS, decorrente da resistência insulínica e hiperinsulinemia associada, principalmente, à distribuição da gordura corporal no abdome, estimulação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, aumento da ingestão de sal e da ingestão calórica, aumento da atividade do sistema nervoso simpático e da reabsorção renal⁷. A HAS mos-

Tabela 2 – Distribuição das principais dificuldades físicas e emocionais relacionadas à vivência da sexualidade. Taubaté-SP, 2011.

| Repercussões físicas e emocionais | Antes n (%) | Depois n (%) |
|--|----------------|-----------------|
| Físicas* (cansaço, dificuldade de mobilidade, diminuição da resistência física, dispareunia, falta de disposição e desconforto) | 16 (56) | 2 (7) |
| Emocional* (baixa autoestima, vergonha do corpo, flacidez, medo de não ser aceito, de se relacionar, de falhar, e de não satisfazer o parceiro, timidez e tristeza) | 15 (50) | 4 (13) |

* Variável expressas como n (%).

trou-se, na população estudada, a principal doença associada. Outra doença associada à obesidade que também se destacou neste estudo foi o diabetes *mellitus* (DM) que é 2,9 vezes mais frequente em indivíduos obesos do que naqueles com peso adequado⁷. No Brasil, as mudanças nos hábitos alimentares, em especial o aumento do consumo de alimentos calóricos, carnes, leites e derivados ricos em gorduras saturadas e açúcares na dieta e a redução do consumo de alimentos ricos em fibra como cereais, frutas e verduras, associados ao sedentarismo favorecem o aumento da massa corporal que, por sua vez, constitui fator de risco para o desenvolvimento do DM¹⁶.

A obesidade, principalmente aquela constituída pelo acúmulo de gordura visceral, acarreta menor extração de insulina pelo fígado, favorece o aumento da produção hepática de glicose e a diminuição da sua captação pelo tecido muscular, resultando em diferentes graus de intolerância à glicose que influenciarão o controle glicêmico, refletido por aumento da glicemia nos indivíduos com DM. A estabilização do DM tipo II após o tratamento operatório da obesidade é favorecida pela redução do peso em decorrência da melhora da tolerância à glicose, várias técnicas cirúrgicas podem ser empregadas para o tratamento da obesidade¹⁷.

A concomitância de diabetes e hipertensão arterial é cerca de três vezes mais frequente na população com IMC > 35 kg/m² em relação à população com IMC < 25 kg/m²¹⁸. Tais fatos podem explicar a presença da HA e DM na maioria dos participantes deste estudo, o que implicou em má qualidade de vida prévia. A insatisfação com a presença de comorbidades e sentimentos de discriminação e exclusão, baixa autoestima, vergonha do corpo, dificuldades físicas e emocionais nos relacionamentos afetivos e insucesso nos tratamentos clínicos e dietéticos convencionais, os motivaram a buscar o tratamento operatório, na esperança de recuperar a qualidade de vida, tanto nos aspectos físicos como emocionais.

A maioria dos tratamentos convencionais da obesidade envolve redução da ingestão de alimentos hipercalóricos, aumento da atividade física, favorecendo a diminuição do risco das doenças metabólicas, porém, na prática, pacientes obesos apresentam dificuldades em se aderir ao tratamento. Perdas maiores de peso podem ser conseguidas com medicamentos apropriados e tratamento operatório, desde que o risco/benefício seja válido para justificar esses tratamentos. O tratamento cirúrgico só deve ser realizado quando todos os tratamentos convencionais tenham fracassado, e tem como objetivo a perda de peso seguido da redução das comorbidades associadas.

A gastroplastia em Y de Roux tem se mostrado eficaz¹⁹. Esta operação foi realizada em todos os pacientes participantes deste estudo, com redução do peso, aliada a adequação do padrão alimentar e melhora das comorbidades. O tempo de seguimento pós-operatório variou de dois a nove anos, período suficiente para avaliação da reestruturação e adequação à nova condição de vida

do indivíduo submetido à gastroplastia. Neste estudo a maioria dos participantes (86,67%) relatou que, após a operação, não apresentavam HAS e DM.

O tratamento operatório da obesidade é uma solução eficaz e eficiente no controle de excesso de peso, mas não garante um prognóstico favorável em longo prazo, este é apenas parte do tratamento, pois a garantia da qualidade de vida depende da conscientização do paciente com relação às mudanças nos hábitos alimentares e de vida.

A operação de Fobi-Capella é uma das técnicas mais utilizadas, por favorecer perda ponderal em torno de 40% do peso inicial, podendo esta ser mantida em longo prazo, além de redução do surgimento de alterações nutricionais e metabólicas importantes²⁰. Os valores de perda ponderal encontrados, no nosso estudo, estão muito próximos dos resultados relatados.

A cirurgia bariátrica proporciona modificações positivas na função sexual de homens obesos, com aumento do desejo sexual, domínios da função erétil e orgasmo, refletindo na melhora da qualidade de vida sexual nos seis meses após o procedimento cirúrgico⁵.

Observou-se que a obesidade mórbida afetava a frequência ou a realização da prática sexual, seja pelo cansaço, pela falta de resistência física, dificuldade de mobilidade do indivíduo obeso ou pelo sentimento de baixa autoestima, vergonha do corpo, entre outros sentimentos. A sexualidade é parte integrante da vida e do corpo, e sua imagem em especial ocupa um lugar central na vida do homem contemporâneo, na relação com o mundo e com seus pares. As alterações da autoimagem e autoestima ocorrem com frequência, interferindo na qualidade de vida, inclusive na sexual^{2,4,5}.

Os indivíduos obesos estão mais propensos ao preconceito e discriminação do que outros grupos, inclusive dentro do seu próprio grupo, uma vez que "o outro" torna-se um reflexo da autoimagem, podendo gerar baixa autoestima, desvalia e preconceito. Também a imposição pelos meios de comunicação social de um corpo magro e saudável, aumenta o estigma e o sentimento de exclusão social no obeso mórbido, influenciando negativamente na vivência sexual desses indivíduos²¹. Tais fatos podem explicar a irregularidade da frequência das relações sexuais dos participantes deste estudo, antes da operação, pois as dificuldades físicas e as alterações emocionais estavam presentes na maioria dos pacientes. Após o tratamento cirúrgico houve diminuição das dificuldades físicas, emocionais e melhora na função sexual, acarretando aumento na frequência da prática sexual. Um paciente relatou diminuição na frequência, pois necessitou de uso de prótese nas pernas, o que dificultava a relação sexual, mesmo após a redução do peso. Outro paciente relatou não praticar mais o ato sexual, pois mantinha o casamento somente por conveniência.

A obesidade representa não só o risco de desenvolver doenças, mas também de causar dificuldades coti-

dianas, como comprar roupas, conseguir trabalho, além de interferir no relacionamento afetivo do indivíduo. O tratamento operatório da obesidade propicia melhora da qualidade de vida com a recuperação da autoestima e reintegração social, afetiva, familiar e psicológica do indivíduo⁹, dados estes que corroboram os encontrados neste estudo. No DSC1 foram observados os aspectos da vivência da sexualidade das mulheres participantes.

O processo de formação da sexualidade inicia-se ainda na concepção do ser humano e se desenvolve ao longo do ciclo da vida, recebe influência direta de fatores biológico, fisiológico, emocional, social e cultural. Os mitos e tabus acerca da sexualidade ainda são muito comuns na atualidade, sendo considerado um tema reprimido pela sociedade. A repressão na educação sexual e na formação social, iniciada ainda nas primeiras fases do desenvolvimento humano, influencia diretamente no comportamento sexual do indivíduo adulto e na maneira como vivencia sua sexualidade, podendo interferir nos aspectos sociais e psicológicos, acarretando sentimentos negativos, baixa autoestima e frustrações nas relações interpessoais².

A obesidade por sua vez é uma das doenças mais antigas da humanidade, e suas complicações vão além das doenças orgânicas. As alterações biológicas, fisiológicas e, principalmente, as físicas, causam na mulher obesa sentimentos de rejeição, baixa autoestima, inferioridade e percepção negativa da imagem corporal. Além disso, a mulher obesa sofre dificuldades para realizar as atividades cotidianas da vida profissional e nas relações sociais e interpessoais. Nos dias atuais, há forte tendência sociocultural em considerar a magreza como situação ideal de aceitação, autocontrole e competência, por outro lado o que se observa é que há um crescente número de indivíduos obesos em todo o mundo.

Dessa forma, como observado neste DSC, as alterações causadas no corpo devido à obesidade e o fato de se sentirem fora do padrão de estética social geravam, nessas mulheres, sentimentos de vergonha do corpo e, devido ao excesso de peso, preferiam isolar-se, ficando difícil encarar o parceiro, seja por medo, insegurança ou até mesmo porque com um corpo exageradamente grande era complicado finalizar o ato sexual, pois o cansaço físico e a dificuldade de mobilidade sempre estavam presentes. Essas alterações comumente vivenciadas pelo obeso indicam que o preconceito da obesidade começa com o próprio indivíduo obeso, pois possui percepção negativa da imagem corporal e baixa autoestima.

O corpo, apesar de silencioso, expressa a todo o momento, pela linguagem não verbal, sentimentos, emoções e mensagens acerca de seus agrados e desagradados, medo, insegurança e expectativas com relação ao outro. É por meio desta postura que o corpo explicita sua aceitação ou negação no processo de inter-relacionamento, baseando-se nas crenças e valores apreendidos durante a formação psicossocial e cultural do indivíduo²². A supervalorização da estética corporal, imposta pela socie-

dade, a discriminação e o preconceito social vivenciados pela mulher obesa, favorecem o desenvolvimento da depressão, distúrbios de comportamento e percepção da autoimagem alterada interferindo na vivência sexual dessas mulheres²³. A imagem corporal alterada ocasiona o oposto ao culto ao corpo, da valorização estética, da sensualidade, da flexibilidade e agilidade. Assim, estão mais propensas ao sofrimento extremo decorrente da baixa autoestima, discriminação, hostilidade social, problemas funcionais e físicos, familiares e/ou conjugais, sentimentos de vergonha e autopunição, revolta, insatisfação com a vida e isolamento social. Consequentemente, não restam outros modos de protestar que não adoecendo e fechando-se para si e para o mundo, gerando alterações em diversas esferas do viver, inclusive no que tange à sexualidade feminina²⁴, fato este que também foi observado neste estudo.

Para as mulheres, a sexualidade é vivenciada e expressa por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes e valores e envolve, além do corpo, a história, costume, cultura e experiências das relações afetivas. Desta forma, ter um corpo magro, bonito, sensual e que esteja mais próximo daquilo que a mídia impõe, torna-se o desejo maior das mulheres obesas²⁵. Em tempos remotos, o sexo era visto somente como algo ligado à reprodução. Para as mulheres, o prazer era reprimido e considerado pecaminoso ou condenável. Hoje, a sexualidade faz parte do cotidiano das pessoas e, num relacionamento entre duas pessoas, a busca pelo prazer é mútua. As relações são baseadas em afeto, carinho, desejo, prazer e aceitação do outro. Nas mulheres, a sexualidade está intimamente ligada aos aspectos subjetivos relacionados às condições psíquicas, culturais e sociais e à percepção corporal que tem de si mesma²⁶.

Para a maioria das mulheres obesas, a discriminação e o preconceito com relação ao seu corpo, tornam a relação com seu próprio corpo desprazerosa. Elas passam a não conhecer mais seu corpo e nem tocá-lo, sua sexualidade fica reprimida, o sentimento é de incapacidade individual²⁴. Apresentam maiores chances de transtornos do desejo sexual que podem ser orgânicas como as alterações hormonais, neurológicas, arteriais, de neurotransmissores e *stress*; ou de ordem psicológica, sentimentos de rejeição, baixa autoestima, ansiedade, timidez, perfeccionismo, falta de dinheiro; ou ainda, ter origem mista²⁷. Tais fatos corroboram os dados deste estudo. No DSC1 fica evidente que algumas mulheres não conseguem sequer olhar-se no espelho, a baixa autoestima e dificuldade de mobilidade física devido ao excesso de gordura interferiam não só no relacionamento interpessoal e na vivência da sexualidade, mas também no convívio com outras pessoas. Todo esse processo propiciava perspectiva de vida afetiva e sexual reduzida nestas pessoas, comprovando que a insatisfação sexual feminina está ligada a fatores sociais e culturais e, principalmente, na percepção negativa de sua imagem corporal.

Para uma vida sexual saudável e satisfatória é importante que haja o aumento da autoestima por meio da autoaceitação, facilitando um ser aceito pelo outro. A reconstrução da imagem corporal, o bem estar físico e psicológico acarretou para estas mulheres mais disposição física e emocional, além do resgate do convívio social, aumento da vaidade, desejo, sensualidade e segurança frente ao parceiro na vivência da sua sexualidade.

Os indivíduos operados, quando apresentam redução do peso corpóreo, ficam mais satisfeitos com sua imagem corporal, com melhora na qualidade de vida^{28,29}. Este fato não autoriza a interrupção do acompanhamento pós-operatório desses pacientes, principalmente as mulheres, por uma equipe multiprofissional. No presente estudo observou-se que houve uma diminuição progressiva da perda ponderal de peso, o que proporcionou às mulheres uma nova identidade corporal, favorecendo a melhora da autoestima e do convívio social, refletindo positivamente na vivência da sexualidade.

O despreparo psicológico de se adequar aos novos hábitos alimentares e aderir ao tratamento pode gerar frustrações e expectativa negativa com relação à operação²⁸. O pós-operatório, como se observou no DSC 2, evidenciou complicações, como depressão e ganho de peso, pois esse indivíduo não conseguiu aderir às novas condições impostas pela operação, seja pela modificação na dieta ou pela necessidade de se adquirir novos hábitos de vida. Dessa forma, alguns pacientes não conseguiram recuperar a autoestima e o fato de engordarem novamente favoreceu o isolamento e a repressão frente à vivência da sexualidade.

O tratamento da obesidade não se limita apenas à gastroplastia. Muitas vezes, após o procedimento, pode haver a necessidade de realização de cirurgia plástica, o que contribui para a elevação da autoestima e da percepção positiva da imagem corporal e a melhora da qualidade de vida do indivíduo. É muito importante o paciente receber orientação da equipe de saúde quanto à mudança de comportamento alimentar e estilo de vida, visto que o objetivo da operação é a busca pela saúde com redução das doenças.

Para as mulheres existe uma forte tendência cultural em acreditar que o corpo magro é o passaporte para a aceitação social, enquanto que para os homens a tendência é demonstrar um corpo forte e volumoso que se associa à força e poder³⁰.

Alguns pacientes obesos não apresentam preparo psicológico para o enfrentamento pós-operatório e expressam expectativas além da redução de peso, agregando ao tratamento a resolução dos conflitos interpessoais e conjugais e mudanças nas características de suas personalidades. É comum após a operação o paciente vivenciar estresse cirúrgico, apresentando desestabilização emocional, devido à dor, ou pela necessidade de se adaptar à nova dieta líquida e posteriores restrições alimentares. No acompanhamento desses pacientes tem se observado que,

em alguns, a súbita redução de peso favorece o aparecimento de depressão, ansiedade, uso de álcool e drogas, principalmente em pacientes mais jovens, além de problemas de ordem conjugal. Neste estudo observou-se que, além da questão estética, algumas mulheres já apresentavam problemas de ordem conjugal e já não se interessavam em dar continuidade ao relacionamento. Assim, a obesidade deve ser vista como uma situação complexa que envolve o estado físico e emocional das pessoas, e sua resolução, por meio do tratamento operatório, deve levar em conta outras dimensões do viver, incluindo as dificuldades e as limitações psíquicas de cada paciente.

A função sexual para a maioria dos homens apresenta um aspecto importante da qualidade de vida, independente de sua massa corpórea. Porém, no homem com obesidade mórbida ocorre alteração na sua vida sexual, devido às disfunções sexuais que podem comprometer a ereção, ejaculação, orgasmo, desejo sexual e infertilidade. Estas disfunções somadas à dificuldade de mobilidade devido ao aumento da massa corporal e estigmatização social conduzem-no ao isolamento e sentimento de fracasso^{5,9}.

No obeso, existe ainda uma relação entre o comer exagerado e a frustração sexual. Esta é entendida como a falta de liberação sexual satisfatória para atingir o orgasmo. O hábito de comer em excesso surge como forma de extrapolar a frustração que resulta da incapacidade do indivíduo de se relacionar sexualmente com outra pessoa, tornando-se um ciclo vicioso²⁵ que pode gerar constrangimento e insegurança para o obeso, interferindo até mesmo na questão da reprodução.

Na sociedade contemporânea a busca pela igualdade dos sexos está presente em vários aspectos, porém, no que diz respeito à sexualidade, o homem ainda vive o mito de que sempre será visto como o responsável pela concretização do ato sexual, um ser viril. O fato de não conseguir finalizar a relação sexual ou procriar, gera no indivíduo obeso sentimentos de impotência e frustração, que passa a evitar o contato físico e afetivo com a companheira para evitar possível constrangimento³¹. A sexualidade masculina pode ser evidenciada no DSC 3. Neste estudo, após o tratamento operatório, houve melhora na qualidade da vida sexual em todos os participantes homens, inclusive com conquista da paternidade e aumento da segurança frente à companheira, favorecendo sentimentos de felicidade, resgate da autoestima, aumento da vaidade, afeto e contato com a parceira, o que refletiu no aumento da frequência das relações sexuais. Obesos que se submetem à gastroplastia pela técnica de Fobi/Capella ganham maior domínio da função erétil, aumento do desejo e conseguem finalizar o ato sexual, recuperando a qualidade de vida sexual além de maior sociabilidade e disposição para o trabalho⁵.

No DSC 4 ressaltou-se aspectos relacionados às doenças e alterações emocionais associadas à obesidade após a realização da operação. A construção da imagem corporal nasce a partir das experiências de intercomunicação

e relações sociais entre os indivíduos. O foco é o próprio sujeito, que utiliza imagens próximas e significativas como referência para a formação de sua identidade corporal. As mulheres obesas vivenciam a vergonha do corpo e, juntamente, a culpa por serem gordas. O excesso de peso é geralmente associado à falta de controle sobre a boca e o corpo, em virtude da falta de aderência a uma dieta equilibrada ou à prática de atividades físicas. Além disso, o obeso também pode vivenciar sentimentos de exclusão que podem acarretar graves transtornos psicológicos²⁵. O aumento do nível de alteração emocional e psicopatológica leva a maior tendência à compulsividade alimentar e piora na medida em que aumenta o seu IMC²³.

Em homens obesos as alterações da personalidade relacionam-se à maior tendência para abuso e dependência do álcool e dificuldades nas relações sociais. As mulheres estão mais sujeitas à compulsividade, ansiedade e perturbação da personalidade. Estes fatores interferem não só na qualidade de vida social, mas também refletem de forma negativa na vivência da sexualidade, uma vez

que podem gerar distúrbios físicos/orgânicos e emocionais no indivíduo obeso. Tal fato pode explicar a presença da baixa autoestima, vergonha, não aceitação do corpo e isolamento social, relatados pelos participantes antes da operação. A recuperação da autoestima, reintegração social, e a exclusão ou diminuição do preconceito e discriminação após tratamento operatório, proporcionou melhor qualidade de vida nos aspectos orgânico e psicossocial. Assim, no DSC 4 observou-se a melhora da qualidade de vida, uma vez que estabeleceu-se uma nova relação com o próprio corpo, o resgate da saúde, de seu papel no contexto social e segurança frente ao relacionamento pessoal, com recuperação do prazer, aumento da frequência das relações sexuais, maior proximidade, cumplicidade, intimidade, carinho, alegria, segurança, liberdade, entre o casal.

Em conclusão, a análise dos resultados nos permite concluir que existem repercussões, de ordem física e emocional, positivas do tratamento cirúrgico da obesidade favorecendo a qualidade de vida, inclusive na sexualidade.

A B S T R A C T

Objective: To assess the impact of surgical treatment in the sexuality of the obese. **Methods:** We conducted a qualitative / quantitative research with 30 patients who had undergone Fobi-Capella Roux-Y gastric bypass for at least one year. We collected data through individual interviews using a questionnaire with 10 mixed questions and one open, between May and June 2011. The objective data were quantified in absolute numbers and percentages, and the subjective ones were analyzed using the Discourse of the Collective Subject (DCS) and discussed in view of reference published on the subject. **Results:** 30 patients were enrolled, with a mean age 44 ± 12 years, 24 (80%) were female and six (20%) were male, 23 (77%) were married, 23 (96%) were hypertensive and eight (33%) were diagnosed with Diabetes Mellitus. After the operation, 11 (37%) individuals reported no change in the number sexual intercourse, but 19 (63%) reported that this number was altered, 16 (53%) informed increased frequency, one (3%) reported a decrease in frequency, one (3%) did not practice sexual intercourse anymore and one (3%) did not report the frequency. The central ideas (CI) raised originated four DCSs: Experience of female sexuality; No experience of female sexuality; Experience of male sexuality; and improvements of comorbidities and psychological factor. **Conclusion:** there are positive repercussions of physical and emotional orders of the surgical treatment of obesity, favoring the quality of life, including sexuality.

Key words: Morbid Obesity. Comorbidity. Bariatric Surgery. Sexuality.

REFERÊNCIAS

1. Prumes CP. Ser deficiente, ser envelhescente, ser desejante [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.
2. Paula MAB, Takahashi RF, Paula PR. Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitivo. *Rev bras coloproctol.* 2009;29(1):77-82.
3. Castelhão TB, Sales SF, Andrade VP. Positivo para a vida: conhecendo a sexualidade de mulheres com HIV. *RBSH.* 2004;15(1):59-72.
4. Sørensen TI. The changing lifestyle in the world. Body weight and what else? *Diabetes Care.* 2000;23 Suppl 2:B1-4.
5. Araujo AA, Brito AM, Ferreira MNL, Petribú K, Mariano MHA. Modificações da qualidade de vida sexual de obesos submetidos à cirurgia de Fobi-Capella. *Rev Col Bras Cir.* 2009;36(1):42-8.
6. Consenso Latino Americano de Obesidade. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 1999;43(1):21-67.
7. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). *Diretrizes Brasileiras da Obesidade.* 3a ed. Itapevi: AC Farmacêutica, [Internet]. 2009. Disponível em: http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Obesidade. (Cadernos de Atenção Básica – nº 12) Brasília – DF, 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Acessado em: 22 mar 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad12.pdf>
9. Barroqueiro RSB. Sexualidade, ansiedade e depressão em mulheres após cirurgia bariátrica [dissertação]. São Luis: Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde; 2009.
10. Costa RF, Machado SC, Cordás TA. Imagem corporal e comportamento sexual de mulheres obesas com e sem transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev psiquiatr clín.* 2010;37(1):27-31.
11. Zottis C, Labronici LM. O corpo obeso e a percepção de si. [recorte de monografia] Paraná: Universidade Federal de Paraná, Departamento de Enfermagem, 2003.
12. Tinoco RC. Complicações da cirurgia bariátrica. *Rev Col Bras Cir.* 2004;3(4):4-8.

13. Zilberstein B, Galvão Neto M, Ramos AC. O papel da cirurgia no tratamento da obesidade. *RBM*. 2002;59(4):258-64.
14. Arantes FB. O Impacto da cirurgia bariátrica na relação de casal: uma perspectiva dos cônjuges masculinos [dissertação]. Goiânia: Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia; 2008.
15. Ferraz EM, Arruda PCL, Bacelar TS, Ferraz AAB, Albuquerque AC, Leão CS. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. *Rev Col Bras Cir*. 2003;30(2):98-105.
16. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Suppl1):S29-36.
17. Forcina DV, Almeida BO, Ribeiro Júnior MAF. Papel da cirurgia bariátrica no controle do diabetes mellitus tipo II. *ABCD arqbrascardig*. 2008;21(3):130-2.
18. Gigante DP, Moura EC, Sardinha LMV. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(Suppl 2):83-9.
19. Nassif PAN, Lopes AD, Lopes GL, Martins PR, Pedri LE, Varaschim M, et al. Alterações nos parâmetros pré e pós-operatórios de pacientes com síndrome metabólica submetidos à bypass gastrointestinal em Y de Roux. *ABCD ArqBrasCirDig*. 2009;22(3):165-70.
20. Ceneviva R, Silva GA, Viegas MM, Sankarankutty AK, Chueire FB. Cirurgia bariátrica e apneia do sono. *Medicina*. 2006;39(2):235-45.
21. Pinto MS, Bosi MLM. Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. *Physis*. 2010;20(2):443-57.
22. Ressel LB, Silva MJP. Reflexões sobre a sexualidade velada no silêncio dos corpos. *RevEscEnf USP*. 2001;35(2):150-4.
23. Larini KCP. Obesidade feminina: olhares sobre o corpo [dissertação]. Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 2009.
24. Vilhena J, Novaes JV, Rocha L. Comendo, comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea. *RevSubjetiv*. 2008;8(2):379-406.
25. Gonçalves AF, Moraes DEB. Obesidade e sexualidade. *RBSH*. 2004;15(1):103-12.
26. Gozzo TO, Fustinoni SM, Barbieri M, Roehr WM, Freitas IA. Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. *Rev latino-amenferm*. 2000;8(3):84-90.
27. Ribeiro VLP. Obesidade e função sexual. [Internet]. Acesso em: 20 fev 2011. Disponível em: www.psicologia.com.pt
28. Agra G, Henriques MERM. Vivência de mulheres que se submetem à gastroplastia. *RevElet Enf*. 2009;11(4):982-92.
29. Nozaki VT, Rossi NM. Imagem corporal: cirurgia bariátrica. *Revsauúde pesq*. 2010;3(2):185-91.
30. Damasceno VO, Vianna VRA, Vianna JM, Lacio M, Lima JRP, Novaes JS. Imagem corporal e corpo ideal. *R brasCi e Mov*. 2006;14(1):87-96.
31. Oliveira FR, Navarro C, Lemos CD. Obesidade e reprodução. *Femina*. 2010;38(5):245-9.

Recebido em 20/12/2013

Aceito para publicação em 15/04/2014

Conflito de interesse: nenhum.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Endereço para correspondência:

Maria Luiza Lobato Mariano

E-mail: malu_lobato@hotmail.com

Maria Angela Boccara de Paula

E-mail: boccaradepaula@hotmail.com

ANEXO 1

Discursos/Relatos sobre a temática: "Como você se sente em relação à vivência da sexualidade hoje?" apresentados aos participantes da pesquisa.

DSC 1: Vivência da sexualidade feminina

"Minha sexualidade hoje eu acho que tá melhor por conta da minha autoestima, ficou bem melhor depois que eu emagreci, eu me sinto mais leve fisicamente, agora não sinto vergonha do meu corpo, não tenho falta de ar, me sinto bem, com mais disposição. Eu me aceito, consigo me encarar, me sinto melhor comigo mesma e com mais intimidade com meu marido. Hoje me sinto melhor, consigo sair, tenho vida social, me sinto uma pessoa mais atraente, passei a me cuidar, eu me arrumo, fico bonita, então isso melhorou a relação sexual, tenho pessoas que olham para mim que me elogiam, recebo elogios, agora tá ótimo, porque agora eu não tenho aquele problema da gordura. Antigamente eu relutava em ir para cama com ele, antes eu sentia vergonha do meu corpo, tinha medo, sentia cansaço, não me olhava no espelho, eu tinha vergonha de ficar no claro com ele, quando a gente tá mais pesado é difícil até pra se mexer, pra se locomover, pra tudo. Durante muitos anos eu não conseguia finalizar a relação sexual, antes era complicado ser mulher com 140 quilos aquela coisa grande deitada. Hoje eu consigo finalizar a relação sexual, agora é diferente, agora eu tenho prazer, eu sinto prazer, eu me sinto mulher, aumentou a segurança frente ao parceiro, sensação de provocar mais desejo, mais sensualidade, aumentando assim a frequência e a qualidade na vivência da sexualidade, eu acho que foi bom pra nós dois."

DSC 2: Não vivência da sexualidade feminina

"Não pratico mais sexo, não tenho mais vontade, não tenho interesse, porque eu to engordando de novo, meu problema é esse, eu estou engordando de novo, não

tenho aquela coisa de querer, até quero às vezes, mas prefiro não fazer."

DSC 3: Vivência da sexualidade masculina

"Hoje eu me sinto bem, me sinto um gato, muito melhor do que antes quando eu era obeso, me sinto muito mais seguro, muito mais positivo, muito mais desejo, muito mais frequência, a gente tem mais contato, às vezes por causa da obesidade e o cansaço, você dormia, não tinha muito apetite, muita vontade. Antes da cirurgia com 164 kg você tem a autoestima muito em baixa e também afeta o fator psicológico, você se sente mal fisicamente, não consegue ter resistência física pra ter a relação, e no momento que você perde peso sua autoestima vai lá em cima. Agora é bem melhor, sem constrangimento e mais feliz por estar desta maneira, a qualidade melhorou. Devido à cirurgia hoje eu tenho filhos que antes não conseguíamos de jeito nenhum, e foi sem tratamento, com muita calma."

DSC 4: Melhorias das comorbidades e fator psicológico

"A cirurgia beneficiou grandemente minha vida, não tenho mais diabetes e nem pressão alta, com qualidade de vida melhor, sem doenças, essa operação melhorou em tudo. A cirurgia elevou a autoestima. Hoje eu sei o que eu quero pra mim, eu faço o que eu gosto, você passa a aceitar somente aquilo que te faz bem. O espelho não é mais inimigo, gosto de me arrumar, de comprar lingerie, por roupas diferentes, de sair pra passear, adoro parque de diversão. Então, foi a melhor coisa que eu fiz, eu tô bem psicologicamente, fisicamente e emocionalmente."