



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA E INTERVENÇÕES EM SAÚDE

LORENA MOURA SANTANA

**ANÁLISE DE CONTEÚDO SOBRE O REGANHO DE PESO TARDIO EM
MULHERES ADULTAS APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Salvador

2022

LORENA MOURA SANTANA

**ANÁLISE DE CONTEÚDO SOBRE O REGANHO DE PESO TARDIO EM
MULHERES ADULTAS APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA.**

Dissertação apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde e Pública – EBMSP, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia e intervenções em saúde.

Orientadora: Psic. Prof^ª Dr^ª Suzane Bandeira Magalhães
Pesquisa: Clínica Ampliada

Salvador

2022

LORENA MOURA SANTANA

**“ANÁLISE SOBRE O REGANHO DE PESO TARDIO EM MULHERES ADULTAS
APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA”**

Dissertação apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Salvador, 25 de maio de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Anna Amélia de Faria
Doutora em Letras e Linguística
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

Prof.^a Dra. Marta Vanessa Oliveira de Souza
Mestra em Psicologia
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

Prof.^a Dra. Sylvia Maria Barreto da Silva
Doutora em Medicina e Saúde Humana
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

RESUMO

A obesidade é uma doença multifatorial, sendo um problema de saúde pública mundial. Dentre as possibilidades de tratamento encontra-se a cirurgia bariátrica. **Justificativa:** Compreendendo que a cirurgia é uma ferramenta de combate e controle é importante o estudo das variáveis no cotidiano de sujeitos com reganho de peso, por haver a possibilidade em traçar intervenções e mapear os fatores psicológicos influenciadores a ponto de reduzir ou atenuar os aversivos no processo de aumento de peso. **Objetivo:** Compreender as contingências que reforçam o “comer emocional” em mulheres adultas com reganho de peso tardio pós-bariátrica sem acompanhamento psicológico. **Método:** O estudo de metodologia qualitativa exploratória e descritiva, o instrumento utilizado foi entrevista semiestruturada e os resultados tratados pela técnica da análise de conteúdo. **Resultados e discussão:** O trabalho é composto por dois resultados, o primeiro o projeto roda de conversa com mulheres pós-bariátrica e o segundo discutido após análise de conteúdo chegando-se a quatro categorias: trajetória até realização da cirurgia bariátrica, preparação para o procedimento cirúrgico, relação com o corpo, comer emocional e a relação com o reganho de peso. **Considerações Finais:** Diante do estudo concluiu-se que as participantes compreendem a importância sobre o acompanhamento multidisciplinar na manutenção do peso após a bariátrica por perceberem que ocorre a ingestão de comida não por necessidade física, mas devido ao repertório comportamental que o comer é reforçado tanto a nível primário como secundário, logo o reganho de peso tardio decorre dos níveis de seleção do comportamento, filogenético, ontogenético e sócio genético, havendo influência de fatores psicológicos, transtornos de humor e alimentares.

Palavras-chave: Obesidade; Cirurgia bariátrica; Reganho de peso; Comportamento alimentar.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	07
2. INTRODUÇÃO.....	08
3. OBJETIVO	12
3.1. Objetivo geral.....	12
3.2. Objetivos específicos.....	12
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	12
4.1 Percurso da obesidade enquanto patologia no contexto social contemporâneo.....	12
4.2 Obesidade como foco e responsabilidade da saúde pública.....	14
4.3 Conceitualização, investigação e diagnóstico.....	15
4.4 Interpretação da psicologia sobre o comer e a comida.....	17
4.5 Escolha do tratamento e suas implicações na permanência da perda de peso.....	19
4.6 Compreendendo o reganho de peso após a realização da bariátrica	25
4.7 Fatores psicológicos influenciadores na dinâmica cotidiana após a cirurgia bariátrica.....	28
5. MÉTODO.....	33
5.1 Desenho.....	33
5.2 População de referência	34
5.3 Estratégias para recrutamento das participantes	35
5.4 Critério de inclusão.....	35
5.5 Critério de exclusão.....	35
5.6 Estratégias de coletas de dados.....	36
5.7 Descrição dos encontros.....	36
5.8 Instrumentos.....	37
5.9 Análise de dados.....	37
5.10 Aspectos éticos da pesquisa.....	38
6. RESULTADOS.....	39
6.1 Identificação das participantes	40
6.2 Relato do cotidiano e descrição das participantes.....	42
6.2.1 Participante 01 café	42

6.2.2 Participante 02 sorvete.....	42
6.2.3 Participante 03 heineken.....	43
6.2.4 Participante 04 chocolate.....	44
6.2.5 Participante 05 cerveja.....	45
6.2.6 Participante 06 churrasco.....	45
6.2.7 Participante 07 acarajé	46
7. ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	47
7.1 Trajetória até a realização da cirurgia bariátrica	47
7.2 Preparação para o procedimento cirúrgico.....	50
7.3 Relação com o corpo.....	54
7.4 Comer emocional e a relação com o ganho de peso.....	58
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS.....	66
Apêndice A- questionário sóciodemográfico.....	72
Apêndice B- roteiro de entrevista.....	72
Apêndice C- TCLE	73
Apêndice D- currículo do pesquisador.....	75
Apêndice E- artigo submetido.....	76
Apêndice F- projeto do mestrado.....	97
Anexo A- parecer substanciado do CEP.....	107

1. APRESENTAÇÃO

O desejo por estudar o processo de reganho de peso em pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica decorre de duas esferas, a primeira refere-se a esfera pessoal, fui uma pessoa com obesidade mórbida e acabei por vivenciar todo o processo do adoecimento e ausência de informação sobre este. Inicialmente desconhecia que a obesidade é uma doença, a entendia apenas como um resultado da quantidade de comida que era ingerida em excesso em detrimento da queima calórica, entretanto mesmo percebendo que havia pessoas que comiam muito além do que eu comia e o corpo não apresentava tamanha adiposidade, não tinha compreendido haver alguma relação para além da quantidade de comida.

Essa convivência sempre esteve presente na minha vida de modo que jamais soube o que era estar no peso adequado para minha idade e estatura, a luta contra a obesidade sempre foi uma guerra travada e sempre perdida.

Uma entre tantas questões que me atravessaram no período da adolescência e início da fase de jovem adulto consistia na ausência de histórico familiar de quadros de obesidade, o que me levava a reafirmar que de fato não era uma doença e acabava por simplificar a mesma me assegurando na ideia errônea que o fato de estar obesa era apenas devido a escolha do que comia em momentos inoportunos e em quantidades desproporcionais para garantir a minha necessidade física. Em parte a lógica estava correta, porém essa sequência comportamental não se justificava por apenas um desejo e/ou funcionamento próprio do meu corpo, mas sim por uma aprendizagem que foi construída durante toda a minha história de vida, que envolve as minhas relações com o contexto em que estou e que me transforma e eu o transformo também.

Um longo percurso foi traçado até a busca por tratamentos, os mais variados se fizeram presentes, essa ressalva é de grande valia visto que o processo é contínuo. O início foi permeado por acompanhamentos tradicionais e dieta; não se discutia ainda no cenário médico a ideia de reeducação alimentar, ou melhor, não na região territorial em que residia, então houve tentativas de dieta associada a exercício físico, seguimos para introdução a medicação. Manter-se nesse processo era um custo emocional que sobrepunha o desejo da redução do peso de modo que não conseguia me manter por período suficiente para alcançar o objetivo. Nesse ponto do tratamento houve a possibilidade da ocorrência da cirurgia bariátrica a qual ganhou um caráter de simpatia gratuita pelo procedimento, uma vez que este foi compreendido como a resolução do adoecimento vivido.

Entretanto ao seguir no percurso foi clarificado que a cirurgia não resolveria por completo o quadro da obesidade, mas que poderia ser uma possibilidade para novos

caminhos. Paralelo a este movimento ocorreu o crescimento profissional simbolizado pela proximidade da conclusão da graduação em psicologia, e estando em processo terapêutico foi perceptível que a manutenção do procedimento cirúrgico decorreria da construção de novos repertórios comportamentais alimentares adequados, visto que o comer é reforçado pelas esferas filogenética, ontogenética e sociogenética.

Ao passar dos anos tive a oportunidade em trabalhar com mulheres que haviam realizado a cirurgia bariátrica e que estavam no processo de reganho de peso, e então desenhou-se a segunda esfera responsável pelo interesse em aprofundar o estudo sobre o tema. Na posição de terapeuta houve a necessidade em trabalhar as questões relacionadas a aceitação do corpo e o modo como seria possível o retorno ao emagrecimento, me dediquei a temática desde então para contemplar os acompanhamentos realizados com as clientes.

Durante os estudos algumas questões me foram surgindo, e sem respostas suficientes para as inquietações comecei a preparação para realizar uma pesquisa que me ofertasse seguridade no que estava investigando e acesso as respostas que tanto almejava, nesse mesmo período de tempo a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública abriu a seleção para o Mestrado em Psicologia e Intervenções a Saúde, no meu planejamento acadêmico já havia a pretensão da realização do mestrado e logo a oportunidade estava bem definida em estudar uma temática que evocava em mim lacunas.

2. INTRODUÇÃO

O campo denominado microgêneses referente a alimentação trata das relações que o sujeito possui com o alimento e com o alimentar-se, em que o comer funciona como garantia da sua sobrevivência. O comer abaixo da quantidade que garante a sua sobrevivência evolui para quadros de desnutrição e quando o sujeito come demasiadamente, perdendo o controle da frequência e da quantidade da ingestão alimentar, evolui para a obesidade (Neves, Torcato, Urquieta & Kleiner, 2010).

No que concerne a esta última, vale ressaltar que nem sempre a obesidade foi considerada sinônimo de prejuízo a saúde e/ou adoecimento, pelo contrário, a história releva outras interpretações bem distintas das trazidas na atualidade em que a obesidade é entendida como uma doença e preocupação de saúde pública.

Na pré-história o corpo obeso era compreendido como marca da beleza e fertilidade; o período Neolítico revelava deusas com seios, coxas e quadris volumosos, deixando clarificado o status da beleza como sinônimo do corpo obeso. O panorama começou a sofrer alterações nas discussões quando Hipócrates versou sobre os malefícios da obesidade para o corpo

humano, reafirmando essa ideia no Império Romano que se encarregou de sustentar que o símbolo da beleza se tratava de corpos magros e, portanto, as mulheres eram mantidas em horas de jejum (Barbieri, 2012).

Esses dados nos inclinam a refletir sobre o quão a temática é relevante e atravessa tanto o cenário atual como o cenário social futuro. Logo, devido a este crescente número de quadros de obesos proporcionalmente a realização da cirurgia bariátrica vem aumentando entre esse público, sendo entendida como uma possibilidade de aquisição de resultado em curto espaço de tempo e por um período maior, o que promove redução das comorbidades associadas e conseqüentemente melhora da qualidade de vida dos sujeitos obesos, que após a realização da cirurgia estarão na condição de obesos controlados.

O estudo realizado por Malveira, Santos, Mesquita, Rodrigues e Guedine (2021) se dedicou a compreender o quantitativo de sujeitos obesos por regiões com foco nas capitais do Brasil e obtiveram os seguintes resultados: Região Norte as capitais que apresentaram maior prevalência foi Manaus com 27,2% no ano de 2015 e Rio Branco com 23,8% em 2016, a região do Centro Oeste o quantitativo maior foi em Campo Grande no ano de 2017 com 23,4%, seguido de Cuiabá com 23,0% em 2018, no Nordeste a maior prevalência foi em Natal, 22,5% em 2019 e Recife com 21,9% em 2018, o Sudeste revelou os dois grandes polos urbanos nacionais com maior prevalência Rio de Janeiro com 22,4% no ano de 2018 e São Paulo com 21,2% ano de 2015, a Região Sul dentre as demais obteve o menor percentual nacional, porém no que refere a região as capitais que tiveram maior representatividade foi Porto Alegre 20% em 2015 e Curitiba 19,4% no ano de 2019.

No que se refere aos dados epistemológicos sobre a realização da cirurgia bariátrica no Brasil, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) informa que mundialmente a obesidade vem apresentando índices de crescimento significativo que deixam as autoridades governamentais em alerta e toda a engenharia que envolve a saúde também. No Brasil não é diferente, a Organização Mundial de Saúde – OMS, indica haver o quantitativo equivalente há dois bilhões de pessoas com perfil condizente tanto ao sobrepeso como a obesidade, havendo previsão do ano de 2025 a população de adultos mundial alcançar o total de 2,3 milhões de sujeitos com quadro clínico equivalente ao sobrepeso e mais de 700 milhões de obesos.

A ABESO (2016) e a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2020) discorrem que no ano de 2019 foram realizadas o total de 68.530 cirurgias em todo o território nacional, o que é equivalente a 0,5% da população de obesos graves, estes quantitativo é dividido em três esferas distintas: a primeira esfera trata das cirurgias realizadas na saúde

pública, foram o total de 12.568 procedimentos cirúrgicos realizados, comparado ao no de 2018 houve um crescimento de 10,2%; a segunda esfera que trata dos planos de saúde custearem o procedimento, sendo realizadas 52.699 cirurgias, 6,4% a mais que no ano anterior; por fim, a terceira esfera as cirurgias pagas integralmente pelos pacientes, a esta o quantitativo total foi 3.263 cirurgias realizadas.

Em virtude da ocorrência da pandemia pelo novo Coronavírus e comungando com a conduta adotada como medida preventiva pelo Conselho Federal de Medicina(CFM), as cirurgias passaram a ser realizadas novamente em maio do ano de 2020, o que impactou na redução de 60% das cirurgias realizadas entre janeiro a junho comparada ao ano de 2019 (SBCBM, 2020).

De acordo com Nascimento, Bezerra e Angelim (2013) as mulheres são o maior público que buscam a cirurgia bariátrica, por motivos variados, entre eles é possível elencar o padrão social aceitável que reforça o estereótipo da perfeição, a busca da melhora da condição física, redução do risco de mortalidade e comorbidades inerentes a obesidade.

Para melhor compreender o tema se faz necessário debruçar-se sobre o que é o comer e como este se mantém na história de vida dos humanos, entendendo o comer como um comportamento e norteado pela abordagem da psicologia Análise do Comportamento, que sustenta a afirmativa que o mesmo é inato e posteriormente torna-se aprendido. Em primeira ordem o comportamento alimentar é mantido por garantir a sobrevivência do sujeito, estando portanto, presente na história da espécie; em segunda ordem este comportamento se mantém pelas consequências, estas podem ser reforçadoras ou punitivas, como explica o autor:

Quando um comportamento tem um tipo de consequência chamada reforço, há maior probabilidade dele ocorrer novamente. Um reforçador positivo fortalece qualquer comportamento que o produza: um copo d'água é positivamente reforçador quando temos sede e, se então enchamos e bebermos um copo d'água, é mais provável que voltemos a fazê-lo em ocasiões semelhantes. Um reforçador negativo revigora qualquer comportamento que o reduza ou o faça cessar: quando tiramos um sapato que está apertado a redução do aperto é negativamente reforçadora e aumenta a probabilidade de que ajamos assim quando um sapato estiver apertado (Skinner, 1982, p. 43).

Nesse sentido é possível começar a “desenhar” a aprendizagem de comportamentos alimentares inadequados, a exemplo dos encontros com amigos ou festas familiares, que sempre possuem comida e bebida em quantidade vasta, assim o comportamento alimentar é mantido pela chamada ontogêneses, esta trata da história de vida do sujeito, o que nas relações deste é reforçador. Nesse sentido é possível descrever o exemplo de uma mãe que para o filho findar o choro oferta um chocolate, e quando a criança alcança a média máxima em

matemática também oferta um chocolate, assim a relação entre alcançar uma vitória ou expressar uma tristeza gera sempre acesso a comida.

A grande questão está quando essa sequência comportamental se torna um hábito do sujeito. Entende-se como hábito o ato ou uma padronização da resposta que possui frequência na repetição, podendo ser aplicado por decorrência da generalização as normas comportamentais (Ramos & Stein, 2000). Assim, a soma desse “hábito alimentar” à ausência de atividades físicas cotidianas oferta aumento na probabilidade da ocorrência da obesidade.

Na tentativa de obtenção de resultados positivos na luta contra a obesidade várias técnicas foram se somando ao longo de toda a história científica, dietas, reeducação alimentar, prática de exercícios físicos, uso de medicamentos e em última possibilidade a realização a cirurgia bariátrica, todo esse percurso adotado depende do IMC que o sujeito com obesidade se encontra.

O sujeito é considerado obeso a partir do cálculo do Índice de massa corpórea (IMC), a definição do grau de obesidade orienta o tratamento mais adequado para cada sujeito. A partir do grau II (IMC 35,0 a 39,9 Kg/m²) e obesidade grau III mórbido (IMC maior que 40.0 Kg/m²) os sujeitos são eleitos à cirurgia bariátrica (Nascimento et al, 2013).

Mesmo havendo ganhos expressivos decorrentes da realização da cirurgia bariátrica, segundo Nascimento et al (2013) alguns riscos ainda são presentes e bastante temidos pelos sujeitos que se propõe a realização do procedimento, entre eles o reganho de peso. Estudos revelam que muitos sujeitos não conseguem manter a gama de modificações comportamentais alimentares necessárias para que o seu novo peso seja permanecido e acabam por engordar novamente.

O motivo desse aumento de peso pode ser justificável por quadros de transtornos psicológicos como por exemplo depressão, ansiedade, perda do controle sobre a alimentação, episódios de impulsividade, raiva, tristeza e estresse, que são apresentados por sujeitos eleitos a bariátrica e/ou após procedimento ocasionando a chamada “alimentação emocional”, que trata da alteração da ingestão de alimentação decorrente do estado emocional do sujeito (Jesus, Barbosa, Souza & Conceição, 2017).

Diante do exposto questiona-se quais são as contingências comportamentais que reforçam o “comer emocional” em mulheres adultas sem acompanhamento psicológico com reganho de peso pós-bariátrica. Por concordar com a literatura que assegura a cirurgia bariátrica como uma ferramenta efetiva e eficaz tanto no combate como no controle a obesidade, o presente estudo julgou relevante compreender as variáveis presente no repertório comportamental alimentar dos sujeitos com reganho de peso, pois confere-se na possibilidade

de traçar intervenções no sentido de ensiná-lo a mapear as suas emoções, ao modo de reduzir e/ou atenuar as situações aversivas no processo de aumento de peso visto que trata-se de uma patologia de ordem multifatorial. A psicologia vem a exercer papel fundamental nesse sentido, pois é certificado que a obesidade é uma questão crescente não apenas a nível local, mas sim mundial, sendo o presente estudo científico, uma vez este realizado pode ser compartilhado dentro da academia ofertando avanços e propiciando a produção de novos estudos.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender as contingências que reforçam o “comer emocional” em mulheres adultas com reganho de peso tardio pós-bariátrica sem acompanhamento psicológico.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil comportamental de mulheres pós-bariátrica com reganho de peso tardio;
- Conhecer por meio da literatura científica, acerca dos determinantes que mantêm o comportamento alimentar inadequado em sujeitos pós-bariátrica com reganho de peso;
- Explicar as contingências que controlam o comportamento de “comer emocional”;
- Desenvolver uma proposta de intervenção com mulheres em situação de reganho de peso pós-bariátrica.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Percurso da Obesidade Enquanto Patologia no Contexto Social Contemporâneo

A obesidade na contemporaneidade vem apresentando crescente aumento em toda a população mundial, sendo considerada uma epidemia de causas multifatoriais, o que acaba por dificultar o modo de construir estratégias para o tratamento da patologia em questão, requerendo do sujeito obeso empenho de várias esferas: social, física, psicológica e financeira.

Há ocorrência em ambos os gêneros e em todas as fases do ciclo vital, sujeitos obesos são mais suscetíveis a comorbidades associadas, o que resulta no declínio tanto da qualidade de vida como na expectativa da mesma. Entre as comorbidades associadas estão a diabetes tipo dois, doenças cardiovasculares, hipertensão e a mais emergente do cenário social atual, o SARS- CoV-2.

O estudo realizado por Carneiro e Dall’Igna (2020) informa acerca da mesma, a infecção por SARS-CoV-2 apresenta maior gravidade em sujeitos que possuem comorbidades associadas à obesidade, o que se denomina “Choque de Pandemias”. O chamado “Choque” faz referência a ocorrência de infecção do novo Coronavírus em sujeitos que são acometidos por pandemias que seja antiga e crônica. No tocante especial ao Covid-19, segundo o mesmo autor, a obesidade é um fator de risco, pois pode acarretar em patologias de ordem mecânica, como apneia obstrutiva do sono, restrições devido a compressão do abdômen do diafragma, reduzindo a expansão pulmonar, o que complica em casos de intervenção mecânica.

Levando em consideração a proporção corpórea do sujeito obeso é possível imaginar que o manejo clínico neste contexto seja bastante delicado, a ponto que a simples mudança de posição do paciente no leito com o objetivo de ofertar maior conforto ao mesmo pode ficar comprometida devido à dificuldade decorrente do peso, e por este se encontrar em uma situação de declínio físico demanda da ajuda dos profissionais presentes, entretanto por conta da tamanha corpulência é necessário mobilizar mais pessoas da equipe, o que muitas vezes se torna uma tarefa difícil, visto que as equipes estão sobrecarregadas por conta da crescente demanda de sujeitos adoecidos pelo novo Coronavírus.

Uma característica referente a natureza da obesidade trata do estado inflamatório, este se encarrega de propiciar o aumento das citocinas pró-inflamatórias que inibem a secreção de adipocinas anti-inflamatórias, construindo um estado de inflamação crônica que resulta na alteração imune e logo reduz a resposta frente aos antígenos que sujeitos obesos apresentam devido ao peso em excesso, dificuldade respiratória e fadigam com recorrência. Este quadro clínico somado a infecção com SARS- CoV -2, que por sua vez ataca principalmente os pulmões, acaba por resultar na obstrução das vias aéreas e logo alto risco desse paciente declinar e evoluir para óbito (Carneiro & Dall’Igna, 2020).

De acordo com Péres, Cidade, Kliemann, Schwambach e Padoin (2017) a obesidade é considerada uma pandemia, devido a sua magnitude e velocidade de evolução, sendo na atualidade uma das principais causas de mortalidade da população mundial. O Brasil apresentou nos últimos 10 (dez) anos aumento relevante em sujeitos com sobrepeso e/ou

obesidade, o que é preocupante, como relatado anteriormente, a pessoa com obesidade demanda de assistência à saúde e facilmente apresenta declínios para com a mesma. Debruçando-se sobre o contexto brasileiro da saúde é notório a percepção no tocante a ausência de recursos na oferta da assistência a esses sujeitos.

4.2 Obesidade como Foco e Responsabilidade da Saúde Pública

Para além de perceber a obesidade como uma patologia, abandonando o lugar da mesma como oriunda da vontade e construção do sujeito em si, é relevante a compreensão sobre as questões que permeiam o contexto em que o sujeito se constrói enquanto pessoa e as variáveis que estão presentes e que contribuem para a manutenção da obesidade dentro do bojo social.

Vale ressaltar que no Brasil a obesidade tornou-se objeto das políticas públicas no ano de 1999, por meio do Sistema Único de Saúde – SUS, sendo este o principal “ator” na execução de ações junto a chamada Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN (1999). Esta preconiza diretrizes de prevenção e tratamento da obesidade, sendo possível citar: o estímulo as ações Intersetoriais com vista ao acesso universal dos alimentos; garantia da segurança, qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto; monitoramento da situação alimentar e nutricional; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associados à alimentação e nutrição; promoção de linhas de investigação e desenvolvimento a capacitação de recursos humanos.

Essas políticas contribuem para o surgimento e a preocupação com a melhora da qualidade da merenda escolar pública, foco nos sujeitos nascidos com baixo peso e surgimento de academias públicas nos bairros populosos ao ar livre. Entretanto, mesmo diante destas ações o número de obesos mórbidos ainda foi e é crescente, sendo necessário um “braço” da PNAN para contemplar a demanda da população.

No ano 2000 a cirurgia bariátrica foi regulamentada pelo SUS, através da portaria de nº196 de 29 de fevereiro de 2000, havendo 22 centros de referência no país, o qual não suportou a demanda populacional, sendo esta portaria revisada algumas vezes. No ano de 2013 através da portaria de nº 425 de 19 de março de 2013, o Ministério da Saúde elaborou algumas novas medidas no combate à obesidade e no que concerne a cirurgia bariátrica, vindo

a surgir os chamados Centros de Alta Complexidade para o Atendimento à Pacientes com Obesidade (Ministério da Saúde, portaria nº425, 2013).

Os Centros constituem-se em hospitais, ficando instituído que cabe aos gestores estaduais e municipais ainda na Portaria de nº 425/2013 do Ministério da Saúde, ações que promovam a saúde e prevenção à obesidade precoce, diagnóstico e tratamento destinado ao atendimento do paciente com obesidade mórbida, o que envolve atendimento de urgência, preparo pré-operatório e pós-cirúrgico, intervenção clínica para a cirurgia, acompanhamento ambulatorial, reabilitação, suporte e acompanhamento através de procedimentos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do sujeito com obesidade.

4.3 Conceitualização, Investigação e Diagnóstico

De forma rápida e objetiva é possível identificar um sujeito acima do peso e /ou obeso, a corpulência é o dado principal e acessível a todos, porém essa medida antropométrica não é o suficiente para a gama de fatores que estão envolvidos na instalação, permanência, diagnóstico e escolha do tratamento mais adequado e eficiente para cada caso clínico.

A obesidade tem sido definida como doença crônica associada ao excesso de gordura corporal (acúmulo de tecido adiposo localizado ou generalizado), com etiologia complexa e multifatorial, resultando na interação de estilo de vida, genes e fatores emocionais. A definição de obesidade mais utilizada é baseada no índice de massa corporal (IMC), que retrata o grau de corpulência, porém sem definir exatamente o importante aspecto da epidemiologia metabólica e cardiovascular moderna: a distribuição da adiposidade corporal (Souza, 2015 p.52).

Definir obesidade como uma doença crônica localiza a mesma tanto no que concerne à sua origem quanto ao desenvolvimento. As doenças crônicas são aquelas que possuem duas características centrais, a primeira, o tratamento e o desenvolvimento é lento e a segunda longa duração, esses aspectos dificultam o sujeito a buscar ajuda em tempo hábil, o desenvolvimento lentificado contribui para que a pessoa não perceba os sintomas como ocorrência da patologia, mas sim como eventos esporádicos.

Pensando na obesidade a ocorrência do aumento de peso gradativo pode contribuir para o sujeito associar o aumento com uma fase e/ou evento específico da sua vida, a exemplo do período de férias, uso de algum medicamento ou faixa etária, elegendo como resolução para a questão um espaço de tempo significativo.

Em relação ao segundo aspecto exige do sujeito uma gama de novos repertórios comportamentais, tanto a nível do agir como do pensar para que haja mudança da sua

condição clínica, havendo dificuldade tanto na adesão como na permanência do processo, além dessa questão o sujeito passa a neutralizar a sua condição clínica.

A preocupação com a localização da adiposidade decorre pelo fato da mesma ofertar informações sobre riscos distintos de patologias futuras junto ao sujeito obeso. De acordo com Cuppari (2002) há três grupos para classificação da obesidade em relação ao armazenamento e distribuição de tecido adiposo, sendo eles: obesidade androide, também denominada de obesidade troncular ou central, presente em sujeitos com biotipo equivalente ao tipo “maçã”, apresenta maior prevalência nos homens, indica risco de patologias cardiovasculares. O segundo grupo chamado obesidade ginecoide, o sujeito deste grupo apresenta grande presença de adiposidade concentrada nos quadris, tendo maior prevalência entre as mulheres e assemelha-se a uma pêra, indicando risco de artroses e varizes. Por fim, o grupo denominado obesidade generalizada, os sujeitos pertencentes a este grupo apresentam grande concentração do tecido adiposo por todo o corpo, o que aumenta o risco de ocorrência de uma série de patologias.

Desta forma a construção do diagnóstico acerca da presença da obesidade demanda o uso de várias metodologias para que assim possa ser toda a complexidade da patologia abarcada, a anamnese deve ser minuciosa e bem detalhada, somadas a medidas antropométricas, a exemplo do IMC, peso, altura, circunferência dos quadris e cintura. Ainda cabe a investigação sobre a ocorrência de patologias preexistentes, presença de exercícios físicos com regularidade, hábitos alimentares, investigação sobre a ocorrência de familiares que também tenham obesidade e o grau de parentesco construindo todo o arcabouço do quadro clínico.

O critério central adotado pela Organização Mundial de Saúde – OMS em 2004, tanto para a classificação como para diagnóstico, é o IMC que é calculado por meio da equação matemática: peso dividido pela altura ao quadrado do indivíduo. Ainda segundo a OMS (2004), é considerado obeso aquele sujeito com IMC superior a 30kg/m^2 .

A tabela de classificação da obesidade utilizada no Brasil é norteada pelos padrões europeus de pessoas adultas, que é a classificação internacional, a mesma adotada pela OMS. Visa delimitar o que cada faixa de peso indica de risco para o sujeito tendo o chamado ponto de corte que trata do “intervalo de peso” que indica estágios graves, moderado e leve de peso.

Convencionou-se chamar de sobrepeso o IMC de 25 a $29,9\text{Kg/m}^2$ e obesidade o IMC maior ou igual a 30Kg/m^2 e de excesso de peso IMC maior ou igual a 30Kg/m^2 (incluindo a obesidade). Os pontos de corte de $< 16\text{ kg/m}^2$ (baixo peso grave), 16,0 a 16,9 (baixo peso moderado), 17, 0 – 18,4 (baixo peso leve) também fazem parte da classificação internacional (ABESO,2016 p. 17).

Ainda no tocante a classificação da obesidade esta pode ser anatomicamente classificada. Como aponta Yonaha (2016) a obesidade hiperplástica, em que há elevado quantitativo de células de gordura no organismo ou hipertrófica que está diretamente ligado ao tamanho das células adiposas presente no organismo, a intervenção reduz o tamanho das células adiposas e não o quantitativo, logo os sujeitos com obesidade hiperplástica possuem maior probabilidade de retornarem com maior facilidade ao peso, a forma de combate, assim sendo a prevenção à obesidade neste caso seria o controle das células adiposas já existente evitando o surgimento de novas.

4.4 Interpretação da Psicologia Sobre o Comer e a Comida

A compreensão da Psicologia enquanto ciência sobre o homem e os fenômenos psicológicos é vasta, possuindo conclusões distintas para cada abordagem e havendo teóricos de referência em cada uma das mesmas. Nesse sentido Burrhus Frederic Skinner foi o teórico responsável por de fato estabelecer o comportamento como objeto de estudo e assegurar este como determinado por contingências, sendo passível de previsão e controle. O chamado Behaviorismo Radical (base metodológica para a abordagem da psicologia Análise do Comportamento), busca a origem do comportar-se, compreender o que ocorre dentro e fora da pele, o que mantém a ocorrência e os modos de modificar o comportamento quando for necessário (Skinner, 2005).

Entre os marcos de contribuição do Behaviorismo Radical para a Psicologia a possibilidade do rompimento da afirmação mentalista da causalidade do comportamento, em que este é compreendido como resultado de processos e agentes internos, sendo a conduta explicada pela causa e vice-versa, na perspectiva behaviorista este é fruto da relação entre organismo – meio, seja ele público (tanto o sujeito que se comporta como os demais possuem livre acesso), como privados (apenas o sujeito que se comporta possui livre acesso, porém por meio da descrição verbalizada este torna-se público) (Skinner, 2005).

Sendo o comportamento e as variáveis o foco dos estudos de Skinner, o ganho de peso em sujeitos após a realização da cirurgia bariátrica é explicado por meio da investigação dos comportamentos que estão presentes no repertório do sujeito em questão e que são responsáveis pelo surgimento e manutenção do aumento de peso, levando em consideração as relações destes indivíduos com o contexto.

Todo comportamento é produto de três níveis de seleção e de variação, sendo eles: filogêneses, decorre da garantia da sobrevivência da espécie fruto de seleção natural;

ontogêneses, para cada sujeito o comportamento alimentar é reforçador de um modo, por meio dos seus repertórios adquiridos e sociogêneses, as relações presentes no ambiente social são condições que estabelecem e mantêm o comportamento (Skinner, 2005).

Fazendo aplicação do conceito do comportamento alimentar como determinantes filogenéticos estão a necessidade de obtenção de energia por meio da ingestão dos alimentos, sistema gastrointestinal. Na ontogênese o sabor das refeições preparada pela mãe, os alimentos associados a datas específicas, a exemplo do bolo de aniversário, ou doces de festas infantis, os determinantes culturais que giram em torno de cada região, momentos históricos, regras de convivência, o lavar as mãos para comer, o cajuzinho no aniversário, acarajé na Bahia, entre outros.

Nesse sentido o ambiente seleciona as ações do organismo, ou seja, para a análise do comportamento há comportamentos que são mantidos por consequências, portanto para que seja possível compreender a função de um determinado comportamento do organismo é necessário conhecer as contingências ambientais, orgânicas e os efeitos destas contingências, o que envolvem a descrição minuciosa da interação entre resposta do organismo e o contexto em que ocorre, assim as variáveis que exercem controle sobre o comportamento serão reveladas (Skinner, 2005).

As respostas obedecem duas ordens, inata e aprendida, a primeira refere-se as respostas reflexas, uma vez que o comportamento alimentar é resultado da seleção filogenética, o comportamento reflexo é descrito pela relação S-R (estímulo – resposta) em que as variáveis no ambiente eliciam a resposta no organismo, sendo uma relação de 100%, ou seja, sempre que ocorre a presença de um determinado estímulo a resposta específica ocorre também, as respostas aprendidas se fazem presentes no chamado comportamento operante o que significa que é selecionado pelas consequências, estas retroagem sobre a resposta podendo reduzir a probabilidade de ocorrência futura da resposta (punição) ou aumentando a probabilidade de ocorrência futura da resposta (reforço), sendo está descrita pela relação S-R-C (Moreira & Medeiros, 2007).

O comportamento alimentar ele é tanto inato como aprendido, a grande questão envolve o aspecto aprendido, pois estão presentes questões peculiares a cada sujeito em virtude do reforço. A variável reforçadora para um sujeito não necessariamente é para o outro, por este motivo não é o bastante compreender que o comer excessivo decorre do reforço, o sujeito obeso acessa por meio do comportamento alimentar ganhos que sobrepõe a função fisiológica, ocupando outras funções.

4.5 Escolha do Tratamento e suas Implicações na Permanência da Perda de Peso

A relevância em compreender a obesidade como uma patologia de ordem multifatorial é um pré-requisito para traçar a estratégia adotada no acompanhamento e tratamento da mesma, o que envolve desde reeducação alimentar, presença de exercícios físicos com regularidade, uso de medicamentos e procedimentos cirúrgicos, porém em todos os casos os sujeitos obesos passarão por uma sequência de mudanças na sua rotina e acompanhamento com regularidade pela equipe multiprofissional.

Assim como as demais doenças crônicas há uma margem de risco de ocorrência das denominadas doenças-alvo, no caso da hipertensão (HA) as doenças-alvo giram em torno da insuficiência cardíaca (IC) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC), nos casos de obesidade o risco é a ocorrência da diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), alguns tipos de câncer, apneia do sono e outras tantas patologias que podem ser somadas durante a vida dos sujeitos obesos (Mancini, 2015).

Para além da dimensão física é importante salientar o que atravessa a dimensão psicológica, resultando em quadros clínicos instalados e que demandam serem assistidos, a exemplo do Transtorno Alimentar (TA), que se classifica como um transtorno por não ter a etiopatogenia comprovada.

Segundo Pisciolaro (2015), um tipo de TA bastante presente junto aos quadros de obesidade é o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP), em que a principal característica trata da ingestão de grande quantidade de comida durante um período específico de tempo, comumente associada a perda do controle sobre a ingestão do alimento, ocasionando sentimentos de vergonha, culpa e isolamento; após a ingestão exacerbada de alimento o sujeito não apresenta comportamentos compensatórios em direção a perda de peso.

De todo modo o sujeito com obesidade pode acrescentar outros quadros clínicos de ordem psicológica, a exemplo da oscilação de humor que envolve desde quadros de ansiedade chegando a própria depressão. Comumente esses sujeitos relatam não gostarem do seu tipo físico e conviverem com uma guerra que parece ser interminável com o espelho, havendo a baixa autoestima recorrente por não aceitarem além do tipo físico, as limitações decorrentes do excesso de peso.

O comer emocional trata da ingestão alimentar oriunda do estado emocional no momento presente, a própria ansiedade em que os sujeitos relatam estarem em função de algum fato que futuramente virá ocorrer e enquanto o futuro não se torna presente, a alimentação funciona como uma válvula de suporte e escape para esses sujeitos. Há também a

ocorrência da bulimia, em que o sujeito ingere o alimento e se força a expurgá-lo de qualquer modo.

Os pacientes que apresentam desordens alimentares concomitantes com transtornos da compulsão alimentar e não os tratam junto a obesidade tem demonstração maior de insucesso na perda de peso à longo prazo pela permanência da alta taxa de ingestão calórica sendo demonstrado a importância do acompanhamento psicológico (Florido, 2019, p.85).

A todo tempo é necessário recordarmos que o tratamento da obesidade é por período indeterminado, pois o corpo do obeso ainda que haja uma perda significativa de peso, possui fatores genéticos, ambientais, sociais, psicológicos que constituem uma predisposição ao aumento de peso e alto risco de retorno à obesidade. Para além este acompanhamento demanda ser multidisciplinar, havendo uma diversidade significativa de estratégias e métodos que podem ser combinados ofertando melhores possibilidades para os sujeitos obesos.

Um dos tratamentos possíveis é o farmacológico, vale reforçar que é uma possibilidade que precisa ser somada a outras variáveis, o ponto central é sempre a modificação comportamental que envolve alimentação balanceada e prática de exercícios físicos. No bojo da obesidade assim como em toda patologia crônica, o auxílio da farmacologia é iniciada com a prevenção, de modo secundário o objetivo é de prevenir o avanço de futuras complicações do caso clínico do sujeito (ABESO, 2016).

Há algumas especificidades que precisam ser analisadas antes de realizar a adesão pelo tratamento farmacológico, a primeira delas de acordo com ABESO (2016) trata do grau da obesidade, o uso da medicação como tratamento é indicado para aqueles sujeitos que se encontram com o IMC maior ou igual à 25Kg/m², havendo associado ao quadro da obesidade outras comorbidades. O histórico do paciente também é bastante importante, este deve ter histórico de tentativas resultante em insucesso com tratamentos não farmacológico, aqueles sujeitos que estão com o IMC dentro do aceitável, porém a circunferência do abdômen apresenta aumento, este é classificado como obesos viscerais e devem ser eleitos ao uso do tratamento farmacológico.

Não há indicação de tratamento farmacológico de modo vitalício, por isto que é de grande importância a aquisição de novos repertórios comportamentais. É compreendido como sucesso do tratamento farmacológico quando há perda de peso que resulte em redução de comorbidades associadas futuras ou instaladas previamente em percentual, 5% é considerado critério mínimo de sucesso (ABESO, 2016).

Vários sujeitos retornam ao peso inicial ou acabam por aumentar o peso após a finalização do tratamento farmacológico, este fato decorre pois os mesmos não mantêm a prática de exercícios físicos e controle da ingestão alimentar.

Toda medicação para ser feita o uso precisa da aprovação do órgão responsável por analisar a sua eficácia, esta liberação ocorre por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Os medicamentos para controle da obesidade no Brasil são três, a sibutramina, orlistate e liraglutida. A primeira (a sibutramina) atua no bloqueio da receptação da noradrenalina e da serotonina, o que contribui para a redução da ingestão alimentar (ABESO, 2016).

Este medicamento faz parte do grupo de medicamentos denominados anorexígenos que promove a redução de peso através da atuação na diminuição do apetite, este grupo de fármacos é também chamado de inibidores, moderadores ou sociotógenos do apetite e modulam os neurotransmissores catecolaminérgicos e/ou serotoninérgicos, também fazem parte deste grupo a anfepramona, femproporex e o mazindol (Oliveira, Barão & Ferreira, 2009).

Vale ressaltar que o uso deste grupo de medicamentos é amplamente questionado no seio da saúde devido ao seu custo-benefício. Os efeitos colaterais são inúmeros, havendo efeitos físicos e psicológicos, entre eles: cefaleias, taquicardia, tremor, insônia, ansiedade, depressão, dentre outros. Para além não há estudos que comprovem o que a longo prazo acarreta no corpo humano e quais os riscos de dependência e o modo como o corpo reage a abstinência dessas substâncias (Moreira & Junior, 2012).

Essa medicação foi proibida a comercialização durante o ano de 2011 pela ANVISA por conta do risco de desenvolvimento de patologias cardíacas, voltando a ser liberada no ano de 2014. O decreto em 23 de junho de 2017 da Câmara de Deputados Federal por meio da Lei de número 13.457/17 autorizou tanto o comércio quanto o consumo desde que seja sobre prescrição médica, em receita do tipo B² (Brasil, 2017).

Art.1º: Ficam autorizados a produção, a comercialização e o consumo, sob prescrição médica no modelo B², dos anorexígenos, sibutramina, anfepramona, femproporex e mazindol.

Art.2º Esta Lei entre em vigor na data de sua publicação Brasília, 23 de junho de 2017, 196º da Independência e 129º da Republica.

A outra medicação envolvida neste bojo é o orlistate, que atua de modo a fazer com que um terço dos triglicérides ingeridos permaneçam não absorvidos pelo intestino e sendo eliminados nas fezes. Essa medicação apresenta resultados significativos em pacientes diabéticos e hipertensos, contribuindo para além da perda de peso influenciando no processo

da redução de insulinemia, glicemia de jejum, redução da circunferência abdominal, entre outros benefícios. Já a liroglutida possui atuação no hipotálamo nos centros relacionados ao prazer e a recompensa, bastante eficiente no tratamento da diabetes tipo 2, entretanto mesmo diante de tantos benefícios há alguns efeitos colaterais, entre eles encontram-se: náuseas, vômitos e diarreia, sendo estes transitórios e, portanto, não são o bastante para promoção da interrupção do tratamento (ABESO, 2016).

Por ser uma patologia multifatorial outras medicações são combinadas quando se opta pelo tratamento medicamentoso. Como o sujeito obeso normalmente não possui boa relação com o seu tipo físico por agregar limitações físicas o que impacta no psicológico, como citado anteriormente esses sujeitos enfrentam oscilação no humor e podem apresentar tanto ansiedade como depressão sendo necessário associar medicações destinadas ao tratamento dessas patologias, objetivando atenuar os sintomas.

Alguns inibidores de receptação de serotonina como fluoxetina e a sertralina são prescritos com o objetivo de tratar a depressão e contribuir para a perda de peso. Vale salientar que essas medicações não são primárias no controle da obesidade, elas atuam de modo indireto (ABESO, 2016).

Associado ao uso de medicações há o tratamento dietético, esta é outra estratégia no combate a obesidade, visto que a ingestão alta e/ou demasiada de calorias acarreta no aumento de massa corporal e logo no aumento do peso. Não há dúvida de que a redução da quantidade alimentar e troca de alimentos no cardápio cotidiano contribuem para o processo de emagrecimento, em casos que a redução de peso não é tão significativa o tratamento dietético associado a prática com regularidade de exercícios físicos promovem a redução e manutenção do peso.

Porém antes de aderir ao tratamento dietético é importante refletir sobre algumas questões que influenciam na aplicabilidade e, portanto, no sucesso do tratamento, a primeira questão foi elencada anteriormente, a importância de associar ao tratamento dietético o aumento do gasto energético, resultando em um balanço energético negativo. Esses hábitos demandam serem exequíveis por toda a vida, o que significa que o aumento de restrição alimentar e rigidez proporcionam ao sujeito não haver a manutenção por períodos longos de tempo, além de não serem indicados devido as implicações na saúde como um todo, o indicado é a reeducação alimentar que visa analisar a quantidade de calorias, preferências de alimentos do sujeito em questão, situação econômica, estilo de vida, idade e comorbidades associadas (ABESO, 2016).

Uma dieta planejada individualmente para criar um déficit de 500 a 1000Kcal deve ser parte integrante de programas de perda de peso objetivando uma diminuição de 0,5 a 1Kg por semana, com metas realistas. Dietas com baixas calorias, com 1000 a 1200 Kcal por dia reduzem em média 8% do peso corporal, em três a seis meses. Com diminuição de gordura abdominal, com perda média de 4% em três a cinco anos. Dietas de muito baixa calorias, mas em longo prazo, no período de um ano, a perda de peso é similar. Estas devem ser feitas apenas em ambiente médico adequado e sob rígida supervisão (ABESO, 2016, p. 76).

Pôr a obesidade ser uma doença crônica o encontro com regularidade com o nutricionista é outro ponto que implica no sucesso do tratamento, é importante realizar ajustes, pois a longo prazo a velocidade da perda de peso apresenta declínio por conta da adaptação do corpo tanto a nova alimentação como a atividade física.

Diante de várias tentativas frustradas no tratamento da obesidade e o sujeito alcançar a classificação equivalente a obesidade mórbida que são aqueles sujeitos com IMC acima de $40 > \text{Kg/m}^2$, é indicado como conduta terapêutica o tratamento popularmente denominado como “redução de estômago”, que no seio científico é intitulado como cirurgia bariátrica.

De acordo com Castanha et al (2018) a prevalência do perfil submetido a cirurgia bariátrica são mulheres (89,3%) com idade média de 44 anos, IMC equivalente a obesidade grau III, com hipertensão (42,4%) e diabetes (18,2%).

O aumento por este procedimento vem crescendo de modo progressivo devido a relevância dos casos de pessoas com obesidade em todas as camadas sociais, o que contribui para o procedimento ser não só realizado pelo setor privado, mas reconhecido como importante no setor público, vindo a ser realizado pelo SUS.

A cirurgia é indicada para pacientes com IMC >35 com complicações ou com o IMC $40 >$, que não apresentam resposta ao tratamento clínico com medicamento e mudanças de estilo de vida. O tratamento clínico prévio é obrigatório por um período de dois anos, exceto para pacientes com IMC $>50 \text{ Kg/m}^2$, este tratamento deve obedecer às diretrizes nacionais e internacionais, aqui simplificados com o acompanhamento regular do médico especialista no período (ANS, 2017, p.36).

Por conta do procedimento da cirurgia bariátrica ter a capacidade de reduzir e/ou eliminar os quadros de comorbidades associadas, Castanha et al (2018) apontam que a realização da cirurgia implica num processo de melhorias da qualidade de vida do sujeito como um todo, se configurando como uma ferramenta eficiente na empreitada contra a obesidade.

A cirurgia bariátrica teve sua origem em estudos realizados com animais, esses eram submetidos a procedimentos distintos de desvios intestinais que proporcionava o emagrecimento significativo devido à redução drástica da absorção de nutrientes e ao mesmo

tempo não comprometia a vida do animal exposto ao procedimento (Junior, Elias, Oliveira & Shirozaki, 2015).

Em humanos o uso da técnica data o início da década de 1950, neste período as cirurgias eram desobstrutivas com o foco na redução do intestino delgado. Segundo Junior et al (2015), este ficava no tamanho de 35 a 40 centímetros, porém a técnica foi abandonada nos anos 70 devido aos efeitos pós-cirúrgicos. As cirurgias restritivas surgiram nos anos 80, e estas focam na restrição da ingestão de alimentos através da redução do estômago, o que contribui para que o sujeito obtenha a saciedade de modo mais rápido.

O modelo que possibilitou os atuais desdobramentos do procedimento cirúrgico originou-se das derivações gástricas (*gastricbypass*), popularmente conhecida como “redução de estômago aberta” ou “U invertido”, termo que faz referência a cicatriz abdominal resultante do procedimento, há outras possibilidades disponíveis e acessíveis tanto no setor público como no setor privado.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) (2017), a cirurgia *by-pass* gástrica trata da técnica que é mais usada entre as demais no Brasil tendo seus estudos iniciados na década de 60 e sendo responsável por cerca de 75% dos procedimentos realizados em solo nacional, apresentando 70% a 80% de redução do peso inicial do sujeito, nessa técnica há distintas condutas combinadas.

A primeira ocorre o grampeamento de uma porção do estômago, resultando no estreitamento de uma porção do estômago e também estreitamento do espaço da passagem do alimento na porção inicial do intestino, sendo realizado um desvio que proporciona o aumento do hormônio da saciedade e minimiza a fome, além desse benefício esse procedimento cirúrgico controla a diabetes e a hipertensão arterial (SBCBM, 2017).

Outra possibilidade é a gastrectomia vertical, ou cirurgia de *Sleve*, ou ainda gastrectomia em manga de camisa. Neste tipo de cirurgia o estômago ganha um novo formato, de um tubo com capacidade entre 80 a 100 ml, a perda de peso resultante é bastante próxima ao *by-pass* gástrico e maior do que a banda gástrica ajustável, este procedimento está disponível há mais de 20 (vinte) anos, apresenta eficácia no controle dos quadros de hipertensão, colesterol e triglicerídeos, a estimativa é que em um período curto de tempo essa técnica seja a mais utilizada tanto no Brasil como em todo o mundo (SBCBM, 2017).

Há ainda três outras possibilidades de procedimentos de cirurgia bariátrica disponíveis elencadas pela SBCBM (2017), a duodenal *Switch* que associa o desvio do intestino, a gastrectomia vertical, cerca de 60% do estômago é excluído prevalecendo a anatomia e a fisiologia original. A outra técnica é a banda gástrica ajustável, esta técnica é pouco falada no

cenário cirúrgico por corresponder apenas 1% dos procedimentos, sendo classificada apenas como restritiva, introduz-se um anel siliconado ao redor do órgão de modo que este controla o esvaziamento do mesmo, porém o fato do anel ser uma prótese pode demandar problemas na cavidade abdominal, entretanto vale ressaltar que esta apresenta redução significativa de peso, cerca de 60%. Por fim, a cirurgia por videolaparoscopia, em que são realizados pequenos orifícios no abdômen do paciente e são introduzidas as pinças cirúrgicas, essas técnicas se aplicam a todas as técnicas cirúrgicas, sendo consideradas o apogeu da evolução tecnológica, além de não serem tão invasivas como as demais.

A procura pela cirurgia bariátrica por videolaparoscopia cresce de modo expressivo. Os motivos entre os pacientes dar preferência pelo uso desta técnica decorrem por apresentar os mesmos resultados que a *by-pass*, promove menor risco infeccioso, retorno a atividades cotidianas em menor espaço de tempo, além de esteticamente ser quase invisível, porém a escolha definitiva da técnica a ser utilizada é sempre realizada de acordo com a indicação e qualificação do profissional que irá realizá-la.

4.6 Compreendendo o Reganho de Peso após a Realização da Bariátrica

Independentemente da quantidade de peso que seja adquirido após a realização da cirurgia bariátrica este é denominado de reganho de peso e sendo preconizado na literatura, segundo Souza, Gomes, Sá e Carvalho (2018), como decorrente de vários fatores, o que reafirma a obesidade como uma doença crônica, progressiva e que demanda de intervenção profissional constante e contínua.

De acordo com a ABESO (2016) cerca de mais de 50% dos pacientes que são submetidos ao procedimento da cirurgia bariátrica irão apresentar reganho de peso, o que está em questão é compreender o que cabe como dentro do esperado, portanto considerado como normal, e o que foge dessa normalidade demandando atenção e intervenção rápida. É aceitável que após vinte e quatro meses da realização do procedimento cirúrgico o paciente recupere de modo lento e sem haver repercussão clínica cerca de 5 – 10% do peso ponderal.

Nesses casos pode-se atribuir a alguma mudança na rotina do paciente e/ou hábito do passado que esteja com dificuldade em modificar, porém o retorno do acompanhamento com a equipe, aumento da atividade física e redução de ingestão alimentar calórica promove o retorno ao peso e manutenção da perda de peso.

Entretanto quando o retorno ao ganho de peso ocorre durante o primeiro ano, após o procedimento e/ou de modo rápido somado a hábitos nocivos à saúde e neste bojo ressurgem

comorbidades associadas, entre elas diabetes esteatose, apneia do sono, entre outros quadros clínicos, ou quando a redução do excesso de peso não abarca a porcentagem equivalente a 50%, estes casos são exemplos que demandam de acompanhamento da equipe multidisciplinar associada a investigação clínica com ocorrência de exames específicos afim de investigar as causas deste reganho de peso (ABESO, 2016).

A reincidência do peso não ocorre por apenas um ou outro motivo isolado, pelo contrário, os motivos são diversos e apresentam influência mútua que precisam ser investigados, relacionando sempre ao sujeito em questão afim de compreender a função desta reincidência na vida do sujeito.

Segundo o estudo realizado por Bardal, Ceccatto e Mezzomo (2016), o maior quantitativo de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica são as mulheres de todos os grupos étnicos, a perda de peso apresenta maior ocorrência no primeiro mês após a realização da cirurgia tendo estabilidade até o 18 ° mês após o operatório, os fatores que contribuem para a concretude desses fatos são fatores mecânicos estes tratam da própria redução da capacidade gástrica e dos fatores hormonais, a exemplo da redução de grelina e leptina.

O nível socioeconômico das pessoas, ainda de acordo com o estudo de Bardal et al (2016) apresentou influência sobre o reganho em pessoas com maior poder aquisitivo, as quais tiveram reganho de peso também maior que as pessoas com renda familiar inferior a R\$: 4.000,00 reais mensal. O que inclina refletir que as pessoas com maior poder aquisitivo possuem acesso a uma variedade maior de alimentos e, portanto, podem preferir os mais calóricos

Segundo Aquino et al (2020), entre os fatores que propiciam o reganho de peso estão os fatores anatômicos e cirúrgicos, entre eles estão a dilatação do estômago gástrico sendo relatado como presente em 58,9% dos pacientes analisados, outro fator é o tamanho do *bougie*. Baig, Priya, Mahawar e Shah (2019) relatam que dentro dos fatores anatômicos e cirúrgicos se enquadram a técnica que é utilizada no procedimento da cirurgia, em estudo realizado com 9.617 pacientes o reganho de peso em pacientes que realizaram a GV apresentaram maior reganho que outras técnicas.

Ainda na discussão acerca dos influenciadores do reganho de peso, há os fatores hormonais, liberação de grelina que é o “hormônio da fome”. Esse peptídeo é produzido nas células do estômago, sendo importante na regulação do balanço energético a curto e longo prazo, bastante importante no controle do peso. As modificações nas taxas aumentadas de leptina e grelina implicam diretamente no combate e logo tratamento da obesidade (Grangeiro, 2020).

Esse hormônio é responsável por regular o apetite, e como 90% é produzido no estômago este é reduzido no procedimento cirúrgico e seria impossível o mesmo ser um dos motivos para o reganho, entretanto Aquino et al (2020) informam que os pacientes com reganho apresentam um desbalanço desse hormônio. Outro fator são os quadros de hipoglicemia que por sua vez “geram” resposta de fome. Pacientes após a realização do procedimento apresentam picos de glicose seguidos de insulina o que desemboca na chamada hipoglicemia reativa, e logo a conduta adotada pelo paciente é a ingestão de alimento num intervalo menor de tempo, normalmente entre as refeições, resultando no comer além do indicado, promovendo também o reganho de peso.

Segundo Kortchmar, Merighi, Conz, Jesus e Oliveira (2018), a realização da cirurgia bariátrica ao promover a perda de peso resulta também na qualidade física e conseqüentemente melhora a qualidade emocional do sujeito, sua autoestima apresenta evoluções significativas, entretanto a comida permanece sendo uma variável que tanto controla quanto organiza a vida do sujeito, e todo o seu repertório comportamental acaba por resultar em ingestão de comida.

Este mesmo autor faz uma leitura fenomenológica sobre o reganho de peso, afirmando que os sujeitos realizam a chamada “alimentação emocional”, em que o comer e a comida são estratégias de enfrentamento diante das adversidades vividas pelo sujeito. Em sua pesquisa Kortchmar et al (2018) indicaram como motivo para o reganho de peso a ingestão de bebidas alcoólica, alimentos calóricos, especialmente doces e sedentarismo. As relações sociais e afetivas entraram como dados de análise, também frente a estas os sujeitos fizeram uso da ingestão alimentar inadequada para conseguir transpor as vivências que compreendem como desagradáveis.

De acordo com Kushmer e Sorensen (2015) os aspectos adotados pelos sujeitos são responsáveis por reganho de peso, assistir televisão durante a alimentação, ingestão de álcool e redução da quantidade de sono. Dentre esses três aspectos a ingestão de álcool foi considerada a mais relevante, pois esta pode configura-se como “*coping*”, ou seja, como uma estratégia para lidar com situações que são classificadas pelos sujeitos como aversivas.

Nesse sentido ambos autores comungam da mesma ideia, indicando que o ganho de peso após a cirurgia bariátrica não se reduz a puramente ingestão de comida por modo voluntário, mas há fatores que são encobertos e que se concretizam no comportamento alimentar e desembocam no reganho de peso.

Diante da pesquisa realizada por Moraes et al (2014) foi possível constatar que 25% dos participantes do estudo avaliaram a qualidade de vida e de saúde como ruim e/ou muito

ruim antes da realização da cirurgia bariátrica; 62,5% informaram que houve redução de sentimentos negativos, e em alguns casos não mais os sentiram, dentre esses sentimentos considerados como negativos estavam presentes: o mau humor, desespero, ansiedade e depressão. Assim sendo, corrobora com toda a literatura levantada anteriormente sobre a influência da esfera psicológica nos quadros de obesidade, mesmo que cientes da posição da cirurgia bariátrica como uma ferramenta terapêutica e não cura, é inegável a sua eficiência e eficácia.

Entretanto cada vez que a literatura é visitada fica mais certificado que esses sujeitos por terem uma história de vida que antecede a “aquisição” do corpo magro tendem a retornar a esses momentos quando vivenciam uma situação que não “acreditam” que conseguem sobrepor, evocando a comida como figura concreta de suporte para enfrentar a situação aversiva.

Nesse sentido Nascimento et al (2013) informam que o processo após a cirurgia que se refere a alimentação e que resulta no emagrecimento abrupto pode causar nos sujeitos a chamada distorção de imagem, sentimento de estranhamento do próprio corpo, podendo evoluir para quadros de despersonalização de modo que não sendo assistido pela equipe em especial o profissional de saúde mental, que nesse caso seriam o psicólogo e psiquiatra, pode desembocar em fatores que contribuem para o insucesso da cirurgia, resultando no reganho de peso.

4.7 Fatores psicológicos influenciadores na dinâmica cotidiana após a cirurgia bariátrica

O principal objetivo da realização da cirurgia bariátrica é a redução de peso, que notoriamente acarreta em alterações na condição física do sujeito que adquire o corpo com dimensões bastantes reduzidas, resultando em uma construção singular sobre a forma como o mesmo se percebe (Moro & Rocha, 2021). A proposta desta sessão trata de investigar a esfera psicológica dentro da perspectiva acima descrita, pois a percepção do sujeito sobre si é alterada, porém o histórico que foi construído no contexto da obesidade não é apagado.

Esse histórico é permeado por exacerbo de comida, sedentarismo, bebida, atrelado a inconstância emocional onde o sujeito oscila entre acessar a satisfação/ prazer e em contraponto coloca em risco sua saúde física, devido vivenciar limitações decorrentes do excesso de peso e vínculos sociais restritos por variados motivos, entre eles o culto a magreza

que promove a construção da autoimagem declinada no obeso por estar em condição totalmente oposta ao que é versado como belo (Moraes, 2014).

Tecer o cenário sobre os fatores psicológicos após a cirurgia bariátrica seja qual for o método adotado envolve discutir outros assuntos que são coadjuvantes; a própria obesidade é um deles, mesmo o sujeito estando magro, após a cirurgia a história de vida e suas relações não se apagam. Ao refletir sobre o conteúdo da obesidade é relevante a informação sobre o fato da mesma não ser curada com o procedimento cirúrgico, segundo Moro e Rocha (2021) esse procedimento se configura como uma conduta terapêutica, tanto que o sujeito obeso após a cirurgia é compreendido como um “obeso controlado” ou seja, referência ao risco eminente de retorno ao ganho de peso.

Nessa composição de cenário há o contexto da magreza, a ditadura da beleza, a busca pela felicidade atrelada ao corpo perfeito, frustrações, recomeços, tratamentos, enfim os contextos imersos são infundáveis e nada simplistas, diante de todos estes encontra-se o sujeito que precisa dar conta de todas essas questões recheadas de entraves.

Comumente no seio social o sujeito obeso é alvo fácil de críticas, comentários pejorativos e piadas que convencionou-se chamar de *bullying*, sendo atribuído ao sujeito o lugar de escolha e portando de responsabilidade central por sua condição física e de saúde, o que é inclusive incongruente com o conceito da patologia, e logo nos esbarramos no primeiro entrave promotor de sentimentos como culpa e vergonha que trata “a escolha”.

Etimologicamente a palavra escolha origina-se do latim “*excolligere*”, segundo o dicionário Michaelis (2015) escolha trata de 1. “Ato ou efeito de escolher, envolvimento, triagem. 2. “Preferência que se dá a uma pessoa, um animal ou uma coisa entre outros, dileção; predileção”; 3. “Opção entre duas coisas ou mais, preferência”; 4. “Eleição realização através do voto”.

Uma análise superficial acerca da presente discursão asseguraria que sim, o sujeito escolhe, opta por ingerir um hambúrguer hipercalórico em detrimento da salada ou que prefere ficar assistindo televisão e não comparecer ao treino na academia e logo o mesmo opta por reganhar peso e se manter em risco, porém adotar essa perspectiva significa afirmar que de modo racional o sujeito constrói o “lugar”, embora não seja desse modo raso que ocorre.

Segundo Marchesini (2010), constatou em estudo realizado que 69,6% dos pacientes bariátricos informaram que antes de realizarem o procedimento cirúrgico estavam cientes de que tinham diagnóstico emocional, entre eles foram citados: depressão 21,7% e transtorno de ansiedade; os transtornos alimentares ocuparam o quantitativo de 33,6%. Desses, 11% aproximadamente informaram que para não comer fazem ingestão de álcool, 6,5% comem e

após ingerirem o alimento vomitam, ou seja, desenvolveram bulimia, 50% aderem as orientações nutricionais, 61% afirmaram que não houve desenvolvimento de comportamento alimentar exótico e/ ou distúrbio alimentar após a realização do procedimentos cirúrgico.

Esses dados indicam que o processo de adoecimento psicológico que antecede a realização da cirurgia perdura após o mesmo, o que confirma toda a discussão antes construída, para além disto promove a constatação de que uma vez que essas pessoas possuem uma relação disfuncional com a comida, entendendo disfuncional como equivalente a promotora de ônus que trata do ganho excessivo de peso e redução da qualidade de vida, após a cirurgia esses permanecerão e poderão ser somados a outros quadros clínicos, visto que há uma alteração da imagem decorrente do emagrecimento.

Após a realização da cirurgia o sujeito tende, de acordo com Moro e Rocha (2021) a apresentar redução dos pensamentos hedônicos, o que nos leva a fazer relação com a acentuação dos sintomas depressivos, uma vez que os pensamentos que resultam ou desencadeiam prazer são reduzidos e que o sujeito vivencia restrição da quantidade e opção alimentar, que é fonte primária de prazer, há um declínio significativo sobre a ocorrência do mesmo evocando tristeza e sentimento de falta.

A literatura assegura que a cirurgia bariátrica apresenta resultados efetivos no controle e no combate a obesidade, entretanto por se tratar de um conjunto de intervenções que limitam a capacidade do corpo tanto no que concerne ao consumo como na absorção de alimentos e nutrientes a longo prazo, o paciente bariátrico passa a vivenciar os efeitos colaterais da cirurgia, entre eles: déficit nutricional, anemia, distúrbios comportamentais, entre outros.

Tomando como norte o repertório comportamental do sujeito com obesidade e em contraponto a proposta resultante da cirurgia, os distúrbios comportamentais que o sujeito pós-bariátrica pode vir a desenvolver concentra-se no campo dos distúrbios alimentares e de humor.

Os alimentos que mais são requisitados entre esses sujeitos de acordo ao estudo realizado por Moro e Rocha (2021) são os lanches e doces. Na esfera emocional esses autores não alcançaram um resultado unilateral, concluindo que os sujeitos tanto aumentam como reduzem os sintomas depressivos e também ansiosos, porém há uma acentuação da impulsividade.

Essas alterações ainda segundo Moro e Rocha (2021) podem ser observadas em 30% a 50% dos sujeitos submetidos a cirurgia, sendo que após a realização do procedimento os sujeitos compreendem com o mais delicado em virtude da adaptação a nova condição e

aumento da expectativa e ansiedade que se faz presente, esse caminho pode resultar na perda do controle alimentar, que é um traço para a inclinação a compulsão alimentar.

De acordo com Lazarevich, Camacho, Velázquez-alva e Zepeda (2016) uma resposta a relação entre estado depressivo e aumento de peso nesses sujeitos decorre de fato pela alteração do padrão dos hábitos alimentares, nos alimentos ricos em gorduras, doces e carboidratos estes são alimentos ricos em energia e esses mesmos sujeito vivenciam cansaço e fadiga, logo a ingestão desses alimentos resultam em melhora de humor, e em contraponto facilita o retorno ao peso de modo que há uma melhora imediata e um ônus a médio prazo.

Segundo Marchesini (2010), cerca de 67,3% das participantes da sua pesquisa estavam cientes que para a manutenção dos resultados adquiridos nos primeiros 12 meses precisariam realizar alterações no seu estilo de vida, ou seja, redução na porção alimentar, permanência de realização de atividade física com regularidade, troca de alimentos saudáveis, entretanto os mesmos não o fizeram, de modo que 19,5% reganharam peso primeiro e apenas posteriormente conseguiram estabilizar o IMC.

Uma das causas que explica esse padrão de comportamento é a percepção do procedimento cirúrgico como um evento existencial ou ritual de passagem que evoca em sujeitos com padrão ansioso, euforia e em sujeitos deprimidos acentuação do declínio do humor, este segundo grupo de pessoas tende à alta probabilidade de interpretar a cirurgia como ausência de vontade de alcançar o “corpo magro” por conta própria, assumindo a condição de falta de competência diante da situação indo a realizar punições que resultam no insucesso do procedimento (Marchesini, 2010).

Os sujeitos obesos encontram no alimento uma “fonte” de prazer que é diferente para sujeitos que não são obesos, muito próximo ao prazer relatado por usuários de substâncias psicoativas. Cientificamente é aceito que quanto menor a idade do sujeito mais latente é a relação de suporte com a comida frente a vivências aversivas.

A ingestão de comida por meio da aquisição de prazer reduz o desconforto do quadro de disforia, assim como as substâncias psicoativas, e em quadros de ocorrência de transtornos alimentares que envolvam depressão, ansiedade e estados mistos de humor.

Concordando com Justino, Barbosa e Pimentel (2017), a obesidade é um evento comportamental e só é possível de ser compreendido por meio dos níveis de determinantes do comportamento. Nesse sentido o alimento é considerado um reforçador incondicionado, o que significa que os seres humanos (que é a população que está em questão) possui origem inata de sensibilidade ao alimento, essa sensibilidade inata ao alimento, pertence a esfera biológica e possui relação direta com a obtenção da sensação de prazer, inclusive para cada “grupo” de

alimento a sensação é diferenciada, no caso dos açúcares, gorduras e carboidratos que apresentam “maior” utilidade para a sobrevivência estes evocam maior sensibilidade nos sujeitos, por isso que são desejados com intensidade.

Nos casos onde há episódios de hiperfagia que estão intimamente ligados a liberação de opióides endógenos, que são neurotransmissores e também presentes na regulação da ansiedade, humor e prazer, há no comer os respondentes reforçadores que reduz a sensação desagradável diante da situação aversiva vivida, assim um sujeito que não possua variabilidade de repertório comportamental pode apoiar-se na comida para fazer o enfrentamento da situação.

Essa lógica é versada por Elias e Vale (2011) de modo que pensam sobre a substituição dos reforçadores, atribuindo uma possibilidade de tratamento junto aos transtornos alimentares principalmente a obesidade, esses autores informam que dependendo de como foi constituída a relação do sujeito com a comida diante da inabilidade social, privação afetiva, controle coercitivo, situações aversivas de modo geral, o sujeito obeso pode aprender a substituir esses pela comida, ou seja, o comer e a comida mudam de função e logo de topografia.

Em contraponto o estudo realizado por Cavalcante (2009) identificou a grande influência dos fatores psicológicos no processo de manutenção do peso e para além do impacto subjetivo que esses mesmos fatores apresentam na vida do sujeito, havendo a instalação de complicações psicológicas entre a distorção da imagem corporal, baixa de auto estima, rejeição, auto culpa, insatisfação com a vida e isolamento social.

Ainda segundo Cavalcante (2009), há evidências sobre a melhora dos aspectos comportamentais após a realização da cirurgia, essas evidências giram em torno da “segurança” que a cirurgia afeta ao sujeito, de obtenção de maior controle sobre si devido a nova anatomia do estômago que não suporta inicialmente grandes porções de alimento.

A influência psicológica sobre o comportamento alimentar pode ir além do ingerir demasiadamente o alimento, mas pode envolver a forma como o indivíduo nomeia essa interação, a exemplo da presente discussão o que está em questão é o comportamento verbal referente a compulsão alimentar, o sujeito que acredita que possui compulsão alimentar se relaciona com a comida de forma distinta daquele que acredita que não há. Tem inclusive esse mesmo sujeito pode usar a compulsão alimentar para justificar os episódios de ingestão exacerbada de alimentos.

Esse dado é de tamanha relevância a ponto que Moraes (2014) identificou que a cada três participantes uma acreditava vivenciar episódios de compulsão alimentar. Entre as

diversas compreensões acerca do que venha a ser denominado compulsão as participantes definiram como a qualidade, velocidade e quantidade de alimento inadequado, outras compreendem como equivalente apenas a ingestão de açúcares e gorduras, sendo que a ingestão desenfreada do alimento não era considerada compulsão alimentar pelas mesmas.

Esse tipo de conceituação acaba por ser um vilão devido ao processo de desconhecimento do sujeito sobre o que ocorre no seu corpo, contribuindo para que o mesmo não consiga identificar as contingências que afetam o seu comportamento e não venha a modificá-las.

De acordo com o DSM-V (2013) é considerado como comportamento compulsivo a sensação de falta de controle, culpa, vergonha ou sentimento do indivíduo estar enjoado consigo próprio, o que abrange aspectos muitas vezes velados do conhecimento dos sujeitos que vivenciam esses quadros. No caso dos bariátricos, Moraes (2014) informa que o critério central é a ausência de controle sobre a alimentação, visto que a anatomia do estômago o limita a ingestão alimentar em grandes porções.

Entretanto, esses sujeitos conseguem realizar em pequenas porções por várias vezes a ingestão de alimento perdendo o controle. Do mesmo modo que o comer alivia a tensão originada das vivências aversivas também assume a forma de promotor da frustração por construir o retorno ao aumento de peso e desse modo o sujeito passa a vivenciar quadros oscilantes de humor e cada vez mais usando a comida como “bengala” no enfrentamento da obesidade.

5. MÉTODO

5.1 Desenho

O presente estudo classificou-se como pesquisa qualitativa de caráter exploratório, visto que a mesma se propõe as particularidades individuais de um grupo, não prezando por análises puramente objetivas. A escolha desse tipo de pesquisa decorreu do objetivo do estudo que visa compreender as contingências que reforçam o “comer emocional” em mulheres adultas com reganho de peso tardio pós-bariátrica e sem acompanhamento psicológico.

As pesquisas do tipo qualitativa se dedicam a compreender aspectos da realidade que não são passíveis de serem expressadas por meio da quantificação, ou seja, toda a expressão destes ocorre por significados, motivos, crenças, valores, atitudes que se referem as relações mais subjetivas dos sujeitos (Minayo, 2010).

As técnicas utilizadas para coleta de dados foram aplicação de questionário sócio demográfico e entrevista semiestruturada. O primeiro conteve dados sobre a religião, idade, bairro que reside, profissão e nível de escolaridade, com o objetivo de coletar dados similares presentes na população de estudo. A segunda técnica, a entrevista semiestruturada, foi composta por duas perguntas disparadoras, a primeira: “Descreva a sua trajetória até o momento em que realizou o procedimento da cirurgia bariátrica”. E a segunda: “Relate as vivências após a realização da cirurgia bariátrica até o momento presente”. Outras perguntas foram realizadas com o objetivo de melhor reunir os dados.

As produções que compuseram o levantamento bibliográfico ocorreram através dos descritores: obesidade; cirurgia bariátrica; reganho de peso; comportamento alimentar inadequado. Em livros, artigos científicos, periódicos e anais disponibilizados em bases de dados online, escritos tanto na língua materna como em inglês.

Após o levantamento realizado, o trabalho foi sendo inscrito, o que ofertou a base consistente para o momento da execução da pesquisa em campo, prezando pela aquisição dos dados de modo científico, estes dados coletados foram interpretados sincronizando o que foi discutido na teoria e o que se revelou com a realização da pesquisa.

A pesquisa ainda se classificou como descritiva, pois a mesma possuiu como objetivo cerne a descrição sobre o perfil comportamental das mulheres participantes pós-bariátrica com reganho de peso tardio e as contingências que estão presente nesse processo, focando nas relações estabelecidas na história de vida de cada participante. Segundo Gil (2008, p.42), entre as pesquisas descritivas salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental, etc.

5.2 População de Referência

A população de referência deste estudo foram mulheres adultas com reganho de peso tardio pós-bariátrica e que não estivessem em acompanhamento psicológico. Foram realizadas o total de sete entrevistas, entretanto houve 12 indicações de participantes pelo profissional de medicina, destes doze apenas sete manifestaram desejo em participar da pesquisa.

As participantes foram identificadas a partir de preferências de alimentos e bebidas que são presentes no seu cotidiano, seja a partir da realização do procedimento cirúrgico da bariátrica e/ou que se faziam presente anteriormente. Conforme a tabela presente na sessão identificação das participantes, na mesma contém os dados sócio demográficos e tempo de

realização da cirurgia visto que o estudo se dedica a investigar o reganho de peso tardio, todas as participantes possuem tempo de realização da cirurgia superior a cinco anos.

5.3 Estratégias para recrutamento das participantes

Foi realizado contato com médico cirurgião da rede privada, profissional responsável por contribuir na pesquisa no sentido de indicar quais mulheres estavam com reganho de peso tardio. Este mediou o contato informando a pesquisadora o nome das participantes e o contato telefônico para que então fosse realizado o contato com as mesmas, vale ressaltar que nem todas as participantes foram desde o início do processo acompanhadas por ele, algumas das participantes só o procuraram após terem o reganho de peso significativo.

De posse dos contatos a pesquisadora fez contato com as participantes por meio de ligação telefônica, apresentando-se e relatando o motivo do contato, para que as mesmas fizessem parte da pesquisa, uma vez estas informando a disponibilidade em participar da pesquisa foi solicitado endereço de e-mail e então encaminhado o convite formal e o Termo de Concordância Livre e Esclarecido (TCLE). As participantes encaminharam para a pesquisadora o termo e estando de acordo fora agendado data e horário para a realização da entrevista, que ocorreu de modo online na plataforma Zoom, o motivo de escolha desta plataforma decorre pela segurança que a mesma oferece e a fácil execução dos comandos.

Ao iniciar a entrevista as mesmas foram informadas que o áudio estaria sendo gravado para posteriormente ser possível realizar a análise dos dados e então inscrição dos mesmos na dissertação. Os dados foram gravados no gravador de voz do smartphone da pesquisadora e posteriormente foram enviados para o notebook da mesma, sendo arquivados.

5.4 Critérios de inclusão

Foram adotados como critério de inclusão das participantes do presente estudo: mulheres adultas, sexo feminino, tendo realizado cirurgia bariátrica havendo reganho de peso tardio e sem acompanhamento psicológico.

5.5 Critérios de exclusão

Nesse sentido o estudo possuiu como critérios de exclusão mulheres que tivesse realizado cirurgia bariátrica e que apresentassem algum comprometimento cognitivo que inviabilizasse a mesma de responder as perguntas que fossem realizadas.

5.6 Estratégias de coleta de dados

As participantes da pesquisa foram indicadas por médico cirurgião de referência com atuação na rede de saúde privada. Foi realizado contato com a recepcionista da clínica que o médico trabalha, a pesquisadora disponibilizou o contato telefônico e solicitou que o médico retornasse à ligação quando possível para que então o estudo fosse explicado.

O médico retornou à ligação para a pesquisadora e foi agendado encontro virtual na plataforma Zoom com o objetivo de apresentar o estudo detalhadamente para o mesmo e sua função dentro da pesquisa. Assim, foi realizado o encontro com o médico que concordou com os moldes do estudo e enviou à pesquisadora o contato telefônico seguido de nome das participantes que se enquadrassem no perfil do estudo.

Após este momento e com os contatos das participantes em mãos, a pesquisadora realizou ligação telefônica para cada uma, solicitou e-mail para envio de convite formal, seguido de TCLE e agendamento de data e hora para realização da entrevista por meio da plataforma Zoom, em que ocorreu a aplicação do questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada.

Devido ao cenário atual pandêmico a condução da pesquisa foi adaptada aos moldes da plataforma digital, foi realizado um encontro individual com duração de 30 minutos, sendo que foram feitos 12 contatos com possíveis participantes, porém, dessas, apenas sete manifestaram desejo em contribuir com a pesquisa por meio da participação.

5.7 Descrição do encontro

Devido o atual cenário social e por prezar pela promoção da saúde tanto das participantes como da pesquisadora, a coleta de dados foi norteadada pelo uso das tecnologias disponíveis. No primeiro momento foi realizado ligação telefônica para cada uma das participantes para que de modo prévio fosse informado o motivo do contato, seguido de envio de convite formal e TCLE por meio do e-mail, assim foi agendado um encontro virtual na plataforma Zoom (que garante sigilo e configura-se na possibilidade de realizar chamada de vídeo com áudio). Conforme o planejado foi realizado um encontro virtual com duração de 30

minutos com cada uma das participantes, visto que este tempo contemplou o objetivo pretendido.

5.8 Instrumentos

O presente estudo apoiou-se no instrumento denominado entrevista do tipo semiestruturada, que foi composta inicialmente por duas perguntas disparadoras. A medida que as participantes relataram as suas experiências outras perguntas surgiram sendo realizadas sem ocasionar prejuízo para a execução do estudo e propiciando melhor investigação sobre a história de vida de cada sujeito e as variáveis presentes no repertório comportamental.

Nesse sentido a entrevista segundo Minayo (2010), se configura como um procedimento que apresenta maior uso no trabalho de campo, o pesquisador que faz uso da mesma consegue ter acesso a informações que estão presente na fala dos atores sociais. A mesma não se enquadra como uma conversa sem intencionalidade visto que promove coleta de fatos compartilhados pelos sujeito-objeto do estudo, podendo ser de natureza individual e/ou coletiva.

5.9 Análise de dados

A análise de dados foi iniciada após a realização de todas as entrevistas, a pesquisadora as transcreveu e realizou a leitura minuciosa de todo o material coletado. Durante a realização das leituras foi realizado marcações sobre o conteúdo compreendido como pertinente ao estudo proposto. Em seguida foi realizado análise sobre o conteúdo versado pelas participantes, e então foram criadas quatro categorias com a finalidade de agrupa-las, sendo elas: (1) Trajetória até a bariátrica; (2) Preparação para o procedimento cirúrgico; (3) Relação com o corpo; (4) Relação emocional e a relação com o reganho de peso. Mesmo realizando este agrupamento foi mantido a análise singular sobre o conteúdo das participantes.

“Através da análise de conteúdo, podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses). A outra função diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestados, indo além das aparências do que está sendo comunicado.” (Minayo, 2002, p.74)

A justificativa acerca da escolha da técnica da análise de conteúdo decorre justamente da possibilidade que a técnica oferta em acessar para além do que está sendo comunicado explicitamente, como é sabido há várias formas de comunicação, verbal, não-verbal e mista. Atrelando a técnica ao conteúdo do presente trabalho o que nos é comunicado enquanto comunidade trata do aumento do peso e logo maior corpulência do sujeito devido ao aumento da ingestão alimentar. Entretanto o que não é comunicado é o motivo pelo qual o sujeito fez esse “caminho de retorno”, visto que o mesmo vivenciou eventos aversivos quando obeso e mesmo tendo atingido o corpo fora dos parâmetros classificatórios da obesidade faz o caminho de retorno a mesma.

Concordando com Minayo (2002) a análise do conteúdo se dedica a ofertar a interpretação sobre o que está nas chamadas entrelinhas, aquilo que não é dito claramente, mas que é revelado de modo mais sutil e que demanda um processo de debruçar-se sobre o que foi dito para que então seja percebido os dados sobre o contexto no qual o sujeito se encontra, a cultura que conhece e suas percepções sobre o conteúdo versado.

O presente estudo buscou ser fundamentado nos pilares que são preconizados tanto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), ambos são referências no cenário acadêmico. Para além foi buscado estabelecer diálogo com as bases de revisão de literatura que foram somadas na composição da pesquisa.

5.10 Aspectos Éticos da Pesquisa

Diante da magnitude da pesquisa e responsabilidade para com a ciência, foi seguido as perspectivas éticas versadas pela resolução 466/12, assegurado o bem-estar das participantes do estudo, mantido o sigilo, a privacidade e a proteção do áudio e imagens oriundas da pesquisa, os dados produzidos na pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora, sendo estes guardados por período equivalente a cinco anos junto aos seus arquivos profissionais pessoais.

A condução do estudo também foi norteada pela Resolução de nº 510 de 24 de maio de 2016, do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os dados apenas foram coletados após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, situado na Avenida Dom João VI, Nº274, bairro Brotas, na cidade de Salvador, Bahia.

Ressaltando que todo o conteúdo produzido não resultou em ônus para os participantes e os resultados encontrados em decorrência da pesquisa, estes foram entregues a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, cidade de Salvador.

No que concerne a identidade das participantes estas foram alteradas por nomes de alimentos que estão presentes no cotidiano das mesmas, seja antes ou após a realização do procedimento cirúrgico da bariátrica, com o objetivo de as mesmas não serem identificadas. Apenas os dados sociodemográficos que foram relevantes para a composição dos resultados foram mantidos.

Todas as participantes do estudo tiveram acesso aos resultados encontrados; a pesquisadora agendou um momento com cada uma para ofertar o feedback do estudo realizado e explicar os resultados e conclusão sobre o mesmo, após a defesa da dissertação estas poderão ter acesso a produção científica construída.

Esta pesquisa foi submetida ao CEP com número de CAEE: 39702620700005544, com parecer consubstanciado em anexo, vale ressaltar que todas as participantes assinaram o TCLE.

A pesquisa apresentou benefícios que se concentraram em três pilares, o primeiro tratou da contribuição que a pesquisa trouxe para o seio científico, afirmado pela própria literatura, uma vez que é crescente a busca pelo procedimento da cirurgia bariátrica e paralelo a este há uma parcela significativa de sujeitos com ganho de peso, dado esse que é revelado no perfil da população de referência da pesquisa o que ocasiona risco de vida tanto física como psíquica, o segundo pilar tratou da promoção à informação e qualificação continuada junto aos profissionais que trabalham com o público-alvo da pesquisa.

O terceiro e último pilar focou no benefício junto à sociedade e o compromisso social que cada cidadão possui para com a mesma. A pesquisa surgiu de uma inquietação assistida socialmente no consultório durante o exercício profissional, e que tomou proporção de analisar à “luz” da ciência, objetivando os caminhos do estudo sistemático e teórico a oferta junto à população que convive com esta patologia multifatorial maior qualidade de vida física e psíquica.

6. RESULTADOS

Esta pesquisa obteve como resultado a análise de dados apresentado no corpo do presente estudo e detalhada na próxima sessão, análise de dados, houve também a produção da roda de conversa, o projeto referente a esta, segue em apêndice.

No que concerne a análise de dados, os resultados abaixo descritos no quadro I- identificação das participantes, foi possível detalhar os dados sócio demográficos obtidos sobre as mesmas, ressaltando características que são relevantes para a compreensão do perfil que foi realizado o estudo, para além dos dados encontrados e análise realizada sobre estes.

O estudo foi composto por sete participantes, que se encontram entre as idades de 27 à 54 anos de idade, todas com tempo superior a cinco anos de realização de cirurgia bariátrica, sendo que destas, duas são divorciadas, três são casadas, três solteiras, seis destas possuem filhos e apenas uma encontra-se atualmente desempregada.

Todas as participantes possuem reganho de peso para além do que é preconizado na literatura como esperado, as mesmas relataram que realizam o comportamento de comer quando se encontram em uma situação que não sabem como lidar, diante de eventos que propicie pressão a exemplo de discursões familiares e/ou questões com o cônjuge, também ficou evidenciado o processo de generalização, em que o comer se configura como resposta para situações de prazer e/ou aversivas.

Ainda que cientes da relevância do acompanhamento com a equipe multidisciplinar as mesmas não o realizam, apenas fizeram o acompanhamento nos primeiros 24 meses de modo rotineiro, também não estão realizando acompanhamento psicológico e relataram que são cientes da relevância do acompanhamento para a manutenção do quadro clínico, entretanto afirmaram que não se percebem neste lugar de buscar o acompanhamento e se mantém no mesmo.

6.1 Identificação das Participantes

Quadro I- Identificação das participantes

Identificação	Idade	Profissão	Estado civil	Filhos	Crenças religiosas e espirituais	Atuação profissional atual	Realização da cirurgia
Café	43	Influenciadora digital	Divorciada	Três	Cristã não praticante	Empregada	21 anos
Sorvete	27	Autônoma	Solteira	Não	Não declarada	Desempregada	10 anos
Heineken	41	Corretora de imóveis	Solteira	Um	Católica	Empregada	19 anos
Chocolate	38	Maquiadora/autônoma	Solteira	Um	Espiritualista	Empregada	12 anos
Cerveja	54	Empresária	Divorciada	Um	Católica	Empregada	08 anos
Churrasco	50	Professora	Casada	Quatro	Católica	Empregada	14 anos
Acarajé	34	Baiana de acarajé	Casada	Dois	Evangélica	Empregada	13 anos

6.2 Relato do cotidiano e descrição das participantes

6.2.1 Participante 01- Café

A participante denominada Café, reside na cidade de Salvador-Bahia, atualmente trabalha como influenciadora digital, a maior parte do seu dia fica em casa tanto por conta do seu trabalho como devido a pandemia que estamos vivenciando.

Café realizou dois procedimentos cirúrgicos com o objetivo de alcançar o controle da obesidade, a primeira técnica utilizada foi a *Scopinaro Duodenal Swirch*, que inclusive é proibida no Brasil devido ao alto risco de vida e aos efeitos colaterais decorrente da sua realização. Nesse sentido, Café relatou que ocorreram várias complicações no aparelho digestivo, déficit de cálcio e logo uma mudança brusca na sua qualidade de vida e rotina.

Houve de fato a redução do seu peso nos primeiros anos após a realização do procedimento cirúrgico, porém diante dos conflitos que vivenciou, entre eles: conjugais, envolvendo separações, desemprego do companheiro, três gestações, mudança de residência, que implicaram em transformações abruptas, as quais segundo relato não foram administradas e resolvidas e sim somadas umas às outras.

Diante deste contexto conflituoso, Café realizava refeições em quantidade demasiada e hipercalórica, em detrimento da prática de atividade física, o que resultou em novo ganho de peso associado aos problemas de saúde física, todo esse processo foi vivenciado sem haver acompanhamento profissional.

Chegado o agravamento do quadro clínico, a participante buscou novo cirurgião o qual realizou a cirurgia do tipo *bypass*, para que houvesse uma “reorganização” do aparelho digestivo, o que implicou em um novo procedimento cirúrgico e novas adequações de peso, alimentação e rotina.

Entretanto, conforme analisado nas categorias seguintes, a participante relaciona a comida e o comer a uma “âncora”, fazendo uso quando a mesma se depara com uma vivência inesperada ou que não tenha repertório comportamental equivalente, e eleje como necessário o comer para sobrepor a situação.

6.2.2 Participante 02- Sorvete

Sorvete, 27 anos de idade, solteira e sem filhos, reside atualmente com a sua mãe. Durante a entrevista Sorvete informou que possui dez anos completos de realização do

procedimento cirúrgico, quando realizou ainda era menor de idade, por esse motivo quem optou pela realização do procedimento foi a sua mãe em um primeiro momento.

Após a genitora compreender que a cirurgia seria uma ferramenta terapêutica a ser adotada a mesma comunicou a Sorvete e lhe explicou como seria. Nesse cenário a participante afirmou ter focado apenas nos ganhos que a cirurgia poderia lhe ofertar e então iniciou o processo.

O procedimento foi realizado quando a mesma estava com peso equivalente a 130 quilos. Afirmou que todas as suas dificuldades de relacionamento com amigos e familiares, dificuldades para encontrar roupa, o próprio fato de não se sentir bem com a sua imagem eram sempre “recompensadas” por ingestão demasiada de alimento hipercalóricos, como uma boa adolescente o foco do momento era eliminar o peso de modo mais rápido e prático.

Foram realizados os exames e ainda segundo relato de Sorvete recebeu as informações que eram pertinentes para o pós-operatório, entretanto verbalizou o quanto o processo de aquisição de novos hábitos alimentares foi e é custoso. Mesmo tendo passado dez anos da realização da cirurgia os doces são o seu ponto fraco, uma tentativa de reduzir o consumo é evitar de comprar os mesmos para deixar em casa, porém quando está em shoppings os doces são aliados.

Durante esses dez anos, segundo relato, não se arrependeu em ter realizado o procedimento cirúrgico e afirmou que caso fosse preciso faria novamente sem demandar tempo para confrontar os ônus e os bônus de todo o processo, mesmo havendo nesse período reganho de peso, a mesma compreende os vilões claramente implícitos no seu dia a dia.

6.2.3 Participante- 03 Heineken

Heineken possui como atual profissão a corretagem de imóveis, segundo a mesma seu cotidiano é bastante movimentado, permeado por visitas a clientes e apoia-se no dinamismos para administrar o tempo para que todos os seus compromissos possam ser cumpridos, o que também traduz um pouco da avalanche emocional vivida por ela, visto que a mesma se define como ansiosa e portanto este é o seu primeiro grande desafio, um momento para poder cuidar de si e desacelerar, afirmou que deseja que as situações ocorram no momento em que havia pensado sobre as mesmas, além de se envolver em várias atividades ao mesmo tempo.

O seu grande vilão no processo de reganho de peso é a cerveja. Durante a entrevista Heineken informou que faz uso da bebida para todos os eventos da sua vida, e em todos os

seus estados emocionais. Nesse sentido a mesma ainda informou que é um comportamento compartilhado por pessoas da sua família e do seu ciclo social de modo geral, para além da ingestão demasiada de bebida ainda há comida para compor essa tríade, diante deste fato verbalizou que não consegue eleger outras possibilidades de reduzir a ingestão, ou fazer trocas, pois para que o fizesse precisaria se manter afastada do convívio dessas pessoas.

Desde a infância a participante sempre esteve acima do peso, porém um fato foi marcante para que ela alcançasse a obesidade mórbida, este tratou da separação dos seus pais, que ocorreu por volta dos seus 16 anos de idade. Outro marco significativo foi a gestação, momento em que Heineken também apresentou ganho de peso.

6.2.4 Participante 04 - Chocolate

Chocolate é solteira, atua como maquiadora e trabalha como autônoma. Rotina não é uma tarefa fácil por conta da própria dinâmica diária. Durante a entrevista informou que sempre foi “gordinha”, diferenciando do quadro de obesidade que vivenciou posteriormente a levou até a realização da cirurgia bariátrica.

Desde a sua infância, a condição de “gordinha” implicou em influência direta no estado de humor, pois era sempre alvo de *bullying* no ciclo social, o que acabava por dificultar a sua relação interpessoal e intrapessoal. Para além, também obtinha dificuldade em encontrar roupas que fossem do seu agrado e condizentes com a sua idade, não havia o movimento *plussize* intenso como na atualidade, e segundo a mesma as roupas eram um padrão, nesse sentido a mesma acredita que a visão distorcida acerca da sua imagem corporal foi construída por essas relações.

Durante a adolescência dietas e exercícios físicos foram eleitos por várias vezes como possibilidade de sanar a luta contra obesidade, porém não obtinha sucesso em manter-se por longos períodos de tempo nesse processo, o que culminava no efeito sanfona. Para além, a dificuldade da socialização se manteve fortemente nesse período.

Chocolate versou sobre o quanto é custoso manter o peso, visto que quando está sobre contextos aversivos recorre aos doces como válvula de escape, e o seu predileto é o chocolate.

Devido ao período da pandemia tem permanecido maior tempo em casa e por esse motivo sente-se entediada, esse inclusive é um contexto propício para o consumo de chocolate. Nos últimos 16 meses percebeu que houve maior aumento de peso, período equivalente a pandemia.

A participante se manteve em acompanhamento com a equipe multidisciplinar apenas nos primeiros meses, e não seguiu com o acompanhamento mesmo sendo informada acerca da relevância do mesmo, o ganho de peso aconteceu de modo progressivo e foi se intensificando ao passo que o sedentarismo aumentou associado a elevação do consumo de alimentos hipercalóricos.

6.2.5 Participante 05- Cerveja

Cerveja, 54 anos de idade, encontra-se em um relacionamento estável, é mãe, católica praticante, sua rotina é permeada por atividades intensas que a mantem bastante ocupada, entretanto não ofertam movimento do corpo, passando grande parte do tempo sentada delegando ações necessárias para gerir o seu negócio.

Sua relação com a comida segundo ela sempre foi tranquila (fazendo referência a boas escolhas alimentares). Não se definiu como gorda ou obesa até os 43 anos de idade, a partir desta idade houve um aumento de peso de modo abrupto e significativo não conseguindo identificar o motivo que justificasse esse aumento.

Definiu-se como uma pessoa ansiosa e informou que está ciente há algum tempo que precisa de auxílio profissional para tratamento pois percebe os prejuízos, inclusive relatou que quando encontra-se em níveis elevados de ansiedade realiza maior ingestão de bebida e comida.

O seu grande vilão na luta contra o ganho de peso além do sedentarismo é o alto consumo de bebida alcoólica, a cerveja é a sua favorita. Recentemente devido ao ganho de peso ter sido maior do que o peso ponderal (o que é previsto e, portanto, tolerável) buscou suporte com nutrólogo, mas informou que não conseguiu fazer as trocas solicitadas pelo mesmo, visto que as pessoas com quem convive e se envolve em atividade de lazer bebem e comem demasiadamente, fazendo referência que para que haja adesão à conduta solicitada pelo médico, teria que se eximir da convivência de amigos e familiares, o que seria sofrido para ela. Permanecendo assim com os comportamentos inadequados e resultando em ganho de peso.

6.2.6 Participante 06- Churrasco

A participante denominada de Churrasco possui 50 anos de idade, é professora da rede particular da cidade de Salvador. Segundo ela a obesidade foi desenvolvida de modo

gradativo, não era uma pessoa extremamente magra, porém não se enquadrava no perfil de obesa, entretanto após o casamento e a gestação do seu último filho o acúmulo de peso ocorreu rapidamente. Nesse cenário ela realizou várias tentativas que envolveram dietas, exercícios físicos e uso de medicações os quais apresentaram efeitos por um período razoável de tempo, porém não o bastante para resolver a patologia.

Churrasco informou que tentou por duas vezes realizar o procedimento cirúrgico e que por motivos de negociação com o plano de saúde apenas na sua segunda tentativa conseguiu o objetivo. Ao iniciar os acompanhamentos com a equipe multidisciplinar no período pré-operatório recebeu as informações pertinentes para os momentos seguintes que iria vivenciar e nesse sentido passou a trabalhar o seu “psicológico” para que não mais reganhasse o peso perdido na cirurgia, entretanto sua rede de suporte social começou a compartilhar que a mesma estava muito abaixo do peso e que sua imagem não era condizente com a idade, o que a fez refletir e compreender que demandava ganhar alguns quilos.

Esse reganho teve durabilidade e proporções que fugiram do pretendido. No momento atual Churrasco encontra-se sedentária, devido a pandemia passou grande parte do seu tempo em casa o que a fez apresentar maior reganho, pois houve maior ingestão de comida em detrimento de atividade física, entretanto o seu relacionamento intrapessoal não apresentou grandes impactos.

6.2.7 Participante – 07 Acarajé

Acarajé trabalha como autônoma, a pandemia proporcionou que buscasse outros meios para garantir a sua sobrevivência e da família, nesse sentido a mesma abriu um negócio e iniciou as vendas de acarajé. A participante informou que sempre foi gordinha e que este quadro não foi só compartilhado por ela em sua família, mas também sua mãe e tia passaram pelo mesmo processo, vindo a realizar também a cirurgia bariátrica.

No cotidiano Acarajé informou que “belisca” muito (termo utilizado para fazer referência a pequenas porções de alimento que ingere em horários extra as refeições e que, portanto, promove o reganho de peso), para além desse “beliscar” consome socialmente bebidas alcoólicas, outro grande vilão na manutenção do peso

Após a realização da bariátrica deparou-se com quadro clínico de anemia, seis hérnias de disco e cisto no joelho, entretanto não são oriundos da cirurgia, estes foram se instalando ainda durante a vivência da obesidade e apenas foram diagnosticados posteriormente.

Acarajé informou que está ciente de como ocorreu o seu ganho de peso, acredita que este a faz esteticamente bem, pois os primeiros meses após o procedimento não conseguia se reconhecer como bela e pertencente aquele corpo. Compreende que a conduta do comer extra às refeições é um vilão e percebe que este comportamento tende a aumentar se estiver em função de alguma notícia ou fato de ocorrência futura.

7. ANÁLISE E DISCUSSÃO

A pesquisa teve o quantitativo equivalente à sete participantes, mulheres, brasileiras, com intervalo de idade entre 27 a 54 anos de idades, todas residentes da cidade de Salvador-Bahia, com escolaridade equivalente ao ensino médio completo e ensino superior completo e apresentam ganho de peso tardio sem acompanhamento psicológico.

As categorias analisadas a partir da coleta de dados foram quatro, sendo a primeira denominada trajetória até a realização da cirurgia bariátrica; a segunda categoria preparação para o procedimento cirúrgico; a terceira relação com o corpo; a quarta categoria denominada comer emocional e a sua relação com ganho de peso, estas categorias foram criadas visando contemplar os objetivos propostos anteriormente na pesquisa, a construção da discussão foi pautada a partir das entrevistas e relacionando os dados encontrados com a literatura do referencial teórico.

Os recortes feitos sobre as entrevistas também objetivaram responder à questão de pesquisa e excluir dados que não fossem relevantes ao centro do estudo, as categorias elencadas como relevantes e que, portanto, compõe o estudo possuem um elo de ligação entre si que contribuem para que possamos compreender o processo do ganho de peso na história de vida das participantes e como este se mantém. A fim de garantir o sigilo e a confidencialidade as participantes foram nomeadas por alimentos e bebidas que consomem com frequência.

7.1 Trajetória até a realização da cirurgia bariátrica

Esta categoria se propõe a investigar as contingências que se mantiveram na história de vida do sujeito e que foram, portanto, reforçadoras para que os mesmos realizassem o procedimento da cirurgia bariátrica. Comungando com os conceitos preconizados o comportamento é multideterminado e a identificação das contingências presentes sejam elas

reforçadoras e/ou punitivas só são possíveis por meio da análise das relações das funções entre padrões comportamentais e as variáveis ambientais.

Assim é necessário em primeira ordem focar no que é chamado de níveis de determinação do comportamento humano, que são filogêneses, ontogêneses e sociogêneses. Catania (1999) faz referência a estes, como tipo de seleção sendo respectivamente o primeiro a evolução da espécie ao longo do tempo, estando ligado a sobrevivência na esfera biológica; o segundo que trata da história de vida do sujeito em questão e nessa esfera o foco é a modelagem do comportamento por consequências e pôr fim a cultura que se encarrega dos padrões comportamentais que se mantém na sociedade com o passar do tempo.

“[...] Eu queria resolver meu problema, porque eu engordei 70 quilos em um ano, em 2000, problemas emocionais, meu marido tinha sofrido um acidente, casamento, uma loucura toda e eu engordei 70 quilos em um ano, só que eu tinha 19 anos, eu era muito jovem eu quis resolver, eu não pensei nas consequências e eu fiz a Scopinaro Duodenal Switch, que no Brasil é proibida” (Café, influenciadora digital, 43 anos)

É interessante ressaltar que em especial esta participante realizou dois procedimentos diferentes, o primeiro foi feito por meio da técnica denominada de Scopinaro, a qual é proibida no Brasil, este procedimento cirúrgico se classifica como os procedimentos primários e mal- abortivos que promovem alterações no intestino e o reduz de modo significativo, para além de promover vários efeitos colaterais no sujeito, entre eles a queda da produção de ghrelina. Entretanto esta técnica foi substituída por técnicas mais modernas que produzem menores efeitos colaterais para os pacientes (Parejo, Pilla & Neto, 2006).

O segundo procedimento realizado na participante Café, foi por meio da técnica denominada de *ByPassfobi-capella*, que decorreu justamente por conta das complicações oriundas do primeiro procedimento a *Scopinaroe*, devido ao reganho de peso significativo que a participante apresentou tardiamente após a realização do procedimento.

“[...] porque na verdade desde a infância eu sempre fui bem gordinha, obesa, bem obesa não, eu sempre fui gordinha, né e... isso influenciava muito né no meu humor né e eu sempre sofria com aquelas brincadeiras, aquelas vezes, de não ir para um lugar por conta de uma roupa. [...] me senti excluída em amizades, né, iai isso me influenciava muito em mim, assim desde a infância e a adolescência inteira tentando emagrecer e sem conseguir ai tentando de tudo, cada vez que eu perdia 3 quilos ganhava 5, e ai cada vez mais né

ganhando, né ganhando sempre mais do que vinha perdendo então engordando cada vez mais né até que chegou um ponto que não tava mais conseguindo encontrar roupa em que eu ia para a faculdade obrigada, eu não tinha vontade de ir para o trabalho né, porque não tava me sentindo bem como eu estava, daí me surgiu a oportunidade, eu tinha pesquisado muito a respeito, mas minha mãe não concordava, até que surgiu a oportunidade, já que eu ia fazer outra cirurgia, surgiu a oportunidade de fazer as duas ao mesmo tempo iai mudou realmente minha mente, minha vida” (Chocolate, 38 anos, maquiadora).

Outro ponto de relevância é a presença do reforço, Catania (1999) assim como Skinner (2005) afirmam que o comportamento é afetado por suas consequências e estas alteram a probabilidade futura de ocorrência desse comportamento, logo o reforço não é aquilo que é agradável ao tato, olfato, visão, audição e/ou gustação, este pode ser tanto positivo quando há adição do estímulo ao contexto ou negativo quando ocorre a remoção do estímulo aversivo.

“[...] Eu sempre fui gordinha, sempre gostei de comer, eu sempre fui gordinha e depois da separação do meus pais eu engordei mais, mais do que eu tinha que engordar, ai quando eu fiz a cirurgia, eu fiz com 163 quilos. Fazia exercício, mas parava né, acho que hoje eu pratico mais do que antigamente. Ah! Eu não conseguia emagrecer da forma natural porque demora demais, e eu tava querendo algo mais imediatista” (Heineken, 41 anos, engenheira).

A fala dessa participante possibilita identificar o reforço negativo quando a mesma faz referência a retirada do acúmulo de peso como algo que seria a solução para a sua questão, e portanto, este se configuraria como aversivo. Entretanto outra questão trazida na fala dessa participante é a separação dos pais que “funcionou” como uma operação estabelecadora para o ápice do peso elevado. Nobre (2010) informa que o comportamento alimentar excessivo possui contingências que atuam de modo a aumentar a probabilidade da resposta futuramente e logo a investigação alimentar é fortalecida para além, o alimento em si é um reforçador primário e outros reforçadores condicionados e generalizados de magnitude superior estão presentes nessas relações que foram aprendidas ao longo da vida de cada sujeito.

“[...] Na verdade nem tem muita coisa, eu tinha 17 (dezessete) anos, tava com 130 (cento e trinta) quilos, e comendo muito, descontando na comida e, na fase de bem

adolescente, que escondia a comida dentro do quarto para comer, iai minha mãe já tinha me levado para endocrinologista, eles já tinham me dado remédio para emagrecer, eu emagreci, mas engordei o dobro, iai minha mãe resolveu fazer a redução, eu passei por vários médicos e gostei da ideia, a equipe foi maravilhosa, me acolheu, me explicou como seria e passei acho que uns três meses até chegar né, porque teve consulta com psicólogo, com nutricionista e blábláblá até eles aceitarem que eu estava apta a fazer cirurgia e até que um belo dia eu operei.[...] (Sorvete, 27 anos, autônoma)

A fala de Sorvete (27 anos, autônoma) contribui na presente discussão em dois sentidos, o primeiro é visível a identificação de episódios de TCA- Transtorno de compulsão alimentar que de acordo com Florido (2019) possui como principal característica a ingestão alimentar em demasia, perdendo o controle sobre a quantidade ingerida, não havendo posteriormente comportamentos purgativos e/ou compensatórios.

O segundo ponto trata do que neste estudo convençionamos denominar de comer emocional que de acordo com Skinner (2005) assim como todo comportamento, o comer é fruto da interação do organismo com o meio, sofrendo influência primária dos níveis de determinação do comportamento e influência secundária das contingências reforçadoras que aumentam a probabilidade de ocorrência futura em situações semelhantes, a história de vida da participante Sorvete é permeada pela restrição de contato social, não aceitação do seu tipo físico e diante desse contexto a mesma relatou compensar realizando alimentação excessiva.

7.2 Preparação para o procedimento cirúrgico

A segunda categoria nomeada preparação para o procedimento cirúrgico se propõe a analisar todo o percurso que cada uma das participantes vivenciaram até a realização da cirurgia, o modo como teve conhecimento da cirurgia, informações sobre a técnica disponível, realização de exames, consultas, acompanhamento com a equipe multidisciplinar e interdisciplinar, acompanhamento este que é necessário ser realizado antes da cirurgia e que uma vez o procedimento realizado demanda que seja realizado de modo constante e contínuo.

Devido a própria natureza da obesidade que envolve fatores internos e externos e de ordem multifatorial o acompanhamento com os especialistas segundo a ABESO (2016) envolve endocrinologista, cirurgião bariátrico, nutricionista e/ou nutrólogo, psiquiatra ou psicólogo, em especial, o médico anestesista, normalmente com este último é realizado um encontro antes da cirurgia para avaliar possíveis alergias e/ou restrições na excussão do

procedimento, em casos especiais e que envolvem comorbidades que são oriundas da ocorrência da obesidade, outros profissionais da saúde precisam ser envolvidos no processo tanto pré-operatório como pós-operatório.

Outro dado bastante relevante no processo para a realização e escolha pelo procedimento trata do IMC- Índice de Massa Corporal, a conduta preconizada na literatura é clara quando informa que não é o tratamento cirúrgico a primeira opção a ser adotada, a primeira conduta ocorre normalmente na clínica, foca na adoção de mudança de hábitos de vida e não só alimentares, justamente por compreender a dimensão central da doença que são seus multifatores.

Segundo Carra e Cruz (2015) a escolha tradicional envolve a tríade dieta, atividade física e medicações, entretanto quando essa tríade não é o suficiente para sustentar o peso controlado e ocorre o aumento recorrente e significativo do peso, o tratamento cirúrgico é a melhor opção.

“[...] Na verdade, eu nunca fui gorda, mas quando eu completei a partir dos 40 anos, 43 anos eu comecei a engordar muito, muito, foi assim uma coisa, compulsiva, ansiedade e cheguei a 127 quilos, 121 minto, quando resolvi fazer a bariátrica eu estava com 121 quilos e minha estatura é 1.65 cm, aí quando eu cheguei e me vi com esse peso de 121 quilos, eu disse, não eu não posso e não tinha como eu fazer dieta, porque eu estava muito ansiosa bebia muito, comia muito, entendeu? Ociosa, não tinha vontade de ir para a academia, o peso não deixava era muito cansativo, aí eu resolvi fazer a bariátrica. (Cerveja, 54 anos, empresária)

Essa participante deixa de modo notório os vilões que a literatura elenca como os centrais no processo tanto de instalação como de permanência do quadro da obesidade que são: a dieta hipercalórica associada a alta quantidade de bebida alcoólica e sedentarismo, para além relata a ocorrência intensa de oscilação de humor, a participante se apoia no seu estado emocional “ansiedade” para justificar a não realização das atividades físicas, aumento do consumo alcoólico e da porção alimentar.

Concordando com Skinner (2005) é sabido que tanto o que ocorre dentro da pele como fora da pele é denominado de comportamento, sendo este o resultado da interação do organismo com o meio, analisando a fala da participante “[...] não ter vontade de ir para a academia”, primeiro precisamos definir tecnicamente o que é denominado pela participante de “vontade”, vontade é um comportamento, e como definimos anteriormente embasados

pela literatura, não é uma condição intrínseca e sim origina-se da relação entre organismo (cerveja) com o meio (academia, excesso de peso, roupas que marcam o corpo, entre outros). Pensando no meio que é a academia, espelhos por todos os lados, pessoas com corpos definidos e em contraponto a sua condição física de obesa o ambiente é totalmente aversivo para a participante.

Outro ponto de ressalva trata do intervalo de alto tempo para aquisição da perda de peso, ou seja, no caso da participante a mesma teria que se manter por um período longo de tempo com regularidade de exercícios físicos e reeducação alimentar para adquirir o peso almejado, visto que a mesma se encontrava com 121 quilos, peso bastante significativo, todas essas variáveis não se configuram como um cenário propício para que a mesma tivesse esse repertório comportamental.

“[...] Gordinha eu nunca fui não, viu! Mas também não era manequim, mas depois que casei e engravidei e depois do meu último filho, o caçula, foi que eu tive mesmo assim esse ganho de peso assim sem controle, eu sempre fazia de tudo, tudo o que você imaginar, de dieta, de tomar remédio. Eu mesmo uma vez tomei uma fórmula quase, quase que eu morro, eu tomei uma fórmula, a fórmula tirava meu apetite mesmo, eu não comia nada, e daí eu comecei a passar mal assim, por não me alimentar, que até água, malmente um copo de água, só água, mas não sentia fome nenhuma. Quando foi um dia eu acordei muito mal, mal, mal mesmo, aí foi que me deu aquele choque assim aí eu disse... isso é o remédio, foi que eu vim cair na real, agora se você me perguntar você perdeu peso? Perdi, perdi mesmo, mas também eu parei, joguei tudo fora e daí pra cá minha amiga... fui ganhando, fui ganhando, fui ganhando, fui ganhando, não tinha dieta, não tinha caminhada, não tinha nada, por mais que eu fizesse eu não conseguia perder e só fui ganhando peso, até que um dia eu disse assim ainda vai existir algum remédio, alguma cirurgia, alguma coisa que eu venha fazer e que eu não venha a ganhar peso de novo igual ou pior, aí eu me dei conta né um belo dia, uma amiga disse que fez bariátrica pelo convênio do marido, aí eu disse vai ser essa então, assim eu preparei meu psicológico todo para bariátrica, eu mesma me preparei, foi uma coisa que eu queria muito né, que não tava me fazendo bem, o meu peso, já estava afetando o meu joelho, minhas articulações e fora a estética também, tanto dentro de casa quanto na rua também, até eu consegui um médico... Lá no Hospital, comecei a fazer tudo, só que de uma hora para outra quando eu já estava no meio do caminho, já nos processos do pré-operatório a bariátrica foi suspensa por ele lá no Hospital, e aí eu disse ah! Meu Jesus, e agora? Não tinha experiência, não tinha nada, até que nessas idas e vindas eu fazendo os

pré-operatórios, eu tinha um problema sério no joelho devido ao peso, e nessas idas e vindas da consulta eu conheci um auxiliar do médico ortopedista, que ele tinha feito bariátrica com um médico, nessas idas e vindas, conversa vai conversa vem eu pedi o número dele, aí comecei o meu processo todo de novo de exames e consultas, consegui realizar e chegar no meu objetivo, mas foi uma história longa, mas eu consegui”(Churrasco, 50 anos, professora).

Duarte et al (2020) comunicam no seu estudo que a indústria da beleza por meio da venda sobre o modelo ideal do belo, foca no corpo magro e deste modo intensificador contribui para o uso de medicamentos, esses normalmente são sem prescrição médica e podem causar problemas a saúde física das pacientes como o relato da participante acima.

Como elencado anteriormente a obesidade é multifatorial, sendo assim comumente havendo um obeso na família haverá outros, ou seja, os fatores genéticos também cabem no bojo da discussão. Amaral e Pereira (2008) trazem como aspectos associados aos fatores genéticos o aumento de bebidas gaseificadas, comidas rápidas que possuem maior teor de gordura saturada em detrimento de substâncias boas.

“[...]Eu não tava mais aguentando comprar roupa para mim, roupa muito cara, e naquela época você não achava com tanta facilidade, há 11 anos né, não é que nem hoje a maioria das pessoas vendem roupas plus size, antigamente não, você não via tanto assim, então minha tia operou, ela viu o resultado ótimo em minha tia , minha mãe depois foi. E aí minha mãe emagreceu de uma maneira tão nítida, assim muito rápido que me lembro como hoje, foi assim que resolvi fazer minha cirurgia, ela já não tava mais morando aqui e foi aniversário dela aí eu disse assim a ela: eu vou comprar uma bermuda e vou usar uma blusa da senhora, uma blusa nova porque eu não tinha como gastar dinheiro ou com um ou com outro né, e aí quando eu cheguei lá no aniversário de minha mãe, né? Eu subi saí do espaço, vim pra casa trocar a roupa, e aí foi aonde eu me decepcionei porque nenhuma blusa tava dando mais em mim, e eu disse meu Deus do céu eu vou usar o que no aniversário? Eu tive que permanecer com uma blusa que eu fui mesmo, botei uma bermudinha e fui, aí que eu tomei minha decisão, fui para um médico e o médico me dizendo não você tem que emagrecer pela sua força de vontade, você é nova aí fui para outro, aí dizia que não me operava. Até então como minha mãe é dona de escol, apareceu uma mãe de um aluno que tinha feito com o Drº, aí eu fui até lá no hospital, até hoje ele é meu médico, parei de ir para o psicólogo, parei logo quando eu fiz a cirurgia, parei de ir para o nutricionista, eu fui só no

meu período mesmo que me questionaram, mas Drº, ele ficou comigo até a data de hoje e se eu preciso fazer uma cirurgia primeiro mostro meus exames a ele”. (Acarajé, 34 anos, baiana de acarajé)

As três participantes acima descritas realizaram o processo de acompanhamento com a equipe multidisciplinar até o período da cirurgia e pouco tempo depois da mesma, prevalecendo a posteriori o acompanhamento apenas com o cirurgião, o que nos inclina a fazer reflexão sobre nossa maior preocupação, o corpo físico, o concreto, ainda que informadas sobre a relevância do acompanhamento contínuo pelos demais profissionais as mesmas não mantiveram essa busca pelos acompanhamentos.

Ao analisar os vilões das participantes que apresentam reganho de peso após procedimento da bariátrica, a não continuidade do acompanhamento com a equipe multidisciplinar apareceu com grande incidência, pois os hábitos do passado, o comer nos horários inadequados, a quantidade e a qualidade dos alimentos também acabam por sair do que é cabível, retorno ao sedentarismo e logo desemboca em retorno ao ganho de peso.

O processo do acompanhamento pela equipe multidisciplinar é iniciado ainda no pré-operatório e por isso que se discute a ideia de um acompanhamento e não apenas uma consulta isolada para que o sujeito eleito ao procedimento cirúrgico realize a adesão de todas as diretrizes para que o sucesso do procedimento seja alcançado e mantido (ANS, 2017).

7.3 Relação com o corpo

Esta categoria se propõe a analisar como as participantes passaram a perceber o seu corpo e a se relacionar com o mesmo após a redução de peso oriundo da cirurgia bariátrica, neste sentido Munhon e Migott (2017) informam que os sujeitos submetidos a cirurgia bariátrica apresentam melhora na sua autoestima e auto imagem, pois enquanto obesos mórbidos atividades simples e cotidianas são limitadas e a realização da cirurgia bariátrica está ligada a promoção da qualidade de vida, mas não pode-se negar a busca pela mudança corporal, mudança esta que visa os padrões sociais e principalmente quando trata-se do público feminino que é o mais direcionado a adequação do padrão de magreza/beleza social.

“[...]Ah! Eu mudei de vida né? Troquei de guarda-roupa, e... me senti outra pessoa né, virei outra pessoa, acho que em 2000 e... depois de dois anos de cirurgia eu fiz abdominoplastia para retirar o excesso de pele porque perdi mais de 55 quilos e... deixa eu

ver, nesse meio tempo engordei ainda, mas nada comparado aos 55 quilos que eu perdi, acho que engordei 20 quilos e desde então vivo na luta. (Sorvete, 27 anos, autônoma)

Ainda nessa categoria cabe fazer referência aos relacionamentos amorosos, balizados pelo cenário da cultura à magreza que indica o biótipo do que é belo e, portanto, atravessa os relacionamentos a tal ponto que somos reforçados socialmente a “perceber” as pessoas que se enquadram no biótipo padronizado em detrimento daquelas que fogem do padrão.

A influência da cultura da magreza compõe-se de uma soma de conceitos que são difundidos na sociedade e para além do culto ao corpo magro, há uma construção de ideias sobre o sujeito obeso como aquele que não possui desejo e atração sexual; nesse sentido o sujeito com obesidade acaba por não ser a “primeira” opção da pessoa que se envolve afetivamente com o mesmo, caso a pessoa seja magra ou sendo um obeso se relaciona com outro obeso na “tentativa” de evitar comentários irônicos e depreciativos.

Nispóli e Novaes (2015) discutem justamente sobre a relevância que a sociedade possui acerca desta relação do sujeito com o seu próprio corpo e nas entrelinhas nos faz pensar sobre a relação entre os sujeitos, a figura do obeso no bojo da sociedade é análoga a beleza e a felicidade, sendo totalmente responsabilizado pela sua condição clínica, assim este sujeito é convocado a “fazer” algo por si para que possa uma vez magro ser feliz e aceito e então seja habilitado a conviver socialmente, sendo então considerado parte da sociedade e logo percebido pelos mesmos, tornando-se objeto de desejo e dotado de prazer.

“[...] Porque pros relacionamentos eu vejo que é um sofrimento muito grande para quem tá acima do peso, a gente vive hoje em uma sociedade que é geração saúde é “corpinho bombado”, da academia, “corpinho musculoso”, seja homem ou mulher e quem tá acima do peso sofre um “bocadinho” com isso, é muita crítica, é muita coisa...né do tipo. E pra relacionamentos é bem complicado né, a gente é a primeira coisa que nota, acaba que pra quem faz a cirurgia estando solteira é isso, é a primeira coisa que a gente nota, é a quantidade de gente que se aproxima que antes talvez passava do lado e nem te percebia...pra quem faz assim solteira é uma das maiores mudanças, né? É nesse campo mesmo de relacionamento muito, muito mesmo. (Chocolate, 38 anos, maquiadora)

De acordo com Munhon e Migott (2017) é significativa a mudança do sujeito em seus relacionamentos íntimos, estando este mais ativo por se perceber como dentro do padrão e também por ser melhor aceito. Os hábitos também são alterados, após a cirurgia o sujeito

interage mais socialmente, o que oportuniza contato com outras pessoas e conseqüentemente contribui para que ocorra o relacionamento íntimo.

“[...] tudo melhorou, a bariátrica fez assim uma reviravolta na minha vida, onde minhas ansiedades, as emoções, a compulsão, tudo melhorou”. (Cerveja, 54 anos, empresária)

De modo geral as participantes relataram ganhos com a realização da cirurgia bariátrica, aumento da autoestima, melhora nos relacionamentos tanto consigo mesma que seria o auto relacionamento como nos relacionamentos interpessoais, maior cuidado para com o corpo, extinção de patologias diagnosticadas ainda enquanto obesas, inserção de atividade física na rotina, realização de acompanhamento médico com regularidade nos anos iniciais, o que possibilita perceber o quanto a realização da cirurgia contribuiu para que as mesmas melhorassem seu relacionamento com o corpo, consigo mesmas e com o contexto o qual estavam inseridas.

Ainda que bastante afável que seja essa mudança na imagem corporal, alguns sujeitos podem vivenciar uma espécie de “estranhamento” do seu corpo, que antes era gordo e após o procedimento cirúrgico tornou-se magro em um intervalo curto de tempo comparado ao período de vivência do corpo corpulento.

“[...] depois que eu consegui alcançar o meu objetivo que era o que eu queria muito, cheguei a 64 quilos, que fiquei cinco a seis anos bem, só que minha amiga, eu fiquei seca demais, estranha demais, mas não me abalou não, se você me perguntar: mexeu com o seu psicológico? Não mexeu. As pessoas diziam “Ah! Você envelheceu muito, você tá muito magra”. Eu disse: não eu tô, tô como eu queria e acabou, de novo eu vou repetir para você, eu trabalhei o meu psicológico para isso, aí eu cheguei quase a vestir o número 54, quase o número 54, tava em 52 e alguns quebrados, dependendo da forma, aí quando eu me vi vestindo 40, 42 ave maria, tudo o que eu queria eu estava vivendo”. (Churrasco, 50 anos, professora)

Dois questões são bem reflexivas no discurso desta participante, a primeira questão que atravessa o estranhamento desse corpo que antes era gordo e que em um curto de intervalo de tempo assume forma totalmente distinta, o segundo ponto é a questão do

contexto social, ao mesmo tempo que reforça o corpo magro, pode não aprovar este corpo por não reconhecer o sujeito como um ex-obeso.

[...] Depois que eu emagreci, com 06 (seis) meses eu engravidei de Kauê, eu já tava com 04 (quatro) meses dentro de mim, e aí quando eu retornei ele me pediu para fazer a ultrassom, aí ele disse para mim que se eu estivesse com pouco tempo que iria fazer um aborto porque eu tava toda aberta, e na minha na época era aberta ainda, o plano não cobria fechada, e aí ele disse: você vai ter que voltar para a equipe médica. Aí eu não pude engordar nada, a barriga não podia ter uma desenvoltura grande, aí eu tive que emagrecer mais ainda, tinha momentos que eu só tinha horário certo para me alimentar.

Pra Kauê não nascer né com sobrepeso dentro de mim, foi tudo à risca, não podia tá me esforçando, não podia nada e ele disse eu vou fazer esse “moleque” vim ao mundo, e aí tanto que quando Kauê nasceu com 1,970 gramas, pequenininho cabia na caixa de sapato 44 (quarenta e quatro) centímetros aquele negocinho, tá aí crescido, grande; aí depois de 04 (quatro) anos que vim ter Kauane que já foi uma decisão minha já pra eu ligar pra não parir mais, já foi uma decisão minha mesmo, emagreci cheguei até 56 (cinquenta e seis) quilos, não 48 (quarenta e oito) quilos, eu de 150 (cento e cinquenta) quilos eu emagreci a 48 (quarenta e oito) quilos, tanto que no bairro dizia “ Você tá vendo a filha de Nira” magra e que não sei o quê, aí depois que eu parir Kauê eu emagreci muito mas ainda né, aí depois que de um bom tempo assim 02 (dois) anos, eu comecei a botar um corpinho novamente, ter um corpinho o maior peso que eu tive foi 82 (oitenta e dois) quilos, depois da cirurgia e hoje eu tô naquela fase sanfona em um momento eu tô com 68, 70, 74, aí daqui a pouco volta para o 72 aí volta para o 78”. (Acarajé, 34 anos, baiana de acarajé)

A fala de Acarajé nos convida a refletir sobre as intercorrências que podem acontecer no pós-operatório e que fogem da competência técnica da equipe, pois o sujeito precisa ser responsável pela sua vida e pela parte que lhe cabe sobre sua condição. Devido ao quadro clínico da obesidade a mesma não possuía ciclo menstrual regular havendo para além a dificuldade em engravidar discutida em acompanhamento com médico, porém com a redução do peso esse quadro se inverteu a ponto que a mesma conseguiu engravidar, porém acabou por colocar em risco os resultados futuros da cirurgia, nesse sentido vale reforçar a importância do acompanhamento contínuo com a equipe técnica e da real importância que seguir o que a equipe orienta nos cuidados pós-cirúrgicos (SBCBM, 2017; ABESO, 2016)

que se configuram em uma forma de relacionamento com o corpo e logo de autocuidado evitando riscos à saúde física do paciente.

Outro ponto de ressalva explanado nas entrelinhas da fala da participante trata da percepção que a mesma ainda possuía do corpo enquanto condição de obesa mesmo tendo emagrecido, pois na condição anterior sim havia a dificuldade em engravidar e toda uma comorbidade de ordem ginecológica interposta pela condição da obesidade, porém a mesma ainda estava “presa” a um diagnóstico que já não mas à pertencia, não compreendendo a nova fase que estava por viver o que reforça todo o exposto, que a cirurgia conforme Moraes (2014) modifica a condição física do paciente e não a psicológica, e uma vez que ambas não estejam alinhadas podem ocasiona riscos e/ou no insucesso do procedimento. Ainda é possível explicar sobre a efetividade da cirurgia bariátrica, que segundo Munhon e Migott, (2017) possibilita a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, com a fala da participante denominada aqui pôr Acarajé, a mesma deslocou-se da condição de infertilidade/ dificuldade para engravidar para uma gravidez que não demandou nenhum tipo de tratamento específico.

7.4 Comer emocional e a relação com o reganho de peso

Nesta sessão o objetivo central é analisar como ocorre o chamado comer emocional que resulta no reganho de peso. Este ocorre quando mesmo na ausência da fome física o sujeito realiza a ingestão exacerbada de alimentos em decorrência do seu estado emocional momentâneo e/ou por presença de quadro clínico de ordem psicológica a exemplo dos TAs, como uma compulsão alimentar (Marchesini, 2010).

“[...] a ansiedade, um nervoso, o estresse do dia-a-dia, a preocupação, então quem já é gordo ele só pensa em que? Em comer, às vezes até quem não é, às vezes transfere a sua parte da ansiedade, tem pessoas que come, tem pessoas que não come, e quem já foi gordo e que sempre gostou de comer, vai passar o dia todo comendo, comendo, comendo, comendo, que nem sexta-feira, foi sexta ou foi quinta? Foi quinta, eu tava pra receber um negócio, eu tava com tanta ansiedade, tanta ansiedade, que eu já não consegui dormir e quando eu vi que esse negócio não ia acontecer até a hora que eu esperava eu disse a meu marido na rua fia, com fome é que eu não vou ficar, vamos primeiro procurar algum lugar pra comer, pra eu me acalmar, aí você ver, que meu pensamento primeiro foi o que? Comer, preciso comer para ver se a ansiedade pausa em minha pessoa... eu sempre penso primeiro na comida, por mais que não aguento, sempre penso pela comida mesmo.” (Acarajé, 34 anos, baiana de acarajé)

A participante inicia a sua fala informando sobre a ocorrência de um quadro clínico que ao seguirmos a leitura é perceptível que possui frequência nos seus dias de modo que a mesma descreve claramente que sempre faz uso do alimento para se “regular” diante da situação que foge ao seu controle. Segundo Marchesini (2010), há uma prevalência significativa entre os pacientes que realizam a cirurgia bariátrica vivenciarem quadros de transtorno de humor depressão e ansiedade combinados à quadros de transtornos alimentares que antecedem o procedimento cirúrgico, inclusive uma vez o sujeito não tratando desde o período pré-cirúrgico tende a se acentuar a posteriori.

“[...] na terça-feira tive no advogado, o advogado falou uma coisa que eu não queria escutar, eu parei, sair do advogado às oito horas da noite, parei em uma pizzaria e eu moro sozinha hoje, o que eu fui fazer? Parei em uma pizzaria, comprei uma pizza inteira, eu conseguir comer menos de meio pedaço de pizza, mas se deixasse, se eu conseguisse, eu teria comido a pizza toda porque minha emoção pediu aquela pizza toda. ”. (Café, influenciadora digital, 43 anos)

A própria configuração do dia-a-dia, agendas lotadas de compromissos, trânsito pesado, cobranças profissionais, rotina da casa, obrigações familiares, corroboram um cenário que os sujeitos ficam aquém de identificar as suas reais necessidades, mas propriamente ficam alienados de si e nesse constructo acabam por não resguardar um momento para si perceber e saber o que o afeta e como o afeta, no senso comum esse comportamento é denominado de reflexão, a ciência da Física se apoia na palavra ressignificar, enquanto a Psicologia faz uso do termo da autodescrição das contingências que afetam o comportamento, sendo que estas podem tanto manter ou o extinguir a depender da consequência oriunda da resposta (Skinner, 2005).

Talvez fosse possível questionar o motivo pelo qual o comer é eleito entre os sujeitos como um modo de “descarregar, descontar” as emoções vividas diariamente, porém para essa questão foi trazida durante todo o estudo que o comer é um reforçador primário, ou seja, concordando com Skinner (2005), significa que este é reforçador para todos da espécie em questão, pois está diretamente relacionado com a permanência da existência da espécie, todos os humanos são sensíveis a água, alimento, afeto, sexo, entre outros.

Ainda nesse contorno da discursão é relevante reafirmar que sendo sensíveis ao alimento pelo fato deste compor a categoria daqueles reforçadores que garantem a permanência da espécie e se tratando de um sujeito que é obeso, o comer possivelmente foi

presente em toda e/ou grande parte da sua história de vida, isso envolve suas relações tanto com o meio físico como entre as pessoas que compartilham o mesmo espaço físico, a própria “ideia” de comer para ser recompensa de algo que saiu como previsto e então estamos fazendo referência a uma comemoração ou o comer para compensar o que fugiu do planejado, ou seja para suprir uma decepção e/ou para lidar com a mesma.

Refletindo sobre uma esfera maior, a cultura, esta contempla a mesma construção acima descrita, seja por meio das propagandas que versam sobre reuniões em família e amigos regados a comida e bebida ou por meio de comportamentos verbais que estão presentes há gerações a exemplo “criança feliz é criança gorda”, “no final tudo acaba em pizza”, contribuem para reforçar o comportamento de comer para além da garantia e necessidade física.

Qualquer peso que seja adquirido após a realização da cirurgia bariátrica é compreendido como ganho de peso, Souza et al (2018) informam que a própria literatura da área assegura a ocorrência, após a perda há um período de estabilização do peso e posteriormente não havendo a ocorrência de hábitos que favoreçam a manutenção do novo peso este será ganhado.

O estudo realizado por Siqueira e Zanotti (2017) indica como variáveis elencadas no ganho de peso: a ansiedade, fome noturna, compulsão alimentar e a própria insatisfação com o peso adquirido, as demandas de conflitos pessoais e que envolvem a família, também são citadas, o sentimento de contínua angústia e declínio de humor, em alguns casos até depressão compõe o cenário de contribuições para a consolidação do ganho de peso significativo.

No caso das duas participantes as mesmas descreveram um episódio clássico de ansiedade, onde a Acarajé estava em função de receber uma encomenda e Café estava sobre expectativa da conversa com o advogado, uma vez que a alta expectativa não foi suprida como recompensa da frustração evocada as duas encontraram no alimento a função de suporte.

“[...] passados 10 anos de casada eu resolvi ter um filho, e eu fiz o que eles chamam de pré-inseminação artificial, e não tomei a medicação e mesmo sem ter menstruação, eu tive filho, abriu a ovulação e eu consegui engravidar. Beleza só que o peso que eu ganhei na gravidez, eu engordei 4 quilos, engordei e fiquei, eu não voltei, ai depois tive uma segunda gravidez ganhei mais 6 quilos, então foram 4 e depois mais 6, depois de três anos, eu tive um terceiro filho e ai então engordei 8 quilos, então assim nesse total ai engordei em torno de 18

quilos, por conta do emocional, por conta da gravidez, por conta de tudo. (Café, 43 anos, influenciadora digital)

No caso desta participante em vários recortes da sua fala nos permite realizar análises e perceber a gama de variáveis que controlam o seu comportamento. No recorte acima descrito a chegada dos filhos marca o início do processo de reganho de peso, as modificações hormonais em decorrência da gestação, novos hábitos alimentares e do cotidiano, entretanto a mesma ainda elenca questões emocionais que a atravessam também e que, portanto os hábitos alimentares pós o processo cirúrgico precisam ser condizentes com o novo momento que o sujeito encontra-se, caso haja o retorno de alimentação em demasia, sedentarismo entre outros contribuíram para este processo de reganho seja instaurado o que comunga com a ideia versada por Amaral e Pereira (2008) e Souza (2015) onde os mesmos afirmam que a obesidade é uma síndrome multifatorial não podendo ser explicada apenas por um viés, mas sendo necessário analisar todas as questões que a compõe para que assim seja possível obter melhores resultados no combate e no controle.

“[...]Veio natural né, comida, bebida, e falta de atividade física aí pronto estabilizou nos 100, 110, sempre vareio, de vez em quando, agora mesmo eu tô controlando a boca e fazendo atividade física, ai tô com 106... Mas comida, comida não, até hoje eu não consigo comer dois pães, eu como 1 pão e olhe lá, quando eu como pão, eu não gosto muito de pão, meu lance não é comida não, meu lance é bebida e doce, bebo por tudo e eu bebo por qualquer coisa, basta querer, não tem dia, não tem horário, não tem nada.” (Heineken, 41 anos, engenheira)

Segundo Skinner (2005) é possível compreender a resposta a partir da análise da sua consequência, uma vez que esta seja reforçadora, logo tenderá a si repetir em contextos semelhantes, no caso do comer emocional a participante acima descrita indica que a ingestão não é acerca do sólido, mas sim da bebida alcoólica, mas propriamente a cerveja, em que a mesma faz uso para qualquer situação que fuja do controle, justificando através de uma ideia mentalista o consumo; “basta querer”, analisando toda a sua fala o “querer” que a mesma faz referência pode ser um dia exaustivo de trabalho, episódios de pré-ocupação intensa com atividade futuras, tomada de decisão ou satisfação por alcançar alguma meta.

Esse relato verbal difere de todo o exposto até o presente momento pois no caso dessa participante estamos relatando uma compensação por meio do álcool que ocorre segundo Marchesini (2010), com uma parcela dos pacientes pós-bariátricos e possui influências concomitantes ao estado emocional em que este se encontra. No relato de Heineken o paramento decorre das reuniões familiares e da tentativa em fugir dos aversivos diários.

“[...] quando você tem o convívio é mais complicado porque são 30 (trinta) pessoas que tem um hábito e você se adaptar aquilo demora, aí você se torna um estranho na minha família, porque é muita extravagância, de muita bebida, muita comida, farra pow! E agora como é que muda esse hábito? Se você não nasceu assim, se você não é... entra naquele costume” (Heineken, 41 anos, engenheira)

A fala da participante Heineken demonstra o quanto o dito popular “somos fruto do meio” corrobora como verdade, em termos técnicos a família é compreendida como o primeiro ciclo social, as primeiras regras, valores e parâmetros afetivos são construídos nesse contexto, assim o processo de aquisição do repertório comportamental permeia as nossas relações, o contexto no qual o sujeito encontra-se inserido inclusive a nível ontogênico, os repertórios adquiridos permitem a compreensão sobre a função e a topografia do comportamento (Skinner, 2005).

Nesse sentido como afirmado anteriormente o comportamento de modo geral é produto de três níveis de seleção e de variação, o comer é um comportamento logo fruto da interação entre os níveis filogenético, ontogenético e culturais, entretanto apenas esses níveis não explicam por completo, visto que há uma aprendizagem operante no processo de seletividade, discriminação e aquisição do repertório comportamental dos sujeitos, sendo fundamental a discriminação sobre a interação entre a resposta do organismo e o contexto no qual as mesmas ocorrem, e então será possível identificar as variáveis que estão sobre controle do comer emocional (Baum, 2006).

Analisando a fala da participante Heineken (41anos), ela traz que o grupo de pessoas que partilha do excesso de ingestão de comida e bebida são pessoas da sua família e faz referência a duas palavras que são: farra e extravagância, sendo estas compreendidas, a primeira como algo bom, descontraído e a segunda como um exagero. No contexto relatado pela participante o sentido atribuído é que são encontros reforçadores, proporcionam lazer (contingência reforçadora). Outro ponto relevante trata da ausência de repertório para realizar a mudança de hábito quando a mesma verbaliza

“[...] e agora como é que muda? Esse hábito, se você não nasceu assim, se você não é ... entra naquele costume...”(Heineken, 41 anos, engenheira)

Esse trecho indica que nas suas relações não são apresentadas à participante outra forma de aquisição de lazer que não seja no contexto acima descrito, apresentando para a mesma uma restrição de aquisição de contato social.

“[...] eu tinha conseguido equilibrar com mais ou menos 4 à 5 quilos a mais, daí depois 6 quilos a mais, agora eu já tô com 8 a mais, mas é como eu falei, eu tento equilibrar eu sempre falo quando eu converso com qualquer pessoa sobre essa questão de peso de dieta de tudo, meu grande problema é chocolate, eu digo Ôh! Meu Deus, que bom para quem faz dumping com chocolate, porque eu não tenho, eu deveria ter porque aí eu não engordava, porque aí eu já tinha problema no estomago antes e acho que devido a bariátrica ou o stress mesmo, hoje eu tenho mais problema no estomago, então hoje eu não sou de comer muito nas refeições em si, mas qualquer situação psicológica eu exagero no chocolate.” (Chocolate, 38 anos, maquiadora)

A fala da participante é relevante no sentido de podermos evidenciar o que Florido (2019) defende dentre os sujeitos que possuem quadros de Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), estes a médio e longo prazo apresentam declínio do sucesso no que tange a manutenção do peso de modo que o sujeito apresenta reganho de peso progressivo, assim conforme relatado pela participante. Outro ponto na fala da mesma trata do que Pisciolaro (2015) informa, dentre as várias características dos sujeitos que possuem o TCAP a ingestão sem controle do alimento por um período de tempo é característica central e no caso de Chocolate ela descreve esse fato, diante da “situação psicológica” ela lança mão da ingestão de chocolate.

A fala de Chocolate deixa elucidado acerca da influência dos estados emocionais que foi denominado pela mesma de “situação psicológica” onde está exerce força sobre a escolha e quantidade do que a mesma irá ingerir, o que corrobora com toda a discussão sustentada no presente estudo no sentido da ressalva do acompanhamento psicológico somado ao acompanhamento nutricional e com o cirurgião, pois o fato de operar o estômago não resolve as relações previamente estabelecidas com o comer e com a comida; devido haver essa relação disfunção é de total importância o acompanhamento desde o momento pré-cirúrgico de modo ininterrupto (ANS, 2017).

“[...] Eu sou uma pessoa que eu sou muito ansiosa mesmo, eu preciso cuidar, sobre essa ansiedade minha, e as vezes eu desconto mesmo, tem semana mesmo que que quero

relaxar eu extravaso, eu tomo minha cerveja. Agora mesmo eu fui para o nutrólogo, e ele pediu que se eu não conseguisse tirar a cerveja, mas que eu não comesse com carboidrato e sim com proteína, mas o que eu vou fazer se é da minha ansiedade... Aborrecimentos do dia-a-dia, aborrecimentos normais de família, marido é tudo né? Esses aborrecimentos que a vida prepara, a gente não quer, mas ele vem de qualquer forma” (Cerveja, 54 anos, empresária).

Assim como a participante Chocolate, Cerveja também traz no auto relato um evento de ordem psicológica em que a mesma se apoia na bebida para atravessa-lo, justificando a ingestão de bebida em quantidade maior somado ao carboidrato, com todo o exposto é inquestionável a influência da esfera psicológica sobre o processo do ganho de peso, da permanência sobre hábitos alimentares inadequados, o que é acessível aos olhos é apenas o resultado de um processo que ocorre de modo correlacionado e que passa por despercebido devido a nossa construção social em não ofertar a real relevância da esfera psicológica aliada a esfera física alinhando o sujeito as esferas que o compõe.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o processo construído até o presente momento, o estudo se encerra após contemplar o objetivo central sobre a compreensão das contingências reforçadoras no comer emocional de mulheres com ganho de peso tardio após realização do procedimento da cirurgia bariátrica.

A obesidade se configura como uma questão de preocupação mundial, visto que os índices são crescentes e não apresentam público específico, sendo as mulheres adultas o público com maior prevalência, nesse sentido está se configura como uma doença de ordem multifatorial, o que dificulta o tratamento e o acompanhamento do sujeito, que muitas vezes por uma questão de construção social percebe a sua condição física como uma escolha, o que não condiz com a natureza do quadro clínico.

Os índices epidemiológicos asseguram a crescente de casos a nível mundial e, portanto, no cenário social nacional a obesidade é uma questão de saúde pública, sendo discutida dentro das ações da Políticas Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), nesta são preconizadas as diretrizes de prevenção e tratamento à obesidade.

O sujeito é classificado como obeso a partir do seu Índice de Massa Corporal (IMC), entretanto ficou compreendido que apenas a análise antropométrica não é o bastante, sendo

relevante fazer todo o apanhado sobre a condição clínica e física do sujeito, nesta investigação cabe-nos debruçarmos sobre os hábitos alimentares, presença de outras patologias físicas e psicológicas, práticas de exercícios físicos e existência de casos de obesidade na família.

A escolha do tratamento para a obesidade é sempre relacionada com o grau de obesidade em que o sujeito se encontra, sendo a primeira conduta clínica a reeducação alimentar associada à prática contínua de exercícios físicos, podendo ocorrer casos que seja necessário o uso de tratamento farmacológico associado. Diante do insucesso de tentativas e aumento de peso, o sujeito é eleito ao procedimento cirúrgico, denominado de cirurgia bariátrica.

A cirurgia bariátrica não é a resolução para a obesidade e sim uma ferramenta que tem apresentado resultados efetivos no controle a esta patologia. Entretanto a literatura apresenta um reganho de peso denominado de ponderal, como um reganho aceitável após o procedimento. Normalmente esse reganho ocorre após os 24 meses de realização do procedimento cirúrgico, em que ocorre a redução da perda de peso, pois o corpo se adapta a nova condição metabólica.

Todo ganho de peso após a realização da cirurgia bariátrica é compreendido como reganho de peso, este decorre do retorno aos velhos hábitos, ausência de atividade física, ingestão de bebida alcoólica, irregularidade na qualidade e quantidade alimentar.

Por esse motivo é compreendido a necessidade do acompanhamento contínuo pela equipe multidisciplinar, quando este não ocorre o risco de reganho de peso é alto. Todas as participantes do estudo não realizaram acompanhamento contínuo.

Foi investigado durante a realização do estudo como ocorre a ingestão de alimentos que não decorre necessidade física do sujeito, estando relacionado a seu atual estado emocional. Por meio dessa investigação foi possível compreender a partir da abordagem teórica adotada para análise dos dados que o comer trata de um comportamento, é resultado da interação entre organismo e meio entendendo o meio como equivalente a situação, contexto.

Outro ponto referente ao comer é que este possui três níveis de seleção, filogenético, ontogenético e sociogenético, sendo estes respectivamente relacionados a garantia da permanência da espécie, história de vida do sujeito e cultura a qual o sujeito estar imerso. Ficando certificado que o comer de modo geral é reforçador para todos os humanos, pois trata de um reforçador primário, apenas este aspecto não é o suficiente para justificar o processo de

comer emocional, há outros aspectos envolvidos, a história de vida, as relações que foram construídas na vida dos sujeitos e que envolvem o comer.

Caso o sujeito tenha na sua história de vida o comer reforçado em situações iguais e/ou semelhantes este tenderá ocorrer com maior probabilidade nessas situações. Cabe salientar a ocorrência dos transtornos alimentares a exemplo da compulsão alimentar e os transtornos de humor, tanto depressão como ansiedade, que aparece em grande escala em pacientes com obesidade e antecede a realização da cirurgia bariátrica. Devido aos mesmos não realizarem o tratamento desses transtornos acaba por contribuir para o insucesso da cirurgia e se intensificam com a realização da mesma pois esses sujeitos não conseguem encontrar o mesmo prazer no alimento como anteriormente.

Com a finalização deste estudo percebeu-se a necessidade, diante da vastidão da temática, que haja a realização de mais estudos com o objetivo de analisar as especificidades do processo de reganho de peso, e assim somar no cenário acadêmico devolvendo para a população maior possibilidade de intervenção e cuidado com a saúde. Inclusive como este estudo foi realizado com participantes que possuíam plano de saúde, portanto um estudo construído dentro dos parâmetros da rede pública de assistência à saúde possivelmente possibilitará novos dados e então estes podem ser confrontados, gerando novas intervenções no cenário científico, dando voz a mulheres em situação de maior vulnerabilidade social.

REFERÊNCIAS

- Amaral, O. & Pereira, C. (2016). Obesidade da genética ao ambiente. *Millenium-JournalofEducation, Technologies, and Health*, (34), 311-322. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8374>
- Aquino, P. A. G. Q., Silva, A. F. da., Costa, A. C. B., Carvalho, C. M. de., Gripp, F. J., Silveira, I. B. E. da., ... & Mathis, V. C. (2020). Fatores que propiciam o ganho de peso em pacientes pós cirurgia bariátrica. *BrazilianJournalof Health Review*, 3(4), 11012-11022. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/15767>
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). (2016). *Reganho de peso após cirurgia bariátrica. O que fazer?* (4 edº). São Paulo, SP. <https://abeso.org.br/reganho-de-peso-apos-cirurgia-bariatrica-o-que-fazer/>
- Barbieri, A. F. & Mello, R. A. (2012). As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva materialista histórica. *Conexões: Educação Física, Esporte e*

Saúde,10(1),121141.<<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/conexoes/article/view/8637693/5384>.

- Baig, S. J., Priya, P., Mahawar, K. K. & Shah, S. (2019). Grupo de Relatório de Resultados de Cirurgia Bariátrica Indiana (IBSOR). Recuperação de peso após cirurgia bariátrica - um estudo multicêntrico de 9617 pacientes do grupo de relatório de resultados de cirurgia bariátrica indiana. *Cirurgia de Obesidade*. 29 (5): 1583-1592.
- Banaco, R. A. (1997). Auto-regras e patologia comportamental. In D. R. Zamignani (Org.) *Sobre Comportamento e Cognição - A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos*. Santo André: Arbytes.
- Bardal, A. G., Ceccatto, V., & Mezzomo, T. R. (2016). Fatores de risco para recidiva de peso no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. *Scientia médica*, 26(4), <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/scientiamedica/article/view/24224>
- Baum, W. M. (2006). *Compreender o behaviorismo: Comportamento, cultura e evolução*. (2ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2017). *Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira*. [recurso eletrônico]. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Gerência-Geral de Regulação Assistencial. Gerência de Monitoramento Assistencial. Coordenadoria de Informações Assistenciais. – Rio de Janeiro: ANS.
- Brasil. (1999) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. PNAN- Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF.
- Carra, M, K, & Cruz P. (2015). *Tratado de Obesidade: Cuidados Nutricionais Pré e Pós-cirurgia* (2ª ed). São Paulo, SP: Guanabara Koogan LTDA.
- Carneiro, A. B. & Dall'Igna, D. M. (2020). Obesidade como fator de risco para o agravamento da Covid-19: uma breve revisão de literatura. *VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde*, 32(3), 12-18. www.periodicos.furg.br
- Castanha, R. C., Ferraz, A. A., Castanha, A. R., Belo, G. Q. M. B., Lacerda, R. M. R. & Vilar, L. (2018) Avaliação da qualidade de vida, perda de peso e comorbidades de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 45. doi: 10.1590/0100-6991e-20181864
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, Linguagem e Cognição* (4ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Cavalcante, L. C. (2009). *Obesidade e Análise do Comportamento*. Belém, Unama.
- Cuppari, L. (2002). *Guia de Nutrição: nutrição clínica no adulto*. Barueri: Manole.
- Duarte, A. P. N. B., Govato, T. C. P., de Carvalho, R. G., Pontes-Junior, L. C. B., Rodrigues, C. L., Santos, G. M. P., ... & Menezes-Rodrigues, F. S. (2020). Uso de anfepramona, femproporex, mazindol e sibutramina no Tratamento de pacientes com sobrepeso ou

- obesidade: análise Farmacológica e clínica. *International Journal of Health Management Review*, 6(2). <https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/210>
- Florido, L. M., Mulaski, L. F., Hespanhol, M. B., Mendonça, R., Santos, T. C., Silva, W. & Nunes, C. P. (2019). Combate à Obesidade: Estratégias Comportamentais e Alimentares. *Cadernos da Medicina-UNIFESO*, 2(2).
- Gil, A. C. (2008). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. (4ªed.). São Paulo: Atlas.
- Grangeiro, É. D. (2020). Influência da frequência das refeições do plano alimentar hipocalórico na perda de peso corporal, glicemia, lipemia, grelina plasmática e gasto energético de mulheres com obesidade. <http://www.ppgn.ufrj.br/wp-content/uploads/2020/07/%C3%89rika-Duarte-Grangeiro-disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Jesus, A. D., Barbosa, K. B. F., de Souza, M. F. C. & Conceição, A. M. S. (2017). Comportamento alimentar de pacientes de pré e pós-cirurgia bariátrica. *RBONE-Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento*, 11(63), 187-196. [https://Comportamento alimentar de pacientes de pré e pós-cirurgia bariátrica - Dialnet \(unirioja.es\)](https://Comportamento%20alimentar%20de%20pacientes%20de%20pr%C3%A9%20e%20p%C3%B3s-cirurgia%20bari%C3%A1trica%20-%20Dialnet%20(unirioja.es))
- Junior, A. B. G., Elias, A. A., Oliveira, M. R., Ito, R. M. & Shirozaki, H, Y. (2015). *Tratado de Obesidade: Histórico do Tratamento Cirúrgico da Obesidade* (2ª ed). São Paulo, SP: Guanabara Koogan LTDA.
- Justino, Y., Barbora, A. P. S. & Pimentel, F. (2017). Avaliação psicológica para submissão ao procedimento bariátrico sob um enfoque analítico comportamental. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*, 18(2), 335-347. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180205>
- Kortchmar, E., Merighi, M. A. B., Conz, C. A., Jesus, M. C. P. D. & Oliveira, D. M. D. (2018). Reganho de peso após a cirurgia bariátrica: um enfoque da fenomenologia social. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31, 417-422. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800058>.
- Kushner, R. F., Sorensen, K. W. (2015). Prevention of Weight Regain Following Bariatric Surgery. *Current Obesity Reports*, v. 4. n. 2, p. 198-206. <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0146-y>
- Lazarevich, I., Camacho, M. E. I., Velázquez-alva, M. D. C. & Zepeda, M. Z. (2016). Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. *Appetite*, México, v. 107, p. 639-644.
- Macedo, L. C., Larocca, L. M., Chaves, M. M. N., & Mazza, V. de A. (2008). Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12(26), 649-657. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000300015>
- Malveira, A. da S., Santos, R. D., Mesquita, J. L. da S., Rodrigues, E. L. & Guedine, C. R. de C. (2021). Prevalência de obesidade nas regiões Brasileiras. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 4164-4173. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/25557>

- Mancini, M. C. (2015). *Tratado de Obesidade: Definições Antropométricas* (2ª ed). São Paulo, SP: Guanabara Koogan LTDA
- Marchesini, S. D. (2010). Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *ABCD ArqBrasCirDig*, 23(2):108-113.
- Michaelis (2015). *Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa* (online). Editora Melhoramentos Ltda.
- Minayo, M.C. de S. (2010). *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. (12ª edição). São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Minayo, M. C. (2002). *Pesquisa social: teoria e método*. Ciência, Técnica.
- Moraes, B. A. (2014). *Uma investigação sobre o comportamento alimentar de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica: uma análise de possíveis condições que determinam e alteram a chamada compulsão alimentar*. (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC),
- Moreira, A. P. A., Júnior, E. B. N. (2012). Anorexígenos: controle rígido ou proibição de seu uso? *Pós em revista do centro universitário Newton Paiva*, n.5, p.203-212. <https://posemrevista.wordpress.com/2012/06/14/e5s32/>
- Moreira, M. B. & Medeiros, C.A. (2007). *Princípios básicos de análise do comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Moro, A. C. L. & Rocha, R. E. R. (2021). Alterações comportamentais após cirurgia bariátrica: Uma revisão sistemática de literatura. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 6. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16030>
- Munhon, M. de L. & Migott, A. M. B. (2017). Alterações psicológicas em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. *RBONE-Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento*, 11(66), 403-411 <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/556>.
- Nascimento, C. A. D., Bezerra, S. M. M. da S. & Angelim, E. M. S. (2013). Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 193-201. Disponível: <<https://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/v18n2a04.pdf>>
- Nascimento, C. D. M, Ribeiro, A. Q., Cotta, R. M. M., Acurcio, F. D. A., Peixoto, S. V., Priore, S. E., & Franceschini, S. D. C. C. (2011). Estado nutricional e fatores associados em idosos no Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 2409-2418. <https://www.scielo.br/j/csp/a/QkLw9STZLHCqt9hZtXSTcWD/?format=pdf&lang=pt>
- Neno, S. (2003). Análise funcional: Definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 5(2), 151-165. <http://rbtcc.webhostusp.sti.usp.br/index.php/RBTCC/article/view/78/67>

- Neves, P. M., Torcato, A. C., Urquieta, A. S., & Kleiner, A. F. R. (2010). Importância do tratamento e prevenção da obesidade infantil. *Educação Física em Revista*, 4(2). https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-17-3/IDP7.pdf
- Nispóli, N., Novaes, J. de V., & Rosa, C. M. (2015). O corpo na cultura: obesidade como doença, biopolítica e normalização. *Desafios: Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins*, 1(02), 149-168, doi: <http://dx.doi.org/10.20873/uft.2359-3652.2015v1n2p149>
- Nobre, S. M. (2010). *Efeitos do Treino de Automonitoração e do Treino de Relato Verbal no Estabelecimento e na Manutenção de Comportamentos de Seguir Regras Nutricionais em Adultos com Obesidade*. (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal Pará, Belém, Pará, Brasil. <http://docero.com.br/doc/sv50v1s>
- Oliveira, R. C., Barão, F. M., & Ferreira, E. (2009). A farmacoterapia no tratamento da obesidade. *RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 3(17). <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/170/166>
- Organização Mundial de Saúde (2004). Obesidade: prevenindo e controlando uma epidemia global. Relatório da Consultadoria da OMS, Genebra.
- Parejo, J. C., Pilla, V. F., & Neto, B. G. (2006). Mecanismos de funcionamento das cirurgias anti-obesidade. *Einstein*, 3(4), 120-124. https://www.researchgate.net/profile/BrunoGeloneze/publication/26540324_Operational_mechanisms_of_anti-besity_surgeries/links/587271fe08ae6eb871c519e3/Operational-mechanisms-of-anti-obesity-surgeries.pdf
- Péres, L. D. S., Cidade, L. B., Kliemann, M. R., Schwambach, P. B. & Padoin, A. V. (2017). Obesidade mórbida. Porto Alegre: *Acta Méd.* 8-8. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-883866>
- Pisciolaro, F., (2015). *Tratado de Obesidade: Orientação Nutricional no Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica*. (2ª ed). São Paulo, SP: Guanabara Koogan LTDA
- Portaria nº196, de 29 de fevereiro de 2000. Ministério da Saúde. Gabinete de Ministro. Brasília.
- Portaria nº 425 de 19 março de 2013. Ministério da Saúde. Gabinete de Ministro. Brasília.
- Ramos, M. & Stein, L. M. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de pediatria*, http://189.28.128.100/nutricao/docs/Enpacs/pesquisa_Artigos/desenvolvimento_do_comportamento_alimentar_infantil_ramos_2000.pdf.
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://bit.ly/1mTMIS3>
- Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Acesso em: 20 jun. 2016. <http://bit.ly/2fmnKeD>

- SBCBM – Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. (2020). <https://www.sbcbm.org.br/>
- Siqueira, A. C., & Zanotti, S. V. (2017). Programa de cirurgia bariátrica e reganho de peso. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(1), 157-169. <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180114>
- Skinner, B. F. (2005). *Sobre o Behaviorismo*. São Paulo: CULTRIX.
- Skinner, B. F. (1982). *Sobre o Behaviorismo*. Tradução realizada por M. P. Villalobos. São Paulo: Editora Cultrix. (Trabalho original publicado em 1974)
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). Acesso em: 15 de março de 2021 Disponível em: <http://www.sbcbm.org.br/wordpress/pagina-exemplo/historia-da-cirurgia-bariatrica>
- Souza, A. C. S., Gomes, D. L., Sá, N. N. B. & Carvalho, K. M. B. (2018). Presença de comorbidades, uso de medicamentos e suplementos nutricionais por mulheres com reganho de peso após 24 meses de bypass gástrico. *RBONE -Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento*, 12(74),738-744. <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/785>
- Vale, A. M. O. & Elias, L. S. (2011). Transtornos Alimentares: uma perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, Vol. XIII, no 1, 52-70. doi: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v13i1.432>
- Yonaha, C. P. (2016). *Análise Comportamental Clínica no Tratamento da Obesidade*. (Monografia de Especialização) Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento, Brasília. <https://bit.ly/3n9k2Rq>. https://ibac.com.br/wp-content/uploads/2018/02/monografia_carolineyonaha.pdf

Apêndice A - Questionário sócio demográfico

Nome:

Idade:

Profissão:

Religião:

Endereço:

Nível de escolaridade:

Apêndice B – Roteiro de entrevista

- 1- Relate a sua trajetória desde a obesidade até a decisão em realizar o procedimento da cirurgia bariátrica
- 2- Descreva do percurso após a realização do procedimento da cirurgia bariátrica até o momento

Apêndice C– TCLE

TCLE-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar de uma pesquisa intitulada: Análise sobre o reganho de peso tardio em mulheres adultas após cirurgia bariátrica tendo como pesquisadoras: Lorena Moura Santana e Suzane Bandeira Magalhães, esta pesquisa objetiva, compreender as contingências que reforçam o “comer emocional” em mulheres adultas com reganho de peso tardio pós-bariátrica sem acompanhamento psicológico. Os riscos do estudo são mínimos, prevalecendo o seu benefício, caso você escolha participar da pesquisa, você irá contribuir para a ampliação da compreensão sobre o reganho de peso tardio em mulheres adultas pós-bariátrica, em virtude deste risco asseguramos que caso haja qualquer dano de ordem psicológica você será assistida por meio de atendimento psicológico com as pesquisadoras e sem haver encargo financeiro para você, pelo período que for necessário para que haja evolução do quadro clínico. Você será submetida a uma entrevista online, por meio do aplicativo denominado ZOOM de acordo com melhor horário e de modo sigiloso, solicito que no momento da entrevista você esteja em local livre de barulho externo que prejudiquem a sua compreensão sobre as perguntas, que esteja sozinha e que faça uso de fone de ouvido, do mesmo modo a pesquisadora também irá seguir estes requisitos com o objetivo de assegurar tanto o sigilo como a confidencialidade, as perguntas básicas serão: Relate sua trajetória desde a obesidade até a decisão em realizar o procedimento da cirurgia bariátrica. Descreva do percurso após a realização do procedimento da cirurgia bariátrica até o momento atual. Caso seja necessário outras perguntas podem ser geradas. A sua participação nesta pesquisa não resultará em encargos financeiros e/ou prejuízo. Todas as informações que forem fornecidas durante a pesquisa serão de grande importância para fundamentar a dissertação do mestrado, estas informações serão guardadas por período equivalente a 05 (cinco) anos, após este será deletado inclusive da lixeira eletrônica e os dados físicos serão incinerados. Outras produções científicas oriundas deste estudo poderão vir a serem construídas, entretanto em hipótese alguma a identidade será revelada. Caso não deseje participar deste estudo você pode recusa-lo, sua participação é voluntária, você também poderá desistir de participar caso não mais se sinta à vontade, mesmo após o início da coleta de dados, não havendo nenhuma consequência punitiva para você, na situação de ocorrência de mobilização emocional a participante pode interromper a entrevista, podendo solicitar acompanhamento psicológico por parte das pesquisadoras, visto que são psicólogas. O motivo da execução desta pesquisa decorre da realização do Mestrado em Psicologia e Intervenções de Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sendo a mestranda Lorena Moura Santana, a pesquisadora principal a Prof.^a Dr.^a Suzane Bandeira de Magalhães. As pesquisadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contate Lorena Moura Santana de segunda a sexta-feira das 08:00 às 17:00hs, na Clínica Equilibri, localizada no Edif. Premier, Avenida Getúlio Vargas, Rua Nova York, nº 2525, bairro Santa Mônica, 4º andar, sala 403, cidade Feira de Santana, Bahia ou no telefone: (75) 9. 9217-4156, Prof.^a Dr.^a Suzane Bandeira de Magalhães no telefone (71) 9.9972-7046, (71) 33576857 ou no endereço Avenida Dom João VI, 275, bairro Brotas, Cidade Salvador, Bahia, na sala da coordenação de cursos da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública ou no Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-EBMSP, localizada Av. Dom João VI, nº 274, Brotas. Ao lado do Salvador Card., cidade de Salvador, Bahia ou no telefone (71) 2101-1921 ou e-mail: cep@bahiana.edu.br, caso você deseje realizar alguma denúncia ou esclarecer dúvida que as pesquisadoras não tenham sanado você pode recorrer ao CEP-

Bahiana, no endereço acima descrito. Você terá uma via deste termo para você. Os dados como: nome, endereço e telefone de contato será solicitado para que caso haja necessidade de contato.

Assinatura do participante: _____

Data: _____ Telefone de contato _____

E-mail: _____

Endereço _____

Telefone de contato _____

E-mail: _____

Assinatura (Pesquisador): _____

Nome: _____ Data: _____

Apêndice D- Currículo do pesquisador

Lorena Moura Santana

Disponível na plataforma lattes em:

https://www.cnpq.br/cvlattesweb/PKG_MENU.menu?f_cod=112FDD600F122E8A94F2DE4A1D4EFCEF

Apêndice E - Artigo submetido

Influência psicológica no reganho de peso tardio em mulheres pós-bariátrica na cidade de salvador

The Psychological influence in post-bariatric late weight regain in women in the city of salvador

Resumo

A realização da cirurgia bariátrica consiste na redução do peso corporal, porém é através desta que pode-se ofertar ao sujeito qualidade de vida, sendo importante compreendermos que esta é uma ferramenta terapêutica. **Justificativa:** O estudo julga importante compreender a dimensão psicológica que se faz presente na relação do sujeito com a comida e que oferta indícios para investigação acerca da ocorrência de quadros clínicos a exemplo dos transtornos de humor e alimentares. **Objetivo** descrever a influência dos fatores psicológicos no processo de instalação do reganho de peso tardio em mulheres pós bariátricas. **Método:** O estudo classificou-se como pesquisa qualitativa exploratória devido investigar as individualidades de um grupo, o instrumento utilizado foi entrevista semiestruturada e os resultados tratados pela técnica da análise de conteúdo. **Resultados:** O estudo foi composto por sete participantes, que se encontram entre as idades de 27 a 54 anos de idade, todas com tempo superior há cinco anos de realização de cirurgia bariátrica. **Considerações finais:** As pacientes relataram que realizam o comportamento de comer quando se encontram em uma situação que não sabe como lidar mesmo sem haver fome física ou seja comem por influência dos fatores psicológicos que denominaram de situação psicológica, ansiedade e pressão.

Palavras Chaves: Cirurgia bariátrica; reganho de peso; fatores psicológicos.

Abstract

The performance of bariatric surgery consists of reducing body weight, however it is through this that quality of life can be offered to the subject, and it is important to understand that it is a therapeutic tool. **Justification:** The study considers it important to understand the psychological dimension that is present in the subject's relationship with food and that offers evidence for investigation about the occurrence of clinical conditions such as mood and eating disorders. **Objective** to describe the influence of psychological factors in the process of late weight regain in post-bariatric women. **Method:** The study was classified as exploratory qualitative research because it investigated the individualities of a group, the instrument used was a semi-structured interview and the results were treated by the technique of content analysis. **Results:** The study consisted of 07 participants, who are between the ages of 27 to 54 years old, all with more than 05 years of bariatric surgery, they reported that they perform the eating behavior when they are in a situation that they do not know how to deal with even without physical hunger, that is, they eat under the influence of psychological factors that they called psychological situation, anxiety and pressure.

Keywords: Bariatric surgery; Weight regain; Psychological factors.

Introdução

O principal objetivo da realização da cirurgia bariátrica é a redução de peso que notoriamente acarreta em alterações na condição física do sujeito que adquire o corpo com dimensões reduzidas, promovendo a construção singular sobre a forma como o mesmo se percebe (Moro & Rocha, 2021). Porém vale salientar que a vivência anterior a realização da cirurgia bariátrica não é apagada, esta é comumente permeada por exacerbo de comida, sedentarismo e bebida, atrelado a inconstância emocional onde o sujeito oscila entre acessar a satisfação e colocar em risco sua saúde física.

Marchesini (2010) constatou em estudo realizado que 69,6% dos pacientes bariátricos informaram que antes de realizarem o procedimento cirúrgico estavam cientes que tinham diagnóstico emocional, entre eles foram citados: depressão e transtorno de ansiedade 21,7%, os transtornos alimentares ocuparam o quantitativo de 33,6%, desses 11% aproximadamente informaram que para não comer fazem ingestão de álcool, 6,5% comem e após ingerirem o alimento vomitam, ou seja desenvolveram bulimia, 50% aderem as orientações nutricionais e 61% afirmaram que não houve desenvolvimento de comportamento alimentar exótico e/ ou distúrbio alimentar após a realização do procedimentos cirúrgico.

Pisciolaro (2015) informa que um tipo de TA bastante presente junto aos quadros de obesidade é o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), em que a principal característica trata da ingestão de grande quantidade de comida durante um período específico de tempo, comumente associada a perda do controle sobre a ingestão do alimento, ocasionando sentimentos de vergonha, culpa e isolamento.

Esses dados indicam que o processo de adoecimento psicológico que antecede a realização da cirurgia perdura após a mesma e promove a constatação de que essas pessoas possuem uma relação disfuncional com a comida. Entendendo disfuncional como equivalente a promotora de ônus que trata do ganho excessivo de peso e redução da qualidade de vida.

O sujeito após a realização da cirurgia tende, de acordo com Moro e Rocha (2021), a apresentar redução dos pensamentos hedônicos, o que nos leva a fazer relação com a acentuação dos sintomas depressivos. Estes pensamentos que resultam ou desencadeiam prazer são reduzidos, uma vez que o sujeito vivência restrição da quantidade e opção alimentar, que é fonte primária de prazer, havendo o declínio significativo sobre a ocorrência do mesmo e logo evocando tristeza e sentimento de falta.

A literatura assegura que a cirurgia bariátrica apresenta resultados efetivos no controle e no combate a obesidade, entretanto por se tratar de um conjunto de intervenções que limita a capacidade do corpo tanto no concerne ao consumo como na absorção de alimentos e nutrientes a longo prazo o paciente bariátrico passa a vivenciar os efeitos colaterais da cirurgia, entre eles: déficit nutricional, anemia, distúrbios alimentares e de humor.

Essas alterações ainda segundo Moro e Rocha (2021), podem ser observadas em 30% a 50% dos sujeitos submetidos a cirurgia, sendo que após a realização do procedimento os sujeitos compreendem como sendo o mais delicado, em virtude da adaptação a nova condição, o aumento da expectativa e a ansiedade que se faz presente nesse “caminho”, podendo resultar na perda do controle alimentar, que é um “traço” para a inclinação a compulsão alimentar.

De acordo com Marchesini (2010) cerca de 67,3% das participantes da sua pesquisa estavam cientes que para a manutenção dos resultados adquiridos nos primeiros 12 meses precisariam realizar alterações no seu estilo de vida, ou seja, redução na porção alimentar, permanência de realização de atividade física com regularidade e troca de alimentos

saudáveis; entretanto os mesmos não o fizeram de modo que 19,5% reganharam peso primeiro e apenas posteriormente conseguiram estabilizar o IMC.

Uma das causas que explica esse padrão de comportamento é a percepção do procedimento cirúrgico como um evento existencial ou ritual de passagem que evoca em sujeitos com padrão ansioso, euforia e em sujeitos deprimidos acentuação do declínio do humor. Este segundo grupo de pessoas tende à alta probabilidade de interpretar a cirurgia como ausência de vontade de alcançar o “corpo magro” por conta própria, assumindo a condição de falta de competência diante da situação, vindo a realizar punições que resultam no insucesso do procedimento (Marchesini, 2010).

Diante de todo o exposto questiona-se ‘qual a influência dos fatores psicológicos no processo de reganho de peso tardio em mulheres pós-bariátrica?’ Para além da dimensão física é inegável a dimensão psicológica que se faz presente na relação do sujeito com a comida e que pode ofertar indícios para investigação acerca da ocorrência de quadros clínicos a exemplo dos transtornos de humor e/ou alimentares que se instalaram antes do procedimento cirúrgico e não foram assistidos ou que vieram a si desenvolver após a realização da cirurgia, e se configuram como risco para o insucesso da cirurgia desembocando no reganho de peso.

O estudo possui como objetivo geral descrever a influência dos fatores psicológicos no processo de instalação do reganho de peso tardio em mulheres pós-bariátrica e como objetivos específicos: Analisar o modo como ocorre a decisão em realizar a cirurgia bariátrica, identificar a relação de mulheres com o corpo após o procedimento da cirurgia bariátrica e analisar a presença de transtorno de humor e/ou alimentar no processo de reganho de peso.

Material e Método

O presente estudo classificou-se como pesquisa qualitativa de caráter exploratório, visto que se propõe as individualidades de um grupo, não prezando por análises puramente objetivas. As pesquisas do tipo qualitativa se dedicam a compreender aspectos da realidade tais como: significados, motivos, crenças, valores, entre outros (Minayo, 2010).

As técnicas utilizadas para coleta de dados foi o instrumento denominado entrevista semiestruturada composta por duas perguntas disparadoras e quando necessário outras perguntas pertinentes foram realizadas. Segundo Minayo (2010), a entrevista é como um procedimento que apresenta maior uso no trabalho de campo, o pesquisador que faz uso da mesma consegue ter acesso a informações que estão presente na fala dos atores sociais e que promovem coleta de fatos compartilhados pelo sujeito do estudo. Para além foi realizado aplicação de questionário sócio demográfico, as produções que compuseram o levantamento bibliográfico em livros, artigos científicos, periódicos e anais disponibilizados em bases de dados online, escritos tanto na língua materna como em inglês.

A população de referência deste estudo foram mulheres adultas com ganho de peso tardio pós-bariátrica sem acompanhamento psicológico, com tempo de realização da cirurgia superior à cinco anos, foram realizadas o total de sete entrevistas, identificadas a partir das preferências alimentares do cotidiano, todas assinaram o Termo de Concordância Livre e Esclarecido (TCLE), a entrevista ocorreu pela plataforma do ZOOM com data e hora agendados, com duração de 30 minutos a uma hora. A escolha dessa plataforma decorreu devido ao momento social pandêmico, a pesquisa seguiu as perspectivas éticas versadas pela resolução 466/12 e pela Resolução de nº 510 de 24 de maio de 2016, do Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), os dados apenas foram coletados após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública com número de CAEE: 39702620700005544.

Os dados coletados foram analisados por meio da técnica denominada de análise de conteúdo sendo criadas quatro categorias. Concordando com Minayo (2002) a análise do conteúdo se dedica a ofertar a interpretação sobre o que está nas chamadas entrelinhas, aquilo que não é dito claramente, mas que é revelado de modo mais sutil e que demanda um processo de debruçar-se sobre o que foi dito para que então seja percebido os dados sobre o contexto no qual o sujeito se encontra, a cultura que conhece e suas percepções sobre o conteúdo versado.

Resultados

Como resultado desta pesquisa obtivemos a análise de dados apresentada no corpo do presente estudo, o estudo foi composto por sete participantes, que se encontram entre as idades de 27 a 54 anos de idade, todas com tempo superior há cinco anos de realização de cirurgia bariátrica, sendo que destas, duas são divorciadas, três são casadas, três são solteiras, seis destas possuem filhos e apenas uma encontra-se atualmente desempregada.

Todas as participantes possuem ganho de peso para além do que é preconizado na literatura como esperado, as mesmas relataram que realizam o comportamento de comer quando se encontram em uma situação que não sabem como lidar, diante de eventos que propicie pressão a exemplo de discursões familiares e/ou questões com o cônjuge; também ficou evidenciado o processo de generalização, em que o comer se configura como resposta para situações de prazer e/ou aversivas.

DISCUSSÃO

Trajetória até a realização da cirurgia bariátrica

Esta categoria se propõe a investigar as contingências que se mantiveram na história de vida do sujeito e que foram, portanto, reforçadoras para que as mesmas realizassem o procedimento da cirurgia bariátrica.

“[...] Eu queria resolver meu problema, porque eu engordei 70 quilos em um ano, em 2000, problemas emocionais, meu marido tinha sofrido um acidente, casamento, uma loucura toda e eu engordei 70 quilos em um ano, só que eu tinha 19 anos, eu era muito jovem eu quis resolver, eu não pensei nas consequências e eu fiz a Scopinaro Duodenal Switch, que no Brasil é proibida” (Café, influenciadora digital, 43 anos)

É interessante ressaltar que em especial esta participante, realizou dois procedimentos diferentes, o primeiro foi feito por meio da técnica denominada de *Scopinaro*, a qual é proibida no Brasil, este procedimento cirúrgico se classifica como os procedimentos primários e mal-absortivos além de promover vários efeitos colaterais no sujeito, entre eles a queda da produção de *gherelina*; entretanto esta técnica foi substituída por técnicas mais modernas que produzem menores efeitos colaterais para os pacientes (Parejo, Pilla & Neto, 2006).

“[...] Eu sempre fui gordinha, sempre gostei de comer, eu sempre fui gordinha e depois da separação do meus pais eu engordei mais, mais do que eu tinha que engordar, aí quando eu fiz a cirurgia, eu fiz com 163 quilos. Fazia exercício, mas parava né, acho que hoje eu pratico mais do que antigamente. Ah! Eu não conseguia emagrecer da forma natural porque demora demais, e eu tava querendo algo mais imediatista” (Heineken, 41 anos, engenheira)

A fala dessa participante sobre a separação dos pais que “funcionou” como uma operação estabelecadora para o ápice do peso elevado. Nobre (2010) informa que o comportamento alimentar excessivo possui contingências que atuam de modo a aumentar a probabilidade da resposta futuramente e logo a investigação alimentar é fortalecida para além

do alimento em si, sendo este um reforçador primário e outros reforçadores condicionados e generalizados de magnitude superior estão presentes nessas relações que foram aprendidas ao longo da vida de cada sujeito.

“[...] Na verdade nem tem muita coisa, eu tinha 17 (dezesete) anos, tava com 130 (cento e trinta) quilos, e comendo muito, descontando na comida e, na fase de bem adolescente, que escondia a comida dentro do quarto para comer, iai minha mãe já tinha me levado para endocrinologista, eles já tinham me dado remédio para emagrecer, eu emagreci, mas engordei o dobro, iai minha mãe resolveu fazer a redução, eu passei por vários médicos e gostei da ideia.[...] (Sorvete, 27 anos, autônoma)

A fala de Sorvete (27 anos, autônoma) contribui na presente discussão no sentido da identificação de episódios de Transtorno de compulsão alimentar (TCA), que de acordo com Florido (2019) possui como principal característica a ingestão alimentar em demasia perdendo o controle sobre a quantidade ingerida, não havendo posteriormente comportamentos purgativos e/ou compensatórios.

Preparação para o procedimento cirúrgico

A segunda categoria se propõe a analisar todo o percurso até a realização da cirurgia, o modo como teve conhecimento da cirurgia, informações sobre a técnica, realização de exames, acompanhamento com a equipe multidisciplinar, acompanhamento este que é necessário antes e depois da cirurgia de modo constante e contínuo.

Segundo Carra e Cruz (2015) a escolha tradicional envolve a tríade dieta, atividade física e medicações, entretanto quando essa tríade não é o suficiente para sustentar o peso controlado e ocorre o aumento recorrente e significativo do peso, o tratamento cirúrgico é a melhor opção.

“[...] Na verdade, eu nunca fui gorda, mas quando eu completei a partir dos 40 anos, 43 anos eu comecei a engordar muito, muito, foi assim uma coisa, compulsiva, ansiedade e cheguei a 127 quilos, 121 minto, quando resolvi fazer a bariátrica eu estava com 121 quilos e minha estatura é 1.65 cm, aí quando eu cheguei e me vi com esse peso de 121 quilos, eu disse, não eu não posso e não tinha como eu fazer dieta, porque eu estava muito ansiosa bebia muito, comia muito, entendeu? Ociosa, não tinha vontade de ir para a academia, o peso não deixava era muito cansativo, aí eu resolvi fazer a bariátrica (Cerveja, 54 anos, empresária).

Essa participante deixa de modo notório os vilões que a literatura elenca como os centrais, são eles: a dieta hipercalórica associada a alta quantidade de bebida alcoólica e sedentarismo, para além relata a ocorrência intensa de oscilação de humor. A participante se apoia no seu estado emocional (ansiedade) para justificar os comportamentos.

Concordando com Skinner (2005) é sabido que tanto o que ocorre dentro da pele como fora da pele é denominado de comportamento, sendo este o resultado da interação do organismo com o meio, analisando a fala da participante *“[...] não ter vontade de ir para a academia”*, primeiro precisamos definir tecnicamente o que é denominado pela participante de “vontade”, vontade é um comportamento não sendo uma condição intrínseca e sim origina-se da relação entre organismo (Cerveja) como o meio (academia, excesso de peso, roupas que marcam o corpo, entre outros) pensando no meio que é a academia, espelhos por todos os lados, pessoas com corpos definidos e em contraponto a sua condição física de obesa, o ambiente é totalmente aversivo para a participante.

“[...] Fui para um médico e o médico me dizendo não você tem que emagrecer pela sua força de vontade, você é nova aí fui para outro, aí dizia que não me operava, até então como minha mãe é dona de escola, apareceu uma mãe de um aluno que tinha feito com o Drº, aí eu fui até lá no hospital, até hoje ele é meu médico, parei de ir para o psicólogo,

parei logo quando eu fiz a cirurgia, parei de ir para o nutricionista, eu fui só no meu período mesmo que me questionaram, mas Drº, ele ficou comigo até a data de hoje e se eu preciso fazer uma cirurgia primeiro mostro meus exames a ele” (Acarajé, 34 anos, baiana de acarajé)

O processo do acompanhamento pela equipe multidisciplinar é iniciado ainda no pré-operatório e por isso se discute a ideia de um acompanhamento e não apenas uma consulta isolada, para que o sujeito eleito ao procedimento cirúrgico realize a adesão de todas as diretrizes para que o sucesso do procedimento seja alcançado e mantido (ANS, 2017).

Relação com o corpo

Esta categoria se propõe a analisar como as participantes passaram a perceber o corpo e a se relacionar com o mesmo após a cirurgia bariátrica, neste sentido Munhon e Migott (2017) informam que os sujeitos submetidos a cirurgia bariátrica apresentam melhora na sua autoestima e autoimagem, uma vez que enquanto obesos mórbidos atividades simples e cotidianas são limitadas.

“[...] Ah! Eu mudei de vida né? Troquei de guarda-roupa, e... me senti outra pessoa né, virei outra pessoa, acho que em 2000 e... depois de dois anos de cirurgia eu fiz abdominoplastia para retirar o excesso de pele porque perdi mais de 55 quilos e... deixa eu ver, nesse meio tempo engordei ainda, mas nada comparado aos 55 quilos que eu perdi, acho que engordei 20 quilos e desde então vivo na luta” (Sorvete, 27 anos, autônoma).

Nispóli e Novaes (2015) discutem justamente sobre a relevância que a sociedade possui acerca desta relação do sujeito com o seu próprio corpo e nas entrelinhas nos faz pensar sobre a relação entre os sujeitos. A figura do obeso no bojo da sociedade é análoga a beleza e a felicidade, sendo este totalmente responsabilizado pela sua condição clínica, assim

este sujeito é convocado a “fazer” algo por si para que possa uma vez magro ser feliz, aceito e então seja habilitado a conviver socialmente.

“[...] Porque pros relacionamentos eu vejo que é um sofrimento muito grande para quem tá acima do peso, a gente vive hoje em uma sociedade que é geração saúde é “corpinho bombado” da academia, “corpinho musculoso”, seja homem ou mulher e quem tá acima do peso sofre um “bocadinho” com isso, é muita crítica, é muita coisa...né do tipo, e pra relacionamentos é bem complicado né, a gente é a primeira coisa que nota, acaba que pra quem faz a cirurgia estando solteira é isso, é a primeira coisa que a gente nota, é a quantidade de gente que se aproxima que antes talvez passava do lado e nem te percebia... (Chocolate, 38 anos, maquiadora)

De acordo com Munhon e Migott (2017) é significativa a mudança do sujeito em seus relacionamentos íntimos, estando este mais ativo por se perceber como dentro do padrão e também por ser melhor aceito, os hábitos também são alterados, após a cirurgia o sujeito interage mais socialmente, o que oportuniza contato com outras pessoas e conseqüentemente contribui para que ocorra o relacionamento íntimo.

“[...] tudo melhorou, a bariátrica fez assim uma reviravolta na minha vida, onde minhas ansiedades, as emoções a compulsão, tudo melhorou” (Cerveja, 54 anos, empresária).

De modo geral as participantes relataram ganhos com a realização da cirurgia bariátrica: aumento da autoestima, melhora nos relacionamentos tanto consigo mesma que seria o auto relacionamento como nos relacionamentos interpessoais, maior cuidado para com o corpo, extinção de patologias diagnosticadas ainda enquanto obesos, inserção de atividade física na rotina, realização de acompanhamento médico com regularidade nos anos iniciais, o que possibilita perceber o quanto a realização da cirurgia contribuiu para que as mesmas

melhorassem seu relacionamento com o corpo, consigo mesmas e com o contexto o qual estavam inseridas.

Ainda que seja bastante afável essa mudança na imagem corporal, alguns sujeitos podem vivenciar uma espécie de “estranhamento” do seu corpo, que antes era gordo e após o procedimento cirúrgico tornou-se magro, em um curto intervalo de tempo comparado ao período de vivência do corpo corpulento.

“[...] depois que eu consegui alcançar o meu objetivo que era o que eu queria muito, cheguei à 64 quilos, que fiquei cinco há seis anos bem, só que minha amiga, eu fiquei seca demais, estranha demais, mas não me abalou não, se você me perguntar mexeu com o seu psicológico? Não mexeu, as pessoas diziam “Ah! Você envelheceu muito, você tá muito magra”. Eu disse não eu tô, tô como eu queria e acabou, de novo eu vou repetir para você, eu trabalhei o meu psicológico para isso” (Churrasco, 50 anos, professora).

Duas questões são bem reflexivas no discurso desta participante, a primeira questão atravessa o estranhamento desse corpo que antes era gordo e que em um espaço curto de intervalo de tempo assume forma totalmente distinta; o segundo ponto é a questão do contexto social, ao mesmo tempo que reforça o corpo magro, pode não aprovar este corpo por não reconhecer o sujeito como um ex-obeso.

Comer emocional e a relação com o reganho de peso

Nesta sessão o objetivo central é analisar o chamado comer emocional, este ocorre quando mesmo na ausência da fome física o sujeito realiza a ingestão exacerbada de alimentos devido ao estado emocional e/ou por presença de quadro clínico de ordem psicológica a exemplo dos TAs, como uma compulsão alimentar (Marchesini, 2010).

“[...] a ansiedade, um nervoso, o estresse do dia-a-dia, a preocupação então quem já é gordo ele só pensa em que? Em comer, as vezes até quem não é, as vezes transfere a sua

parte da ansiedade, tem pessoas que come, tem pessoas que não come e quem já foi gordo e que sempre gostou de comer, vai passar o dia todo comendo, comendo, comendo, comendo, que nem sexta-feira, foi sexta ou foi quinta? Foi quinta, eu tava pra receber um negócio, eu tava com tanta ansiedade, tanta ansiedade, que eu já não consegui dormir e quando eu vi que esse negócio não ia acontecer até a hora que eu esperava eu disse a meu marido na rua fia, com fome é que eu não vou ficar, vamos primeiro procurar algum lugar pra comer, pra eu me acalmar” (Acarajé, 34 anos, baiana de acarajé).

Segundo Marchesini (2010), há uma prevalência significativa entre os pacientes que realizam a cirurgia bariátrica vivenciarem quadros de transtorno de humor, depressão e ansiedade combinados à quadros de transtornos alimentares que antecedem o procedimento cirúrgico, inclusive uma vez o sujeito não tratando desde o período pré-cirúrgico tende a se acentuar a posteriori.

“[...] na terça-feira tive no advogado, o advogado falou uma coisa que eu não queira escutar, eu parei, sair do advogado as oito horas da noite, parei em uma pizzaria e eu moro sozinha hoje, o que eu fui fazer? Parei em uma pizzaria, comprei uma pizza inteira, eu conseguir comer menos de meio pedaço de pizza, mas se deixasse, se eu conseguisse, eu teria comido a pizza toda porque minha emoção pediu aquela pizza toda” (Café, influenciadora digital, 43 anos).

O estudo realizado por Siqueira e Zanotti (2017) indica como variáveis elencadas no ganho de peso: a ansiedade, fome noturna, compulsão alimentar e a própria insatisfação com o peso adquirido, as demandas de conflitos pessoais e que envolvem a família, também são citadas, o sentimento de contínua angústia e declínio de humor, em alguns casos até depressão compõe o cenário de contribuições para a consolidação do ganho de peso significativo.

“[...] eu tinha conseguido equilibrar com mais ou menos 4 a 5 quilos a mais, daí depois 6 quilos a mais, agora eu já tô com 8 a mais, mas é como eu falei, eu tento equilibrar eu sempre falo quando eu converso com qualquer pessoa sobre essa questão de peso de dieta de tudo, meu grande problema é chocolate, eu digo Ôh! Meu Deus, que bom para quem faz dumping com chocolate, porque eu não tenho, eu deveria ter porque ai eu não engordava, porque ai eu já tinha problema no estomago antes e acho que devido a bariátrica ou o stress mesmo, hoje eu tenho mais problema no estomago, então hoje eu não sou de comer muito nas refeições em si, mas qualquer situação psicológica eu exagero no chocolate” (Chocolate, 38 anos, maquiadora).

A fala da participante é relevante no sentido de podermos evidenciar o que Florido (2019) defende dentre os sujeitos que possuem quadros de Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), este a médio e longo prazo apresentam declínio do sucesso no que tange a manutenção do peso de modo que o sujeito apresenta reganho de peso progressivo, assim conforme relatado pela participante. Outro ponto na fala da mesma trata do que Pisciolaro (2015) informa que dentre as várias características dos sujeitos que possuem o TCAP a ingestão sem controle do alimento por um período de tempo é característica central e no caso de Chocolate ela descreve esse fato, diante da “situação psicológica” ela lança mão da ingestão de chocolate.

A fala de Chocolate deixa elucidado acerca da influência dos estados emocionais que foi denominado de “situação psicológica”, onde esta exerce força sobre a escolha e quantidade do que a mesma irá ingerir, o que corrobora com toda a discussão sustentada no presente estudo no sentido da ressalva do acompanhamento psicológico somado ao acompanhamento nutricional e com o cirurgião, pois o fato de operar o estômago não resolve as relações anteriores com o comer e com a comida; devido a esta relação disfuncional é

importante o acompanhamento desde o momento pré-cirúrgico de modo ininterrupto (ANS, 2017).

Considerações finais

Diante de todo o processo construído até o presente momento, o estudo se encerra após contemplar o objetivo anteriormente definido. A obesidade se configura como uma questão de preocupação mundial, visto que os índices são crescentes e não apresentam público específico, sendo as mulheres adultas o público com maior prevalência, nesse sentido está se configura como uma doença de ordem multifatorial, o que dificulta o tratamento e o acompanhamento do sujeito, que muitas vezes por uma questão de construção social percebe a sua condição física como uma escolha, o que não condiz com a natureza do quadro clínico.

A cirurgia bariátrica não é a resolução para a obesidade e sim uma ferramenta que tem apresentado resultados efetivos no controle a esta patologia. Entretanto a literatura apresenta um reganho de peso denominado de ponderal, como um reganho aceitável após o procedimento. Normalmente esse reganho ocorre após os 24 meses de realização do procedimento cirúrgico, em que ocorre a redução da perda de peso, pois o corpo se adapta a nova condição metabólica.

Foi investigado durante a realização do estudo como ocorre a ingestão de alimentos que não decorre da necessidade física do sujeito, estando relacionado a seu atual estado emocional. Por meio dessa investigação foi possível compreender, a partir da abordagem teórica adotada para análise dos dados, que o comer se trata de um comportamento que é resultado da interação entre organismo e meio, entendendo o meio como equivalente a situação, contexto.

Com a finalização deste estudo percebeu-se a necessidade diante da vastidão da temática, que haja a realização de mais estudos com o objetivo de analisar as especificidades

do processo de reganho de peso, e assim somar no cenário acadêmico devolvendo para a população maior possibilidade de intervenção e cuidado com a saúde. Inclusive como este estudo foi realizado com participantes que possuíam plano de saúde, portanto um estudo construído dentro dos parâmetros da rede pública de assistência à saúde possivelmente possibilitará novos dados e então estes podem ser confrontados, gerando novas intervenções no cenário científico, dando voz a mulheres em situação de maior vulnerabilidade social.

Referências

- ABESO- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. (2016) *Reganho de peso após cirurgia bariátrica. O que fazer?* (4 edº). São Paulo, SP. <https://abeso.org.br/reganho-de-peso-apos-cirurgia-bariatrica-o-que-fazer/>
- Agencia Nacional de Saúde Suplementar - ANS (2017). Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira, Rio de Janeiro. [https://miolo_obesidade.indd\(ans.gov.br\)](https://miolo_obesidade.indd(ans.gov.br))
- Carra, M, K, & Cruz P. (2015). *Tratado de Obesidade: Cuidados Nutricionais Pré e Pós-cirurgia*. (2ª ed). São Paulo, SP: Guanabara Koogan LTDA
- Flrido, L. M., Mulaski, L. F., Hespanhol, M. B., Mendonça, R., Santos, T. C., Silva, W. & Nunes, C. P. (2019). Combate à Obesidade: Estratégias Comportamentais e Alimentares. *Cadernos da Medicina-UNIFESO*, 2(2). <https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1367>
- Nispóli, N., Novaes, J. de V. & Rosa, C. M. (2015). O corpo na cultura: obesidade como doença, biopolítica e normalização. *Desafios: Revista Interdisciplinar da*

- Universidade Federal do Tocantins*, 1(02), 149-168, jan/jun. doi:
<http://dx.doi.org/10.20873/uft.2359-3652.2015v1n2p149>
- Nobre, S. M. (2010). *Efeitos do Treino de Automonitoração e do Treino de Relato Verbal no Estabelecimento e na Manutenção de Comportamentos de Seguir Regras Nutricionais em Adultos com Obesidade*. (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal Pará, Belém, Pará, Brasil. [http:// https://docero.com.br/doc/sv50v1s](http://https://docero.com.br/doc/sv50v1s)
- Marchesini, S. D. (2010). Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 23, 108-113
- Minayo, M. C. de S. (2010) *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. (12ª edição). São Paulo: Hucitec- Abrasco
- Minayo, M. C. (2002). Pesquisa social: teoria e método. *Ciência, Técnica*.
- Moro, A. C. L. & Rocha, R. E. R. (2021). Alterações comportamentais após cirurgia bariátrica: Uma revisão sistemática de literatura. *Research, Society and Development*, 10(6). <https://docplayer.com.br/223639884-Alteracoes-comportamentais-apos-cirurgia-bariatrica-uma-revisao-sistemica-de-literatura.html>
- Munhon, M., de L, & Migott, A, M. B. (2017). Alterações psicológicas em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. *RBONE-Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento*, 11(66), 403-411
<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/556>.
- Parejo, J. C., Pilla, V. F. & Neto, B. G. (2006). Mecanismos de funcionamento das cirurgias anti-obesidade. *Einstein*, 3(4), 120-

124.https://www.researchgate.net/profile/BrunoGeloneze/publication/26540324_Operational_mechanisms_of_anti-obesity_surgeries/links/587271fe08ae6eb871c519e3/Operational-mechanisms-of-anti-obesity-surgeries.pdf

Pisciolaro, F. (2015). *Tratado de Obesidade: Orientação Nutricional no Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica*. (2ª ed). São Paulo, SP: Guanabara Koogan LTDA

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. <http://bit.ly/1mTMIS3>

Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. <http://bit.ly/2fmnKeD>

Siqueira, A. C., & Zanotti, S. V. (2017). Programa de cirurgia bariátrica e ganho de peso. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(1), 157-169.

Skinner, B. F. (2005). *Sobre o behaviorismo*. São Paulo: CULTRIX;2005

Artigo submetido na revista: Análise Psicológica conforme e-mail de comprovação

[AP] Agradecimento pela submissão



Manuela Veríssimo (Diretora)

psilorena_santana@hotmail.com

Ontem



lore lorena moura lory,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Influência psicológica no reganho de peso tardio em mulheres pós-bariátrica na cidade de Salvador" para a revista Análise Psicológica. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando ligar-se ao sistema disponível em:

URL do Manuscrito:

<http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/author/submission/2015>

Nome de utilizador: lorena_santana1

Em caso de dúvidas, entre em contacto através deste email.

reganho de peso tardio em mulheres pos-bariátrica na cidade de Salvador" para a revista Análise Psicológica. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando ligar-se ao sistema disponível em:

URL do Manuscrito:

<http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/author/submission/2015>

Nome de utilizador: lorena_santana1

Em caso de dúvidas, entre em contacto através deste email.

Agradecemos mais uma vez considerar a nossa revista como meio de transmitir ao público o seu trabalho científico.

Manuela Veríssimo (Diretora)
Análise Psicológica

Análise Psicológica

<http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap>

Apêndice F: Produto do Mestrado

LORENA MOURA SANTANA

**RODA DE CONVERSA: PERDI, ENCONTREI. E AGORA
ONDE FOI QUE ERREI?**

Salvador

2022

LORENA MOURA SANTANA

**RODA DE CONVERSA: PERDI, ENCONTREI E AGORA ONDE FOI
QUE ERREI?**

Projeto do produto apresentado ao Programa do Mestrado Profissional em Psicologia e Intervenções de Saúde, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Psic. ProfªDrª Suzane Bandeira Magalhães

Linha de pesquisa: Clínica Ampliada

Salvador

2022

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	04
2. INFLUÊNCIAS PSICOLÓGICAS NO PROCESSO DE REGANHO DE PESO TARDIO APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA.....	06
3. MÉTODO.....	08
4. CRONOGRAMA.....	09
5. POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA	09
6. ESTRATÉGIAS PARA CONVITE DO PÚBLICO E DIVULGAÇÃO DO EVENTO.....	10
7. INSTRUMENTOS E MATERIAIS UTILIZADOS.....	10
8. RESULTADOS ESPERADOS.....	10
REFERÊNCIAS.....	11

1. INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade a obesidade está entre o ranque das síndromes que apresentam maior índice dentro da população mundial, não tendo público único ou faixa etária exclusiva, envolve componentes genéticos, comportamentais, endócrinos, sociais, psicológicos e metabólicos que somados propiciam uma gama significativa de complicações à qualidade de vida dos sujeitos adoecidos (ABESO, 2016).

Deleitando-se sobre a etimologia da palavra é possível perceber o centro da patologia que trata tanto da condição física como da condição psicológica sendo estas indissociáveis, visto que o universo mental e o material compõem o humano e apresentam influência mútua. Pensando na condição do sujeito obeso que convive com limitações físicas a exemplo da dificuldade em calçar um sapato, encontrar roupas, fazer uso do transporte público, entre outras situações, nesse sentido o sujeito se percebe diferente das outras pessoas que compartilham o meio social apresentando uma visão distorcida sobre si.

O sujeito é considerado obeso a partir do cálculo do Índice de massa corpórea (IMC), normalmente é o profissional de medicina ou o nutricionista que realiza esse cálculo, informando ao sujeito em qual grau de obesidade o mesmo se encontra e quais as possíveis intercorrências oriundas do quadro clínico. O IMC não é a única medida utilizada para composição do prognóstico clínico (Nascimento, Bezerra & Angelim, 2013), entretanto convencionou-se fazer uso do mesmo de modo inicial para direcionar as primeiras condutas clínicas.

Com a finalidade de obtenção de um parâmetro de medida há uma tabela de classificação da obesidade que é utilizada em todo território nacional e orientada pelos padrões europeus de pessoas adultas, esta também é adotada pela OMS, e possui como objetivo delimitar o que cada faixa de peso indica de risco para o sujeito tendo o chamado ponto de corte que trata do “intervalo de peso” indicando os estágios graves, moderado e leve de peso.

A partir dessa classificação convencionou-se a chamar de sobrepeso aqueles sujeitos com o IMC de 25 a 29,9Kg/m² e obesidade o IMC maior ou igual a 30Kg/m², excesso de peso IMC maior ou igual a 30Kg/m² (incluindo a obesidade) sendo os denominados pontos de corte de < 16 kg/m² (baixo peso grave), 16,0 a 16,9 (baixo peso moderado), 17, 0 – 18,4 (baixo peso leve), todos esses fazem parte da classificação internacional (ABESO, 2016).

Entre as possibilidades de tratamento para obesidade a primeira conduta clínica gira em torno da modificação dos hábitos de vida do sujeito, a inserção de atividade física com

regularidade, melhora da qualidade dos alimentos em detrimento da ingestão de alimentos hipercalóricos. Essas condutas não sendo suficiente para a aquisição do resultado almejado o profissional de medicina pode apoiar-se na farmacologia como uma ferramenta ajudadora, porém não está sendo a única medida adotada e sim somada a primeira, mesmo após essa conduta o sujeito não conseguindo os índices e/ou não os mantendo e tendo perfil é indicado a realização do procedimento cirúrgico como ferramenta terapêutica no combate a obesidade (ABESO, 2016).

Porém como dito anteriormente a cirurgia não é uma possibilidade de cura, caso o sujeito não tenha adquirido um novo repertório comportamental este tenderá a reganhar o peso que anteriormente foi perdido, podendo retornar ao quadro de obesidade acarretando em comorbidades associadas.

Todo peso adquirido após a realização da cirurgia bariátrica é denominado de reganho de peso, de acordo com Souza, Gomes e Carvalho (2018) o retorno ao aumento de peso decorre de fatores diversos, assim como são estes que sustentam a composição da patologia em questão, desembocando na necessidade real e concreta da relevância do acompanhamento multiprofissional e continuo sendo que essa possibilidade se configura em uma preocupação central por parte dos sujeitos submetidos ao procedimento.

Estando ciente que a obesidade é uma síndrome multifatorial que envolve tanto a esfera física e a esfera psicológica questiona-se quais as contribuições da psicoeducação por meio da roda de conversa com sujeitos que foram submetidos a cirurgia bariátrica, de qual forma pode contribuir para a redução do risco sobre a reincidência de peso desses sujeitos? A aquisição do conhecimento por meio da linguagem objetiva e acessível aos sujeitos pode facilitar a comunicação contribuindo para que estes compreendam claramente quais são os fatores que estão influenciando o seu comportamento e que resultam no reganho de peso.

Principalmente quando se discute os fatores psicológicos que devido a construção social são remanejados para “segundo plano” como se estes fossem de menor importância e influência na vida dos sujeitos e por essa conduta e desconhecimento técnico as pessoas constroem quadros clínicos evoluindo para patologias instaladas sem estarem cientes do movimento praticado.

O presente trabalho denominado ‘Ciclo de conversas: Perdi mas encontrei, e agora onde errei?’ Possui como objetivo geral promover acesso a informação por meio do ciclo de roda de conversas, que se configura como uma ferramenta educativa sobre as influências dos fatores psicológicos no processo de reganho de peso tardio à mulheres pós-bariátrica, e tendo como objetivos específicos: Explicar do que se trata a obesidade quais e como são mantidos

os seus múltiplos influenciadores; Construir de modo conjunto com as participantes estratégias para o enfrentamento das influências psicológicas no reganho de peso; Dialogar sobre a relevância do acompanhamento psicológico no processo de manutenção do peso perdido e na administração de vivências aversivas cotidianas.

2. INFLUENCIAS PSICOLÓGICAS NO PROCESSO DE REGANHO DE PESO TARDIO APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA

Diante de tantas incertezas e restrições sociais que contribuíram tanto para o ócio como para o sedentarismo dos sujeitos que realizaram o procedimento de cirurgia bariátrica, estes vem vivenciando desafios que vão para além do planejado devido à realização do procedimento, mas que contribuem para o aumento do risco de reganho de peso significativamente e, portanto, demanda cuidado e atenção especial por parte da ciência para que possa ser analisado possibilidades de intervenção. Segundo a ABESO (2016) 50% dos pacientes que realizam a cirurgia bariátrica acabam por reganhar o chamado peso ponderal, este trata de até 10% do peso perdido no período de 24 meses após a realização do procedimento cirúrgico.

Fora deste contexto o reganho de peso é preocupante pois é indicativo de insucesso da realização do procedimento, requerendo investigação e intervenção da equipe para identificar qual ou quais os sabotadores que contribuíram para esse retrocesso.

Essa reincidência do peso não ocorre por um motivo isolado e sim por uma combinação de fatores, de acordo com Grageiro (2020) entre os fatores influenciadores há os hormonais, entre eles há liberação de grelina que é o “hormônio da fome”, esse peptídeo é essencial na regulação do balanço energético de longo prazo e logo no controle do peso; as alterações de leptina e grelina implicam tanto no combate como no tratamento da obesidade.

No que concerne aos fatores psicológicos e estes possuem influência central no processo de reganho, Marchesini (2010) informa que as relações primárias que foram enraizadas durante a sua condição de obeso é a chave para compreender as relações futuras sobre a função do comer e o “lugar” que a comida ocupa na vida do sujeito, também é relevante a investigação sobre a existência anterior e/ou posterior a ocorrência de quadros psicológicos e/ou psiquiátricos.

Segundo estudo realizado por Marchesini (2010) entre os pacientes que realizaram cirurgia bariátrica 69,6% sabiam antes de realizarem o procedimento que vivenciavam

quadros condizentes a diagnóstico emocional, sendo 21,7% quadros depressivos e de transtorno de ansiedade, 33,6% a transtornos alimentares, essa porcentagem ainda é subdivida entre 11% que fazem uso do álcool como fuga para não ingerirem comida, 6,5% inclinam-se para bulimia e 50% seguem as orientações nutricionais.

Esses dados são relevantes dentro da discussão pretendida pois indicam para além da influência psicológica, mas também um processo em que os sujeitos adoeceram antes do processo cirúrgico e que convivem com esse adoecimento como se este fosse normal e/ou aceitável, quando na verdade falta informação sobre a identificação e tratamentos dos mesmos.

Moro e Rocha (2021) informam que devido as restrições oriundas da cirurgia bariátrica há uma tendência que os sujeitos reduzam os pensamentos prazerosos, o que contribui para o declínio de humor e podendo evoluir para quadros depressivos.

Como umas das fontes de prazer é a comida e o acesso a esta apenas pode ocorrer em pequenas porções para que assim haja a manutenção do peso, o pensar sobre a comida pode ser compreendido como proibido ou como falta de prazer visto que o sujeito não poderá realizar em demasia como anteriormente.

A partir do perfil comportamental que o sujeito com obesidade possui e as limitações drágeas que são impostas pela realização da cirurgia bariátrica o campo mais propício para que haja o adoecimento psicológico nesses sujeitos são os distúrbios alimentares e de humor.

Mesmo sendo visível o acréscimo de qualidade de vida oriunda do procedimento cirúrgico há uma relação que é anterior a essa vivência e que apresenta influência central na forma como o sujeito se percebe e na manutenção dessas novas relações, devido à ausência de variabilidade comportamental esses sujeitos vivenciam o risco que sobrepõe o reganho de peso e que envolve a instalação de comorbidades associadas.

3. MÉTODO

A ação se propôs a ofertar através do ciclo composto por quatro encontros no formato de rodas de conversa que ocorreram no modo virtual através da plataforma Zoom. Visando a socialização da informação por meio da psicoeducação a mulheres que realizaram a cirurgia bariátrica sem acompanhamento psicológico e com reganho de peso tardio.

Essas mulheres são residentes da cidade de Salvador-Bahia, cada encontro teve duração entre 30 minutos a 1 hora, é importante salientar que cada encontro se dedicou a contemplar um objetivo do projeto em questão, os temas abordados foram os seguintes:

Encontro 01: O conceito sobre a obesidade, influencias dos múltiplos fatores como mantedores da patologia, encontro 02: Tipos de tratamento, importância do acompanhamento com a equipe multiprofissional, escolha do tratamento, encontro 03: Cirurgia bariátrica como possibilidade de conduta terapêutica e suas implicações na mudança de hábitos de vida, encontro 04: Vida pós-bariátrica e a influência de fatores psicológicos no processo de reganho de peso.

Nesses encontros a proposta foi apresentar de modo técnico, porém com linguagem acessível todo o conteúdo acima descrito e ao mesmo passo que as participantes contribuíram por meio do compartilhar das suas vivências e aplicando a teoria à prática, aprendendo a partir desses encontros a conviver com a obesidade visto que a mesma é crônica e não possui cura, mas sim controle.

4. CRONOGRAMA

Encontro	Assunto
01	O conceito sobre a obesidade, influências dos múltiplos fatores como mantedores da patologia
02	Tipos de tratamento, importância do acompanhamento com a equipe multiprofissional, escolha do tratamento
03	Cirurgia bariátrica como possibilidade de conduta terapêutica e suas implicações na mudança de hábitos de vida
04	Vida pós-bariátrica e a influência de fatores psicológicos no processo de reganho de peso

5. POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA

A população de referência desta roda de conversa foram mulheres adultas que realizaram cirurgia bariátrica com reganho de peso tardio e sem acompanhamento psicológico, residentes da cidade de Salvador, Bahia

6. ESTRATÉGIAS PARA CONVITE DO PÚBLICO E DIVULGAÇÃO DO EVENTO

Toda a divulgação ocorreu de modo virtual, para tanto foi criado um perfil na rede social do Instagram, o motivo da escolha deste aplicativo decorre da popularidade e objetivo pertinente a sua natureza, nesse sentido ocorreu a busca por influenciadoras digitais residentes da cidade de Salvador com a finalidade destas por meio da sua visibilidade pudessem divulgar o evento em seus perfis, médicos e demais profissionais atuantes na capital baiana que trabalhem com o público de obesidade e bariátricos foram informados do evento e solicitado que os mesmos compartilhassem a ocorrência do evento.

O post da divulgação conteve as informações como: e-mail para inscrição, datas previstas para ocorrência do evento e endereço da página do Instagram para serem retiradas maiores dúvidas que possam surgir.

7. INSTRUMENTOS E MATERIAIS UTILIZADOS

Para a execução desta ação proposta foram necessário os seguintes instrumentos e materiais:

- ✓ Um aparelho de notebook
- ✓ Elaboração e criação da página do evento no Instagram
- ✓ Um computador com acesso a rede de internet
- ✓ Plataforma Zoom para realização dos encontros online.

8. RESULTADOS

Diante da proposta elencada neste projeto de intervenção houve um movimento preventivo da população participante, no sentido da promoção do autocuidado, atenção para com o peso e logo redução da obesidade e conseqüentemente redução das comorbidades associadas, o que proporcionou alívio dos setores de saúde como USF e hospitais, visto que estas pessoas estão cientes dos danos causados à saúde e possui acesso a informação para que possam se precaver.

REFERÊNCIAS

- ABESO -Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (2016). *Reganho de peso após cirurgia bariátrica. O que fazer?* (4 ed^a) São Paulo, SP. <https://abeso.org.br/reganho-de-peso-apos-cirurgia-bariatrica-o-que-fazer/>
- Grangeiro, E. D. (2020). Influência da frequência das refeições do plano alimentar hipocalórico na perda de peso corporal, glicemia, lipemia, grelina plasmática e gasto energético de mulheres com obesidade. <http://www.ppgn.ufrj.br/wp-content/uploads/2020/07/%C3%89rika-Duarte-Grangeiro-disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Nascimento, C. A. D., Bezerra, S. M. M. da S. & Angelim, E. M. S. (2013). Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 193-201. <https://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/v18n2a04.pdf>
- Marchesini, S. D. (2010). Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva* (São Paulo), 23, 108-113. <https://www.scielo.br/j/abcd/a/wQnqWYjQmwQkmR7SpQ9xPvm/abstract/?lang=pt>. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202010000200010>
- Moro, A. C. L. & Rocha, R. E. R. (2021). Alterações comportamentais após cirurgia bariátrica: Uma revisão sistemática de literatura. *Research, Society and Development*, 10(6). <https://docplayer.com.br/223639884-Alteracoes-comportamentais-apos-cirurgia-bariatrica-uma-revisao-sistematica-de-literatura.html>
- Souza, A. C. S, Gomes, D. L., Sá, N. N. B. & Carvalho, K, M B. (2018). Presença de comorbidades, uso de medicamentos e suplementos nutricionais por mulheres com reganho de peso após 24 meses de bypass gástrico. *RBONE - Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 12(74), 738-744. <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/785>

Anexo A- parecer consubstanciado do CEP



ESCOLA BAHIANA DE
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA -
FBDC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE SOBRE O REGANHO DE PESO TARDIO EM MULHERES ADULTAS APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA.

Pesquisador: SUZANE BANDEIRA DE MAGALHAES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39702620.7.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.570.987

Apresentação do Projeto:

A obesidade é uma doença multifatorial, sendo na atualidade considerada um problema de saúde pública crescente mundialmente, tendo público variado, dentre as possibilidades de tratamento encontra-se a cirurgia bariátrica.

A reincidência em mulheres adultas com ganho de peso tardio após a realização do procedimento de cirurgia bariátrica decorre do que é denominado por Jesus (2017) como "alimentação emocional", ou seja, estas mulheres ainda que tenham a situação física resolvida por meio da cirurgia correm alto risco de ganho de peso, pois mesmo que a obesidade seja aparente devido o peso excessivo não apenas envolve a esfera física, mas também a esfera emocional, por esta última não ser resolvida com a ocorrência do procedimento cirúrgico, as mesmas recorrem a alimentação excessiva para sanarem questões da esfera emocional.

Hipótese: Nesse sentido uma vez que estas mulheres aprendam novos repertórios

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

Telefone: (71)2101-1921

Município: SALVADOR

CEP: 40.285-001

E-mail: cep@bahiana.edu.br



ESCOLA BAHIANA DE
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA -
FBDC



Numeração do Parecer: 4.570.987

comportamentais, estas

são apenas o necessário para se manterem nutridas conseguindo manter o peso adequado.

Compreender as contingências que reforçam o “comer emocional” em mulheres adultas com ganho de peso tardio pós- bariátrica, sem acompanhamento psicológico.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender as contingências que reforçam o “comer emocional” em mulheres adultas com ganho de peso tardio pós- bariátrica, sem acompanhamento psicológico.

Objetivos Secundários:

Descrever o perfil comportamental de mulheres pós –bariátrica com ganho de peso tardio;

Investigar por meio da literatura científica, acerca dos determinantes que mantêm o comportamento

de ganho de peso inadequado em sujeitos pós-bariátrica com ganho de peso;

Identificar as contingências que controlam o comportamento de “comer emocional”;

Elaborar cartilha informativa sobre as contingências comportamentais que contribuem para a ocorrência do ganho de peso tardio em mulheres pós-bariátrica.

Justificação dos Riscos e Benefícios:

Entendo a pesquisadora:

que os:

Compreendendo a quantidade de pessoas que realizam o procedimento da cirurgia bariátrica e que apresentam ganho de peso tardio na contemporaneidade considera-se que esta pesquisa apresenta risco mínimo, entendo que o conteúdo mobilizador refere-se a descrição da história de vida do sujeito, nesse sentido podem ser evocados sentimentos e reflexões aversivas a qual o sujeito possui livre acesso.

Benefícios:

Compreendendo os benefícios da pesquisa estes contribuirão para a academia no sentido de ampliar os

conhecimentos sobre a temática por meio da produção científica final e contribuirá profissionalmente visto

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.285-001

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



ESCOLA BAHIANA DE
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA -
FBDC



Continuação do Parecer: 4.570.987

que o material servirá como suporte teórico para atuação do psicólogo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo classifica-se como pesquisa qualitativa de caráter exploratório.

As técnicas utilizadas para coleta de dados serão: aplicação de questionário sócio demográfico e entrevista semi-estruturada, o primeiro conterá dados sobre a religião, idade, bairro que reside, profissão e nível de escolaridade, com o objetivo de coletar dados similares presentes na população de estudo, a segunda técnica, a entrevista semi-estruturada, será elaborada de modo que contemplem os objetivos do estudo, porém a partir das questões trazidas pelas participantes, outras perguntas podem ser relevantes para que haja melhor compreensão das informações.

As produções que irão compor o levantamento bibliográfico ocorrerão através dos descritores: obesidade, cirurgia bariátrica, ganho de peso, comportamento alimentar inadequado, em livros, artigos científicos, periódicos e anais disponibilizados em bases de dados online, escritos na língua materna. Após o levantamento realizado o trabalho começará a ser escrito, o que irá ofertar base consistente para o momento da execução da pesquisa em campo, prezando pela aquisição dos dados de modo científico, estes dados uma vez coletados serão interpretados a luz da abordagem da psicológica, Análise do Comportamento.

Os participantes da pesquisa serão indicados por médico cirurgião de referência, possuindo mais de 10 (dez) anos de atuação na rede de saúde privada. Para tanto será necessário apresentar o projeto ao médico e solicitar que o mesmo indique os participantes que se enquadre no perfil do estudo, após este momento e tendo contato com as participantes, a estas será apresentado o projeto, e as mesmas concordando, serão convidadas a assinar o TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo para

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.285-001

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.570.987

aplicação do

questionário sócio demográfico e entrevista semi-estruturada.

População de Referência: A população de referência deste estudo serão mulheres adultas com reganho de peso tardio pós-bariátrica e que não esteja em acompanhamento psicológico, ocorrerão de 5 (cinco) à 10 (dez) entrevistas, as mesmas serão findadas por saturação. A escolha deste quantitativo decorre por ser considerado pela pesquisadora uma amostra significativa para análise de dados.

Devido ao cenário atual pandêmico a condução da pesquisa será adaptada aos moldes da plataforma digital, ocorrendo primeiramente contato telefônico para explicar o motivo do contato e agendamento de dia e horário possível para explicar a execução da pesquisa, uma vez a futura participante aderindo, será enviado por e-mail o TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo esta que reenviar por e-mail à pesquisadora assinado.

A coleta de dados será por meio da entrevista verbal, os áudios gravados serão transcritos e então analisados, por meio da análise do conteúdo, segundo Bardin.

Critério de Inclusão: mulheres adultas, sexo feminino, tendo realizado cirurgia bariátrica, havendo reganho de peso tardio e sem acompanhamento psicológico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados dentro dos critérios que atendem à análise ética de pesquisa envolvendo seres humanos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após reanálise bioética embasada na Res. 466/12 e documentos afins, as pendências assinaladas no Parecer Consubstanciado de nº 4.388.300 foram devidamente sanadas garantindo a sua execução dentro dos princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-Bahiana, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS,

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

Telefone: (71)2101-1921

Município: SALVADOR

CEP: 40.285-001

E-mail: cep@bahiana.edu.br



ESCOLA BAHIANA DE
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA -
FBDC



Continuação do Parecer: 4.570.987

manifesta-se

pela aprovação deste protocolo de pesquisa dentro dos objetivos e metodologia proposta.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1626823.pdf	16/02/2021 17:11:16		Aceito
Outros	folhaanexosobreoparecerdodialorenamosasantana.pdf	16/02/2021 17:09:22	LORENA MOURA SANTANA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREESCLARECIDOLORENAMOURASANTANA.pdf	16/02/2021 17:02:08	LORENA MOURA SANTANA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMESTRADOLORENAMOURASANTANA.pdf	16/02/2021 16:59:34	LORENA MOURA SANTANA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMADEATIVIDADESLORENAMOURASANTANA.pdf	16/02/2021 16:57:24	LORENA MOURA SANTANA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostomestrado.pdf	03/10/2020 16:30:13	LORENA MOURA SANTANA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 03 de Março de 2021

Assinado por:
Roseny Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
Bairro: BROTAS
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921

CEP: 40.285-001

E-mail: cep@bahiana.edu.br