



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

SAMILY NATANIA ALVES MEIRELES AQUINO

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EM  
MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

São Luís

2021

SAMILY NATANIA ALVES MEIRELES AQUINO

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EM  
MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

**Linha de Pesquisa:** Avaliação Psicológica e Clínica

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado da  
Universidade Federal do Maranhão.  
Orientadora: Profa. Dra. Jena Hanay Araujo de Oliveira.

São Luís

2021

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Aquino, Samily Natania Alves Meireles.

Comportamento alimentar e estratégias de enfrentamento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica / Samily Natania Alves Meireles Aquino. - 2021.

141 p.

Orientador(a): Jena Hanay Araujo de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Psicologia/cch, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021.

1. Cirurgia Bariátrica. 2. Comportamento Alimentar. 3. Estratégias de Enfrentamento. 4. Mulheres. I. Oliveira, Jena Hanay Araujo de. II. Título.

SAMILY NATANIA ALVES MEIRELES AQUINO

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EM  
MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

**Linha de Pesquisa:** Avaliação Psicológica e Clínica

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado da Universidade Federal do Maranhão.  
Orientadora: Profa. Dra. Jena Hanay Araujo de Oliveira.

Aprovada em: 26/02/2021.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Jena Hanay Araujo de Oliveira (Orientadora)  
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

---

Profa. Dra. Ana Karina Teixeira da Cunha França  
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

---

Profa. Dra. Catarina Malcher Teixeira  
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

*A todas as mulheres submetidas à cirurgia bariátrica, que corajosamente lidam com as mudanças e desafios implicados neste processo.*

## AGRADECIMENTOS

A construção deste trabalho foi um caminho repleto de descobertas, aprendizados e desafios, sobretudo considerando o momento em que estamos vivendo.

Ao longo deste processo passei por tantas estações: alguns invernos, outonos, verões e o florescer primaveril do suporte e incentivo de pessoas que afetuosamente estiveram ao meu lado, com quem pude contar no início, meio e fim desta jornada. Por tudo isso, devo gratidão da primeira até a última palavra deste trabalho.

Antes de tudo e de todos, agradeço a Deus: fonte de toda sabedoria, beleza, inspiração, por Sua graça, misericórdia e amor.

À minha família, por ser minha base e aconchego em todos os momentos. Com vocês aprendi a somar, dividir e cuidar. Vocês são meus amores.

Aos meus pais Ozeas Aquino e Sâmia Aquino, por acreditarem sempre nos meus sonhos e no meu potencial, e por me ensinarem tudo de mais precioso sobre a vida. Vocês foram e são os meus principais referenciais.

Aos meus irmãos Gabriel e Iasmim. Ser a irmã mais “velha” de vocês é um privilégio, por isso obrigada por me ajudarem e por serem tão divertidos, inteligentes e parceiros.

Aos meus avós, que mesmo não estando mais presentes, foram modelos de integridade, criatividade e altruísmo. Em especial a vovó Joana, que foi uma avó e mãe, e mesmo sem ler ou escrever, me deixou um imenso legado, respeito por nossas raízes nordestinas e gosto pela leitura através dos Contos de Cordel que sabia de “cor”, e que contava antes das refeições.

À minha orientadora Profa. Dra. Jena Hanay, por me acompanhar ao longo desta trajetória acadêmica, pelas contribuições na construção deste trabalho e, sobretudo, por me inspirar através de seus estudos a pesquisar sobre tudo que envolve meu atual campo de estudo.

Aos professores da Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), que contribuem para o ensino para a formação de pesquisadores. Em especial, à Profa. Dra. Catarina Malcher, por ter se disponibilizado tão generosamente no momento do meu ingresso na Pós-graduação, por ser um modelo de profissional e pelas contribuições na construção deste trabalho.

À Profa. Dra. Ana Karina, pelas palavras de incentivo na banca, que reverberam no processo de coleta de dados; por acreditar no meu potencial e pelas colaborações que tornaram possível este trabalho.

Aos meus amigos queridos: como sou grata por ter cada um de vocês em minha vida!

Ao amigo e parceiro de trabalho Bruno Cardoso, pela amizade, por todo incentivo desde o início de minha trajetória acadêmica, por estar presente em diferentes etapas deste trabalho e por me ajudar neste estudo. Sou imensamente grata pelo encontro de nossos caminhos!

Aos amigos amados Anne, Isabella, Felipe, Alexandre, Winy, Luana, Rebeca, Iza, Alana, Andrea, Karen, Natannia, Karine, Aline e Letícia, cada qual com o seu jeitinho, em momentos diferentes da minha vida. Vocês alegram a minha vida, e sei que posso contar com vocês!

Aos parceiros do Instituto de Teoria e Pesquisa em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (ITPC) – Alissandra, Rodrigo e Erika – pela parceria ao longo destes anos e por dividirem comigo projetos e planos.

Aos amigos da Pós-graduação, em especial Samiris, Yuri e Neylla: vocês foram os maiores presentes neste processo, amizades que pretendo cultivar e levar para a vida. São profissionais e pessoas que admiro e respeito.

Aos profissionais do serviço de cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Presidente Dutra, por todo o apoio no meu processo de coleta de dados e por me receberem tão bem desde o primeiro momento, quando ainda estava amadurecendo meu tema de pesquisa.

A todas as mulheres que tão generosamente se disponibilizaram a participar deste estudo, compartilhando as suas histórias de vida, conquistas, sonhos e sofrimentos.

A todos vocês, muito obrigada!

## RESUMO

A obesidade é uma condição complexa que atinge todas as idades e classes sociais, configurando-se como um dos principais problemas de saúde pública da atualidade. A cirurgia bariátrica é o tratamento mais recomendado para a obesidade Grau III, por apresentar maior eficácia na perda de peso e pela diminuição de comorbidades associadas à obesidade. O período pós-cirúrgico envolve estratégias para lidar com as exigências, limitações e mudanças de hábitos e de estilo de vida inerentes ao processo de perda de peso, estratégias estas que estão relacionadas ao potencial sucesso do tratamento e a manutenção dos benefícios obtidos com a cirurgia. O objetivo deste estudo é investigar o comportamento alimentar e as estratégias de enfrentamento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. Para o alcance deste objetivo, 25 mulheres responderam a quatro instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Roteiro de Entrevista Semiestruturado, Questionário de Três Fatores Alimentares (TFEQ-R21) e a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP). Para a análise quantitativa, foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS, versão 24.0), no qual foram realizadas as análises estatísticas descritivas e correlacionais. Para a análise qualitativa foi empregada a análise de conteúdo proposta por Minayo (2013). Os resultados indicaram que a média de idade das participantes é 43 anos, em que 36% eram solteiras, 84% informaram ter filhos, 56% desempenhavam alguma atividade profissional, 40% têm renda de um salário mínimo e 44% informaram ter o ensino médio completo. A respeito do histórico clínico e de tratamento, 32% da amostra foram submetidas à cirurgia bariátrica no período de seis meses a um ano, 76% foram submetidas à técnica de *Sleeve* Gástrico, 64% tiveram acompanhamento psicológico antes da cirurgia e 56% continuaram no acompanhamento psicológico após a cirurgia. Acerca da relação com o alimento, notam-se alterações significativas com a cirurgia e predominância de restrição alimentar, presença de sentimentos como medo e culpa relacionados ao ato de comer. Em relação às dimensões de comportamento alimentar avaliadas pelo TFEQ-R21, os resultados ainda apontaram para níveis mais elevados do comportamento alimentar de restrição cognitiva correspondendo a 56,77% da amostra, e a estratégia de enfrentamento focalizada no problema a mais expressiva da amostra, abrangendo 75,24% das entrevistadas. Em relação aos dados correlacionais, o indicador “enfrentamento focalizado no problema” correlacionou-se negativamente com “alimentação emocional” ( $\rho = -.525$ ;  $p = .007$ ) e “descontrole alimentar” ( $\rho = -.582$ ;  $p = .002$ ), e o indicador “enfrentamento focalizado na emoção” correlacionou-se positivamente com “alimentação emocional” ( $\rho = .420$ ;  $p = .037$ ) e “descontrole alimentar” ( $\rho = .549$ ;  $p = .004$ ). Destaca-se a importância do suporte multiprofissional e as contribuições da



psicologia no auxílio ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adaptativas e de suporte a estas mulheres no período pós-cirúrgico, contribuindo para a promoção de saúde e qualidade de vida após a cirurgia.

**Palavras-chave:** Cirurgia Bariátrica; Mulheres; Comportamento Alimentar; Estratégias de Enfrentamento.

## ABSTRACT

Obesity is a complex condition that affects all ages and social classes and is one of the main public health problems today. Bariatric surgery is the most recommended treatment for grade III obesity because it is more effective in weight loss and reduces the number of comorbidities associated with obesity. The post-surgical period involves strategies to deal with the demands, limitations, and changes in habits and lifestyle inherent to the weight loss process, strategies that are related to the potential success of the treatment and the maintenance of the benefits obtained with the surgery. The aim of this study is to investigate the eating behavior and coping strategies in women undergoing bariatric surgery. To achieve this objective, 25 women answered four instruments: Sociodemographic Questionnaire, Semi-structured Interview Script, Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R21) and the Problem Coping Modes Scale (EMEP). For the quantitative analysis, the Statistical Package for Social Science program (version 24.0) was used, in which descriptive and correlational statistical analyses were performed. For the qualitative analysis, the content analysis proposed by Minayo (2013) was employed. The results indicated that the average age of the participants is 43 years, in which 36% were single, 84% reported having children, 56% had some professional activity, 40% have an income of one minimum wage and 44% reported having completed high school. Regarding the clinical and treatment history, 32% of the sample had undergone bariatric surgery in the period of six months to one year, 76% had undergone gastric sleeve technique, 64% had psychological counseling before surgery and 56% continued in the psychological follow-up after surgery. About the relationship with food, significant changes with the surgery and predominance of food restriction, presence of feelings such as fear and guilt related to the act of eating were noted. Regarding the dimensions of eating behavior assessed by the TFEQ-R21, the results also pointed to higher levels of cognitive restriction eating behavior corresponding to 56.77% of the sample, and the coping strategy focused on the problem was the most expressive in the sample, comprising 75.24% of the interviewees. Regarding the correlational data, the indicator “problem-focused coping” correlated negatively with “emotional eating” ( $\rho = -.525$ ;  $p = .007$ ) and “eating discontrol” ( $\rho = -.582$ ;  $p = .002$ ), and the indicator “emotion-focused coping” correlated positively with “emotional eating” ( $\rho = .420$ ;  $p = .037$ ) and “eating discontrol” ( $\rho = .549$ ;  $p = .004$ ). The importance of multiprofessional support and the contributions of psychology in assisting the development of adaptive coping strategies and support for these women in the post-surgical period is highlighted, contributing to the promotion of health and quality of life after surgery.

**Keywords:** Bariatric Surgery; Women; Eating Behavior; Coping Strategies.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação do Estado Nutricional.....	31
Quadro 2 – Etapas do período pós-operatório em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.	50
Quadro 3 – Itens que compõem as Dimensões de Comportamento Alimentar.....	61
Quadro 4 – Itens que compõem os tipos de estratégias de enfrentamento .....	62
Quadro 5 – Relação com o alimento .....	71
Quadro 6 – Aspectos emocionais, psicossociais e dificuldades após a cirurgia.....	72
Quadro 7 – Perspectivas em relação à perda de peso .....	73
Quadro 8 – Relatos das participantes quanto à restrição alimentar .....	82
Quadro 9 – Relatos das participantes quanto à reeducação alimentar.....	84
Quadro 10 – Relatos das participantes quanto à rápida saciedade .....	85
Quadro 11 – Relatos das participantes quanto ao medo de engordar .....	86
Quadro 12 – Relatos das participantes quanto à satisfação .....	87
Quadro 13 – Relatos das participantes quanto às mudanças e desafios associados à bariátrica .....	87
Quadro 14 – Relatos das participantes quanto às melhorias na autoimagem e na autoestima .	88
Quadro 15 – Relatos das participantes quanto à ressignificação de identidade .....	89
Quadro 16 – Relatos das participantes quanto à mobilidade e flexibilidade.....	90
Quadro 17 – Relatos das participantes quanto ao comprometimento da mobilidade e da flexibilidade.....	90
Quadro 18 – Relatos das participantes quanto à socialização .....	91
Quadro 19 – Relatos das participantes quanto aos efeitos colaterais da cirurgia.....	93
Quadro 20 – Relatos das participantes quanto ao procedimento cirúrgico .....	93
Quadro 21 – Relatos das participantes quanto à redução das porções de alimentos .....	94
Quadro 22 – Relatos das participantes quanto às questões psicológicas referentes à redução das porções de alimentos .....	95
Quadro 23 – Relatos das participantes quanto à satisfação pós-cirúrgica.....	96
Quadro 24 – Relatos das participantes quanto ao impacto da rápida perda de peso .....	96
Quadro 25 – Relatos das participantes quanto à avaliação e compreensão sobre a peculiaridade de perda de peso .....	97
Quadro 26 – Relatos das participantes quanto à insatisfação devido ao reganho de peso .....	98
Quadro 27 – Relatos das participantes quanto à adesão à prescrição profissional.....	98
Quadro 28 – Relatos das participantes quanto à saúde.....	99

Quadro 29 – Relatos das participantes quanto à relação da obesidade com outras doenças crônicas.....	100
Quadro 30 – Relatos das participantes quanto à manutenção do peso .....	100
Quadro 31 – Relatos das participantes quanto ao medo de voltar ao peso anterior .....	100
Quadro 32 – Relatos das participantes quanto às melhorias na locomoção .....	101

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características Sociodemográficas da Amostra.....	65
Tabela 2 – Histórico clínico e de tratamento .....	66
Tabela 3 – Coeficiente de correlação de <i>Spearman</i> entre o TFEQ-R21 e EMEP .....	70

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Questionário de Três Fatores Alimentares (TFEQ-R21) .....	69
Gráfico 2 – Escala de Modos de Enfrentamento (EMEP).....	70

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE	Alimentação Emocional
AGA	<i>American Gastrointestinal Association</i>
BGA	Bandagem Gástrica Ajustável
BGYR	<i>Bypass</i> Gástrico em Y-de-Roux
CA	Circunferência Abdominal
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CC	Circunferência de Cintura
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DA	Descontrole Alimentar
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DP	Desvios-padrão
EHNA	Esteatose Hepática Não Alcoólica
EMEP	Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GVB	Gastroplastia Vertical com Bandagem
HA	Hipertensão Arterial
HUUFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IMC	Índice de Massa Corporal
M	Médias
MS	Ministério da Saúde
NIH	<i>National Institute of Health</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
<i>p</i>	<i>Spearman</i>
PIB	Produto Interno Bruto
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PSEAD	<i>Post-Surgical Eating Avoidance Disorder</i>
RC	Restrição Cognitiva
RCQ	Relação entre Cintura-Quadril
SBCBM	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
SNC	Sistema Nervoso Central



SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TAG	Transtorno de Ansiedade Generaliza
TCAP	Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TFEQ-R21	Questionário de Três Fatores Alimentares

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	23
<b>2.1 Obesidade: etiologia, epidemiologia e tratamento</b> .....	23
<b>2.2 Aspectos psicológicos e psicopatológicos associados à obesidade</b> .....	40
<b>2.3 Processos de emagrecimento e reganho de peso após a cirurgia bariátrica</b> .....	46
<b>2.4 Comportamentos alimentares após o procedimento de cirurgia bariátrica</b> .....	51
<b>2.5 Estratégias de enfrentamento após a cirurgia bariátrica</b> .....	54
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	58
<b>3.1 Objetivo Geral</b> .....	58
<b>3.2 Objetivos Específicos</b> .....	58
<b>4 MÉTODO</b> .....	59
<b>4.1 Delineamento da Pesquisa</b> .....	59
<b>4.2 Participantes</b> .....	59
<b>4.3 Local da Pesquisa</b> .....	59
<b>4.4 Instrumentos e Materiais</b> .....	60
4.4.1 <i>Questionário sociodemográfico e clínico</i> .....	60
4.4.2 <i>Roteiro de entrevista</i> .....	60
4.4.3 <i>Questionário de Três Fatores Alimentares (TFEQ-R21)</i> .....	60
4.4.4 <i>Escala de Modos de Enfrentamento de Problema (EMEP)</i> .....	62
<b>4.5 Procedimento de Coleta de Dados</b> .....	63
<b>4.6 Análise dos Dados</b> .....	63
<b>5 RESULTADOS</b> .....	65
<b>5.1 Dados Quantitativos</b> .....	65
5.1.1 <i>Características sociodemográficas</i> .....	65
5.1.2 <i>Histórico clínico e de tratamento</i> .....	66
5.1.3 <i>Resultados do Questionário de Três Fatores Alimentares (TFEQ-R21)</i> .....	68
5.1.4 <i>Resultados da Escala de Modos de Enfrentamento (EMEP)</i> .....	69
5.1.5 <i>Dados Correlacionais entre o Questionário de Três Fatores Alimentares (TFEQ-R21) e a Escala de Modos de Enfrentamento (EMEP)</i> .....	70
<b>5.2 Dados Qualitativos</b> .....	71
5.2.1 <i>Relação com o alimento</i> .....	71

5.2.2 Aspectos emocionais, psicossociais e dificuldades após a cirurgia.....	72
5.2.3 Perspectivas em relação à perda de peso .....	73
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>74</b>
<b>6.1 Características sociodemográficas da amostra .....</b>	<b>74</b>
<b>6.2 Histórico clínico e de tratamento .....</b>	<b>75</b>
<b>6.3 Questionário de Três Fatores Alimentares – TFEQ-R21 .....</b>	<b>78</b>
<b>6.4 Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP.....</b>	<b>79</b>
<b>6.5 Correlações entre o Questionário de Três Fatores Alimentares – TFEQ-R21 e a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP .....</b>	<b>80</b>
<b>6.6 Relação com o alimento.....</b>	<b>82</b>
6.6.1 Caracterização da alimentação.....	82
6.6.1.1 Restrição alimentar .....	82
6.6.1.2 Reeducação alimentar.....	84
6.6.1.3 Rápida saciedade .....	85
6.6.2 Sentimentos relacionados à comida .....	85
6.6.2.1 Medo de Engordar .....	86
<b>6.7 Aspectos emocionais, psicossociais e dificuldades após a cirurgia.....</b>	<b>86</b>
6.7.1 Aspectos emocionais.....	87
6.7.1.1 Satisfação.....	87
6.7.1.2 Melhorias na autoimagem e na autoestima.....	88
6.7.1.3 Ressignificação de identidade .....	89
6.7.2 Aspectos psicossociais.....	89
6.7.2.1 Mobilidade e flexibilidade.....	89
6.7.2.2 Socialização .....	91
6.7.3 Dificuldades.....	92
6.7.3.1 Efeitos colaterais.....	92
6.7.3.2 Redução das porções de alimentos .....	94
<b>6.8 Perspectivas em relação à perda de peso.....</b>	<b>95</b>
6.8.1 Avaliação sobre a própria perda de peso .....	95
6.8.1.1 Satisfação.....	96
6.8.2 Expectativas futuras em relação ao tratamento .....	99
6.8.2.1 Saúde .....	99
6.8.2.2 Manutenção de peso .....	100
6.8.2.3 Melhorias na locomoção.....	101

<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	102
REFERÊNCIAS .....	107
APÊNDICES .....	122
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	123
APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico.....	125
APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista.....	129
ANEXOS .....	130
ANEXO A – Questionário Três Fatores Alimentares (TFEQ-R21) .....	131
ANEXO B – Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP .....	135
ANEXO C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética .....	138

## 1 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma condição complexa que atinge todas as idades e classes sociais, configurando-se como um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Nos últimos anos, tem crescido a prevalência da obesidade e das consequências do acúmulo excessivo de gordura corporal na população, nos quais pode-se destacar: redução da expectativa de vida, alta taxa de morbidade e mortalidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento (ABESO, 2022; OMS, 2018).

Em 2025, a estimativa é de 700 milhões de indivíduos com obesidade, e 2,3 milhões de pessoas com sobrepeso na população mundial (ABESO, 2022). As taxas de obesidade têm aumentado, sobretudo em mulheres. Em 20 países da América Latina e Caribe esta taxa é 10% mais elevada em mulheres do que em homens (OPAS, 2017). E, no Brasil, a prevalência de obesidade é de 18,7% em homens e de 20,7% em mulheres (ABESO, 2022).

Os problemas associados à obesidade são vivenciados de forma ainda mais intensa pelo público feminino, já que estas estão submetidas à forte pressão social estética (SANT'ANNA, 2014), o que contribui para consequentes associados à obesidade, como: disfunções sexuais, depressão, ansiedade e transtornos alimentares (COBELO *et al.*, 2020). Diversos tratamentos são utilizados na obesidade, dentre os quais se destacam o tratamento clínico, o farmacológico e as intervenções cirúrgicas (COMINATO; FRANCO; DAMIANE, 2021).

Entre as opções de tratamento cirúrgico, destaca-se a cirurgia bariátrica, uma opção terapêutica no tratamento da obesidade Grau III, pois é considerada uma forma eficaz de perda e controle de peso. Apesar da sua efetividade, a realização da cirurgia não finaliza o tratamento da obesidade, mas indica o início de um período de mudanças cognitivas e comportamentais relacionadas à alimentação, que sugerem o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar de profissionais da saúde (FERRAZ; MARTINS FILHO, 2006). As modificações decorrentes da cirurgia trazem implicações físicas, psicológicas e sociais. Estas mudanças afetam a rotina diária do indivíduo e sugerem a elaboração de estratégias de enfrentamento adaptativas para a instalação de novas formas de se relacionar com o alimento, com os seus pares no dia a dia, contribuindo, desta forma, para a manutenção dos ganhos obtidos com a cirurgia bariátrica (OLIVEIRA; LINARDI; AZEVEDO, 2004).

Considerando que as mulheres correspondem à maior parte do público submetido à cirurgia bariátrica (OPAS, 2017), os autores têm discutido sobre a interferência de aspectos que motivam a busca desse procedimento. Barroqueiro (2009) indica as dificuldades na vida sexual,

maior preocupação com a imagem corporal e suscetibilidade às alterações psicológicas relacionadas à obesidade e transformações inerentes ao processo de cirurgia bariátrica. Além disso, estudos apontam para o reganho de peso, após alguns anos, em indivíduos submetidos ao procedimento de cirurgia bariátrica (VALEZI *et al.*, 2008; CUMMINGS; OVERDUIN; FOSTER-SCHUBSERT, 2010), e a interferência dos aspectos psicológicos no comportamento alimentar (BODENLOS *et al.*, 2012; HÖRCHNER *et al.*, 2002).

Alguns estudos já foram desenvolvidos com a população obesa (PUHL; BROWNELL, 2006; CONRADT *et al.*, 2008; PUHL *et al.*, 2008), na avaliação de estratégias de enfrentamento eficazes para o manejo de discriminação, críticas de pessoas próximas e exposição a eventos sociais. Outros estudos foram realizados (BIAGIO; MOREIRA; AMARAL, 2020; JOHNSON; PRATT; WARDLE, 2012; LOLI-ARENALES, 2017), buscando compreender a correlação entre comportamento alimentar e psicopatologias, como a depressão e a ansiedade em indivíduos obesos ou submetidos à cirurgia bariátrica. Estas pesquisas são relevantes para a compreensão das variáveis relacionadas à manutenção de hábitos alimentares saudáveis e saúde mental destes indivíduos.

Todavia, algumas lacunas de pesquisa também foram deixadas por eles. Poucos estudos focaram nas estratégias de enfrentamento e comportamento alimentar na população pós-cirúrgica. Trata-se de um campo ainda a ser desenvolvido, principalmente na literatura brasileira. Baseando-se nisso, algumas questões foram traçadas para esta pesquisa: Quais as estratégias de enfrentamento adotadas por mulheres para lidar com os desafios do pós-cirúrgico bariátrico? Qual a relação entre comportamento alimentar (restrição cognitiva, descontrole alimentar e alimentação emocional) e estratégias de enfrentamento de mulheres após a cirurgia bariátrica?

O objetivo principal é analisar o comportamento alimentar e as estratégias de enfrentamento em mulheres submetidas ao procedimento de cirurgia bariátrica. Para o alcance desse objetivo, foram delimitados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as características sociodemográficas de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica;
- Avaliar o comportamento alimentar após o procedimento de cirurgia bariátrica;
- Analisar as estratégias de enfrentamento adotadas por estas mulheres após o procedimento de cirurgia bariátrica;
- Discutir os aspectos relacionados à relação com o alimento, com os aspectos emocionais (como o participante está se sentindo), psicossociais (dificuldades enfrentadas), perspectivas futuras (percepção da perda de peso e expectativas futuras) das participantes;

– Relacionar as variáveis “comportamento alimentar” e “estratégias de enfrentamento”.

O alcance desses objetivos pode trazer ganhos específicos tanto socialmente, quanto academicamente. No âmbito social, este trabalho pode contribuir para as mulheres que lidam com as implicações físicas e psicossociais da obesidade, que vivenciam a experiência de serem submetidas à cirurgia bariátrica, além da possibilidade de poder conhecer a influência dos fatores psicológicos envolvidos no comportamento alimentar e das estratégias de enfrentamento adotadas por estas mulheres, logo nos primeiros meses após serem submetidas ao procedimento cirúrgico.

Academicamente, esta pesquisa visa contribuir para o entendimento de quais dificuldades estas mulheres experienciam, e quais são os recursos utilizados para lidar com os desafios do cotidiano, após a cirurgia. O estudo também pode propiciar a elaboração de estratégias de avaliação e intervenções específicas e manejo clínico contextualizado, que possam auxiliar no entendimento da perda de peso e a sua manutenção a longo prazo, além de poder contribuir para a promoção da saúde e da qualidade de vida desta população. O estudo ainda se torna relevante quando se considera o aumento de obesidade entre o público feminino e a relação significativa entre reganho de peso e o surgimento e/ou agravamento de transtornos psicológicos e/ou psicopatológicos neste público. Por fim, pode contribuir para novas pesquisas sobre a criação de estratégias de avaliação e programas de intervenção voltados para mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.

Quanto à organização, esta dissertação é apresentada em sete capítulos. O primeiro capítulo está subdividido em tópicos que abordam, respectivamente, os temas: etiologia, epidemiologia e tratamento da obesidade, bem como apresenta o percurso histórico na compreensão da obesidade até os moldes atuais, e os impactos dos padrões estéticos vigentes de cada época sobre o corpo feminino; aspectos psicológicos e psicopatológicos associados à obesidade; emagrecimento e reganho de peso após a cirurgia bariátrica; comportamento alimentar e estratégias de enfrentamento pós-cirúrgico.

No segundo capítulo expõem-se os objetivos gerais e específicos desta pesquisa. Em seguida, no terceiro capítulo desenha-se o método que foi utilizado para o alcance dos objetivos. No quarto capítulo são apresentados os resultados da pesquisa, com dados qualitativos, descritivos e correlacionais dos principais constructos deste estudo. Apresentam-se na seguinte ordem: características sociodemográficas da amostra; história clínica e tratamento; relação com o alimento; aspectos emocionais, psicossociais e dificuldades após a cirurgia; perspectivas em relação à perda de peso; resultados do Questionário de Três Fatores

Alimentares (TFEQ-21); resultados da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) e a correlação entre ambos. O quinto capítulo traz a discussão dos dados apresentados no quarto capítulo, fundamentando-se no aporte teórico dos estudos da psicologia da saúde para a construção de tais discussões.

Por fim, o sexto capítulo apresenta as considerações finais desta pesquisa, explorando as suas potencialidades e limitações. Neste capítulo, ressaltam-se a relevância dos resultados alcançados para a prática de profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, com ênfase nos profissionais de psicologia que atuam com pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, reforçando a importância do suporte multidisciplinar e da intersecção entre Psicologia e Nutrição para a ampliação da qualidade de vida, compreensão dos aspectos psicológicos e socioculturais que cerceiam o comportamento alimentar, potencialização de estratégias de enfrentamento adaptativas após o período de intensas mudanças e manutenção da saúde.



## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Obesidade: etiologia, epidemiologia e tratamento

Enquanto atributo físico, sabe-se que a obesidade perpassa por percepções e interpretações que são influenciadas pela cultura e contexto histórico vigente (WANDERLEY; FERREIRA, 2010). Isto significa que as percepções acerca da obesidade se modificam através de condições históricas, sociais, econômicas e culturais (ARAÚJO *et al.*, 2018).

Na antiguidade, o indivíduo obeso ocupou posição de destaque, sendo representado em expressões artísticas (como pinturas e esculturas), e associado à fertilidade, saúde e beleza. Dessa forma, a obesidade adquiriu sinônimo de *status* social e prestígio (LOLI, 2000). Em algumas tribos africanas, o peso ainda é associado ao sucesso econômico, força política, condição social, símbolo de beleza e maternidade (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

Durante muito tempo a magreza estava relacionada a padrões de doença, fome e privação, e a obesidade entendida como condição favorável. Porém, com o fenômeno da industrialização e conseqüente mudança nos padrões de ingestão calórica da população, ocorreu uma modificação nos padrões de peso e de representação social da obesidade (NEVES; MENDONÇA, 2014).

Em decorrência destas modificações, no início do século XX, a obesidade outrora associada a *status* social, passa a ser avaliada como resultante de déficits morais e/ou problemas psíquicos. Os indivíduos obesos eram culpabilizados por sua condição física e associados à incapacidade de manejar os seus impulsos, considerados violadores de normas sociais relacionadas ao comer e vistos como indivíduos sem nenhum autocontrole. Ademais, outros indicadores pejorativos eram vinculados à figura das pessoas com obesidade, que eram percebidas como tendo baixa autoestima, limitações intelectuais e mau funcionamento mental (SEGAL; CARDEAL; CORDÁS, 2002).

As percepções sobre corpo e peso transacionaram ao longo dos anos e culturas, e de modo significativo influenciaram os padrões de beleza de cada geração, em que estes padrões são indicadores que delimitam os estereótipos considerados “belos” e “aceitáveis”, estereótipos que são ainda mais exigentes quando se trata do “corpo feminino” (WOLF, 2020). No Brasil, em meados de 1910 e 1920, fortaleceu-se um movimento liderado por médicos eugenistas que associava a beleza e saúde feminina a determinados tipos de etnia, e que criticavam severamente algumas características, como: “seios caídos”, “ventres flácidos e volumosos” e “aparência mestiça”. Este movimento incentivava a “correção do corpo” na expectativa de formar

indivíduos “produtivos”, “obedientes”, “saudáveis” e “belos”, buscando eliminar toda a diversidade que destoava daquilo que entendiam por beleza. Sem levar em consideração as diversidades de estereótipos e, sobretudo, as razões sociais, econômicas e políticas associadas aos processos de adoecimento da população (SANT’ANNA, 2014).

Neste período, ocorreu a associação entre a beleza facial e a digestão. A expressão “estômago sujo” era atrelada às características físicas como olheiras e manchas. A saúde intestinal tornou-se matéria em diversos impressos da época, e houve incentivo à prática de atividades físicas. No entanto, a prática destas atividades era direcionada aos meninos, e nas escolas brasileiras, muitas meninas não podiam participar da aula de Educação Física. Os higienistas divergiam acerca desta questão, pois alguns afirmavam que deveria ser moderada enquanto outros consideravam que poderia servir como auxiliar pedagógico, recomendável para o desenvolvimento da sociabilidade e das boas maneiras em meninas (SANT’ANNA, 2014).

Os padrões de beleza modificam-se ao longo dos anos e de acordo com a cultura, e estas modificações influenciam a concepção de beleza feminina, que em cada época possui uma representação, desde o período paleolítico com a sua principal representante: a Vênus de Willendorf, de formas voluptuosas até a redução da cintura representada por estrelas hollywoodianas dos anos de 1950 e a valorização de atributos, como: cintura fina, quadris largos e seios fartos. Nesse momento, a imprensa iniciou o incentivo a estratégias para a redução da silhueta, como aponta Sant’anna (2014, p. 101):

A imprensa feminina inicia a prescrição de regimes para “afinar a cintura” e nos Estados Unidos difunde-se que as mulheres resistam aos três S – *sundae*, *sodas* e *segundo prato*. Além disso, a utilização da cinta como parte indispensável do vestuário cotidiano feminino passou a ser amplamente estimulada, de modo que “um talhe sem cinta era raramente considerado sedutor”.

A partir de então, o movimento de redução de medidas entra em expansão, e em meados dos anos 1960, uma silhueta mais retilínea, caracterizada por quadris mais retos, altura e magreza passaram a fazer parte do ideal de beleza e, também, das passarelas nos concursos de *misses*. Nas passarelas surge o termo *porte-manteaux*, uma expressão francesa que seria sinônimo de corpos considerados “cabides” para roupas de grandes marcas, tendo como principal expoente a modelo Twiggy<sup>1</sup>, considerada a maior modelo e símbolo de beleza de sua geração (SANT’ANNA, 2014).

---

<sup>1</sup> Twiggy foi uma modelo norte-americana, símbolo da beleza e magreza na década de 1960. Seu nome representava “aquela que seria partida ao meio e jogada no chão por um vento forte”.

A modificação de peso expressa nas passarelas sofre conseqüente redução, há uma geração, em que as modelos pesavam em média 8% a menos do que a mulher norte-americana, enquanto hoje as modelos pesam em média 23% a menos do que as demais mulheres (WOLF, 2020). Além da redução de medidas, surgiu um movimento de associação entre forma física e sucesso, de modo que grandes *tops* das passarelas eram geralmente apresentadas pela mídia como belas e bem-sucedidas em toda e qualquer circunstância (SANT'ANNA, 2014).

Em 1980, inicia-se um movimento de incentivo à prática de exercícios físicos que irá impactar no ideal de beleza vigente. A prática de atividades físicas adquiriu mais valor neste período nas campanhas publicitárias e recomendações médicas. Isso tudo foi acompanhado pelo progressivo ingresso das mulheres no universo das atividades físicas primeiramente nas aulas de dança, e depois nos esportes amadores e academias outrora frequentadas apenas por homens, onde os músculos conquistaram aceitação e positividade entre as mulheres, valorizando-se como belo o corpo feminino tonificado (SANT'ANNA, 2014).

Na atualidade predomina como padrão de beleza o ideal do corpo curvilíneo e tonificado. A busca incessante pelo alcance deste ideal se reflete no número de cirurgias plásticas com fins meramente estéticos. Este recurso passa a ser considerado um meio de transformar as pessoas em proprietárias dos seus próprios corpos, modificando alguém que outrora mostrava descontentamento com o seu próprio corpo, em dona de um corpo mais aceito e reconhecido por si mesmo e muitas vezes pelos pares (SANT'ANNA, 2014). O mercado da beleza ainda tem como principais consumidoras o público feminino, e adquire influência e abrangência cada vez mais expressivas, são indústrias poderosas, que movimentam bilhões por ano, a saber: a das dietas, que gera US\$ 33 bilhões por ano; a dos cosméticos, US\$ 20 bilhões; e a da cirurgia plástica estética, US\$ 300 milhões (WOLF, 2020).

Por outro lado, na atualidade surgem os movimentos sociais em prol da aceitação da diversidade corporal, abrangendo a valorização de diferentes belezas e corpos para além do padrão de beleza vigente. Esse movimento teve impacto no comércio com o advento de marcas de moda, cosméticos e representatividade nas mídias de mulheres com os mais diversos biótipos, incluindo mulheres com sobrepeso, que têm a sua representação na moda *plus size*. Embora a representatividade signifique avanço, em um cenário de preconceito e exclusão vivenciado por pessoas com sobrepeso e obesidade, renovam-se as estigmatizações, pois os “gordinhos” são normalmente generalizados como pessoas sempre alegres e bem resolvidas, que enfrentam com maior desenvoltura as adversidades do cotidiano (SANT'ANNA, 2014).

Paralelamente ao fortalecimento de movimentos sociais em prol da diversidade corporal, nota-se o crescimento do número de cirurgias bariátricas muitas vezes com motivação

estritamente estética, e as exigências de cuidados extremos para com mulheres consideradas gordas, como: pele, cabelos e distribuição “harmoniosa do peso” entre as várias partes do corpo. Isto expressa uma contradição nesta positividade do peso difundida nas mídias sociais, e evidenciam o quanto a padronização dos corpos femininos ainda se faz presente, sobretudo no cenário *plus size* (SANT’ANNA, 2014).

O avanço dos estudos a respeito da temática “obesidade” levou à compreensão dos múltiplos fatores que a influenciam. Desse modo, surge uma nova concepção acerca da obesidade, sendo que esta modificação ocorreu a partir da sua compreensão enquanto doença, e não como uma falha de caráter, em virtude dos sinais e sintomas e, sobretudo, de sua relação com outras comorbidades que comprometem a qualidade de vida do indivíduo no seu ambiente (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

O interesse das ciências médicas pela obesidade tem início na segunda metade do século XIX, momento em que se iniciam as mensurações das formas corporais, classificações dos tipos de obesidade e recomendações terapêuticas em seu tratamento. Neste período, a obesidade era associada à insuficiência combustiva, e o acúmulo gorduroso ocorria por falta de oxigenação (VIGARELLO, 2012). Quanto à classificação, era categorizada como: pequena, média e grande. A obesidade era classificada como pequena quando o peso aumentava 3/10 em relação ao peso considerado normal para determinada estatura; média quando o peso aumenta 5/10 em relação àquele considerado normal; e grande para qualquer relação de proporções supracitadas (VIGARELLO, 2012).

No que se refere à etiologia, destaca-se a figura de Charles Bouchard, professor e pesquisador, um dos primeiros a tentar avaliar estatisticamente o papel da hereditariedade na obesidade. Este pesquisador sugeriu duas principais causas: a primeira seria vinculada a uma predisposição genética; e a segunda à ingestão excessiva de alimentos e bebidas, o que denominou de “causas ocasionais”. O foco dos estudos de Charles Bouchard direcionou-se para os pacientes que engordavam sem necessariamente cometerem tantos abusos, e que teriam a sua obesidade associada a fatores genéticos. Surge a teoria de que o ganho de peso – independente de um excesso de alimentação – é por conta do déficit de combustão de gorduras, e que poderia ser denominado de “nutrição lenta” (VIGARELLO, 2012).

A “nutrição lenta” foi considerada um fator de obesidade, tornando-se uma teoria aceitável para os médicos no final do século XIX, que no geral demonstravam preocupação quanto ao “aporte insuficiente de oxigênio” de seus pacientes obesos. Juntamente com a multiplicidade de classificações, surgem novos tratamentos e a explosão dos regimes no final do século XX. A proposta nesse momento era a correção dos excessos alimentares através da

redução de calorias, açúcares, gorduras e controle da bebida. Os regimes adaptam-se aos níveis de obesidade, e os mais severos chegavam a determinar o consumo da metade do número de calorias considerado normal a ser consumido por dia (VIGARELLO, 2012).

Apesar de muito rudimentares, os avanços destes estudos contribuíram para o entendimento da obesidade como doença, e evidenciaram a necessidade de compreender mais sobre a relação dos indivíduos com o alimento. A alimentação é uma necessidade fisiológica básica, e direito humano que se encontra diretamente vinculado à cultura e às diferenças socioeconômicas. Portanto, o ato de comer abrange não somente a satisfação das necessidades do organismo, mas também costumes, à medida em que reúne pessoas, configurando-se como método de socialização (ALVARENGA; KORITAR, 2015).

De acordo com Mezomo (2002), a relação do indivíduo com o alimento perpassa as atitudes adotadas por este, em que existe a seleção, utilização e consumo de alimentos disponíveis. Nos últimos anos, foi possível observar uma transição nutricional em diversos países, o que reflete no panorama dos modelos de consumo e nos fatores que os influenciam (PINHEIRO, 2001). A alimentação foi adequada à aceleração do cotidiano, e os hábitos de consumo passaram a privilegiar alimentos rápidos e práticos. Apesar da praticidade ofertada por estes alimentos, esses possuem menor aporte nutritivo se comparado ao padrão alimentar anterior, no qual se valorizavam hábitos naturais e mais saudáveis de alimentação (ABREU *et al.*, 2001; CARROZO, 2014; FLANDRIN; MONTANARI, 1996; OLIVEIRA, 1997).

Neste percurso de transição nutricional, vale destacar alguns fatores que contribuem para este fenômeno: o primeiro deles é a transição demográfica do campo para os centros urbanos, em que nos anos 50 a população rural era de 66%, e em contraposição atualmente tem-se o percentual de 80% de pessoas radicadas nos centros urbanos; com a migração do campo para os centros urbanos, e com o aumento da tecnologia, houve a redução do esforço físico ocupacional; e, por fim, a inserção da mulher no mercado de trabalho contribuiu para uma família mais dependente da renda feminina e, por consequência, a preferência por alimentos industrializados ou realização das refeições fora de casa (MENDONÇA; ANJOS, 2004).

Outro aspecto a se considerar são as atividades de lazer que anteriormente eram marcadas pelo gasto energético acentuado, como a prática de esportes e longas caminhadas, que aos poucos foram substituídas por atividades sedentárias, como: assistir televisão, jogar videogame e utilização de computadores. A mecanização ou uso de recursos tecnológicos, como veículos motorizados, eletrodomésticos e elevadores, também contribuiu para a redução do gasto energético das atividades diárias e, conseqüentemente, afetou o sedentarismo da

população (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003; MENDONÇA; ANJOS, 2004; PITANGA, 2002).

Em decorrência da preferência por alimentos industrializados, observou-se um aumento do consumo de ácidos graxos saturados, açúcares, refrigerantes, derivados ricos em gordura e álcool. Por outro lado, reduziu-se o consumo de carboidratos complexos, frutas, verduras e legumes. Este quadro ocasiona excesso calórico, devido ao consumo excessivo de macronutrientes, como carboidratos, proteínas e lipídeos, e deficiência de micronutrientes, como vitaminas e minerais (ESCODA, 2002).

Nos últimos 50 anos, nota-se uma modificação no padrão alimentar do brasileiro. Alterações qualitativas e quantitativas da dieta, associadas às mudanças no estilo de vida e condições socioeconômicas, têm repercutido negativamente na saúde da população (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003). As modificações de hábitos alimentares tornaram os alimentos processados mais acessíveis, sendo estes vendidos prontos ou prontos para o consumo. O aumento no consumo de alimentos e bebidas processados é considerado um dos fatores que contribuem para o aumento na prevalência de obesidade e doenças crônicas (MONTEIRO, 2009; MONTEIRO *et al.*, 2010).

Esse panorama, que decorre de fatores como a modernização e a urbanização, contribuíram para uma mudança negativa nos hábitos de vida da população, que foi exposta a uma grande variedade de alimentos ultraprocessados e reduziu o consumo de frutas e vegetais. Além disso, houve uma diminuição do gasto energético nas atividades laborais, uma maior oferta de transportes públicos e transformação das atividades de lazer para jogos e meios eletrônicos (MONTEIRO *et al.*, 2010).

A transição nutricional decorrente de todos os fatores supracitados trouxe mudanças do perfil de saúde da população mundial e brasileira. Um dos principais legados desta transição foram o aumento das prevalências de sobrepeso e obesidade na população e suas complicações, como o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis associadas (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008; GIGANTE *et al.*, 1997; MARINHO *et al.*, 2003; PINHEIRO *et al.*, 2005).

A relação entre comportamento alimentar e obesidade impulsionou um enfoque na promoção da alimentação adequada e saudável, como estratégia de enfrentamento tanto da obesidade como de deficiências nutricionais. Alguns documentos da saúde passaram a adotar não somente o conceito de alimentação saudável, mas o de alimentação adequada e saudável, mantendo o diálogo com a política de segurança alimentar e nutricional, que considera não somente os aspectos nutricionais, mas os de adequação cultural, social e econômica da

alimentação. O incentivo à alimentação adequada e saudável é um fator de promoção à saúde, e contempla estratégias de incentivo, apoio e proteção. Estas medidas visam disseminar informações, facilitar e proteger a adesão a práticas alimentares saudáveis, através da rotulagem nutricional obrigatória, os guias alimentares e a regulamentação da publicidade de alimentos (DIAS *et al.*, 2017).

Portanto, compreender as variáveis de representação social do peso ao longo dos anos, estudos iniciais acerca da obesidade e transição nutricional são de fundamental importância para o entendimento da atual definição da obesidade e os seus impactos. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) define obesidade como o acúmulo excessivo de gordura corporal que representa prejuízos à saúde do indivíduo. Em termos de classificação, encontra-se no grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)<sup>2</sup>, e afeta de modo adverso o tempo de vida e a condição geral de saúde do indivíduo, essencialmente pelo depósito de gordura em artérias, órgãos e cavidades internas.

Contrapondo a associação entre obesidade e farta disponibilidade de alimentos, a obesidade está presente não somente em países desenvolvidos, mas o seu crescimento tem sido significativo em países que se encontram em desenvolvimento e naqueles em que as condições de fome e miséria são elevadas (KESKIN; ENGIN; DULGERLER, 2010; OPAS, 2017; SOBCZAK *et al.*, 2014; VIEIRA; SICHIERI, 2008). A questão da desigualdade social está cada vez mais ressaltada, e influenciada por fatores, como: falta de informação sobre nutrição, redução dos cuidados com preparo e conservação da comida, e acesso aos alimentos ditos “menos nobres”, que são os industrializados selecionados prioritariamente por seu valor de mercado, e não pelo valor nutricional. Esta desigualdade é expressa em números, pois o aporte calórico cotidiano de classes populares chega a ter 200 calorias a mais do que as de classes média e alta (VIGARELLO, 2012).

Esta doença crônica tem sido apontada como um dos principais problemas de saúde da atualidade (ABESO, 2022). Devido ao seu crescimento alarmante, já tem sido classificada como pandemia, que exige medidas urgentes de prevenção e tratamento (MELDRUM; MORRIS; GAMBONE, 2017). No cenário mundial, aproximadamente 1,4 bilhões de indivíduos adultos apresentam sobrepeso, e deste quantitativo ao menos 500 milhões são classificados como clinicamente obesos (OPAS, 2017). Um estudo identificou a distribuição de adultos obesos em diferentes continentes, e como resultado 50% dos países apresentaram taxas

---

<sup>2</sup> As DCNT possuem etiologia múltipla, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e se associam a deficiências e incapacidades funcionais (MALTA *et al.*, 2017).

de adultos obesos maiores que 20%, sendo que os maiores valores de obesidade adulta estão concentrados nos continentes da América e Europa (SOUZA *et al.*, 2018).

No Brasil, estima-se que a obesidade atinge 19,8% da população, e que 55,7% das pessoas estejam com sobrepeso (BRASIL, 2018). Apesar das maiores taxas de obesidade se concentrarem nas regiões Sul e Sudeste, nota-se o crescimento do quantitativo de obesos nas regiões Norte e Nordeste (REZENDE *et al.*, 2018). Considerando-se as capitais brasileiras, as maiores frequências de obesidade em homens foram encontradas em Manaus (27,1%), e as menores em Aracaju (14,4%), e entre mulheres, a maior frequência concentrou-se no Rio de Janeiro (24,6%), e as menores em Palmas (14,9%) e São Luís (15,7%) (BRASIL, 2018).

A obesidade tem aumentado não somente em adultos, mas, sobretudo, em jovens e crianças. Entre os jovens, a obesidade aumentou 110% entre 2007 e 2017 (BRASIL, 2018). Já o número de crianças e adolescentes obesos aumentou 10 vezes nas últimas quatro décadas. Em 1975 o quantitativo de crianças e adolescentes obesos era de aproximadamente 1%, equivalente a 5 milhões de meninas e 6 milhões de meninos. Já em 2016, este número aumentou para 14%, o que corresponde a 50 milhões de meninas e 74 milhões de meninos (OMS, 2017).

Assim como a prevalência da obesidade demonstra crescimento, também aumentam os impactos sociais e econômicos advindos da doença. No Brasil, o custo da obesidade atinge 2,4% do Produto Interno Bruto (PIB), o que equivale a aproximadamente R\$ 84,3 bilhões por ano. Além dos prejuízos econômicos, estimativas apontam que 69,3% do total de mortes são atribuídos às DCNT, como doenças cardiovasculares (30,4%), doenças respiratórias (6,0%), diabetes (5,3%) e neoplasias (16,5%), muitas associadas à obesidade (SBCBM, 2019). A associação entre obesidade e câncer é reforçada por dados de um estudo epidemiológico desenvolvido na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) em parceria com a Universidade de Harvard. O estudo sinaliza que, pelo menos, 15 mil casos de câncer por ano no Brasil, ou seja, 3,8% do total de casos, poderiam ser evitados com a redução do excesso de peso e da obesidade. Verificou-se, também, que os casos de câncer são mais comuns em mulheres (5,2%) do que em homens. Isto ocorre porque três tipos de câncer atribuíveis à obesidade e sobrepeso (ovário, útero e câncer de mama) afetam quase exclusivamente a população feminina (REZENDE *et al.*, 2018). Além de todas as comorbidades supracitadas, recentemente se destaca surgimento e impacto da pandemia da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2), também denominada de Covid-19, que até o presente momento tem dizimado milhares de vidas, e quando associada a alguns quadros crônicos, dentre eles a obesidade, pode ter seus sintomas agravados (EASO, 2020).



Em alguns países da América e Caribe, o número de mulheres obesas é superior ao de homens. Segundo uma pesquisa que analisou dados de 38 países, a obesidade feminina é um problema de saúde pública, com prevalência de 15,4% entre mulheres em idade reprodutiva (MARTORELL *et al.*, 2000). A prevalência de maior quantitativo no público feminino é compartilhada pelos dados de Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), que sinalizou, entre os anos de 2008 e 2009, um aumento da prevalência de obesidade na população adulta de 20 a 75 anos, dos quais os valores encontrados foram maiores em mulheres com índices de 16,9% do que entre homens com percentuais de 12,4% (IBGE, 2011).

A classificação diagnóstica de sobrepeso e obesidade é realizada através do Índice de Massa Corporal (IMC), obtido mediante a razão da massa corporal pela estatura ao quadrado (massa corporal = peso/altura<sup>2</sup>). O IMC foi inicialmente elaborado para uso em adultos, mas atualmente é também utilizado em crianças, adolescentes, idosos e gestantes. Ainda que o IMC tenha o seu emprego utilizado internacionalmente, vale ressaltar que ele não mensura a composição corporal. Nesse sentido, apresenta lacunas para o diagnóstico da obesidade, uma vez que esta é uma doença caracterizada por acúmulo de gordura (DIAS *et al.*, 2017). Conforme a classificação do IMC, o indivíduo está em sobrepeso quando apresenta acima de 25 kg/m<sup>2</sup> e a obesidade quando está acima de 30 kg/m<sup>2</sup>. A obesidade Grau III é quando o IMC está acima de 40 kg/m<sup>2</sup>. Dentro das classificações de obesidade para a população adulta, encontram-se diversas categorias, conforme o Quadro 1, abaixo.

Quadro 1 – Classificação do Estado Nutricional

IMC	Classificação	Comorbidade
Abaixo de 18,5 kg/m <sup>2</sup>	Baixo Peso	Risco de doença elevado
18,5 a 24,9 kg/m <sup>2</sup>	Normal	Risco de doença normal
25,0 a 29,9 kg/m <sup>2</sup>	Sobrepeso	Risco de doença moderado
30,0 a 34,9 kg/m <sup>2</sup>	Obesidade Grau I	Risco de doença elevado
35,0 a 39,9 kg/m <sup>2</sup>	Obesidade Grau II	Risco de doença grave
Acima de 40,0 kg/m <sup>2</sup>	Obesidade Grau III	Risco de doença muito grave

Fonte: OMS (2010, n. p.).

Ainda existem outras medidas de mensuração de gordura corporal utilizadas, dentre as quais se destaca a Circunferência de Cintura (CC) e a Relação entre Cintura-Quadril (RCQ). Na CC ou Circunferência Abdominal (CA), é estabelecido como ponto de corte para risco cardiovascular a medida de CA igual ou superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres. Já a RCQ é obtida através da divisão dos perímetros de cintura (cm) e do quadril (cm), e dentre os pontos de corte estabelecidos tem-se 1,0 para homens e 0,8 para mulheres (MACHADO; SICHIERI, 2002). Além destes recursos de mensuração de gordura corporal, existem outros

mais atuais, como a Bioimpedância Eletrônica e Calorimetria Indireta, que devido ao custo elevado, ainda não possuem amplitude nos serviços de saúde pública (MENSORIO, 2013).

O acúmulo excessivo de gordura pode ser avaliado tanto de forma quantitativa quanto qualitativa. É importante a diferenciação entre a quantidade de gordura presente no corpo em termos de percentagem e em termos de qualidade, levando em consideração as características morfológicas, isto é, em que partes do corpo a gordura encontra-se distribuída (OMS, 2004).

A diversidade de conceituações acerca da obesidade converge para o fato de que existe no excesso de peso, o desequilíbrio entre consumo de calorias e gasto calórico, ou seja, ocorre a ingestão excessiva de calorias e pouco gasto calórico (COUTINHO; DUALIB, 2006; OMS, 2012). Segundo Medeiros (1994), a obesidade é uma condição do organismo em que há acúmulo excessivo de gordura, e é marcada pelo desvio no padrão do peso esperado para os critérios de altura, idade e sexo.

Essa acumulação de tecido adiposo pode ser localizada em partes específicas ou generalizada em todo o corpo, podendo ter a sua origem em distúrbios metabólico-hormonais, alterações nutricionais/comportamentais (FISBERG, 2004). Sendo assim, existem diversos fatores que promovem o excesso de peso e contribuem para a etiologia multifatorial da obesidade. A multiplicidade de fatores envolvidos na obesidade define formas de tratamento executadas por equipes multidisciplinares, geralmente compostas por médicos, enfermeiros, nutricionistas, educadores físicos e psicólogos (CADE *et al.*, 2009).

Considerando as diversas classificações para a obesidade, Medeiros (1994) destaca que existem basicamente três etiologias, que são: 1) Endógena: quando o ganho de peso é decorrente de alterações metabólicas, neuroendócrinas e fisiológicas; 2) Exógena: ocasionada pelos maus hábitos alimentares, sedentarismo e aspectos culturais, como escolha por determinados tipos de alimentos e rotina; 3) Fatores Psicológicos: inclui a ingestão de alimentos por carência, solidão e autopunição. Para Lemes (2004) existem apenas dois tipos de obesidade, que são: endógena e exógena. Como assevera este autor, os fatores psicológicos não compõem uma terceira classificação, e podem ser incluídos nos aspectos culturais e sociais que fazem parte do cotidiano do indivíduo. A obesidade endógena é responsável por 5% dos casos; e os outros 95% são classificados como obesidade exógena, decorrentes de sedentarismo, alimentação inadequada e aspectos socioculturais (LEMES, 2004).

Outra classificação etiológica da obesidade é dada a partir da configuração das células de gordura. De acordo com esta categorização, a obesidade pode ser dos tipos: hipertrófica, hiperplástica ou mista. A hipertrófica caracteriza-se por células adiposas se

encherem de gordura, aumentando o volume destas células; a do tipo hiperplástico caracteriza-se pelo aumento da quantidade das células adiposas; já a do tipo mista é uma forma associada da hiperplástica e hipertrófica, ou seja, quando o organismo apresenta a combinação tanto no aumento do volume de gordura nas células quanto da quantidade de células adiposas (DÂMASO, 2001; MCARDLE; KATCH; KATCH, 1996).

As circunstâncias em que a obesidade ocorre também podem ser consideradas formas de classificação e, desta maneira, podem ser: 1) obesidade de longa duração, desde a infância que ocorre por fatores genéticos e/ou por disponibilidade excessiva de calorias precocemente; 2) obesidade da puberdade, mais comum em adolescentes do sexo feminino; 3) obesidade da gravidez, presente em mulheres que adquirem excesso de peso durante o período gestacional, e não retornam ao peso anterior após o parto; 4) obesidade após interrupção de exercício físico, comum em esportistas que após a parada da atividade física, continuam a ingestão calórica no mesmo ritmo da prática de atividades; 5) obesidade secundária à drogas, que aparece após o uso de determinados grupos de fármacos, tais como corticosteroides, antidepressivos, estrogênios, anticonvulsivantes e antidiabéticos orais; 6) obesidade após tabagismo, que aparece após a cessação da ação lipolítica, diminuição do paladar e do apetite causado pela nicotina, e, por fim; 7) obesidade endócrina, acarretada por disfunções do pâncreas, tireoide e suprarrenal (REIS; VASCONCELOS; BARROS, 2011).

Considerando uma análise morfológica da gordura, existem duas classificações para a obesidade, que pode ser do tipo: a) ginóide, típica do sexo feminino, na qual a gordura ocupa as áreas das coxas, culotes e nádegas; b) androide, comum no sexo masculino, concentrando-se a gordura no abdômen (MANCINI, 2002; OMS, 2004).

Em se tratando do público feminino, vale destacar a associação entre obesidade e paridade indicada nos estudos. Isto significa que quando se analisa o acúmulo excessivo de gordura na população feminina, deve-se considerar que a gestação contribui para a alteração temporária do corpo através do ganho de peso. Desta forma, a experiência gestacional promove mudanças na composição corporal que contribuem para um aumento da predisposição ao ganho de peso excessivo no período da gestação, e tornam a mulher mais propensa ao desenvolvimento de sobrepeso e obesidade (FERREIRA; BENICIO, 2015).

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2016) e a OMS (2012) consideram alguns elementos que potencializam a obesidade, dentre eles: 1) A ingestão excessiva de alimentos, influenciada por hábitos de vida contemporânea de consumo exagerado, com alimentos de alto valor calórico, geralmente ricos em gorduras saturadas e pobres em qualidade nutricional, que pode ser potencializado pelo Transtorno de Compulsão

Alimentar Periódica (TCAP); 2) Ausência de atividade física e aumento da natureza sedentária de diversas formas nas atividades do cotidiano, como uso de controles remotos, elevadores e veículos; 3) Ambiente obesogênico, em que estimativas apontam para a probabilidade de 80% de filhos obesos para pais obesos; 4) Problemas hormonais, incluindo disfunções nas glândulas de tireoide e suprarrenais.

Para o tratamento da obesidade, existe um conjunto de medidas que englobam o tratamento clínico, composto de reeducação alimentar, prática regular de atividades físicas, assistência psicológica e tratamento medicamentoso (OLIVEIRA, 2014). Afirma Silva (2012), que o tratamento clínico da obesidade abrange intervenções, tais como: (a) nutricionais, através do manejo da dieta, que pode ser constituída por diferentes graus de restrição energética ou por modificação da composição de macronutrientes (restrição de gorduras ou carboidratos); (b) orientações à prática de atividade física; (c) psicológicas, para facilitar a mudança de hábitos alimentares e de estilo de vida, assim como o manejo adequado de aspectos psicológicos; (d) medicamentosa, que deve ser proposta quando essas medidas são insuficientes para promover resultados eficazes. A função dos medicamentos consiste em inibir o apetite ou dificultar a absorção de gordura (RODRIGUES, 2014).

O tratamento farmacológico da obesidade, assim como as demais opções terapêuticas, possui o objetivo de auxiliar no controle da doença e diminuir as comorbidades associadas. É considerado eficaz quando: contribui para a perda de 1% de peso ao mês, atingindo pelo menos a redução de 5% do peso corporal de três a seis meses; quando melhora os fatores de risco presentes no início do tratamento; quando mantém a perda de peso obtida nos primeiros meses de tratamento, com variação igual ou menor que 3% do peso atingido durante o tratamento. Esta opção de tratamento é indicada a pacientes com sobrepeso/obesidade que não obtiveram redução de peso através dos tratamentos não farmacológicos, e deve considerar alguns critérios, como: IMC igual ou superior a 30 kg/m<sup>2</sup>, IMC igual ou superior a 25 kg/m<sup>2</sup> associado a comorbidades, e CA maior ou igual a 102 cm em homens e 88 cm em mulheres (SBCBM, 2016).

Dentre as medicações utilizadas no tratamento da obesidade destacam-se: 1) Anfepramona (Dietilpropiona) é o mais antigo agente catecolaminérgico aprovado e comercializado no Brasil para o tratamento da obesidade, em que atua no Sistema Nervoso Central (SNC) aumentando a liberação de noradrenalina e inibindo a fome; 2) Femproporex é um inibidor do apetite de ação catecolaminérgica, que atua no SNC, sendo utilizado na terapêutica da obesidade desde a década de 70; 3) Mazindol é um derivado tricíclico, não anfetamínico, que tem ação no SNC, e é considerado um fármaco bem tolerado, sem evidências

de efeitos colaterais graves; 4) Sibutramina, uma medicação bem tolerada que atua diminuindo a ingestão alimentar e elevando a termogênese, indicada para o tratamento da obesidade e do sobrepeso quando associado à comorbidades da obesidade ou aumento da CA; 5) O Orlistat é indicado para pacientes com ou sem fatores de risco definidos (diabéticos e hipertensos), e atua na diminuição da absorção de gordura no trato gastrointestinal, promovendo perda de peso. Por não promover alterações na absorção de medicamentos psiquiátricos como os antidepressivos, Orlistat é geralmente utilizado em indivíduos obesos que estão em tratamento psiquiátrico. Em alguns casos é associado à Sibutramina, apresentando maior efetividade (ABESO, 2010; SBCBM, 2016).

As principais bases de tratamento estão fundamentadas na orientação dietética, prática de atividade física e o uso de fármacos. No entanto, em caso de obesidade Grau III, também denominada de “obesidade grave”, a cirurgia bariátrica tem se tornado a indicação mais viável e frequente (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010). A obesidade grave é caracterizada por IMC superior a 40 kg/m<sup>2</sup>, e está relacionada a elevados níveis de mortalidade decorrentes de complicações associadas. A gravidade deste tipo de obesidade está relacionada a pelo menos três aspectos: prevalência elevada de desordens no comportamento alimentar, resistência aos tratamentos clínicos e associação frequente com doenças como, por exemplo, diabetes, hipertensão e cardiopatias, que são provocadas ou agravadas pela obesidade, e que melhoram com o controle de peso (OMS, 2017).

A relação entre obesidade grave e outras DCNT é reforçada por um estudo que avaliou 141 obesos graves com acúmulo de gordura no fígado (Esteatose Hepática Não Alcoólica – EHNA) submetidos à cirurgia bariátrica. O colesterol elevado se associou à obesidade em 72,7% e à diabetes em 11,7%. O diagnóstico de EHNA foi feito através da biópsia realizada no momento da cirurgia, encontrando-se: esteatose Grau 1 em 50,4% dos indivíduos, Grau 2 em 30,4%, Grau 3 em 15,2%, e, Grau 4 em 4,0% (JORGE; ARAÚJO, 2012).

A cirurgia bariátrica é um procedimento de alta complexidade realizado no aparelho digestivo, para tratamento da obesidade e com a finalidade da redução de peso, tendo sido ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela rede privada de saúde (SILVA; CRAHIM, 2019; OLIVEIRA, 2014). A primeira cirurgia datada para redução de peso foi realizada em 1954, pelos médicos Kremen e Liner, após diversos estudos feitos em animais, adotando uma técnica de desvio intestinal que retirava quase 90% do órgão. No entanto, estes casos iniciais apresentaram complicações nutricionais severas, o que resultou em um número muito elevado de óbitos (COSTA *et al.*, 2019).

Anos depois, em 1980, a cirurgia bariátrica passou a ser reconhecida como tratamento de sucesso, em longo prazo (após 10 anos), contra obesidade. A partir dessa data, diversas associações norte-americanas, como o *National Institute of Health* (NIH) e a *American Gastrointestinal Association* (AGA), passaram a apoiar e a estabelecer as boas práticas para esse tipo de cirurgia, além de definir limites clínicos para os procedimentos, como orientações gerais. Desde então, a associação responsável em cada país, apresenta modificações pontuais, porém as diretrizes gerais (*guidelines*) são praticamente as mesmas. Após este marco, passaram a ser fundadas outras sociedades médicas voltadas ao tema da cirurgia bariátrica pelo mundo todo, e os pacientes obesos começaram a ser mais bem assistidos, no sentido de disporem de boas referências e receberem orientações mais seguras (COSTA *et al.*, 2019).

No início da década de 1990, dois cirurgiões apresentaram uma mescla das técnicas cirúrgicas mais utilizadas, unindo a restrição do estômago a um desvio menor do intestino e diminuindo, assim, a absorção dos alimentos (além de corrigir algumas das complicações das cirurgias que existiam na época). Essa técnica “grampeava” e separava o estômago, de forma a deixar uma câmara gástrica pequena para induzir à saciedade precoce, e utilizava um anel de silicone em volta deste estômago para retardar o seu esvaziamento, de forma que o paciente permanecesse saciado por um período mais prolongado, sem sentir fome. Posteriormente, o método recebeu o nome dos dois criadores, ficando conhecido como técnica de “Fobi-Capella”, uma das mais realizadas no mundo (COSTA *et al.*, 2019).

No Brasil, as pesquisas referentes à cirurgia bariátrica avançaram com os estudos do Dr. Salomão Chaib, em meados da década de 1970, no Hospital das Clínicas, em São Paulo. Na década de 1980, destaca-se a participação do Dr. Arthur Garrido Junior, na difusão e aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas (SBCBM, 2016). Outra figura que se destaca na difusão e aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas foi o médico Arthur Belarmino Garrido Junior, que conduziu e capitaneou diversos estudos na área, em especial no Hospital da Beneficência Portuguesa de São Paulo, onde, junto a outros profissionais, empenhou-se na iniciativa de contribuir para a formação de outros cirurgiões (COSTA *et al.*, 2019).

Aos poucos, diversos centros cirúrgicos especializados foram se consolidando pelo Brasil e, hoje em dia, os dados quanto aos números de procedimentos realizados no país já indicam crescimento. Em 2013, o Brasil ocupava o oitavo lugar no *ranking* de cirurgias bariátricas em todo o mundo. É importante lembrar que as técnicas cirúrgicas também foram aperfeiçoadas mundialmente devido ao crescimento da tecnologia e à persistência de muitos estudiosos. Um exemplo é a videolaparoscopia, método moderno e pouco invasivo pelo qual é possível realizar todas as técnicas cirúrgicas, no caso da bariátrica. Esse método deu aos

pacientes melhores condições de recuperação pós-operatória, oferecendo um retorno mais rápido e seguro às atividades cotidianas (COSTA *et al.*, 2019).

Em 2016, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução n.º 2.131/15, que habilita a cirurgia bariátrica não somente a pacientes a partir de 40 kg/m<sup>2</sup>, mas indivíduos com IMC a partir de 35 kg/m<sup>2</sup>. Nessa nova resolução, destaca-se o acréscimo de mais de 21 doenças relacionadas à obesidade, que podem apontar para indicação da cirurgia e alteração na idade mínima para a realização da operação. Antes, estava estabelecido que jovens entre 16 e 18 poderiam fazer a cirurgia, desde que a relação custo-benefício fosse bem analisada. Com as novas alterações, além das regras anteriores, devem ser atendidas determinadas especificações, como a presença de um pediatra na equipe multiprofissional. Em indivíduos menores de 16 anos, o procedimento cirúrgico é considerado de caráter experimental, e a autorização da cirurgia ocorre somente após a avaliação de necessidade extrema, isto é, do custo-benefício, além de ser obrigatória a presença de um pediatra na equipe multidisciplinar (CFM, 2016). Como traz a Resolução n.º 1.766/05 do CFM, a equipe deverá ser composta por um cirurgião com formação específica, endocrinologista, nutrólogo e/ou nutricionista, um psicólogo e/ou psiquiatra, fisioterapeuta, anestesista, enfermeiro, entre outros familiarizados em condutas específicas em obesidade grave (CFM, 2005).

Quanto aos critérios psicológicos e/ou psiquiátricos relacionado aos candidatos, às operações bariátricas destaca-se contraindicação da cirurgia para pessoas com psicopatologias que possam interferir no tratamento, especificamente: a) alcoolemia; b) dependência química; c) depressão grave com ou sem ideação suicida; d) psicoses graves ou qualquer outra psicopatologia que, a critério da avaliação do psiquiatra, contraindique a cirurgia de forma definitiva, ou a recomendação de tratamento e acompanhamento com psicólogo e/ou psiquiatra para controle e posterior indicação para cirurgia. Neste contexto, vale destacar importância da avaliação psicológica, não somente como identificador de psicopatologias, mas recurso que contribui para análise integral do indivíduo, levando em conta aspectos biopsicossociais do paciente, com o objetivo de avaliar a presença de recursos pessoais e suporte familiar para enfrentar não só o procedimento cirúrgico, mas também todas as restrições e desafios frequentes após a cirurgia (CFM, 2016; SILVA, 2019).

Considera-se que nenhum transtorno psiquiátrico seja uma contraindicação formal primária para a realização da operação. No entanto, recomenda-se que qualquer condição psiquiátrica associada deve ser adequadamente tratada no paciente candidato à cirurgia. Evidencia-se a necessidade de um maior cuidado em relação aos candidatos que sejam dependentes de substâncias psicoativas, sobretudo o álcool, uma vez que estudos de seguimento

reportaram a associação entre álcool e morte após a cirurgia (SEGAL; LIBANORI; AZEVEDO, 2002).

Segundo o seu mecanismo de ação, as técnicas cirúrgicas podem ser divididas em três tipos: restritivas, disabsortivas e mistas. As técnicas restritivas são caracterizadas pela redução da capacidade gástrica, promovendo sensação de saciedade com menor quantidade de alimento, e as mais comuns são: Bandagem Gástrica Ajustável (BGA), Gastroplastia Vertical com Bandagem (GVB) e gastroplastia vertical (*Sleeve Gastrectomy*). As técnicas disabsortivas restringem a absorção de nutrientes, dentre as quais: derivação biliopancreática (Scopinaro) e *Duodenal Switch* resultam em restrição energética e redução no trânsito intestinal, com limitação importante da absorção de nutrientes. Por fim, as cirurgias mistas, que associam o componente restritivo ao disabsortivo, ocasionam menor ingestão energética e redução na absorção de nutrientes. A técnica mista mais conhecida é a Gastroplastia com desvio intestinal em Y-de-Roux (GRYR), também conhecida como *Bypass Gástrico* (SILVA, 2012).

A SBCBM (2017b) destaca algumas técnicas cirúrgicas, dentre elas:

1) O *Bypass Gástrico*: que consiste na criação de uma secção do estômago, que passa a ter um volume de aproximadamente 30ml, juntamente com um desvio intestinal, o formato deste desvio é muito semelhante à letra “Y”, que originou o nome da técnica juntamente com Roux, sobrenome do cirurgião responsável pela criação do procedimento. Nesse procedimento misto é realizado grampeamento de parte do estômago, reduzindo a estrutura do intestino e, conseqüentemente, o espaço para o alimento, o que promove o aumento de hormônios que provocam saciedade e reduzem a fome. A combinação aumento da saciedade e menor ingestão de alimentos contribui para a perda de peso ponderal;

2) A *Gastrectomia Vertical* ou *Sleeve*: onde o estômago é transformado em um tubo, com capacidade de 80 a 100 ml. É um procedimento que tem boa eficácia sobre o controle da hipertensão e de doenças dos lipídeos (colesterol e triglicérides);

3) O *Duodenal Switch*: onde são retirados 60% do estômago, porém, a anatomia básica do órgão e a sua fisiologia de esvaziamento são mantidas. O desvio intestinal reduz a absorção dos nutrientes, levando ao emagrecimento (SBCBM, 2017b).

Dentre as evoluções tecnológicas da medicina destaca-se a cirurgia feita por via laparoscópica, na qual são feitos pequenos orifícios, introduzindo longas pinças cirúrgicas, e se realiza o procedimento através de uma televisão ou monitor cirúrgico. Este é um procedimento considerado “minimamente invasivo”, aplicável em todas as técnicas cirúrgicas. No tratamento da obesidade, os procedimentos são diferenciados em função do acesso, sendo assim, existem as cirurgias laparoscópica e a convencional aberta (laparotomia). Na cirurgia aberta, é feito um



corte de 10 a 20 cm no abdômen do paciente. Na videolaparoscopia são feitas de quatro a sete mini incisões de 0,5 a 1,2 cm, cada uma, por onde passam as cânulas e a câmera de vídeo. Vale destacar que cirurgia laparoscópica apresenta vantagens no que concerne a dor no pós-operatório, além de menor índice de infecção e maior efetividade em relação ao tempo de recuperação (SBCBM, 2017a).

Uma outra inovação é o Balão Intragástrico, reconhecido como terapia auxiliar para preparo pré-operatório. É um procedimento realizado por endoscopia para o implante de uma prótese de silicone preenchida com 500 ml de líquido, visando diminuir a capacidade gástrica e provocar saciedade. O paciente fica com o balão por um período médio de seis meses. É indicado para pacientes com sobrepeso ou no pré-operatório de pacientes com obesidade Grau III, sobretudo em indivíduos com IMC igual a 50 kg/m<sup>2</sup>, em que é essencial a perda de peso para a minimização dos riscos cirúrgicos. Desta maneira, o balão intragástrico tem sido amplamente utilizado como recurso pré-cirúrgico em pacientes de alto risco (BORGES *et al.*, 2018). Recentemente, desenvolveu-se também o método da Sutura Cavitária Endogástrica, uma espécie de costura realizada por meio da endoscopia para mimetizar o estreitamento da câmera gástrica. No entanto, deve-se ressaltar que tais procedimentos funcionam como alternativa terapêutica, mas não servem para substituir a cirurgia gástrica, além de não terem sido homologados e reconhecidos pelo CFM; apenas a SBCBM os reconhece como técnica endoscópica para o tratamento da obesidade (COSTA *et al.*, 2019).

Entre os procedimentos mais adotados no mundo, tem-se hoje o chamado “desvio do estômago” ou *Bypass* em Y-de-Roux (técnica mista), e a gastrectomia vertical em manga (popularmente conhecida como “*Sleeve* gástrico”), procedimento puramente restritivo, ou seja, que não abrange o intestino, e cujo nome vem do fato de que o estômago adquire o formato de uma manga de camisa (COSTA *et al.*, 2019).

De todas as técnicas bariátricas mencionadas, o *Bypass* Gástrico tem sido a mais praticada no Brasil, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas, devido à sua segurança e, principalmente, sua eficácia. O paciente submetido perde de 70 a 80% do excesso de peso inicial, sendo maior esta perda ponderal no primeiro ano de pós-operatório (SBCBM, 2017a; SILVER *et al.*, 2006). Após este período, a taxa de emagrecimento torna-se menor e, normalmente, ocorre estabilização após 18 a 24 meses (SJÖSTRÖM; LINDROOS; PELTONEN, 2004).

Pacientes operados há alguns anos atrás podem ter passado por outras técnicas cirúrgicas, como BGA, um procedimento restritivo em que uma cinta é utilizada para comprimir o estômago e assim reduzir o seu tamanho; ou as chamadas Derivações Biliopancreáticas, as

cirurgias mistas nas quais o trajeto das secreções da bile e do pâncreas era modificado, possuindo como principal característica a disabsorção intestinal. A cirurgia de Scopinaro e a *Duodenal Switch* são exemplos de derivações biliopancreáticas. Estas técnicas podem ser utilizadas, porém, em virtude da possibilidade de acarretarem problemas de alterações intestinais – como a diarreia ou nutricionais, como a desnutrição –, já se tornaram pouco realizadas, motivo pelo qual a técnica do *Bypass* e da Gastrectomia Vertical são hoje as mais comuns (COSTA *et al.*, 2019).

No Brasil, entre 2011 e 2018 houve um aumento de 84,73% no número de cirurgias bariátricas. Em 2011 foram realizados 34.629 procedimentos; já em 2018 este número ascendeu para 63.969. Das cirurgias realizadas em 2018, destaca-se o quantitativo de 49.521 pela saúde suplementar (planos de saúde), 11.402 cirurgias pelo SUS e 3.046 pela rede privada. Este quantitativo pode ser mais expressivo, se se considerar que o número de pessoas obesas elegíveis à cirurgia bariátrica (13.600.00 milhões de indivíduos), ainda é muito inferior ao número de cirurgias realizadas (SBCBM, 2019).

No ano de 2013, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a linha de cuidados prioritários do sobrepeso e da obesidade na rede de atenção às pessoas com doenças crônicas no SUS. Essa linha estabelece fluxo de referência e contrarreferência para assistir o usuário com sobrepeso e obesidade no Brasil. Define a organização dos serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção da rede (nível primário, secundário e terciário), e estabelece que o cuidado é desde a orientação e apoio à mudança de hábitos, até os critérios rigorosos para a realização da cirurgia bariátrica, último recurso para atingir a perda de peso (BRASIL, 2013).

## **2.2 Aspectos psicológicos e psicopatológicos associados à obesidade**

Em 1950 avançaram os estudos acerca dos aspectos psicológicos da obesidade, e atualmente sabe-se que estes incluem processos aditivos, sociais, culturais, desenvolvimentais e psicopatológicos (SWENCIONIS; RENDELL, 2012). Autores como Tomaz e Zanini (2009) dedicam-se aos estudos de aspectos psicológicos da obesidade e identificaram que estratégias de resolução de problemas com o foco nas emoções possuem relação com os comportamentos alimentares inadequados. Conforme estes autores, insegurança, irritação e níveis elevados de estresse direcionados aos problemas, costumam estar relacionados às emoções consideradas desconfortáveis (por exemplo: ansiedade e tristeza). Uma das estratégias utilizadas para lidar

com estas emoções e obter alívio é através da comida, pois dentre os inúmeros fatores multicausais é um dos que se relaciona com obesidade e/ou transtornos alimentares.

O entendimento dos comportamentos relacionados à alimentação e dos aspectos psicológicos relacionados à manutenção de um peso saudável possibilita diferentes formas de abordar as questões relativas à perda de peso. A compreensão da relação entre pensamentos, emoções e comportamentos resulta em melhorias na qualidade das relações interpessoais, na autoestima, assim como a conclusão de que não existe uma solução mágica para o problema da obesidade. A abordagem de uma questão complexa como a obesidade deve envolver mudanças sustentáveis a longo prazo. Desta forma, trabalhar com os fatores psicológicos associados à alimentação e peso é uma importante contribuição no tratamento da obesidade (YILMAZ; POVEY; DALGLIESH, 2011).

Os aspectos psicológicos, dentre os quais estão inclusos os pensamentos, as emoções e os comportamentos contribuem tanto para a etiologia quanto para a manutenção da obesidade (ABREU; ROSO, 2003). A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) destaca-se como modelo terapêutico baseado em evidências, que tem demonstrado eficácia para uma ampla gama de DCNT, como hipertensão e obesidade. Demonstra resultados positivos no tratamento, abordando padrões de pensamento e incentivando mudanças de estilo de vida em relação aos padrões alimentares (BECK, 2013; LUZ; OLIVEIRA, 2013). De acordo com este referencial, os pensamentos são maneiras pelas quais são interpretadas as situações do dia a dia, podendo vir em forma de ideias ou imagens. Esses pensamentos encontram-se relacionados às crenças, que são expectativas sobre si e sobre os outros, formadas a partir das primeiras experiências do desenvolvimento.

A intervenção no nível cognitivo pode ter muitos significados, desde auxiliar na modificação de crenças, ajudar as pessoas a viverem suas vidas da maneira que valorizam, e auxiliar na resolução de problemas. Do ponto de vista comportamental, auxilia na adoção de hábitos saudáveis e de autocuidado, e a responder habilmente desafios e adversidades da vida (WENZEL, 2018).

Com base nesta orientação, os sistemas de crenças de indivíduos obesos relacionam-se com sentimentos, comportamentos e pensamentos acerca do peso, da alimentação e do valor pessoal; por exemplo, a crença de que ser magro está associada a autocontrole, competência e superioridade, interferindo diretamente na constituição da autoestima da pessoa, ou mesmo a crença de que ser magro é fundamental para a solução de problemas da vida, e que, portanto, pessoas obesas seriam infelizes e malsucedidas são significações que também são encontradas neste grupo (ABREU; ROSO, 2003).

Especificamente em relação ao emagrecimento, parte-se do pressuposto que modificando o pensamento, o comportamento alimentar também será alterado e, desta forma, se dará a possibilidade de perda de peso (BECK, 2008).

Estes conjuntos de crenças provocam, no obeso, tendências disfuncionais de raciocínio, levando-o ao desenvolvimento de pensamentos dicotômicos – pensamentos em termos absolutos e extremos, do tipo “se não estou completamente com o controle, significa que perdi todo o controle; então, posso me fartar”. Considerando-se o sistema de crenças, identificam-se os aspectos psicológicos da obesidade, aspectos envolvidos no controle da alimentação, ou seja: as correlações, interdependências e interações que existem entre o ambiente, pensamentos, sentimentos e comportamentos (WENZEL, 2018; BECK, 2008).

Pesquisadores como Glisenti e Strodl (2012) sugerem que não raramente indivíduos obesos apresentam dificuldade de desafiar logicamente as suas cognições, sobretudo em momentos de intensidade emocional, o que pode estar relacionado ao padrão de alimentação emocional. Desta forma, estes autores sugerem que a utilização de estratégias baseadas em evidências, como *mindfulness*, tolerância à aflição e regulação emocional, juntamente com implementação de técnicas de reestruturação cognitiva.

O conceito de alimentação emocional ou fome emocional é utilizado para explicar a fome decorrente da necessidade emocional além da necessidade fisiológica. A fome emocional se caracteriza por ser repentina e imediata, com a exigência de um alimento específico, e não é saciada. Mudança de comportamento é o que defendem alguns especialistas, e destacam a importância da utilização de técnicas com o objetivo de reduzir e manter um peso equilibrado. Dessa forma, saber diferenciar a fome física da emocional é importante, principalmente para saber a causa da fome emocional e tratá-la (BALAIAS, 2010).

Um crescente número de estudos tem apontado para associação entre uma inadequada regulação emocional e comportamento alimentar, sobretudo em indivíduos com comportamentos alimentares alterados (EVERS; MARIJN; RIDER, 2010; GORLACH *et al.*, 2016). Uma das alternativas de lidar com estados internos e emoções consideradas negativas e estressantes é através da utilização de mecanismos de *coping* mal adaptativos, como comportamentos alimentares perturbados (KEMP; BUI; GRIER, 2013; O'REILLY *et al.*, 2014). A utilização de comportamentos alimentares perturbados como estratégia de regulação emocional é presente na população de obesos e não obesos; no entanto, é mais comum entre indivíduos com sobrepeso e obesidade, sendo estes comportamentos considerados indicadores importantes na associação de obesidade com psicopatologias (EICHEN *et al.*, 2017; MICANTI *et al.*, 2017).

Como já foi discutido anteriormente, a obesidade é uma doença crônica com interferência de múltiplos fatores, sendo assim, não pode ser considerado um transtorno psiquiátrico e psicopatológico (SEGAL; FANDIÑO, 2002; OLIVEIRA; YOSHIDA, 2009), contudo, nota-se a referência de transtornos psicológicos em indivíduos que se encontram no processo de espera da cirurgia bariátrica.

Estudos relacionados aos aspectos psicológicos e obesidade indicam que esta exerce influência adversa na aquisição e manutenção de relações interpessoais saudáveis, e a percepção de suporte social disponível ao enfrentamento de situações cotidianas (HÖRCHNER *et al.*, 2002). Um estudo realizado por Oliveira e Yoshida (2009) avaliou os aspectos psicológicos de pacientes antes e depois da cirurgia bariátrica, investigando os sintomas de depressão e ansiedade, sintomas psicopatológicos, alexitimia e estilo defensivo de obesos Grau III, e depois de cirurgia bariátrica.

A pesquisa foi realizada com amostra predominantemente de mulheres, e revelou que antes da cirurgia os níveis de depressão, ansiedade, sintomas psicopatológicos eram leves, e após a perda de peso houve uma redução da sintomatologia psicopatológica. O estudo sugere que não se deve pensar numa característica de personalidade única e tampouco adotar uma postura única diante da associação da obesidade com aspectos psicológicos e psicopatológicos. O importante é compreender, em cada caso, quais fatores estão presentes e quais podem propiciar sofrimento emocional e, nesse sentido, buscar propostas terapêuticas adequadas. Por fim, a pesquisa concluiu que a perda de peso parece ser uma variável que regula os aspectos psicológicos e psicopatológicos, o que deve ser considerado nos estudos que vêm apontando reganho de peso após a cirurgia, na população que não obtém sucesso com a cirurgia, pois não alteram o seu estilo de vida e os seus hábitos alimentares (OLIVEIRA; YOSHIDA, 2009).

A obesidade grave está associada a um considerável estresse psicossocial, e das pessoas que procuram cirurgia bariátrica, 20 a 60% têm algum transtorno de humor ou alimentar. Em comparação com a população geral, pessoas com obesidade nível III apresentam quadros de depressão, ansiedade e relatam insatisfação com a sua imagem corporal e com o funcionamento conjugal/sexual. Estudos indicam, que após a cirurgia ocorre uma melhora significativa na imagem corporal e na atividade sexual, bem como uma diminuição de sintomas de ansiedade e depressão. No entanto, os benefícios psicossociais do tratamento cirúrgico parecem diminuir com o tempo, e não obstante, pesquisas apontam relatos de psicopatologia, a partir do 6º mês após a cirurgia, e dentre os mais comuns encontram-se: transtornos alimentares, dependência química e suicídio (FRANQUES; ARANELES-LOLI, 2011).

Vale destacar alguns estudos que apontam para a relação entre obesidade e psicopatologias, como: ansiedade, depressão e compulsão alimentar periódica (BODENLOS *et al.*, 2012; GARIEPY; NITKA; SCHMITZ, 2010; ANDREWS; LOWE; CLAIR, 2009; LUDWIG *et al.*, 2012; PETRY *et al.*, 2008; TOSETTO; SIMEÃO JÚNIOR, 2008; OLIVEIRA; LINARDI; AZEVEDO, 2004).

Aproximadamente 2/3 da população que busca a cirurgia bariátrica tem algum diagnóstico psiquiátrico, sendo a depressão o mais comum, com uma prevalência que varia de 20 a 50%. A presença de transtorno depressivo exige maior atenção em relação aos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica, não somente porque a depressão prediz um menor sucesso na perda de peso, mas também porque a cirurgia acarreta modificações na absorção dos medicamentos antidepressivos pelo organismo do operado (LOPES; CORREIA, 2016).

A ansiedade também é considerada como fator contribuinte para o aumento de peso, o que é prejudicial no pós-operatório. Em um estudo realizado com pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, foram encontrados níveis mais altos de ansiedade após seis meses de cirurgia com 14% da amostra (PORCU *et al.*, 2011). O aumento de sintomas de ansiedade em pacientes pós-cirúrgicos associa-se com as mudanças relacionadas à alimentação, que implica na diminuição de quantidades e modificação de comportamento alimentar (CAVALCANTE, 2009).

Outra psicopatologia a se destacar é abuso/dependência de substâncias psicoativas, principalmente no pós-operatório. Um estudo desenvolvido por Porto e Antoniassi Junior (2017) sinalizou para o aumento do consumo de álcool em pacientes que não obtiveram sucesso na manutenção de hábitos saudáveis após a cirurgia bariátrica. Os resultados desta pesquisa indicam que, apesar dos pacientes relatarem estar preparados para a cirurgia, muitos desconhecem o processo pelo qual serão submetidos, e a real mudança que isso acarretará em suas vidas, principalmente em relação ao alimento, e com isso passam a procurar por algo que irá suprir o vazio antes preenchido por este. Segundo estes autores, a bebida alcoólica, por ser de fácil ingestão, é muitas vezes utilizada para suprir as necessidades advindas da falta do alimento, além de possibilitar um convívio social sem gerar constrangimentos.

Os elementos psicopatológicos preexistentes à cirurgia podem contribuir para o desencadeamento ou intensificação de um transtorno ou comportamentos desadaptativos, assim como reganho excessivo de peso a longo prazo. Portanto, deve-se atentar à importância da valorização psicológica dos pacientes com obesidade grave, assim como a necessidade de aporte psicológico individual e/ou coletivo durante o pós-operatório (FRANQUES; ARANELES-LOLI, 2011).

Portanto, entende-se que os fatores psicológicos são relevantes no enfrentamento da obesidade, e estão relacionados funcionalmente com o sucesso ou fracasso desta doença crônica (BODENLOS *et al.*, 2012; HÖRCHNER *et al.*, 2002). As cirurgias bariátricas também podem ter probabilidade de sucesso diminuída em contextos de transtornos psicológicos e de baixa interação social, uma vez que pessoas obesas e com transtornos psiquiátricos crônicos apresentam maiores dificuldades de adaptar os seus comportamentos alimentares às modificações impostas pela cirurgia bariátrica.

Desta forma, é importante destacar a interferência da intensidade e gravidade de sintomas psiquiátricos no período pós-cirúrgico, mais que apenas a presença, ou não, de um transtorno psiquiátrico (FANDIÑO; APPOLINARIO, 2006). Entretanto, apesar destes indicadores, estudos longitudinais demonstram uma melhora do funcionamento psicológico após a cirurgia (OLIVEIRA; YOSHIDA, 2009). Alguns ressaltam a significativa melhora na qualidade de vida dos pacientes após a cirurgia. Outros estudos destacam a diminuição dos níveis de depressão e ansiedade, aumento da percepção de apoio social e da motivação para prosseguir com o tratamento (KARLSSON; SJÖSTRÖM; SULLIVAN, 1998; MOTA, 2012; OLIVEIRA; YOSHIDA, 2009; SILVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO, 2009; SOARES, 2009).

A melhora em aspectos psicológicos e interpessoais, bem como a perda de peso (em torno de 50-60%) nos dois primeiros anos após a cirurgia é consenso na literatura. Porém, após este período, é frequente o reganho de peso. Para tanto, o suporte psicossocial, modificações nos padrões alimentares e elaboração de estratégias de enfrentamento saudáveis aumentam a probabilidade do sucesso cirúrgico por maiores períodos (SARWER; WADDEN; FABRICATORE, 2005).

O pós-cirúrgico é definido pelos pacientes como sendo um dos mais difíceis, sendo acompanhado de grande desconforto e de adaptação à nova dieta, além da ansiedade e da insegurança. Essa fase exige do paciente constante reflexão, que traz à tona questões emocionais. Mesmo depois da cirurgia, é importante continuar com o suporte psicológico e com todo o grupo multidisciplinar. É necessário trabalhar aspectos referentes à mudança de vida dos pacientes e às múltiplas experiências emocionais que no primeiro momento perpassam por dificuldades em relação à alimentação, à vontade de comer alimentos sólidos e à alegria com a perda de peso. E algum tempo depois, quando já podem comer alimentos sólidos, os pacientes experimentam o prazer de comer pouco e ficarem satisfeitos, mas com o receio de possíveis vômitos ou “*dumpings*”, e consequências hormonais, como perda de cabelo (FRANQUES; ARANELES-LOLI, 2011).

Sendo assim, o trabalho do psicólogo é auxiliar o paciente a se conhecer e a se perceber melhor, compreendendo, aceitando e participando de forma mais eficiente do tratamento, tornando-se autor e responsável pela nova identidade (SILVA; CRAHIM, 2019).

### **2.3 Processos de emagrecimento e reganho de peso após a cirurgia bariátrica**

A perda de peso é um processo extremamente complexo, que envolve fatores físicos e psicológicos. Implica na readaptação de um organismo que muitas vezes está acostumado a um metabolismo que incita à fome e resiste à perda ponderal (BENEDETTI, 2015). Salienta-se a importância de acompanhamento profissional para adequada avaliação deste processo, uma vez que se incorre no risco de se perceber com mais ou menos peso do que na verdade se têm. Uma pesquisa realizada com 494 estudantes da classe média em São Francisco (Califórnia), mais da metade se descreveu como tendo excesso de peso, embora apenas 15% realmente teriam esse excesso segundo parâmetros clínicos. Portanto, 31% das meninas de nove anos se achavam “gordas demais”, e 81% das de 10 anos já faziam regimes (WOLF, 2020).

Sendo a obesidade uma doença crônica que ameaça a vida, muitas pessoas depositam sobre o emagrecimento a possibilidade de livrar-se dos prejuízos decorrentes do excesso de peso e adquirir melhor qualidade de vida. Não obstante, muitos obesos, quando buscam o tratamento cirúrgico, já passaram por diversas tentativas de perda de peso, o que contribui para desânimo e sensação de fracasso. Algumas destas restrições alimentares sequer passam pela supervisão de um profissional de nutrição, o que contraditoriamente contribui para excessos alimentares (SILVA; CRAHIM, 2019; WOLF, 2020).

Devido à sua origem multifatorial, o tratamento da obesidade abrange diversas abordagens, incluindo o acompanhamento nutricional, a prática regular de atividade física e o uso de fármacos. Porém, mesmo com os tratamentos convencionais, variáveis como grau de obesidade, associação com outras doenças e baixo nível de responsividade são indicativos para a cirurgia bariátrica. Esta técnica tem mostrado eficácia quando associada à educação nutricional e atividade física (OLIVEIRA; YOSHIDA, 2009; SBCBM, 2016; SEGAL; FANDIÑO, 2002).

Embora o emagrecimento esteja vinculado à estabilização de um quadro crônico e da diminuição dos prejuízos da obesidade, este processo exige capacidade de mudança e adaptação à nova situação, sem as quais o emagrecimento significaria estritamente a perda de peso ponderal, e não necessariamente estaria vinculada à melhoria na qualidade de vida e imagem corporal positiva. As modificações físicas e sociais no processo de emagrecer são tão



intensas, e o papel social de obeso tão sedimentado ao longo dos anos que, não obstante, indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica relatam que ao chegarem a um local que não lhe era familiar, ainda que tivessem sofrido alteração de peso, achavam que seriam vistos e tratados como obesos. Estas alterações corporais, que se refletem no social, colaboram para a sensação de estranhamento e não pertencimento do paciente pós-bariátrico (MAGDALENO JÚNIOR, 2011).

O desafio do indivíduo neste processo é transitar de um papel social de obeso conservado ao longo dos anos para um novo papel social. O emagrecimento precisa ocorrer para ser vivido como uma experiência positiva, na qual o indivíduo se reposiciona no mundo de outra forma, na qual a manutenção do peso e a construção de nova identidade social sejam mais vantajosas em relação ao prazer de comer deliberadamente, sem levar em consideração qualidade e quantidade. Do ponto de vista genético e metabólico, o obeso emagrecido será sempre um candidato à obesidade, ainda que o temor do reganho de peso seja fundamentado muito mais naquilo que ouviu sobre si ao longo da vida e internalizou, do que em sua propensão genética ao ganho de peso. A sujeição por anos a um discurso de que há entre os obesos a incapacidade no autocontrole, desautoriza estas pessoas a empreenderem estratégias para se manterem magras (BECK; BUSIS, 2016; BENEDETTI, 2015).

Ultrapassar todos os obstáculos até a cirurgia representa uma conquista, mas sendo a obesidade uma doença crônica, os desafios continuam, por isso emagrecer depois da cirurgia não significa batalha vencida (FRANQUES *et al.*, 2011). A atenção e o cuidado no que diz respeito ao aumento de peso devem fazer parte da sua rotina continuamente. É a fase de maior desconforto e de várias tentativas de adaptação à nova dieta. Atrelado a tudo isso, ainda existe muita expectativa, ansiedade e insegurança em relação à nova situação (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

O alimento não poderá mais ser uma fonte de prazer e defesa psicológica, o que poderá causar frustrações e angústias. O acompanhamento psicológico nesse momento é crucial, de modo a colaborar no desenvolvimento da consciência de si mesmo e da sua escolha. Pode auxiliar também a lidar com os conflitos, e a colaborar na reconstrução da uma nova identidade social, deixando claro que, nessa fase, o êxito do tratamento é um processo da associação de múltiplos fatores que exigirá engajamento e responsabilidade (XIMENES, 2009).

Um aspecto central na população em preparação para a cirurgia bariátrica é que normalmente não procuram espontaneamente o acompanhamento psicológico. Geralmente, estes pacientes são encaminhados pelo cirurgião, e não costumam identificar suas questões no âmbito psicológico, por vezes associando a figura do psicólogo a de um juiz que irá aprovar ou

não, através de um documento psicológico a sua cirurgia; outros ainda são relutantes ao encaminhamento psicológico, devido às estigmatizações associadas ao trabalho do profissional de psicologia. Apesar de todas estas questões, após o primeiro contato muitos pacientes prosseguem no acompanhamento do psicólogo, mesmo sendo liberado pelo cirurgião, por entenderem a importância deste acompanhamento e se sentirem mais seguros (LOLI-ARENALES, 2017).

O trabalho do psicólogo é de fundamental importância neste processo, desde o pré até o período pós-cirúrgico. Consiste em desmistificar os estigmas acerca de seu trabalho, na abordagem de temas específicos da vida do paciente que os auxiliarão a compreender algumas de suas questões que influenciarão na decisão pela cirurgia. Alguns pacientes possuem expectativas irreais ou expectativas acima dos resultados com o procedimento cirúrgico, pois acreditam que resolverão instantaneamente todos os seus conflitos pessoais e sociais, ou atrelam a ideia de que o corpo magro é essencial aos projetos de felicidade. Aos profissionais de psicologia consta a responsabilidade de identificar as expectativas do paciente sobre o resultado da cirurgia, e apresentar consequências do pós-cirúrgico de forma real. Sendo assim, avaliar as crenças de cada indivíduo sobre as mudanças emocionais e sociais esperadas, bem como a percepção da imagem física após a cirurgia são partes essenciais no processo de acompanhamento psicológico (LOLI-ARENALES, 2017).

Além de todas estas questões, é bastante comum que os pacientes antes da cirurgia não se deem conta do que comeram, e não tenham horários definidos para se alimentarem no dia a dia, sendo que estes fatores podem contribuir para o ganho de peso no pós-cirúrgico e desorganização no cotidiano. Neste momento faz-se fundamental o trabalho em conjunto da Psicologia e da Nutrição no estabelecimento de estratégias de rotina alimentar mais consciente e saudável, contribuindo para prevenção de problemas, como: vômitos, distúrbios metabólicos e transtornos alimentares. O processo de construção de uma consciência alimentar é contínuo e perene, uma vez que o paciente necessitará desenvolver habilidades básicas no campo alimentar, como identificação dos sinais de fome e saciedade, comer com atenção e anotar o seu próprio consumo diário de alimentos (LOLI-ARENALES, 2017).

Mesmo após a intervenção cirúrgica, é comum que muitos pacientes relatem sentir o mesmo desejo sobre o alimento. Isso acontece porque a relação que o paciente estabelece com a comida não irá mudar tão somente com a intervenção cirúrgica, sendo necessária a modificação comportamental, já que a comida não pode ser o elemento central de prazer em suas vidas. Outra questão é lidar com o “novo corpo”. Para algumas pessoas será um processo

automático e tranquilo, mas para outras não será tão simples, desencadeando temor diante de situações sociais e receio de não saber portar-se de modo hábil (LOLI-ARENALES, 2017).

Mesmo com todos os indicadores, é importante eliminar as generalizações e focar em avaliações personalizadas e criteriosas, visto que cada caso é único, evitando a criação de estigmas sobre estas pessoas que sofrem tantas outras discriminações. Portanto, o psicólogo tem a incumbência de ressaltar aos pacientes que os cuidados, apesar da intervenção cirúrgica, deverão ser por toda vida, além de levá-los a refletir acerca da manutenção de autocuidado contínuo e rotineiro (LOLI-ARENALES, 2017).

A associação entre os fatores físicos e psicológicos é inegável, de modo que apesar de grande parte dos pacientes relatarem satisfação com os resultados da bariátrica, isso não exclui o desenvolvimento de problemas de natureza emocional no pós-cirúrgico, o que pode deixá-lo suscetível a diversos aspectos patológicos. Algumas complicações de natureza emocional são mais frequentes, como substituição de sintomas, depressão e reganho de peso (XIMENES, 2009).

Para Franques *et al.* (2011), o reganho de peso, após um determinado período da cirurgia, está associado diretamente à falta de adesão adequada ao tratamento, o que implica muitas vezes na hiper ingestão de alimentos muito calóricos, e na não adesão à prescrição nutricional. Este autor ainda ressalta que neste momento a equipe multiprofissional precisa ser acolhedora e incentivar o paciente a dar prosseguimento ao tratamento, que muitas vezes nesta fase o interrompe, devido aos sentimentos de fracasso e derrota envolvidos no processo de reganho de peso.

A alteração na rotina alimentar no período pós-cirúrgico exige do indivíduo mudança nas condutas construídas e estruturadas durante anos. A adaptação psicológica frente à nova realidade é um processo que se constitui em contraposição aos anos de estigmatização social. Não obstante, é comum que obesos emagrecidos relatem que o corpo está maior do que aparenta visivelmente, sendo este processo definido na literatura como “gordura fantasma”, e vincula-se diretamente aos fatores psicológicos. Isto demonstra a complexidade do processo de emagrecimento, que implica em prontidão para a mudança e organização dos recursos de enfrentamentos cognitivos, comportamentais e afetivos, para que os ganhos alcançados com o procedimento cirúrgico sejam mantidos (BENEDETTI, 2015; MAGDALENO JÚNIOR, 2011).

As modificações cognitivas, emocionais e comportamentais são fundamentais para evitar o reganho de peso que acomete parte dos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica (BONAZZI *et al.*, 2007). A recuperação de peso existe por diversos fatores. Nos dois primeiros

anos após a operação ocorre o catabolismo, que é um processo intenso de liberação de energia dos alimentos consumidos, o que colabora para a perda de peso. Após este período há uma readaptação do organismo com a produção de hormônios, e o catabolismo também diminui, facilitando o ganho de peso. Nesta fase, o organismo está voltando a ser o que era, ou seja, obeso. A cirurgia faz parte de um processo para reverter um quadro grave, que engloba a participação de profissionais, família e do próprio paciente. Autores como Garrido Junior (2002 *apud* ERDOS; OLIVEIRA; PICOLLOTO, 2011) definem o período do pós-operatório em três etapas, como mostrado no Quadro 2, a seguir.

Quadro 2 – Etapas do período pós-operatório em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica

<b>Primeira etapa</b> 1 a 3 meses após a cirurgia	<b>Segunda etapa</b> 3 a 6 meses após à cirurgia	<b>Terceira etapa</b> 6 a 8 meses após à cirurgia
– Adaptação aos novos hábitos; – Questionamentos em relação ao processo cirúrgico.	– “Lua de Mel” com a operação: paciente demonstra satisfação com a perda de peso obtida após a cirurgia.	– Nova imagem corporal é assimilada; – Alterações levam o paciente a acreditar que não necessita mais de acompanhamento psicológico.

Fonte: Adaptado de Garrido Junior (2002 *apud* ERDOS; OLIVEIRA; PICOLLOTO, 2011, p. 70).

Após a cirurgia, o paciente é orientado a seguir um plano gradual de introdução de alimentos. A dieta é oferecida em estágios que contemplam alimentos líquidos e pastosos, fracionada em pequenos volumes. O tempo de progressão dos estágios varia de acordo com a adaptação do paciente, bem como do tipo de procedimento cirúrgico realizado. A dieta padronizada tem como objetivo o repouso gástrico, adaptação a pequenos volumes e favorecimento do processo digestivo. A alimentação é oferecida em horários regulares e respeitando o volume, para evitar náuseas e vômitos. As deficiências nutricionais estão associadas às cirurgias bariátricas, devido aos desvios intestinais realizados nos procedimentos cirúrgicos (VALEZI *et al.*, 2008; MANCINI; MELO, 2011). Aproximadamente 21 dias após a realização da cirurgia, o paciente deverá ser avaliado quanto às alterações de hábitos alimentares, intolerâncias alimentares, peso perdido, presença de vômitos, diarreia e constipação (BONAZZI *et al.*, 2007).

Ainda que o procedimento de cirurgia bariátrica seja eficaz na perda de peso, após alguns meses de cirurgia nota-se que alguns pacientes apresentam reganho de peso (OLIVEIRA, 2006). Isto ocorre, pois somente o bom resultado técnico da cirurgia não é garantia para a permanência do emagrecimento, e o processo de manutenção do novo peso exige do paciente compromisso de assumir comportamento alimentar vigilante ao longo da vida. Isso

envolve quantidade e qualidade de alimentos, sua distribuição pelas refeições diárias e adoção de um novo estilo de vida (BENEDETTI, 2015).

#### **2.4 Comportamentos alimentares após o procedimento de cirurgia bariátrica**

São muitos os fatores associados ao sucesso cirúrgico e manutenção da perda de peso. Contudo, o comportamento alimentar é indicado como um dos fatores de relevância neste processo, pois inclui controle da quantidade e qualidade alimentar, relacionando-se diretamente com a capacidade para aderir o tratamento (FRANQUES; ARANELES-LOLI, 2011).

Dentre os padrões de comportamento alimentar, destacam-se: Descontrole Alimentar (DA), a Alimentação Emocional (AE) e a Restrição Cognitiva (RC). A RC consiste na adoção de pensamentos em relação à alimentação, com a finalidade de reduzir a ingestão calórica. O indivíduo se impõe obrigações e regras alimentares para manter ou promover a perda de peso (NATACCI; FERREIRA JUNIOR, 2011). A AE é caracterizada pelo impulso de comer em resposta a emoções, como forma de diminuição do desconforto ocasionado por alguma emoção (WEHLING; LUSHER, 2019). Por fim, o DA seria a perda de autocontrole e consumo excessivo de alimentos, com ou sem a presença de fome física. Entre as pessoas com obesidade que buscam tratamento, a incidência de DA varia entre 20 e 50% (CAPPELLERI *et al.*, 2009; BOHRER; FORBUSH; HUNT, 2015).

Um estudo realizado por Biagio, Moreira e Amaral (2020), sobre o comportamento alimentar em obesos, identificou que um dos comportamentos alimentares mais prevalentes na população foi a RC, que se correlacionou com a adesão às metas de consumo de fibra alimentar e gordura. A AE e o DA foram correlacionados positivamente entre si, e a AE foi associada negativamente com menor adesão às metas de gorduras.

Apesar da associação entre a redução do peso e o aumento dos escores de restrição cognitiva, sabe-se que, em longo prazo, esse mecanismo demonstra-se insustentável, e pode estar relacionado ao ganho de peso no futuro (JOHNSON; PRATT; WARDLE, 2012). Os altos escores de RC estão associados à perda de controle alimentar com episódios de compulsão alimentar, desregulação emocional, redução da autoestima e insatisfação corporal (BIAGIO; MOREIRA; AMARAL, 2020).

Algumas dificuldades são apontadas como prejudiciais na adoção de mudanças saudáveis e permanentes na alimentação após a cirurgia. Existem pacientes que apresentam características de perda de controle sobre a alimentação, que frequentemente estão associados

a outros quadros sintomáticos, como depressão e ansiedade, e a resultados menos favoráveis do tratamento cirúrgico (FRANQUES; ARANELES-LOLI, 2011).

Outra dificuldade comum é a baixa adesão às recomendações nutricionais e vômito frequente. Não obstante, estes pacientes ingerem quantidades excessivas de alimento em curto espaço de tempo, e estabelecem um mecanismo similar à bulimia nervosa. Em relação às recomendações de evitar “beliscar” lanches e fazer atividades físicas, são os que mais apresentam incumprimento aos seis e 12 meses após a cirurgia (FRANQUES; ARANELES-LOLI, 2011). Autores como Segal, Kusunoki e Larino (2004) questionam a possibilidade de existir uma categoria alimentar denominada *Post-Surgical Eating Avoidance Disorder* (PSEAD), que abrangeria especificamente comportamentos alimentares desadaptativos de indivíduos que foram submetidos à cirurgia bariátrica.

A evolução da perda de peso após o tratamento cirúrgico obedece a certo padrão característico da maioria dos casos: uma vez operados, os pacientes chegam a um peso mínimo que, geralmente, ocorre entre 18 e 24 meses após o procedimento. Uma parcela destes pacientes recupera algum peso após atingir o peso mínimo e, posteriormente, o estabiliza, processo decorrente de adequação aos novos hábitos alimentares. Em outros casos, o ganho de peso ultrapassa a porcentagem de 10% do excesso de peso perdido, e estes casos merecem atenção de toda a equipe multidisciplinar, pois sinalizam para a continuidade de hábitos de vida inadequados e conseqüente reganho de peso (FRANQUES *et al.*, 2011; SBCBM, 2017a; THEODORO, 2015).

Estudos apontam que 15% dos pacientes que se submeteram ao *Bypass* Gástrico em Y-de-Roux (BGYR) apresentaram reganho de peso, voltando à faixa de obesidade ou até mesmo obesidade grave entre cinco e 10 anos após a cirurgia bariátrica. Em alguns casos foi observado o aumento do consumo de alimentos e líquidos calóricos. Essa parcela significativa deixa clara a gravidade da doença e a resistência que oferece a qualquer tipo de tratamento (CUMMINGS; OVERDUIN; FOSTER-SCHUBSERT, 2010; GARRIDO JUNIOR, 2000; VALEZI *et al.*, 2008).

No período pós-cirúrgico, mesmo com as recomendações alimentares, muitos pacientes percebem que determinados alimentos altamente calóricos percorrem bem no estômago (sem ocasionar desconforto), e ao fazerem a ingestão deste tipo de alimento, frequentemente deixam de emagrecer ou emagrecem abaixo do que deveriam. Outros insistem na manutenção de uma dieta volumosa e, com isso, apresentam episódios recorrentes de vômitos (BENEDETTI, 2015).

Em longo prazo, observou-se que o sucesso cirúrgico da obesidade depende não somente da qualidade técnica do procedimento, mas da capacidade de adaptação do indivíduo a um novo padrão alimentar, um novo corpo e estilo de vida (KOFMAN; LENT; SWENCIONIS, 2010). São diversos os fatores relacionados ao reganho de peso após o procedimento cirúrgico, dentre estes podem-se destacar: dificuldades de manutenção de padrão alimentar saudável e, neste ponto, não obstante os aspectos psicológicos interferem na adesão, pois pacientes diagnosticados com ansiedade, depressão ou transtorno de compulsão alimentar apresentam maior risco para reganho de peso no período pós-cirúrgico (LOLI-ARENALES, 2017). Isso ocorre possivelmente porque estes transtornos, se presentes, não desaparecem no pós-operatório, mas permanecem e conduzem o paciente à ingestão volumosa e/ou calórica de alimentos. Outro fator a ser considerado no reganho de peso é a idade do paciente, isto porque o avanço da idade é proporcional à estruturação dos hábitos de vida (incluindo a relação com o alimento). Neste sentido, quanto mais idade tiver o paciente, mais arraigados se apresentarão os seus hábitos alimentares (THEODORO, 2015).

Outro aspecto é a atribuição de altas expectativas à cirurgia, reforçando a ideia de que mudanças e comportamentos alimentares não exigirão esforços, pois a realização da cirurgia por si só será responsável pela perda de peso e sua manutenção em longo prazo. Esta idealização pode gerar passividade, que favorece a manutenção da alimentação hiperfágica e de alto valor calórico. O “comer demais” é reconhecido por pessoas que procuram pelo tratamento da obesidade como o fator que mais contribui para o ganho de peso, seguido de hábitos alimentares inadequados, predisposição genética e sedentarismo. A escolha por alimentos não saudáveis está presente não somente em pessoas com sobrepeso/obesidade, mas em grande parte da população. O fato de as escolhas por alimentos calóricos e industrializados serem compactuados por boa parte da população torna mais difícil a opção por uma alimentação saudável, que favoreceria a perda e manutenção de peso (THEODORO, 2015).

O processo de aumento significativo de peso normalmente é acompanhado por menor cumprimento do plano alimentar, maior afastamento dos centros de apoio, menor monitorização dos resultados e adoção de antigos comportamentos alimentares. Considerando todos estes fatores, é urgente e imprescindível a atenção da equipe multidisciplinar não somente em curto prazo, mas no pós-operatório tardio, estabelecendo períodos de reavaliação e definindo planos terapêuticos ajustados às necessidades individuais de cada paciente (FRANQUES; ARANELES-LOLI, 2011).

Neste processo de entendimento e modificação do comportamento alimentar, faz-se necessário o suporte de toda a equipe multiprofissional. De forma muito específica, os

profissionais da Psicologia e da Nutrição possibilitam olhar aquele que busca ajuda na perda de peso como sujeito único, com história de vida particular e que também apresenta um comportamento alimentar sedimentado em anos, e arraigado à sua cultura familiar e social (BENEDETTI; CARDIA; ALVAREZ, 2015).

Os alimentos têm a função de suprir necessidades fisiológicas do indivíduo, mas por vezes possuem significados emocionais (GOUVEIA; CANAVARR; MOREIRA, 2017). Autores como Benedetti, Cardia e Alvarez (2015) ressaltam que os alimentos podem trazer recordações, evocar sentimentos e mediar as interações sociais, como, por exemplo: um chocolate quente que para uma senhora lembrava a presença do marido, porque antes de enviuvar o casal tomava a bebida toda noite antes de irem para a cama.

Do ponto de vista da pesquisadora, a necessidade de troca de informações entre os profissionais envolvidos, paciente e família é fundamental para o sucesso do tratamento. Esta parceria possibilita a construção de um projeto conjunto, personalizado, que possibilite adaptação de necessidades, abertura aos novos sabores e novas formas de se relacionar com o alimento, o que auxiliará na promoção do emagrecimento e de saúde.

Ressalta-se a importância da conscientização do paciente antes, logo após ser operado e durante todo o processo de emagrecimento, para que este compreenda que para além da indução cirúrgica, é necessária a adesão às recomendações da equipe multiprofissional, alteração do comportamento alimentar e elaboração de estratégias de enfrentamento para adaptações a este novo estilo de vida.

## **2.5 Estratégias de enfrentamento após a cirurgia bariátrica**

A maneira como cada indivíduo maneja a sua relação com a obesidade e com o período pós-cirúrgico, envolve estratégias para lidar com as exigências, limitações e mudanças de hábitos inerentes ao processo de perda de peso. Estas estratégias são variáveis funcionalmente relacionadas ao potencial sucesso do tratamento (HÖRCHNER *et al.*, 2002; LI; RUKAVINA, 2009).

O conceito utilizado para as estratégias adotadas pelas pessoas na adaptação de circunstâncias estressantes, desagradáveis ou adversas é conhecido como Enfrentamento ou *Coping* (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Autores como Folkman e Lazarus (1980) definem o enfrentamento como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas que possam surgir em situações de estresse. Sendo assim, quando se trata de obesidade estas



estratégias podem estar focadas no problema (mudar os hábitos para obtenção de emagrecimento, por exemplo), e na emoção (o que fazer com os sentimentos diante da obesidade e da vontade de comer).

Outras estratégias descritas na literatura podem ser adotadas no enfrentamento da obesidade, são estas: tentativas para enfrentar positivamente a condição de estigmatização ou atitudes focadas na mobilização de recursos sociais para prevenir a discriminação (PUHL; BROWNELL, 2006). Situações do cotidiano – como exposição a eventos sociais com disponibilidade de alimentos calóricos, avaliação negativas de pessoas próximas e necessidade de adesão à prática regular de atividade física e alimentação balanceada –, exigem do indivíduo obeso a adoção de estratégias eficientes de enfrentamento (CONRADT *et al.*, 2008).

Vale ressaltar, a relação entre estratégias de enfrentamento e adoção de hábitos alimentares saudáveis. Um estudo realizado por Davies, Bekker e Roosen (2011) investigou a função das estratégias de enfrentamento e de psicopatologias como redutoras dos impactos de distúrbios alimentares em 93 pacientes não obesos. Como resultado, encontrou-se que baixo nível de psicopatologia e estratégias de enfrentamento mais ativa contribuem para a adesão a melhores hábitos alimentares.

Outro estudo realizado por Rydén *et al.* (2003) avaliou a eficácia dos diferentes tipos de estratégias, e constatou que pacientes que reduzem estratégias de enfrentamento baseadas no problema (no caso, a obesidade) em detrimento de estratégias baseadas em conteúdos emocionais (sentimentos experienciados no cotidiano) tendem ao reganho de peso excessivo após a cirurgia. Desta maneira, entende-se que a adoção de estratégias de enfrentamento focadas na emoção pode associar-se a um aumento de comportamentos indicadores de sofrimento e promover baixo índice de adesão aos protocolos de tratamento pós-cirúrgicos.

Dentre as diversas estratégias de enfrentamento, encontram-se as de cunho religioso, que podem ser negativas ou positivas, e interferem na estabilidade emocional e consequentemente no peso do indivíduo. Estratégias de enfrentamento religioso positivo abrangem a busca de uma boa relação com o divino, busca de resiliência benevolente e obtenção de apoio religioso interpessoal. Por outro lado, as estratégias negativas incluem religiosidade passiva (esperar que a solução dos problemas “caia do céu”), dúvidas religiosas e revoltas (PIRUTINSKY; ROSMARIN; HOLT, 2012).

Considerando a influência de fatores socioculturais, Almeida *et al.* (2011) desenvolveram estudos relacionados à estigmatização pelo peso e estratégias de enfrentamento desadaptativas. Os resultados demonstraram que tanto a estigmatização como o enfrentamento

negativo das situações adversas, eram preditores da aquisição de comportamentos de compulsão alimentar.

Conradt *et al.* (2008) avaliaram situações típicas de enfrentamento do cotidiano, em que os indivíduos obesos são confrontados com a obesidade, e a relação entre respostas de enfrentamento em situações de culpa e vergonha. Dentre as situações angustiantes que apontavam para desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, foram encontradas avaliações negativas de si mesmos ou de outros, prática de atividade física em público, ou situações de risco ambiental (por exemplo, experimentar roupas). A vergonha do próprio peso foi indicada como preditor negativo do engajamento em estratégias focadas no problema. Ademais, a perda de peso foi acompanhada por uma redução do uso de estratégias não focadas no problema, e sim na emoção, tais como pensamento fantasioso e evitação do problema.

Puhl *et al.* (2008) estudaram 1.013 mulheres com sobrepeso/obesidade, buscando a relação entre preconceito vinculado ao peso, internalização de estigmas, respostas de enfrentamento para lidar com a estigmatização, depressão e o comer compulsivo. As participantes do estudo, que demonstraram acreditar nos estereótipos de peso e consequentemente internalizarem os estigmas, relataram mais episódios de comer compulsivo e maiores dificuldades para adesão à dieta.

As estratégias de enfrentamento também são importantes no período pós-cirúrgico. Ortega *et al.* (2012) investigaram os preditores de sintomas psicológicos adversos em 60 obesos mórbidos após a cirurgia bariátrica, apontando que o baixo apoio instrumental, a baixa autoestima e o enfrentamento focado na emoção eram os principais preditores pré-operatórios para sintomas psicológicos adversos seis meses após a cirurgia.

Corroborando com estes achados, Guerdjikova *et al.* (2007) analisaram 50 pacientes que relataram alta frequência de episódios de comer emocional, após seis meses da cirurgia bariátrica. Os pacientes relataram utilizar três principais tipos de comportamentos para lidar com a urgência de comer emocional: comportamento oral, ou seja, comer algo, sedentarismo e atividade física. Parte considerável dos pacientes (42%) que experienciou o comer emocional, apontou comportamentos sedentários como forma de superar e enfrentar a urgência de comer como resposta emocional.

A decisão pela realização da cirurgia bariátrica envolve inúmeros desafios e, por consequência, a aquisição de estratégias de enfrentamento adaptativas, eficazes e duradouras. Sendo assim, entende-se que no enfrentamento da obesidade, é fundamental a adesão do indivíduo às várias propostas de tratamento. Além disso, vale conhecer as estratégias de

enfrentamento relacionadas tanto com a obesidade quanto com as adversidades dos tratamentos clínicos e cirúrgicos.

Para tanto, percebe-se a relevância de manutenção do acompanhamento psicológico de pacientes com obesidade, incluindo tanto aqueles que são indicados à intervenção cirúrgica quanto os pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica. Pois se entende a necessidade do manejo de solução de problemas e de emoções na adoção de estratégias de enfrentamento que favoreçam a adesão aos tratamentos, adaptações com o novo peso, que resultem na escolha de ambientes favoráveis à saúde, aquisição de apoio social/comunitário e, por fim, a escolha de alimentos saudáveis e a prática de atividade física regular.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Investigar o comportamento alimentar e as estratégias de enfrentamento em mulheres submetidas ao procedimento de cirurgia bariátrica.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar as características sociodemográficas de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica;
- Investigar o comportamento alimentar após o procedimento de cirurgia bariátrica;
- Observar as estratégias de enfrentamento adotadas por estas mulheres após o procedimento de cirurgia bariátrica;
- Analisar os aspectos relacionados à relação com o alimento, aspectos emocionais (como o participante está se sentindo), psicossociais (dificuldades enfrentadas) e perspectivas futuras (percepção da perda de peso e expectativas futuras) das participantes;
- Relacionar as variáveis “comportamento alimentar” e “estratégias de enfrentamento”.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Delineamento da Pesquisa**

A pesquisa seguiu um delineamento descritivo e correlacional, com análise quantitativa-qualitativa. O pressuposto central que justifica a utilização de uma abordagem mista é de que a interação entre os métodos qualitativo e quantitativo fornecem melhores possibilidades analíticas (CRESWELL *et al.*, 2011; DANCEY; REIDY, 2014).

### **4.2 Participantes**

Participaram desta pesquisa 25 mulheres, maiores de 18 anos, cadastradas no Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), e que foram submetidas ao procedimento de cirurgia bariátrica imediato e tardio. O número de participantes foi definido após ser realizado o cálculo amostral com base na média de cirurgias realizadas semanalmente – dado colhido no Serviço de Cirurgia Bariátrica do HUUFMA.

Foram selecionadas as mulheres que demonstraram interesse e disponibilidade para responder aos instrumentos e à entrevista, e que concordaram em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Foram excluídas as participantes que no momento da coleta de dados apresentaram dificuldades cognitivas em responder aos instrumentos da pesquisa, e/ou que não concordaram com os objetivos da pesquisa.

### **4.3 Local da Pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Cirurgia Bariátrica do HUUFMA – unidade Presidente Dutra, na cidade de São Luís (MA), por se tratar de um centro de referência para esta modalidade de tratamento no Maranhão, uma instituição especializada no acolhimento e atendimento de indivíduos procedentes da capital e do interior do Maranhão, que se encontram no processo de submissão à cirurgia bariátrica. A coleta de dados se deu numa sala pertencente às instalações do próprio Serviço de Cirurgia Bariátrica.

O presente estudo foi realizado de acordo com a Resolução n.º 466/2012 (BRASIL, 2012), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e a Resolução CNS n.º 5.010/2016 (BRASIL,

2016), que orienta sobre as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais com Seres Humanos. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUUFMA, sob o protocolo de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) n.º 38934920.8.0000.5086, e aprovada com o Parecer n.º 4.489.728 (Anexo C).

#### **4.4 Instrumentos e Materiais**

##### *4.4.1 Questionário sociodemográfico e clínico*

O Questionário Sociodemográfico e Clínico (Apêndice B), obteve informações referentes a: dados socioeconômicos: idade, renda mensal, estado civil, número de filhos, grau de escolaridade e ocupação; e informações acerca do quadro clínico e cirúrgico da obesidade, tais como: tempo de cirurgia, tempo de preparo até a cirurgia, peso (antes da cirurgia e atual), tipo de técnica cirúrgica, período que foi submetida à intervenção cirúrgica, tratamentos anteriores, uso de medicamentos, doenças associadas e o processo de perda de peso, além de outras informações, tais como: início da obesidade, motivação para tratamento cirúrgico, ingestão de álcool e drogas, prática de atividade física e acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico.

##### *4.4.2 Roteiro de entrevista*

O Roteiro de Entrevista (Apêndice C) objetivou investigar informações acerca da relação com o alimento, aspectos emocionais, psicossociais, dificuldades enfrentadas após a cirurgia e perspectivas futuras relacionadas à perda de peso e ao tratamento cirúrgico. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, mediante autorização das participantes, através da assinatura do TCLE (Apêndice A).

##### *4.4.3 Questionário de Três Fatores Alimentares (TFEQ-R21)*

O TFEQ-R21 (Anexo A) foi desenvolvido por Strunkard e Messick (1985), e inicialmente elaborado com 51 itens. Posteriormente, com o objetivo de facilitar a aplicabilidade, foi reduzido a 21 questões (TFEQ21), por Tholin *et al.* (2005), sendo traduzido e validado para o Brasil por Natacci e Ferreira Junior (2011).

Este instrumento foi aplicado com a população obesa, conforme destaca o estudo realizado por Lima (2012), que avaliou o comportamento alimentar e a qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica após 24 meses. O instrumento também foi aplicado em indivíduos obesos e não obesos (eutróficos), conforme indica a pesquisa feita por Freitas e Saron (2011), que avaliou o comportamento alimentar de 158 adolescentes. A consistência do instrumento foi testada inicialmente por Natacci e Ferreira Junior (2011), que o aplicaram em uma amostra de 125 mulheres de faixa etária entre 20 e 60 anos. Como resultado, o valor de coeficiente alfa de *Cronbach* encontrado foi de 0,85, indicando consistência interna do instrumento.

O TFEQ-R21 avalia três dimensões do comportamento alimentar, a saber: RC, AE e DA. A dimensão de RC aborda seis itens, e afere a proibição alimentar para influenciar o peso ou a forma corporal; a escala de AE possui seis itens, e mede a propensão para comer exageradamente em resposta a estados emocionais como solidão, ansiedade e depressão; e a escala de DA possui nove itens, verifica a tendência a perder o controle alimentar na presença da fome ou estímulos externos (NATACCI; FERREIRA JUNIOR, 2011). Cada um dos 21 itens do questionário se refere a uma das três dimensões de comportamento alimentar supracitadas, conforme ilustrado no Quadro 3, a seguir.

Quadro 3 – Itens que compõem as Dimensões de Comportamento Alimentar

<b>Dimensões de Comportamento Alimentar</b>	<b>Itens</b>
Restrição Cognitiva	1, 5, 11, 17, 18, 21
Alimentação Emocional	2, 4, 7, 10, 14, 16
Descontrole Alimentar	3, 6, 8, 9, 12, 13, 15, 19, 20

Fonte: Adaptado de Natacci e Ferreira Junior (2011, p. 385).

As questões de 1 (um) a 16 apresentam 4 (quatro) alternativas para marcação pelo participante, com pontuação de 1 (um) a 4 (quatro), sendo 4 (quatro) pontos para a primeira alternativa e 1 (um) ponto para a última alternativa.

Já nas questões de 17 a 20 a pontuação dá-se ao contrário, sendo 1 (um) ponto para a primeira alternativa e 4 (quatro) pontos para a última alternativa.

E, por fim, a questão 21 apresenta uma escala de 8 (oito) pontos, quantificadas da seguinte forma: alternativas 1 (um) e 2 (dois) com pontuação 1 (um), alternativas 3 (três) e 4 (quatro) com pontuação 2 (dois), alternativas 5 (cinco) e 6 (seis) com pontuação 3 (três) e alternativas 7 (sete) e 8 (oito) com pontuação 4 (quatro).

A quantificação é calculada a partir das orientações do manual do instrumento, onde realiza-se a média da pontuação de cada dimensão de comportamento alimentar e multiplica-se

pelo número de itens presentes em cada dimensão. O resultado obtido é transformado para a escala de 0 (zero) a 100 pontos. Altos escores indicam a presença de RC, AE e DA na população.

#### 4.4.4 Escala de Modos de Enfrentamento de Problema (EMEP)

A EMEP (Anexo B) é um instrumento adaptado e validado para a população brasileira por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001). A escala é composta por 45 itens que avaliam pensamentos e ações que as pessoas podem ter para lidar com as demandas internas ou externas de um evento estressante específico. A versão adaptada e validada para a população brasileira categoriza quatro modos de enfrentamento, são eles:

1) Estratégias de enfrentamento focada nos problemas composta por 18 itens, que envolvem esforços para manejo da situação e reavaliação dos problemas;

2) Estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, composta por 15 itens que abrangem reações emocionais para a solução dos problemas, respostas de esquiva e culpabilização de si/outros;

3) Práticas religiosas/pensamento fantasioso composto por sete itens que abarcam pensamentos e comportamentos religiosos associados ao enfrentamento de problemas e;

4) Busca de suporte social composta por cinco itens que representam a procura de apoio instrumental, emocional ou de informação.

Os 45 itens da escala se referem a uma categoria específica de estratégias de enfrentamento, como demonstrado no Quadro 4, em que se tem a relação de itens que avaliam cada tipo de estratégia.

Quadro 4 – Itens que compõem os tipos de estratégias de enfrentamento

<b>Tipo de Estratégias de Enfrentamento</b>	<b>Itens</b>
Focalizado no problema	1, 3, 10, 14, 15, 16, 17, 19, 24, 28, 30, 32, 33, 39, 40, 42, 45
Focalizado na emoção	2, 5, 11, 12, 13, 18, 20, 22, 23, 25, 29, 34, 35, 37, 38
Focalizado na busca de práticas religiosas	6, 8, 21, 26, 27, 41, 44
Baseado na busca de suporte social	7, 9, 31, 43

Fonte: Adaptado de Seidl, Tróccoli e Zannon (2001, p. 228-231).

A EMEP é respondida em escala *Likert* de 5 (cinco) pontos, com pontuações de 1 (um) a 5 (cinco), onde: 1 = eu nunca faço isso; 2 = eu faço isso um pouco; 3 = eu faço isso às vezes; 4 = eu faço isso muito; 5 = eu faço isso sempre. A caracterização das estratégias de enfrentamento ocorre através da comparação das médias obtidas em cada fator.



#### 4.5 Procedimento de Coleta de Dados

A pesquisadora utilizou os dados cadastrais, obtidos no Serviço de Cirurgia Bariátrica, para entrar em contato com as participantes por meio de mensagem telefônica, apresentando os objetivos, relevância e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa. Após o convite da pesquisadora e aceite das participantes, foi agendado o dia da coleta de dados, que aconteceu individualmente, nos dias das consultas de retorno das participantes, seguindo as restrições de distanciamento impostas pela pandemia de Covid-19.

No momento agendado para a coleta, a pesquisadora realizava a abordagem presencial destas participantes, já contactadas anteriormente através da mensagem, em que reforçava a apresentação do estudo e dirigia-se para uma sala reservada para a realização da pesquisa. Apresentava-se, então, o TCLE (Apêndice A), que foi integralmente lido e explicado, a fim de garantir que as participantes compreendessem a sua participação no estudo. Após a leitura e sanadas todas as dúvidas, o TCLE foi assinado em duas vias, sendo entregue uma via à participante e a outra permanecendo com a pesquisadora responsável. Foram reforçados os aspectos éticos quanto ao sigilo. Em seguida, a pesquisadora iniciou a coleta, individualmente, com cada participante, em quatro etapas. Na primeira etapa as participantes responderam ao Questionário Sociodemográfico; na segunda responderam ao Roteiro de Entrevista Semiestruturado; na terceira ao TFEQ-R21; e, por fim, à EMEP.

No decorrer de todo o processo de coleta de dados, a pesquisadora colocou-se à disposição para sanar as possíveis dúvidas. A coleta ocorreu em um único encontro com cada participante, sendo a média de duração de uma hora para cada aplicação. Ao final da entrevista, a pesquisadora agradeceu a participação das participantes e organizou os instrumentos em uma pasta de armazenamento de dados.

#### 4.6 Análise dos Dados

Os dados quantitativos foram organizados em uma planilha no programa SPSS (versão 24.0). Então, foram realizadas análises estatísticas descritivas, através do cálculo de médias (M), desvios-padrão (DP) e percentuais, com o objetivo de caracterizar indicadores sociodemográficos, comportamento alimentar e estratégias de enfrentamento de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. Por fim, foram realizadas análises estatísticas inferenciais, por meio do emprego da análise de correlação de postos de *Spearman* ( $\rho$ ), entre as variáveis “comportamento alimentar” e “estratégias de enfrentamento”. Foi considerado o tamanho de

efeito das correlações conforme a proposta de Dancey e Reidy (2014), sendo: fracas = 0.1 a 0.3, moderadas = 0.4 a 0.6 e fortes = 0.7 a 0.9, e significância de  $p < 0.05$  (significativas) e  $p < 0.01$  (altamente significativas).

Para a análise qualitativa foi empregado o método de análise de conteúdo proposto por Minayo (2013). É uma técnica que objetiva a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação. O tratamento dos dados qualitativos pode ser dividido, didaticamente, em três etapas interligadas entre si: descrição, análise e interpretação. Na “descrição”, trabalha-se de forma que as opiniões dos diferentes informantes sejam preservadas da maneira mais fiel possível. Na “análise”, procura-se ir para além do que é descrito. Traça-se um caminho sistemático que busca, nos depoimentos, as relações entre os fatores. Ela produz a decomposição de um conjunto de dados, procurando as relações entre as partes que os compõem. Uma de suas finalidades é expandir a descrição. A “interpretação” pode ser uma sequência da análise e pode também ser desenvolvida após a descrição. A sua meta é a busca de sentidos das falas e das ações para alcançar a compreensão ou explicação para além dos limites do que é descrito e analisado (TAQUETTE, 2016).

A partir disso, neste estudo buscou-se a exploração das narrativas das participantes com a definição de categorias (sistemas de codificação) e identificação de núcleos de sentido (unidade de significação referente às categorias). Após a categorização das narrativas, realizou-se a organização dos resultados, formando-se a condensação das informações para a análise reflexiva das narrativas. Para melhor visualização dos dados qualitativos, organizou-se o Quadro 5, no item “5.2.1 Relação com o Alimento”, onde foram realocados em três colunas os seguintes elementos: 1) principais categorias, a saber: relação com alimento; sentimentos relacionados ao alimento; aspectos emocionais, psicossociais e dificuldades após a cirurgia; avaliação sobre a perda de peso e perspectivas futuras; 2) Dentro de cada categoria, e a partir das narrativas das participantes encontraram-se núcleos de sentido, aspectos que se destacavam na narrativa destas mulheres.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Dados Quantitativos

#### 5.1.1 Características sociodemográficas

Para a descrição das características sociodemográficas da amostra, foram avaliados indicadores como: idade, estado civil, filhos, ocupação, renda e grau de escolaridade. Na Tabela 1 são apresentados os resultados desses indicadores.

Tabela 1 – Características Sociodemográficas da Amostra

<b>Idade</b>	<b>Mínima</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Máxima</b>
<b>N (25)</b>	<b>28</b>	<b>43,24 (9.29)</b>	<b>62</b>
<b>Estado Civil</b>			
		<i>f</i>	%
Solteira		9	36%
Casada		8	32%
União Estável		3	12%
Divorciada		4	16%
Viúva		1	4%
<b>Filhos</b>			
		<i>f</i>	%
Sim		21	84%
Não		4	16%
<b>Ocupação</b>			
		<i>f</i>	%
Empregada		7	28%
Desempregada		2	8%
Aposentada		9	36%
Trabalho Informal		7	28%
<b>Renda</b>			
		<i>f</i>	%
Abaixo do salário mínimo		2	8%
Um salário mínimo		10	40%
De um a dois salários		7	28%
De dois a três salários		4	16%
Acima de três salários		2	8%
<b>Escolaridade</b>			
		<i>f</i>	%
Não Alfabetizada		1	4%
Ensino Fundamental Completo		2	8%
Ensino Fundamental Incompleto		1	4%
Ensino Médio Completo		11	44%
Ensino Médio Incompleto		2	8%
Ensino Superior Completo		3	12%
Ensino Superior Incompleto		2	8%
Pós-Graduação		3	12%

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Tomando como referência os dados da Tabela 1, percebe-se que a média de idade das participantes é de 43,24 anos (DP = 9.29). A respeito do estado civil, observou-se que a maior parte da amostra é de mulheres solteiras (36%), seguido de participantes casadas (32%). Quanto à existência de filhos, 84% das participantes informaram ter filhos.

No que se refere à ocupação profissional, na época da coleta de dados, 14 participantes (56%) informaram estar desempenhando alguma atividade profissional (formal ou informal). A respeito da renda mensal, 40% vivem com até 1 (um) salário mínimo. Por fim, a respeito do grau de escolaridade, as participantes, em sua maioria (44%), informaram ter o ensino médio completo.

### 5.1.2 Histórico clínico e de tratamento

Para descrever a história clínica e de tratamento da amostra, foram observados os seguintes indicadores: tempo de realização da cirurgia, tempo de preparo até a cirurgia, técnica cirúrgica utilizada, motivação para a cirurgia, tratamentos anteriores, início da obesidade, IMC antes e após a cirurgia, presença de diagnóstico psiquiátrico, uso de álcool e outras drogas, comorbidades, acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, atividade física e modalidade da atividade física. Na Tabela 2 tem-se o resultado desses indicadores.

Tabela 2 – Histórico clínico e de tratamento

<b>Tempo de Cirurgia</b>	<i>f</i>	%
De 1 a 3 meses	3	12 %
De 3 a 6 meses	1	4%
De 6 meses a 1 ano	8	32%
De 2 a 3 anos	4	16%
De 3 a 4 anos	4	16%
De 4 a 5 anos	3	12%
Acima de 5 anos	2	8%
<b>Tempo de Preparo</b>	<i>f</i>	%
De 1 a 3 meses	2	8 %
De 3 a 6 meses	11	44%
De 6 meses a 1 ano	7	28%
Acima de 1 ano	5	20%
<b>Técnica Cirúrgica</b>	<i>f</i>	%
<i>Bypass</i>	6	24%
<i>Sleeve</i>	19	76%
<b>Motivação para Cirurgia</b>	<i>f</i>	%
Saúde	24	96%
Estética	1	4%
<b>Tratamentos Anteriores</b>	<i>f</i>	%
Farmacológico	3	12%
Atividade Física	11	44%
Tratamentos Combinados	11	44%
<b>Início da Obesidade</b>	<i>f</i>	%
Infância	6	24%
Adolescência	5	20%
Fase Adulta	10	40%
Gestação	4	16%
<b>IMC Antes da Cirurgia</b>	<i>f</i>	%
35,0 a 39,9 kg/m <sup>2</sup>	6	24%
Acima de 40,0 kg/m <sup>2</sup>	19	76%
<b>IMC Atual</b>	<i>f</i>	%

30,0 a 34,9 kg/m <sup>2</sup>	5	20%
35,0 a 39,9 kg/m <sup>2</sup>	2	8%
Acima de 40,0 kg/m <sup>2</sup>	2	8%
Abaixo de 30,0 kg/m <sup>2</sup>	16	64%
<b>Diagnóstico Psiquiátrico</b>	<i>f</i>	%
Sim	7	28%
Não	18	72%
<b>Uso de Álcool Antes</b>	<i>f</i>	%
Sim	6	28%
Não	19	72%
<b>Uso de Álcool Atualmente</b>	<i>f</i>	%
Sim	3	12%
Não	22	88%
<b>Uso de Drogas Antes</b>	<i>f</i>	%
Não	25	100%
<b>Uso de Drogas Atualmente</b>	<i>f</i>	%
Não	25	100%
<b>Comorbidades</b>	<i>f</i>	%
Diabetes	1	4%
Hipertensão Arterial	7	28%
Dislipidemia	1	4%
Artrose	1	4%
Hipotireoidismo	8	32%
Nenhuma	7	28%
<b>Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico Antes</b>	<i>f</i>	%
Psicológico	16	64%
Ambos	7	28%
Nenhum	2	8%
<b>Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico Depois</b>	<i>f</i>	%
Psicológico	14	56%
Ambos	7	28%
Nenhum	4	16%
<b>Atividade Física Antes</b>	<i>f</i>	%
Sim	18	72%
Não	7	28%
<b>Atividade Física Depois</b>	<i>f</i>	%
Sim	17	68%
Não	8	32%
<b>Modalidade da Atividade Física</b>	<i>f</i>	%
Caminhada	13	52%
Academia	4	16%
Zumba	1	4%
Pilates	1	4%
Hidroginástica	2	8%
Nenhuma	3	12%

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

De acordo com os dados da Tabela 2, em relação ao tempo de realização de cirurgia predominou o período de 6 (seis) meses a 1 (um) ano, representando 32% da amostra. Quanto ao tempo de preparo até o momento da cirurgia, nota-se que houve expressividade maior do número de participantes, ou seja, 11 mulheres (44%), com período de preparo de 3 (três) a 6 (seis) meses.

Em relação à técnica cirúrgica mais utilizada, nota-se que o *Sleeve* Gástrico foi referenciado por 19 participantes (76%). Quanto à motivação para cirurgia, 24 participantes

(96%) referiram questões de saúde que as impulsionaram a optar por esta opção de tratamento. Já a respeito dos tratamentos anteriores, 11 participantes (44%) afirmaram atividade física como recurso para perda de peso, e outras 11 participantes (44%) mencionaram tratamentos combinados que envolvem dietas, medicação e atividade física para perda de peso.

No que se refere ao início da obesidade, 10 participantes (40%) indicaram a fase adulta. Em relação ao IMC, antes da cirurgia, 19 mulheres (76%) da amostra apresentavam acima de 40 kg/m<sup>2</sup> antes da cirurgia, o que corrobora com a indicação para este tipo de tratamento. Após a cirurgia, 16 mulheres (64%) indicaram o IMC abaixo de 30 kg/m<sup>2</sup>, em que nesse caso percebe-se que as participantes saíram de uma condição de obesidade Grau III, para um nível I e até abaixo, conforme é o esperado no primeiro ano, principalmente.

Quanto ao diagnóstico psiquiátrico, em sua maioria (72%) afirmaram não ter nenhum diagnóstico. Ao passo que (28%) das mulheres possuem algum diagnóstico, e os transtornos informados foram: Transtorno Depressivo Maior (TDM), Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e Transtorno de Compulsão Alimentar. Em relação ao uso de álcool, antes da cirurgia, 19 mulheres (72%) afirmaram não utilizar álcool, e este indicador tornou-se mais expressivo no período pós-cirúrgico, o qual 22 mulheres (82%) afirmaram não fazer uso de álcool. Quanto ao uso de substâncias psicoativas, a totalidade da amostra afirmou não fazer uso de drogas ilícitas antes e depois da cirurgia.

A respeito das comorbidades, oito participantes (32%) mencionaram ter hipotireoidismo, seguido por Hipertensão Arterial (HA) (28%) mesmo após a cirurgia bariátrica. No que tange ao acompanhamento psicológico e psiquiátrico, antes da cirurgia 16 mulheres (64%) afirmaram ter realizado acompanhamento psicológico. E depois da cirurgia, o contingente mais expressivo continuou sendo para o acompanhamento psicológico, sendo referenciado por 14 participantes (56%).

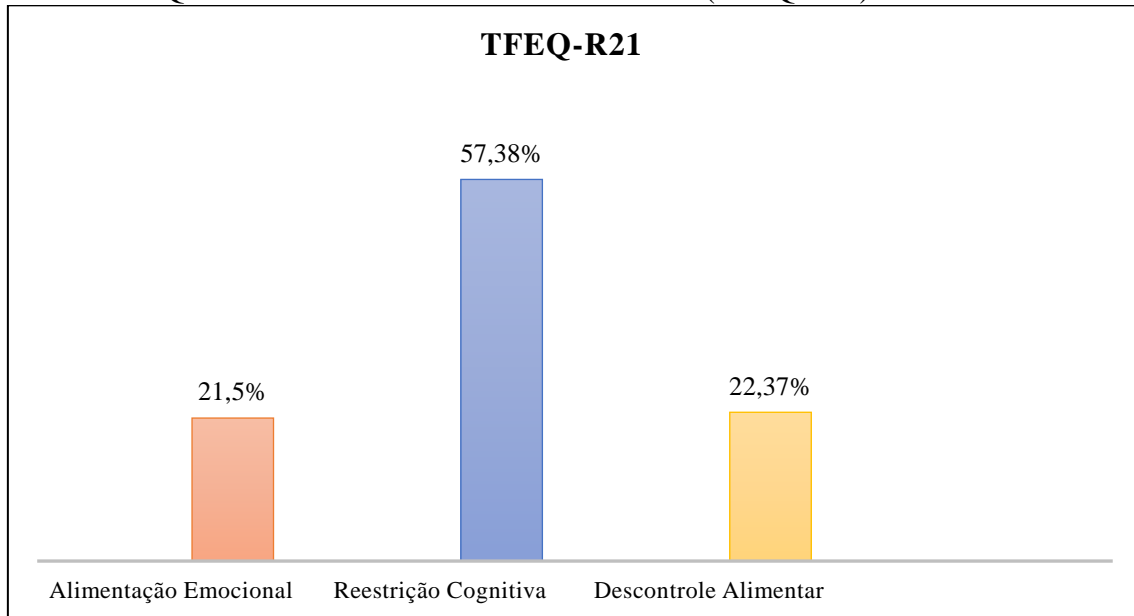
A respeito da atividade física, 18 participantes (72%) disseram realizar alguma atividade física antes da cirurgia e 17 participantes (32%) mencionaram a manutenção de atividade física após a realização da cirurgia bariátrica. A modalidade que se destaca de atividade física foi a caminhada, sendo indicada por 13 participantes (52%).

### *5.1.3 Resultados do Questionário de Três Fatores Alimentares (TFEQ-R21)*

No Gráfico 1 encontram-se as três dimensões de comportamento alimentar observados na amostra, a partir da aplicação do TFEQ-R21. Optou-se por indicar a frequência

(%) das respostas das participantes, levando em consideração outros estudos já realizados com estes instrumentos (BARDAL; CECATTO; MEZZOMO, 2016; LIMA, 2012).

Gráfico 1 – Questionário de Três Fatores Alimentares (TFEQ-R21)



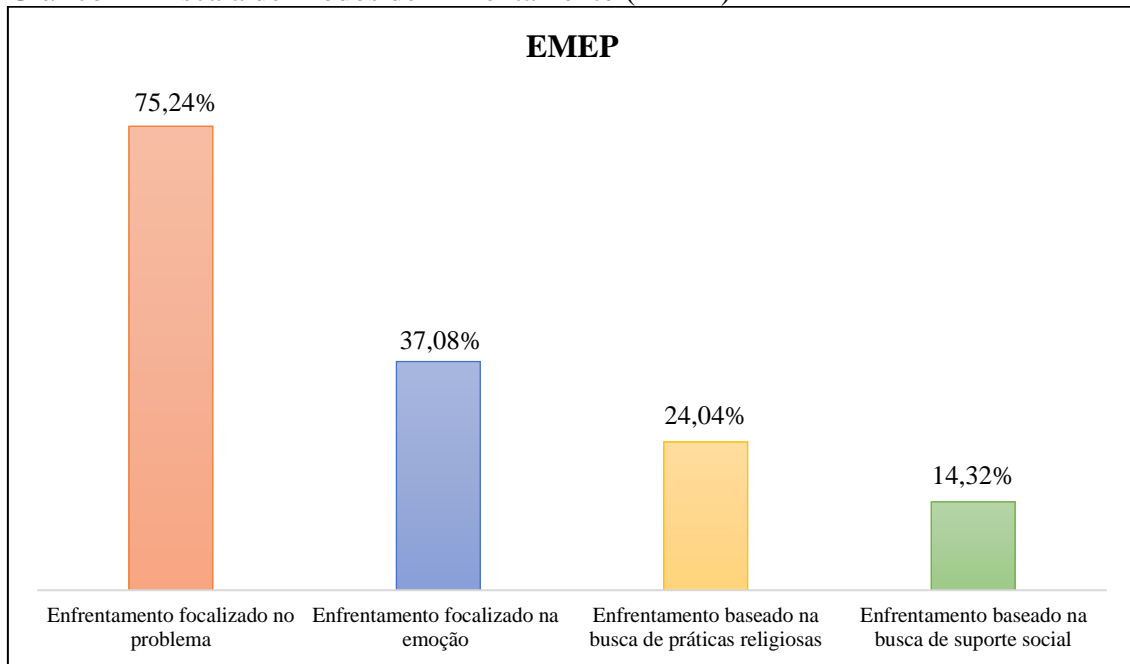
Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Nota-se que as participantes apresentaram maior escore na dimensão de RC (56,77%). A segunda dimensão de comportamento alimentar mais expressiva nas participantes foi a de DA (22,37%), e os menores escores encontram-se em AE (21,5%).

#### 5.1.4 Resultados da Escala de Modos de Enfrentamento (EMEP)

No Gráfico 2 encontram-se as estratégias de enfrentamento presentes na amostra, a partir da aplicação da EMEP. Optou-se por indicar a frequência (%) das respostas das participantes, levando em consideração outros estudos já realizados com estes instrumentos (SEIDL; TROCOLI; ZANNON, 2001).

Gráfico 2 – Escala de Modos de Enfrentamento (EMEP)



Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Foi observado que as participantes apresentaram maior escore no Enfrentamento Focalizado no Problema (75,24%). O segundo fator mais pontuado foi o de Enfrentamento Focalizado na Emoção (37,08%). Em terceiro lugar, o Enfrentamento Baseado na Busca de Práticas Religiosas (24,04%). Por fim, encontram-se as estratégias de Enfrentamento Baseado na Busca de Suporte Social, referido por 14,32% das participantes da pesquisa.

#### 5.1.5 Dados Correlacionais entre o Questionário de Três Fatores Alimentares (TFEQ-R21) e a Escala de Modos de Enfrentamento (EMEP)

Por fim, também foram avaliadas correlações entre as médias dos instrumentos TFEQ-R21 e EMEP. Os dados obtidos por meio de correlação de postos de *Spearman* (Tabela 3) evidenciou que os fatores AE e DA se correlacionaram negativa e moderadamente com enfrentamento focalizado no problema. Esses dados indicam que, quanto maior o DA e a AE, menores são as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema.

Tabela 3 – Coeficiente de correlação de *Spearman* entre o TFEQ-R21 e EMEP

INDICADORES		AE	RC	DA
Enfrentamento focalizado no problema	Coeficiente $\rho$	-.525**	-.236	-.582**
	Significância	.007	.256	.002
Enfrentamento focalizado na emoção	Coeficiente $\rho$	.420*	.181	.549**
	Significância	.037	.385	.004



Enfrentamento baseado na busca de práticas religiosas	Coeficiente $\rho$	.036	.152	.082
	Significância	.865	.468	.696
Enfrentamento baseado na busca de suporte social	Coeficiente $\rho$	-.038	-.101	-.127
	Significância	.858	.630	.545

OBS.: \*P < 0.05; \*\*P < 0.01.

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Além dos dados já apresentados, os fatores AE e DA se correlacionaram positiva e moderadamente com as “estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção”. Desse modo, quanto mais AE e DA, maior a presença de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção. Os demais fatores dos instrumentos não tiveram correlações estatisticamente significativas.

## 5.2 Dados Qualitativos

### 5.2.1 Relação com o alimento

Com a análise qualitativa das entrevistas, buscou-se verificar a relação de cada participante com o alimento, considerando aspectos de caracterização da alimentação e emoções relacionadas à alimentação. Os resultados estão no Quadro 5, a seguir.

Quadro 5 – Relação com o alimento

Relação com o alimento	Unidades de Significado
Caracterização da alimentação	Restrição alimentar
	Reeducação alimentar
	Rápida saciedade
	Comida como fonte de nutrição
	Adesão ao plano nutricional
	Consciência alimentar
	Ausência de fome
	Melhorias na mastigação e alimentação
Sentimentos relacionados à alimentação	Medo de engordar
	Culpa
	Prazer
	Fome emocional

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Estes resultados indicam que as participantes caracterizaram a sua alimentação com alterações significativas após a cirurgia bariátrica, que abrangem aspectos relativos à restrição alimentar, reeducação alimentar, consciência alimentar, adesão ao plano nutricional, como aspectos fundamentais após a cirurgia para manutenção da perda de peso, especialmente no primeiro ano, além de abordarem a rápida saciedade e ausência de fome como aspectos esperados a partir da cirurgia bariátrica. Quanto aos sentimentos relacionados à comida, as

participantes relataram sentimentos diversos, incluindo em sua maioria medo de engordar, culpa, prazer relacionados à comida e ao ato de comer em si.

### 5.2.2 Aspectos emocionais, psicossociais e dificuldades após a cirurgia

No Quadro 6 encontram-se os resultados relacionados aos aspectos emocionais, psicossociais e às dificuldades relacionadas à cirurgia bariátrica.

Quadro 6 – Aspectos emocionais, psicossociais e dificuldades após a cirurgia

Aspectos emocionais, psicossociais e dificuldades após a cirurgia	Unidades de Significado
Aspectos Emocionais	Satisfação
	Melhorias na autoimagem e autoestima
	Ressignificação da identidade
	Consciência do tratamento
	Aceitação
	Arrependimento
Aspectos Psicossociais	Mobilidade e flexibilidade
	Acessibilidade (vestuário)
	Socialização
	Suporte familiar
	Retorno às tarefas cotidianas
	Assumir o papel de cuidadora
Dificuldades	Efeitos colaterais pós-cirurgia
	Redução das porções de comida
	Críticas ao corpo
	Reganho de peso
	Comer/beber pausadamente
	Alteração no paladar
	Compulsão por compras
	Excesso de pele

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Dentre os aspectos relacionados ao momento pós-cirúrgico, os aspectos emocionais abrangeram sentimentos como: satisfação, melhorias na autoestima e resignificação de identidade. Quanto aos aspectos psicossociais, destacam-se: a melhoria na mobilidade e flexibilidade, acessibilidade no que se refere ao vestuário e mudanças na socialização. Em relação às dificuldades informadas, destacam-se: os efeitos colaterais pós-cirurgia, redução das porções de comida e críticas ao corpo que as participantes receberam após a cirurgia, sobretudo nos primeiros meses com a rápida perda de peso.

### 5.2.3 Perspectivas em relação à perda de peso

No que se refere às perspectivas relacionadas à perda de peso, consideraram-se os aspectos relativos à avaliação da própria perda de peso, pela participante, e expectativas futuras. Os resultados encontram-se a seguir, no Quadro 7.

Quadro 7 – Perspectivas em relação à perda de peso

Perspectivas em relação à perda de peso	Unidades de Significado
Avaliação sobre a própria perda de peso	Satisfação
	Comparação com outras mulheres pós bariátrica
	Estagnação de peso na Pandemia
Expectativas futuras em relação ao tratamento	Saúde
	Manutenção de peso perdido
	Longevidade
	Melhorias na locomoção
	Investir na área profissional
	Investir na socialização
	Entendimento da continuidade do processo
Desesperança	

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Percebe-se que as participantes se apresentaram satisfeitas com a perda de peso proporcionada pela cirurgia, e sinalizaram expectativas futuras de manutenção da perda de peso e do quadro de saúde melhorado a partir do tratamento cirúrgico, além de mostrarem expectativas de melhoria na socialização, retorno às atividades profissionais e também entendimento de que o processo de manutenção da perda de peso precisa ser contínuo.

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Características sociodemográficas da amostra

No que se referente à média de idade observada da amostra, que foi de 43 anos, este dado se mostra equivalente aos achados de outros estudos que apontaram para maior frequência de cirurgia bariátrica em pacientes adultos, apresentando maior incidência entre 38 e 45 anos (BRESSAN; TREVISOL, 2019; MOTA; COSTA; ALMEIDA, 2014; NÓBREGA *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2018; ZYGER; ZANARDO; TOMICKI, 2016).

De acordo com Wagner *et al.* (2018), a obesidade torna-se cada vez mais prevalente na população mais jovem, incluindo crianças, o que impactará na idade média de realização de cirurgias bariátricas. Um estudo que traçou o perfil clínico e epidemiológico de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, realizado por Araújo *et al.* (2018), sinaliza para a idade média de 35 anos de idade. Estes dados apontam para as possíveis mudanças que estão ocorrendo na diminuição da idade média de pessoas submetidas à cirurgia bariátrica e, conseqüentemente, para a incidência da obesidade em indivíduos cada vez mais jovens. Além disto, destaca-se a questão do gênero, pois o público feminino é a maior parte no que se refere às cirurgias bariátricas, uma vez que as mulheres demonstram maior preocupação com a imagem corporal (BARROQUEIRO, 2009), e são menos resistentes que os homens na busca por serviços de saúde (COSTA *et al.*, 2019).

A respeito do estado civil, a maior frequência foi de participantes solteiras (36%), seguida de casadas (32%). Além de ser uma diferença pequena, e se se associar a porcentagem de participantes com união estável (12%), pode-se perceber que 44% seriam de mulheres que estão atualmente num relacionamento estável, o que condiz com os achados de pesquisas que associam obesidade com casamento, uma vez que o estado civil altera os comportamentos de consumo alimentar dos indivíduos (OKOP; LEVITT; PUOANE, 2015; SOARES; BARRETO, 2015). Em relação à presença de filhos, 21 participantes (84%) possuem filhos, dado que vem corroborar com os estudos que sinalizam obesidade e gravidez (ARREDONDO *et al.*, 2019; LEE *et al.*, 2015). Para Lee *et al.* (2015), em países industrializados, uma a cada cinco mulheres adquire obesidade no período gestacional. Ademais, outro estudo desenvolvido por Arredondo *et al.* (2019) ressalta que a obesidade em mães, dentre todos os fatores, pode associar-se a padrões dietéticos inadequados e ausência de atividade física durante a gestação.

Quanto à ocupação, 36% mencionaram estar aposentadas, seguido de participantes que desempenham trabalho informal (28%), e estão empregadas (28%), respectivamente. Em

relação às questões profissionais, estudos apontam para a relação entre obesidade e desemprego, sinalizando o desemprego como condição laboral mais frequente em indivíduos obesos para maior frequência de indivíduos desempregados (ARREDONDO *et al.*, 2019; BOSSA *et al.*, 2019). Neste estudo, percebe-se que se associar trabalhadoras informais àquelas que estão empregadas formalmente seria 56% da amostra, o que permite sinalizar que a obesidade está relacionada a uma dificuldade de inserção no mercado de trabalho e/ou realizar atividades laborais, por esta condição, e também por aspectos que têm a ver com os custos em saúde, possivelmente temidos pelo contratante. No entanto, havendo uma perda de peso, e/ou se há uma diminuição do quadro de obesidade grave para um patamar menor, ou até o retorno apenas à condição de sobrepeso, proporcionado pela cirurgia, essas mulheres acabam tendo maior possibilidade de retorno às atividades laborais (COSTA *et al.*, 2019; MORAES; CAREGNATO; SCHNEIDER, 2014).

Como asseveram Arredondo *et al.* (2019), os aspectos socioeconômicos possuem associação com a obesidade, que tem demonstrado crescimento nos países mais pobres, uma vez que o ganho de peso se relaciona ao maior consumo de alimentos industrializados de baixo custo e calóricos. Neste sentido, a obesidade torna-se cada vez mais presente em indivíduos socialmente vulneráveis, com baixa renda e baixa escolaridade.

Nesta pesquisa, nos resultados sobre grau de escolaridade, a maior frequência foi de participantes com Ensino Médio completo (44%). Quanto à renda mensal, a maior frequência foi de 10 participantes (40%) vivendo com até um salário mínimo, resultado que está de acordo com os achados das pesquisas supracitadas, pois a maior parte da amostra apresentou baixo grau de escolaridade e baixa renda financeira mensal.

## **6.2 Histórico clínico e de tratamento**

O tempo médio de preparo para a cirurgia bariátrica é de seis meses a quatro anos, podendo variar de acordo com a especificidade de cada serviço, a partir da avaliação da equipe multidisciplinar (SBCBM, 2019). Na amostra, o tempo de preparo para a cirurgia foi em média de três a seis meses, referido por 11 participantes (44%), mostrando-se inferior ao que é apontado pela SBCBM. Uma hipótese para a redução do tempo médio de espera para a cirurgia é que nesta amostra não houve a presença de comorbidades mais complicadas como diabetes e cardiopatias, além disso, a maior parte das pacientes é de jovens, e demonstram adesão às prescrições da equipe multidisciplinar, o que mostra que o serviço se mantém como referência no tratamento a curto e médio prazo no Estado.

A técnica cirúrgica mais frequente foi o *Sleeve* Gástrico, sendo referenciada por 19 participantes (76%). Esse achado se destaca dos estudos que apontam o *Bypass* Gástrico como a técnica mais praticada no Brasil, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas no País (SBCBM, 2017a; SILVER *et al.*, 2006). As indicações para a técnica cirúrgica partem da equipe multiprofissional, sobretudo do cirurgião que levará em consideração a especificidade e necessidades de cada paciente (COSTA *et al.*, 2019). A maior parte das entrevistadas apresentou IMC acima de 40 kg/m<sup>2</sup>, o que favorece indicação por uma técnica como *Sleeve*, já que não obstante, indivíduos com obesidade grave possuem indicação de métodos alternativos, como Balão Intragástrico para redução de perda de peso antes de se submeterem ao *Bypass* sem que haja complicações.

Em relação à motivação para a cirurgia, 24 mulheres (96%) mencionaram tratamento cirúrgico da obesidade para fins de saúde. Esta informação corrobora com os estudos de Moliner e Rabuske (2008) e Siqueira e Zanotti (2017), que observam a motivação de saúde como fator expressivo na busca pelo tratamento cirúrgico, uma vez que a cirurgia bariátrica vem mostrando a sua eficácia nos últimos anos quanto às mudanças na perda de peso e melhora das comorbidades associadas. Por outro lado, Mota, Costa e Almeida (2014) destacam também que a procura por esta opção de tratamento envolve além de questões de saúde, como a pressão social estética que contribui para a busca da perda de peso, fato que de acordo com esse estudo, não esteve presente no relato da maioria participantes como principal motivador para busca da cirurgia.

Os tratamentos anteriores à cirurgia que se destacaram foram os combinados, sendo mencionados por 11 participantes (44%). Mencionam Silva e Crahim (2019) que, não obstante, o paciente elegível à cirurgia bariátrica já realizou diversas tentativas e tratamentos para a perda de peso anteriores e sem sucesso, sendo a cirurgia bariátrica muitas vezes o último recurso desses pacientes, ressaltando que, dentre as indicações para o tratamento cirúrgico, está incluído e é considerada a tentativa de realização de tratamentos anteriores, por um tempo, mas que não foram eficazes para a perda de peso. Ou seja, o que parece estar em consonância com este estudo, com relação à necessidade de optarem pela cirurgia bariátrica.

Quanto ao início da obesidade, 10 mulheres (40%) mencionaram a vida adulta como etapa do surgimento da obesidade em suas vidas. Este dado é reforçado pelos estudos de Conde e Borges (2011), que indicam que adultos estão sob o risco de desenvolverem obesidade na transição da adolescência para a fase adulta, em decorrência das alterações hormonais e alimentação desbalanceada. Em relação ao IMC, a maioria das participantes 19 (76%) apresentou IMC acima de 40 kg/m<sup>2</sup>, ou seja, obesidade grave, corroborando com o critério de

elegibilidade para cirurgia bariátrica, sobretudo se associado com comorbidades. Quanto às comorbidades, oito mulheres (32%) apresentaram hipotireoidismo. Não obstante, a presença de obesidade Grau III associada a outras comorbidades, sendo as mais comuns: diabetes, hipertensão, cardiopatias e hipotireoidismo, e a resistência aos tratamentos anteriores acabam sendo critérios de elegibilidade à cirurgia (OMS, 2017).

Antes da cirurgia, 19 (72%) participantes referiram não fazer uso de álcool, em que esta frequência aumentou depois da cirurgia, já que 22 mulheres (88%) mencionaram não fazerem uso de álcool. Quanto ao uso de drogas, as participantes, na sua totalidade, relataram não ter utilizado nem antes e nem depois da cirurgia. Este achado se diferencia de estudos que apontam para o crescimento do abuso de álcool e outras drogas em pacientes após a cirurgia bariátrica. Trazem Porto e Antoniassi Junior (2017), que o abuso de substâncias após a cirurgia ocorre em pacientes que não obtiveram sucesso na manutenção de hábitos saudáveis, e com as reais mudanças decorrentes deste processo na vida e nos hábitos alimentares, sendo assim, o paciente muitas vezes supre o vazio do alimento com uso de alguma substância, fato que não parece corroborar com os resultados desse estudo.

Quanto ao acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, tanto antes como depois da cirurgia, as maiores frequências foram para o acompanhamento psicológico, respectivamente referido antes por 16 mulheres (64%) e posteriormente por 14 mulheres (56%). O acompanhamento psicológico é fundamental no processo de submissão à cirurgia, e implica na construção juntamente com o paciente de expectativas realistas, acompanhamento das percepções da imagem corporal e de todas as modificações resultantes do procedimento cirúrgico na vida do paciente, seja a nível físico, emocional ou social (LOLI-ARENALES, 2017; FRANQUES; ARANELES-LOLI, 2011; BENEDETTI, 2015). No presente estudo, as participantes referiram continuar com o seguimento do acompanhamento psicológico, principalmente no primeiro ano após a cirurgia, pois este acompanhamento é fundamental para a eficácia do tratamento, e devido à sua importância deve ser mantido não apenas nos primeiros meses, mas a longo prazo. O fato deste estudo ter sido realizado em um Hospital Universitário, reforça-se o acompanhamento multiprofissional, dado que corrobora com estudo realizado por Oliveira (2006), que destaca o maior acompanhamento multiprofissional em pacientes submetidas à cirurgia bariátrica em locais públicos, sobretudo Hospitais Universitários.

Por fim, em relação à atividade física, 18 participantes (72%) afirmaram praticar atividade física antes da cirurgia, e 17 (68%) referiram a prática de atividade física após a cirurgia. Quanto à modalidade, a atividade física de maior expressividade foi caminhada, referida por 13 participantes (52%) da amostra. Barros *et al.* (2015) apontam que os bons

resultados obtidos com a cirurgia bariátrica devem ser mantidos com um estilo de vida que inclua prática de atividade física, alimentação saudável e acompanhamento multidisciplinar.

### **6.3 Questionário de Três Fatores Alimentares – TFEQ-R21**

Dentre as alterações provenientes da cirurgia bariátrica, destaca-se a redução da capacidade gástrica que produz alterações significativas no comportamento alimentar (COLLES; DIXON; O'BRIEN, 2008). Por outro lado, Lima (2012) acentua que o comportamento alimentar pode contribuir tanto para a manutenção de hábitos que favorecem o sucesso da cirurgia quanto para hábitos que irão conduzir ao reganho de peso e outros prejuízos associados.

Um estudo conduzido por Biagio, Moreira e Amaral (2020) avaliou o comportamento alimentar em 100 indivíduos obesos em tratamento ambulatorial de nutrição clínica, em uma instituição em São Paulo, e identificou que o tipo de comportamento alimentar mais frequente na amostra foi o de RC (76%), e os resultados deste estudo não apontaram para associação entre este comportamento alimentar e boa adesão ao tratamento nutricional. Lang *et al.* (2002) avaliaram 66 indivíduos antes e após a cirurgia bariátrica, e destacaram a perda de controle sobre a comida (DA) como comportamento alimentar mais frequente entre as pacientes com obesidade. Já após a cirurgia, a RC apresentou maior frequência. Contrapondo esses achados de pesquisas, um estudo desenvolvido por Magdaleno Junior, Chaim e Turato (2009), identificou a presença de AE enquanto comportamento alimentar mais frequente em pessoas após a cirurgia bariátrica, segundo para esses pesquisadores que a maior frequência desse comportamento ocorre devido às mudanças que os indivíduos tiveram de realizar na alimentação, além da necessidade de seguir o tratamento para a manutenção e o controle do peso a longo prazo.

Os dados encontrados no presente estudo indicam que as participantes apresentaram maiores escores na dimensão de restrição cognitiva/alimentar (56,77%). Estes resultados corroboram com os estudos de Lang *et al.* (2002), que destaca a RC enquanto comportamento alimentar mais presente na população após a cirurgia bariátrica. A maior frequência de RC em pacientes pós cirurgia bariátrica justifica-se pela própria ação restritiva da cirurgia na capacidade gástrica (LIMA, 2012). De acordo com Copat (2013), as alterações no mecanismo gástrico conduzem à redução de fome e agilizam a sensação de saciedade após o consumo de alimentos.



Além dessa hipótese, não raramente pessoas submetidas à cirurgia bariátrica já passaram antes por outros tratamentos sem obter sucesso. Neste estudo, apenas 44% das participantes fizeram tratamentos combinados (dietas restritivas e uso de medicamentos) antes de se submeterem à cirurgia bariátrica. Isto contribui para sensação de frustração e para que se reforce o medo de reganhar peso mesmo após a cirurgia, conduzindo o indivíduo à adoção de comportamento alimentar de RC, visando a redução e/ou a manutenção da perda de peso induzida por cirurgia bariátrica (COSTA *et al.*, 2019).

A imposição pelo próprio indivíduo de obrigações e regras alimentares com objetivo de perder peso (RC), pode se correlacionar com a adesão às metas de consumo alimentar que promovem a perda de peso a curto prazo. No entanto, a longo prazo a restrição alimentar associa-se à perda de controle alimentar e a desregulação emocional (BIAGIO; MOREIRA; AMARAL, 2020; JOHNSON; PRATT; WARDLE, 2012).

Essas pesquisas reforçam o resultado do presente estudo que identificou DA (22,37%) como segunda dimensão de comportamento mais frequente nas participantes. Entende-se que nos primeiros meses após a cirurgia, estas mulheres tiveram alterações restritivas em suas dietas inerentes aos protocolos. Ou seja, ocorre a adoção de RC na tentativa de não retornar ao peso pré-cirúrgico nos primeiros meses até um ano, porém, essa estratégia pode se mostrar insustentável a longo prazo, e promover sofrimento emocional, sobretudo quando experimentam culpa e tristeza diante de episódios de DA.

#### **6.4 Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP**

A cirurgia bariátrica possui repercussões positivas na saúde do indivíduo, que vão desde a diminuição de comorbidades à melhoria da autoestima (MENSORIO, 2013). No entanto, apenas a submissão ao procedimento cirúrgico não é garantia do sucesso do tratamento a longo prazo, pois o emagrecimento súbito pode ressaltar problemas anteriores à cirurgia ou torná-lo mais suscetível às psicopatologias, como o uso abusivo de álcool e dificuldades nos relacionamentos conjugais (BECEIRO *et al.*, 2020).

Considerando as mudanças envolvidas após o procedimento cirúrgico, a adoção de estratégias de enfrentamento (*coping*) é um recurso importante na adaptação às situações adversas e estressantes (MENSORIO, 2013). Ortega *et al.* (2012) desenvolveram um estudo de avaliação dos preditores de sintomas psicológicos adversos em 60 indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica, ressaltando as estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção e

fragilidade no suporte social como principais preditores para o sofrimento psicológico e psicopatologias, sobretudo a partir do sexto mês após a cirurgia.

Um estudo de Mensorio (2013) identificou que pacientes com acompanhamento psicológico no período pré-operatório desenvolveram mais estratégias focalizadas no problema do que indivíduos sem acompanhamento psicológico, e que esta categoria de estratégias estaria vinculada à redução de ansiedade e melhor adesão ao tratamento. Estes dados são compatíveis com o presente estudo, no qual as participantes apresentaram maior escore no Enfrentamento Focalizado no Problema (75,24%). Uma hipótese para este resultado é que, mediante o histórico clínico e de tratamento da amostra, percebe-se que as participantes permaneceram em acompanhamento multiprofissional. Neste período anterior à cirurgia, 64% das participantes obtiveram acompanhamento psicológico, e 56% das mulheres prosseguiram com o acompanhamento psicológico, mesmo em período posterior à cirurgia.

Percebe-se que o acompanhamento psicológico desempenhou papel preponderante no fortalecimento de estratégias focalizadas no problema. Como enfatizam Beceiro *et al.* (2020), o acompanhamento psicológico tem o foco preventivo e educativo, levando em consideração a experiência de emagrecimento de cada paciente após a cirurgia bariátrica. Ressalta-se o acompanhamento psicológico como preditor no desenvolvimento de estratégias focalizadas no problema e, conseqüentemente, na potencialização da adaptação às mudanças, adesão ao tratamento e saúde mental dos indivíduos (MENSORIO, 2013).

### **6.5 Correlações entre o Questionário de Três Fatores Alimentares – TFEQ-R21 e a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP**

Conforme Pirutinsky, Rosmarin e Holt (2012), as estratégias de enfrentamento relacionam-se diretamente com o comportamento alimentar dos indivíduos, e pessoas que utilizam estratégias de enfrentamento focadas na emoção possuem mais dificuldade em perder peso, e engajam-se em comportamentos alimentares mais prejudiciais. De modo contrário, estratégias de enfrentamento focadas no problema mostram-se mais favoráveis à instalação de hábitos alimentares saudáveis e estabilidade do peso perdido após a cirurgia bariátrica (CONRADT *et al.*, 2008).

Keskin, Engin e Dulgerler (2010) desenvolveram uma pesquisa com 99 pacientes obesos, onde se investigou a relação entre comportamento alimentar e estratégias de enfrentamento. Os resultados evidenciaram-se que quanto mais insuficiente a rede de apoio e

as habilidades de resolução de problema, maior a probabilidade de engajamento em condutas alimentares, como compulsão alimentar e consumo excessivo de alimentos industrializados.

Os resultados do presente estudo indicam que quanto mais frequente os níveis de DA e AE, menores são o uso de estratégias de enfrentamento focalizado no problema. Estes dados estão de acordo com os estudos de Conradt *et al.* (2008), que indicaram a associação de estratégias de enfrentamento focadas em problemas com alimentação saudável e equilibrada. Segundo Mensorio (2013), a redução de ansiedade e o engajamento no tratamento encontram-se diretamente relacionadas ao uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema.

Ao utilizar estratégias de enfrentamento focadas no problema, o paciente submetido à cirurgia bariátrica busca o manejo da situação e reavaliação de dificuldades, sem fugir, esquivar ou utilizar de negação (SEIDL; TRÓCOLLI; ZANNON, 2001). Entende-se que o período pós-cirúrgico envolve inúmeros desafios, sobretudo nos aspectos relacionados à alimentação, e a busca de resolução destas dificuldades promove fortalecimento do equilíbrio alimentar e saúde mental dos pacientes, fatores que se contrapõem à indicadores como DA e AE (BARBOSA; PENAFORTE; SILVA, 2020).

Ainda como resultado da presente pesquisa, identificou-se que quanto maior a frequência estratégias focalizadas na emoção, maior a presença de AE e DA. Estes dados estão de acordo com os estudos de Mensorio e Costa Junior (2016) e Pirutinsky, Rosmarin e Holt (2012), que destacaram as estratégias de enfrentamento focadas na emoção como preditoras de condutas alimentares inadequadas, o que dificulta a perda e estabilidade do peso a longo prazo, conduzindo ao sofrimento psicológico. As respostas de esquiva, culpabilização de si e dos outros, características deste tipo de estratégia (NATACCI; FERREIRA JUNIOR, 2009), dificultam a resolução de desafios decorrentes do processo de mudança após a cirurgia, uma vez que as problemáticas não são solucionadas, e o indivíduo muitas vezes se sente sobrecarregado e desesperançoso. Relacionado a tudo isso, ocorrem os episódios de DA e AE retroalimentando um ciclo vicioso que coopera para a desconexão alimentar, culpa e reganho de peso (BARBOSA; PENAFORTE; SILVA, 2020; MENSORIO, 2013).

Considerando a eficácia das estratégias de enfrentamento focalizadas no problema na diminuição de DA e AE, reforça-se a importância de intervenções que promovam este tipo de estratégia, sobretudo na população pós-bariátrica, favorecendo, assim, a manutenção de hábitos saudáveis, bem-estar do sujeito e conseqüente sucesso do tratamento a longo prazo.

## 6.6 Relação com o alimento

Nesta etapa discute-se, a partir da análise qualitativa das entrevistas, a relação com o alimento relatada pelas participantes deste estudo. As principais categorias observadas foram: caracterização da alimentação e sentimentos relacionados à comida.

### 6.6.1 Caracterização da alimentação

Dentre todos os aspectos encontrados na caracterização da alimentação, os principais observados foram: restrição alimentar, reeducação alimentar e rápida saciedade.

#### 6.6.1.1 Restrição alimentar

A restrição alimentar foi o aspecto mais expressivo na amostra, sendo referenciado por 11 participantes, dentre as quais mulheres no pós-operatório recente e pós-operatório a longo prazo. No grupo da restrição alimentar encontram-se estratégias de restrição alimentar desenvolvidas pelas próprias pacientes em decorrência da adaptação no período pós-bariátrico, alteração de paladar ou receio do reganho de peso. Nos fragmentos narrativos a seguir, no Quadro 8, é possível observar a ocorrência destes aspectos.

Quadro 8 – Relatos das participantes quanto à restrição alimentar

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 1	7 meses	<i>Porque hoje eu tirei por minha conta arroz, farinha, o açúcar, é porque a médica quer que eu use adoçante e eu não me adaptei a nenhum tipo de adoçante. Então eu não uso açúcar nenhum.</i>
Participante 2	1 ano e 7 meses	<i>Hoje, depois da minha cirurgia, eu não gosto muito de comida sólida, arroz eu nunca comi depois da minha cirurgia, mas com as outras coisas eu não tenho problema.</i>
Participante 6	1 ano e 7 meses	<i>Então, tem muitos alimentos que eu tirei, não era necessário, mas resolvi tirar, tipo o arroz, massas, essas coisas. Porque eu tenho aquele medo, de voltar tudo de novo, o que era antes.</i>
Participante 7	1 mês	<i>Tô (sic) só no líquido, 50 ml de 30 em 30 minutos.</i>
Participante 10	9 meses	<i>Minha alimentação hoje é saudável, bem saudável. Restrita, mas saudável, hoje eu como o suficiente para me manter bem e satisfeita.</i>
Participante 11	1 mês	<i>A minha alimentação tá bem restrita porque tá recente, né? O paladar tá diferente de algumas coisas, e como a alimentação pós-cirúrgica é bem restrita, tá sendo um começo de descoberta, entendeu?</i>
Participante 14	5 anos	<i>Bom, hoje eu tô (sic) bem. Continuo comendo na medida do possível pra não aumentar a quantidade de alimentos, entendeu? Não gosto de comer arroz, não gosto de comer feijão, não gosto de comer macarrão, não gosto de mastigar.</i>
Participante 20	3 anos	<i>Eu como pouco, muito pouco. Eu não posso comer carne, eu como mais frango e peixe. Tudo eu como pouco [...]. E é muito pouco a colherzinha</i>

		<i>de arroz quando eu como, e às vezes quando o estômago não coisa (sic) ainda boto pra fora. Mas eu tomo líquido, negócio de líquido eu como bem, um caldinho essas coisas eu como bem.</i>
Participante 21	3 anos	<i>Hoje tá bem, bem melhor do que antes! Tudo bem que a gente não come muito, né? Pouco nas quantias, tudo pouco, arroz eliminei não por eu mesma ter eliminado, o organismo que não que não aceita mais.</i>
Participante 22	6 anos	<i>Hoje é basicamente só proteína e frutas que eu como. Ah! Antes eu comia muita besteira, muito doce, hambúrguer e arroz; hoje em dia eu não posso mais comer arroz assim. Ficou bem restrito.</i>
Participante 25	10 meses	<i>Foi uma coisa assim. que depois da cirurgia eu não consegui comer nada de açúcar, me dá um enjoo; se eu boto um pedacinho parece que eu tô (sic) colocando um monte de açúcar na boca e me dá logo aquele mal-estar. Ai eu não quis essas coisas, eu por mim mesma quis tirar.</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Sobre esse aspecto, Zaparolli (2018) informa que após a cirurgia bariátrica há uma restrição significativa da capacidade gástrica e diminuição da ingestão calórica. No entanto, após o processo adaptativo, esta capacidade pode expandir se houver aumento do aporte de alimentos. Este mesmo autor realizou um estudo que avaliou a ingestão alimentar de 106 pacientes após a cirurgia bariátrica, e constatou que após seis meses de pós-operatório, houve uma piora na qualidade da alimentação, o que pode contribuir para reganho de peso e recidiva de comorbidades.

Nota-se que parte expressiva da amostra utiliza de restrição alimentar com base em estratégias de RC, uma vez que a RC consiste na adoção de pensamentos em relação à alimentação com a finalidade de reduzir a ingestão calórica, ou seja, a tendência dos indivíduos a restringir voluntariamente a ingestão de alimentos. Ou seja, o indivíduo impõe obrigações e regras alimentares para manter ou promover a perda de peso (NATACCI; FERREIRA JUNIOR, 2011).

Esse dado obtido com o relato das participantes corrobora com o comportamento alimentar de RC, avaliado quantitativamente pelo TFEQ-R21, fato que pode ser observado a partir da fala de uma participante, que referiu não manter comportamento de restrição alimentar, e aponta este fator como preditor de reganho de peso:

*Eu não tive restrição alimentar, é uma coisa que eu reclamo muito: “Dr. o senhor me operou mesmo, né?” Porque às vezes você diz: Ah, eu não como isso? Eu como um jumento com couro e tudo (risos). Mas assim, eu não tenho restrição nenhuma alimentar. Eu consigo me alimentar normal!*

### 6.6.1.2 Reeducação alimentar

A reeducação alimentar após o procedimento de cirurgia bariátrica foi o segundo aspecto mais recorrente na amostra, pois 10 participantes fizeram referência a este fator, conforme mostram os relatos no Quadro 9.

Quadro 9 – Relatos das participantes quanto à reeducação alimentar

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 1	7 meses	<i>A minha alimentação depois da bariátrica teve que ser toda modificada, né? Hoje após seis meses eu me reeduquei.</i>
Participante 5	1 ano	<i>Uma mudança de 50%, com relação ao antes, em termos de aderir frutas, verduras, comer no horário certo, comer quantidades poucas, comer hoje comidas mais saudáveis.</i>
Participante 8	2 anos	<i>Tipo assim, é antes da bariátrica, eu não enxergava essas duas diferenças de comer mal e comer bem. E depois da bariátrica, depois do meu pós agora eu posso ver que a gente pode comer de tudo, né? E comer bem, se alimentar bem, tá bem restrito com as suas vitaminas, comer salada.</i>
Participante 9	1 mês	<i>Agora ela está bem equilibrada, bem variada! Hoje eu tô (sic) sabendo me reeducar, antes eu não tinha controle pra nada.</i>
Participante 10	9 meses	<i>Minha alimentação hoje é saudável, bem saudável.</i>
Participante 13	4 anos	<i>Olha, hoje a minha alimentação é extremamente saudável, até porque antes da cirurgia era totalmente desregulada, assim, era muita gordura. Hoje não, hoje eu tenho uma reeducação alimentar.</i>
Participante 15	2 anos e 6 meses	<i>Tudo muito! E hoje não, hoje eu como nas quantidades certas, e nos horários certos.</i>
Participante 16	3 anos e 10 meses	<i>Hoje eu tenho, a bariátrica me deu essa oportunidade de me adequar a essa nova realidade de minha vida, comer de acordo, porque anteriormente eu comia compulsivamente. Hoje eu como tudo, pouco, porém, tudo com qualidade, e é tudo, depois da bariátrica pra mim foi tudo.</i>
Participante 21	3 anos	<i>Então, o que aparecia. Hoje, olha tem um doce ali! Se eu quiser eu como, se eu não quiser não. Antes era comendo direto, mas hoje é tranquilo, a relação com a comida é tranquila.</i>
Participante 25	10 meses	<i>É bem assim, porque eu passei por esse processo aí tem a educação. Então acho que hoje é uma alimentação melhor do que antes, assim, que eu comia o que eu via, comia muita besteira.</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Em relação à reeducação alimentar, Costa *et al.* (2019) acentuam que uma boa nutrição consiste em priorizar os alimentos naturais e reduzir o consumo de alimentos industrializados. Essa dieta também deve ser seguida e mantida pelo paciente bariátrico ao longo de toda a sua vida, obviamente seguindo as fases da dieta pós-operatória até o processo final de manutenção de alimentação de consistência normal.

### 6.6.1.3 Rápida saciedade

A alteração e rapidez na saciedade foi referido por parte considerável das participantes. Ressalta-se que esse aspecto foi o terceiro mais relatado, tendo sido observado em sete participantes submetidas à cirurgia bariátrica.

O que se pode destacar aqui é que, logo nos primeiros meses até um ano, as pacientes precisam aprender a se alimentar, por conta da redução no volume do estômago provocada pela cirurgia bariátrica, além de possíveis desconfortos causados, no caso de haver uma ingestão maior, tal como elas tinham anterior à cirurgia. Por isso, até sentirem-se seguras e ocorrer a adaptação do organismo, questões restritivas estarão mais presentes, como nesse estudo, além do sentimento de medo de retorno ao peso perdido e/ou culpa caso se excedam na alimentação. Também se percebe que as porções ingeridas são menores a cada momento de refeição, e já produzem saciedade.

Por outro lado, é necessário ressaltar que se o indivíduo não mantém uma continuidade no tratamento a longo prazo, podendo haver DA, ou seja, um aumento considerável de ingestão alimentar não só em quantidade, mas em qualidade calórica, ao longo do dia, mesmo em pequenas quantidades.

Quadro 10 – Relatos das participantes quanto à rápida saciedade

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 3	1 ano	<i>Hoje em dia não, a gente olha, a gente come aquele pouquinho e pronto, se sente saciado.</i>
Participante 5	1 ano	<i>Já procuro comer coisas bem saudáveis, e o pouco que como já me satisfaz.</i>
Participante 7	1 mês	<i>Eu sento lá, tomo minha sopinha, meu caldinho, e fico satisfeita.</i>
Participante 10	9 meses	<i>Meu Deus, um dia eu tive naquela situação de que aquilo tudo cabia no meu estômago, e hoje eu me sinto satisfeita com pouco, e é o suficiente para que eu me sinta bem.</i>
Participante 17	4 anos	<i>Eu me sinto saciada com pouco, né? E me sinto mais saudável, sem dúvida.</i>
Participante 20	3 anos	<i>Eu fico cheia se eu comer a carne, um estômago não coisa (sic) e eu fico logo cheia.</i>
Participante 24	6 anos	<i>Normal. Bem! Eu como de tudo, só que eu tenho um limite quando eu me alimento, que completa e sinto que tô (sic) saciada, tudo bem, tá tudo bem.</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

### 6.6.2 Sentimentos relacionados à comida

Existem diversos fatores que influenciam a relação do indivíduo com o alimento, e quanto a este fator, é possível observar que sentimentos diversos surgem no que se refere à

comida. De todos os sentimentos, o mais referido pelas participantes foi o medo relacionado ao reganho de peso.

#### 6.6.2.1 Medo de Engordar

Na categoria de sentimentos relacionados à comida, o medo de engordar foi o aspecto mais expressivo na amostra, ocorrendo de forma homogênea em participantes. Quanto a esta questão, Costa *et al.* (2019) afirmam que a estabilização de peso pode ocorrer até 18 meses após o procedimento, e caso não haja a manutenção de bons hábitos alimentares associados ao acompanhamento multiprofissional, é possível que ocorra o reganho de peso, frequentemente muito temido por indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. Pode-se observar estas questões nos relatos a seguir, no Quadro 11.

Quadro 11 – Relatos das participantes quanto ao medo de engordar

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 1	7 meses	<i>Eu tento comer o básico, e fico trabalhando meu psicológico, porque eu não quero voltar ao que eu era antes.</i>
Participante 3	1 ano	<i>A gente fica mais preocupado, ainda depois da cirurgia com o ganho de peso. Com medo de voltar a ganhar o peso que a gente tinha antes.</i>
Participante 6	1 ano e 7 meses	<i>Porque eu tenho aquele medo, de voltar tudo de novo, o que era antes.</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

O medo de engordar reflete na relação destas mulheres com a alimentação que passa a ser monitorada constantemente, conforme o relato da Participante 13: “[...] a gente tenta levar o máximo possível pra não ter que engordar de novo”. Este medo associa-se à alimentação, contribuindo para que se desenvolva uma relação conflituosa com a comida e com o próprio ato de comer, conforme explicitado pelas participantes 14 e 12, respectivamente: “[...] e eu tenho medo desse comer, né? Porque eu já passei por isso”; “[...] até porque a gente já fez essa cirurgia, e aí não cabe mais engordar, né?”

### **6.7 Aspectos emocionais, psicossociais e dificuldades após a cirurgia**

Nessa etapa são discutidos, a partir da análise qualitativa das entrevistas, os aspectos emocionais, psicossociais e dificuldades após a realização da cirurgia bariátrica. Dentro das respectivas categorias, foram identificadas unidades de significados salientadas nas narrativas das participantes.



### 6.7.1 Aspectos emocionais

Nos aspectos emocionais encontram-se os relatos de sentimentos associados à experiência da submissão à cirurgia bariátrica e, principalmente, ao momento consequente. Os aspectos emocionais que mais se destacaram foram: satisfação, melhorias na autoimagem e ressignificação da identidade. Abaixo, encontram-se algumas das unidades de significado presentes nas narrativas.

#### 6.7.1.1 Satisfação

Nessa categoria, a satisfação foi o aspecto mais presente na fala das participantes. Alguns desses relatos encontram-se nos trechos a seguir, no Quadro 12.

Quadro 12 – Relatos das participantes quanto à satisfação

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 4	1 ano	<i>Me sinto totalmente satisfeita com a cirurgia.</i>
Participante 5	1 ano	<i>Depois da cirurgia, eu me sinto totalmente satisfeita, a minha motivação foi lá pra cima.</i>
Participante 11	1 mês e 15 dias	<i>Por exemplo, minha pontuação era 54, hoje calça 52 já tá dando. Blusa que antes não entrava ou entrava e ficava assim apertada, hoje ela já entra, já fica mais folgadinha.</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Considerando as mudanças e desafios associados à cirurgia bariátrica, vale ressaltar que a presença de satisfação, sentimento de realização, mudança de vida e felicidade, pelos resultados conquistados após o procedimento, parece ser imprescindível para o engajamento no tratamento, conforme os relatos no Quadro 13, a seguir.

Quadro 13 – Relatos das participantes quanto às mudanças e desafios associados à bariátrica

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 13	4 anos	<i>E assim, é... a cirurgia foi tudo de bom, tudo de bom mesmo.</i>
Participante 14	5 anos	<i>Me sinto muito bem e muito realizada, porque eu entrei na bariátrica consciente que eu tinha que fazer uma cirurgia.</i>
Participante 15	2 anos e 6 meses	<i>Mudou muita coisa pra melhor, muita coisa melhorou.</i>
Participante 16	3 anos e 10 meses	<i>Hoje eu digo assim: “Essa minha nova história de vida, ela tem um sentido tão grande assim, sabe?” [choro]. Tão marcante, se eu tivesse que fazer tudo de novo eu faria tudo novamente.</i>
Participante 18	3 anos e 1 mês	<i>Uma satisfação muito grande, é uma nova vida para mim, coisas que eu nunca imaginei que ia fazer de novo porque na minha juventude eu não era gorda.</i>
Participante 20	3 anos	<i>Eu me sinto bem, se não fossem essas dores nos meus ossos, eu tava a mulher mais feliz!</i>

Participante 21	3 anos	<i>Ótima! Tem muita gente que some depois da cirurgia, aí certo tempo aquilo volta, e eu acho que é por isso. Porque se tu disseses: “O que tu sente após a cirurgia nesse um ano?” Nada, nada.</i>
Participante 22	6 anos	<i>Ah! Me senti muito bem quando eu fiz, me liberei daqueles quilos, de todos aqueles quilos. Eu me liberei, que eu perdi quase 30 quilos, e aí foi a época que meu marido faleceu, eu tava com 75 quilos.</i>
Participante 24	6 anos	<i>Foi a melhor coisa que fiz na minha vida. Hoje em dia eu não tenho dificuldade pra nada. Graças a Deus!</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

### 6.7.1.2 Melhorias na autoimagem e na autoestima

O segundo aspecto mais recorrente na amostra nessa categoria foram as melhorias na autoimagem e na autoestima das participantes. As modificações corporais após a cirurgia podem contribuir positivamente na autoimagem e na autoestima das pacientes, conforme se pode notar nos trechos abaixo, no Quadro 14.

Quadro 14 – Relatos das participantes quanto às melhorias na autoimagem e na autoestima

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 24	6 anos	<i>Ah me sinto bem, comigo não teve problema nenhum, tô bem, tô bem comigo mesmo</i>
Participante 25	10 meses	<i>Ah, eu me sinto maravilhosa, toda hora eu me olho no espelho [risos].</i>
Participante 2	1 ano e 7 meses	<i>Porque não tem preço você entrar numa loja, você comprar o que gosta, se olhar no espelho e se achar bonita! Você tem que gostar de você, você tem que se ver! Hoje eu me vejo muito melhor, me olhando no espelho.</i>
Participante 5	1 ano	<i>[...] a minha motivação foi lá pra cima. A minha autoestima, o jeito que eu consigo lidar com os problemas. É, me olhar no espelho e ver que já consegui eliminar bastante desse meu corpo que hoje eu já tô aceitando, porque antes eu não aceitava. E melhorou muito tem melhorado a cada dia.</i>
Participante 11	1 ano e 15 dias	<i>Menina, tá sendo uma descoberta porque eu já perdi, agora eu já perdi 15 kg. Porque como eu peso muito, vai se tornando pequeno o peso, só vai aparecer quando eu perder muito mais, né? Mas para mim, pro meu corpo, né?</i>
Participante 17	4 anos	<i>Eu me sinto perfeita e muito feliz! Porque antes a pessoa muito gorda não tem vida própria.</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Outra participante destaca que as modificações decorrentes da cirurgia trouxeram um novo significado de vida e motivação, para que se reconectasse com a sua própria vaidade, aspecto diretamente relacionado à autoimagem e à autoestima, outrora comprometidas com a obesidade: “*Outra vida, você renasce, tá? Eu sempre fui perua, sempre vaidosa, sempre. Eu trabalhava numa empresa de aviação quando era jovem, então lá a gente é bem perua. Então, eu voltei a viver! Não fiquei ridícula, querendo usar roupa curta, não criei vício*” (Participante 22).

### 6.7.1.3 Resignificação de identidade

A perda de peso impacta em muitas esferas da vida dessas pacientes, incluindo a identidade que passa a ser questionada, e aos poucos reconstruída frente ao novo peso, conforme demonstram os relatos no Quadro 15.

Quadro 15 – Relatos das participantes quanto à resignificação de identidade

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 1	7 meses	<i>Após a cirurgia eu me sinto uma nova pessoa, uma nova vida.</i>
Participante 4	1 ano	<i>Eu me sinto uma outra pessoa, eu me sinto feliz! Eu ainda tô (sic) naquela fase de me olhar no espelho e não me reconheço.</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Ainda sobre esse aspecto, é natural que ocorra o estranhamento em relação à aparência, que ocorre pelo próprio paciente e, por vezes, de pessoas próximas, como cônjuge, familiares e amigos (BENEDETTI, 2015). Não obstante, pacientes submetidos à cirurgia bariátrica relatam experiências de discriminação relacionadas à obesidade e, nesse sentido, a modificação de peso oriunda da cirurgia impacta na construção de uma identidade por si mesmo e pelos pares, conforme se observa no seguinte relato: *“Perde até o nome, porque ninguém chama teu nome, é só ‘a gorda’! Aí você perde a identidade. E hoje não, hoje tudo é diferente, tudo, tudo, começando de casa”*.

### 6.7.2 Aspectos psicossociais

Nesta categoria foram discutidos os aspectos psicossociais vivenciados pelas participantes após a cirurgia bariátrica. Os principais aspectos psicossociais observados foram: mobilidade e flexibilidade, adaptação (vestuário) e melhorias na socialização.

#### 6.7.2.1 Mobilidade e flexibilidade

Um dos impactos da perda de peso decorrente da cirurgia bariátrica é a melhoria da mobilidade e flexibilidade que acabam por possibilitar ao indivíduo a experiência de execução de tarefas outrora não realizadas por conta do excesso de peso. Nessa categoria, os fatores mobilidade e flexibilidade foram os mais significativos na fala das participantes. Nos fragmentos a seguir, no Quadro 16, é possível perceber a ocorrência desses aspectos.

Quadro 16 – Relatos das participantes quanto à mobilidade e flexibilidade

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 1	7 meses	<i>Hoje eu já intercalo uma caminhada com a corrida, coisa que eu não podia nem caminhar, imagine correr. Então, pra mim, eu aconselho quem tiver oportunidade, correr atrás.</i>
Participante 2	1 ano e 7 meses	<i>Uma coisa que sempre quis fazer sentar e cruzar as pernas, eu sempre cruze minhas pernas porque eu não conseguia fazer isso. Então isso pra mim foi uma grande vitória!</i>
Participante 3	1 ano	<i>[...] tanto pra fazer as atividades em casa, no meu trabalho, as atividades que eu não conseguia fazer, muito bom depois da cirurgia. Só tenho de agradecer depois da cirurgia.</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

O comprometimento da mobilidade e da flexibilidade chega a interferir em questões básicas do cotidiano, como a higiene pessoal e deslocamento, principalmente em pessoas com obesidade Grau III (FERREIRA; SZWARCOWALD; DAMACENA, 2019; MENSORIO; COSTA JUNIOR, 2016). Sobre esse aspecto, pode-se observar no relato de uma participante as melhorias na sua higiene pessoal por conta da flexibilidade obtida com a redução de peso. “Até sua higiene fica ruim, porque tem lugar que você não consegue lavar direito, e depois da cirurgia isso melhora muito”.

A melhoria da mobilidade e da flexibilidade reflete também na execução de tarefas do dia a dia e na agilidade, conforme expresso nos relatos a seguir, no Quadro 17.

Quadro 17 – Relatos das participantes quanto ao comprometimento da mobilidade e da flexibilidade

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 8	2 anos	<i>Olha, caía uma coisa, você não consegue juntar! Eu sempre pedia: “Hei fulano, pega isso pra mim”. Porque mesmo sentado você não consegue pegar! E depois você consegue, então aquilo ali é satisfatório.</i>
Participante 11	1 mês e 15 dias	<i>Eu já me sinto leve na hora de eu sair do carro, que antes tinha que me empurrar para sair, e eu já consigo sair sem me empurrarem, entendeu? Já sinto diferença, sabe? Eu sempre falo com a minha mãe: “Mãe, são três pacotes de arroz de 5 kg”. Imagina, eu com esses três pacotes de 5 kg em cima de mim. Eu já fui, tirei esses três pacotes.</i>
Participante 15	2 anos e 6 meses	<i>Principalmente nas minhas tarefas. Hoje consigo fazer muita coisa sozinha e antes não. Antes eu não conseguia andar direito, tinha muita dificuldade por conta do peso, e hoje não.</i>
Participante 16	3 anos e 10 meses	<i>Olha, eu vou ser muito sincera, uma outra mulher com 60 anos, mas com o corpo de uma adolescente, porque eu sou muito ágil hoje. Lá em minha casa tudo quem faz sou eu, eu lavo, tomo conta da casa, eu gomo, eu tomo conta do meu irmão, tomo conta da minha mãe, eu é que faço tudo, vou pro supermercado.</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

### 6.7.2.2 Socialização

O segundo aspecto psicossocial mais referido diz respeito à socialização. De acordo com Costa *et al.* (2019), durante a obesidade muitas pessoas experimentam discriminação, baixa autoestima e isolamento social. A partir do tratamento bariátrico é natural que a mudança ocorra também nas relações sociais, portanto, uma pessoa que antes não saía de casa pode desejar uma vida mais pública entre amigos e em lugares que antes não frequentava por conta da obesidade. Quanto a este ponto, pode-se observar a expressão deste fator no seguinte relato: *“Hoje eu já tenho ânimo para sair, já tenho ânimo pra me arrumar que assim não tinha ânimo, mas já vi muita mudança”* (Participante 9 – um ano e dois meses após a cirurgia).

Alterações neste aspecto de socialização se refletem inclusive em situações sociais que envolvem a alimentação. As alterações no padrão alimentar pós-cirurgia não foram mais consideradas como fator de empecilho para momentos de socialização com os familiares, segundo os relatos no Quadro 18.

Quadro 18 – Relatos das participantes quanto à socialização

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 5	1 ano	<i>Às vezes eu quero ir pra um lugar e fazer uma refeição diferente, sair com minha família, mas eu fico só olhando o alimento porque eu não posso, aí eu tomo um suco. Mas eu sei que isso é o melhor pra mim, entendeu? Eu não vejo isso como um empecilho de tá (sic) com eles naquele lugar!</i>
Participante 22	6 anos	<i>Os médicos diziam que não era para sentar [na mesa], que era para se acostumar. Mas eu, na primeira semana, eu comecei a sentar na mesa. E almoçar com eles, só com minha comida separada, aí eu me conformava, eu não sentia nada. Eu via todos comendo e comia a minha alimentação, e estava satisfeita.</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

As alterações nas interações sociais por conta da cirurgia bariátrica também parecem interferir nas relações conjugais. Conforme o relato de uma participante, engloba aspectos de readaptação da relação conjugal:

*[...] Ele disse que nossa cama nunca tinha ficado tão espaçosa, e que agora ele tá achando até estranho! Ele disse que se ele tivesse vindo pra casa (porque ele trabalha em outra cidade), minha cirurgia depois de um mês, tinha estranhado até a mulher na cama! “Não... essa aí não é minha mulher!”* (Participante 7).

As modificações decorrentes no peso do paciente pós-bariátrica impactam não somente na sua autoimagem, mas também na percepção de pessoas próximas, como o cônjuge (NEVES; MENDONÇA, 2014). A perda significativa de peso proporcionada pela cirurgia

bariátrica pode se tornar um fator de aproximação do casal, quando há união para mudança conjunta de hábitos, em que caso não haja consenso nos hábitos e estilo de vida, pode ser um fator estressor ao relacionamento (TORVIK *et al.*, 2015).

Outro aspecto relatado por uma participante refere-se a se sentir mais segura para estabelecimento de relações afetivo-sexuais: “[...] vou pro shopping passear, vou namorar, hoje eu namoro” (Participante 16). Carlos Sierra *et al.* (2012) comentam que a assertividade afetivo-sexual é uma habilidade social que envolve assertividade em situações sexuais, abrange engajamento em relações, iniciar e/ou recusar contato sexual e discutir métodos contraceptivos com o parceiro, por exemplo.

### 6.7.3 Dificuldades

Sabe-se que a cirurgia bariátrica é atualmente um dos tratamentos mais indicados para obesidade Grau III, contudo, isso não significa que não existam dificuldades relacionadas a este processo. Um dos papéis do acompanhamento da equipe multidisciplinar é justamente compartilhar com o paciente todas as possibilidades associadas à cirurgia, incluindo o período pós-cirúrgico. O paciente precisa ficar ciente dos efeitos colaterais e mudanças de vida associados à intervenção cirúrgica. No relato das participantes deste estudo, destacaram-se algumas dificuldades, tais como: efeitos colaterais pós-cirurgia (intolerância alimentar, queda de cabelo, fraqueza, mal-estar, *dumping*, vômitos e insônia) e redução das porções de alimento.

#### 6.7.3.1 Efeitos colaterais

As alterações metabólicas e restrição da capacidade estomacal, provenientes da cirurgia bariátrica, muitas vezes implicam em efeitos colaterais. Esses estão explicitados no seguinte relato: “As dificuldades são a intolerância à lactose que eu adquiri, a queda de cabelo, às vezes eu me sinto fraca, a intolerância a alguns alimentos, estes são os contras. Como eu li muito, eu sabia que eu poderia ter alguns contras, já era esperado” (Participante 3 – um ano após a cirurgia).

Uma outra dificuldade relatada é o *dumping*. Segundo Tardelli *et al.* (2019), a síndrome de *dumping* é um fenômeno bastante comum após a cirurgia, e inclui sintomas como transpiração, palpitações, fraqueza, confusão e tremores. Tem sido reportada em aproximadamente 40% dos pacientes pós *Bypass* Gástrico ou Gastrectomia Vertical (TARDELLI *et al.*, 2019). Pode-se observar esta questão no relato da participante 5:

*No pós recente eu senti muito entalo, até hoje, já vou fazer um ano de cirurgia e até hoje eu sinto. Até mesmo o suco, o líquido a gente quer tomar de uma vez e às vezes a gente não consegue, a gente entala, entendeu? Quando passo muito tempo sem me alimentar, quando vou me alimentar, parece assim, que a pressão baixa de uma vez. Aquela sensação de desmaio, se eu tiver com o estômago vazio e eu tomar uma água, a sensação de desmaio é horrível, entendeu?*

Em consequência da redução do estômago, conseqüentemente a capacidade de armazenamento alimentar também fica reduzida, e não obstante algumas pessoas têm a experiência de vomitar por conta desta questão, conforme se pode observar nos relatos no Quadro 19, abaixo.

Quadro 19 – Relatos das participantes quanto aos efeitos colaterais da cirurgia

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 10	9 meses	<i>A respeito dos pós, só mesmo essa questão do comer. Meu marido fica arrasado quando eu vomito. É como eu estava explicando pra ela, eu tenho costume de comer uma banana pequena, se eu comer uma maiorzinha, naquele espaço que foi preenchido além, volta e não fica. E também quando chegou o dia de comer o primeiro pedacinho de carne, eu torcendo para sair do pastoso, né? Oba eu vou comer carne! É horrível, dói e a gente sente dor. É uma sensação muito ruim, e a gente fica querendo voltar para o pastoso, e não pode voltar, tem que continuar.</i>
Participante 17	4 anos	<i>Mas eu não conseguia comer, e tudo que eu comia voltava! Eu comia, no caso eu chorava de fome e o estômago não aceitava. Foi uma das minhas maiores dificuldades. E sem falar também que eu comia rápido, e o pouco que eu comia, não conseguia segurar! Porque eu fiz todo o tratamento psicológico, tava tudo certo, mas depois da cirurgia parece que eu tinha esquecido tudo.</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

As dores após o procedimento de cirurgia bariátrica foram destacadas por algumas participantes. Costa *et al.* (2019) ressaltam que atualmente as cirurgias bariátricas são realizadas por videolaparoscopia, um procedimento minimamente invasivo e que acelera o processo de recuperação do paciente. Mas ainda assim é uma cirurgia, portanto, não existe cirurgia indolor, o que acontece é que existem limites de dor que variam para cada pessoa. Essa questão foi destacada pelas participantes, conforme relatos a seguir, no Quadro 20.

Quadro 20 – Relatos das participantes quanto ao procedimento cirúrgico

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 9	1 mês	<i>Eu comecei a sentir várias dores, várias dores, fui reinternada depois dessa última cirurgia, fui reinternada com uma semana depois, porque as dores eram constantes. Aí fiz exames, mas não constatou nada, fiz tomografia, e não constatou nada, e fiz os usos de umas medicações, foi que eu senti o alívio das dores e aqui estou eu novamente para uma nova avaliação.</i>

Participante 20	3 anos	<i>Hum, não sei. Só mesmo essas dores e também logo no começo.</i>
-----------------	--------	--

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Uma outra dificuldade relatada foi a insônia nesse período após a cirurgia bariátrica. O que foi explicitado, de acordo com a participante, foi sobre o acompanhamento multiprofissional como um fator que poderia estar relacionado ao fato dela encontrar-se afastada de suas atividades laborais, devido ao período pós-cirúrgico recente. Este afastamento nunca antes tinha ocorrido na vida da paciente, fato que parece tê-la deixado muito ansiosa: *“Aí a única dificuldade que tenho assim é a insônia, mas ela me explicou (a nutricionista) que a insônia é por causa disso, da minha ansiedade de voltar a trabalhar”* (Participante 7 – um mês após a cirurgia).

#### 6.7.3.2 Redução das porções de alimentos

O organismo anteriormente acostumado com determinada quantidade de alimento, com a cirurgia tem a sua capacidade de armazenamento reduzida (CUMMINGS; OVERDUIN; FOSTER-SCHUBSERT, 2010; DEMARIA, 2007). As alterações fisiológicas são radicais e rápidas, e a adaptação às mudanças oriundas da cirurgia é processual (GARRIDO JUNIOR, 2012; COSTA *et al.*, 2019). Pode-se notar esta questão nos relatos a seguir, no Quadro 21.

Quadro 21 – Relatos das participantes quanto à redução das porções de alimentos

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 13	4 anos	<i>O problema que a gente tem em relação à cirurgia em si, é que a gente vai aprender a reeducação alimentar, porque a nossa mente é acostumada a tudo grande antes, e depois não, é tudo pequeno.</i>
Participante 17	4 anos	<i>Um dos maiores desafios que enfrentei foi a questão da comida, porque eu comia muito!</i>
Participante 18	3 anos e 1 mês	<i>A dificuldade foi pra aceitar a quantidade de comida, eu comia aquela quantidade, tipo: eu comia um 1 kg e tinha que comer 100 g. Foi muito, muito frustrante. Essa é a palavra!</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Nesse percurso, faz-se imprescindível o trabalho do psicólogo que irá auxiliar o paciente no manejo de questões psicológicas, como a vontade comer como antes, conforme explicita-se na seguinte fala: *“Eu sei o que não posso comer, o que não devo, mas ainda tenho vontade de comer algumas coisas, né?”* (Participante 4). Outra participante menciona a interferência de aspectos psicológicos, e ressalta a importância do acompanhamento multiprofissional neste processo: *“Sim, o desafio é você... Porque tu opera o estômago mas não opera a cabeça. Tu não tá com fome, mas teu cérebro diz: ‘Come, come, come!’ Por isso aqui*



no Dutra tem um diferencial, você tem um acompanhamento psicológico direto” (Participante 19).

Ainda sobre o manejo de questões psicológicas e a redução de porções de alimento, observa-se que mesmo sendo previamente trabalhado no pré-operatório, acaba sendo uma questão que envolve frustração e sofrimento. Nos relatos contidos no Quadro 22, observa-se esse fator.

Quadro 22 – Relatos das participantes quanto às questões psicológicas referentes à redução das porções de alimentos

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 14	5 anos	<i>Eu até hoje ainda tenho muito desejo de comida, e sinto vontade de comer, ou seja, foi algo que eu não esperava isso. Eu esperava que com a cirurgia essa vontade fosse diminuída, essa vontade de comer. Mas não foi diminuída não mermã (sic)! A gente continua com um mendigo dentro da gente. No meu caso, contudo, eu procuro controlar.</i>
Participante 17	4 anos	<i>E de repente eu me vi com fome e sem poder me alimentar, porque eu sentia fome nos seis primeiros meses, eu chorava.</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Outra participante relatou como dificuldade a adequação das quantidades de alimentos, bem como comer em horários preestabelecidos: “O maior desafio depois da cirurgia foi a convivência com a alimentação, aprender a comer direitinho e no horário certo” (Participante 6).

## 6.8 Perspectivas em relação à perda de peso

Nesta etapa são discutidas, a partir de análise qualitativa, as perspectivas das participantes acerca do próprio peso após o procedimento de cirurgia bariátrica. Os principais aspectos considerados foram avaliação sobre a própria perda de peso e as expectativas em relação ao tratamento.

### 6.8.1 Avaliação sobre a própria perda de peso

A categoria de avaliação sobre a própria perda de peso aborda como cada participante avalia a sua perda de peso após o procedimento de cirurgia bariátrica, pois se entende que esta concepção influenciará no desenvolvimento de estratégias positivas ou não para auxiliar na manutenção de peso a longo prazo. O principal aspecto observado foi a satisfação com o peso após a cirurgia.

### 6.8.1.1 Satisfação

A satisfação foi o aspecto percebido na maioria dos relatos das participantes. Um estudo conduzido por Santos *et al.* (2018), de avaliação das condições de saúde e qualidade de vida no pós-operatório tardio de 56 pacientes, identificou que a satisfação dos pacientes quanto aos benefícios da cirurgia bariátrica sobre a sua qualidade de vida está relacionada à perda de peso. Dessa maneira, pode-se observar a associação entre perda de peso e satisfação, nos relatos abaixo, no Quadro 23.

Quadro 23 – Relatos das participantes quanto à satisfação pós-cirúrgica

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 2	1 ano e 7 meses	<i>Excelente! Pra mim não tem preço. Primeiro porque parei de sentir muitas dores, eu sentia muitas dores no meu joelho. A minha qualidade de vida tipo... foi de zero a dez.</i>
Participante 3	1 ano	<i>Tá boa! Até agora estou indo bem e satisfeita com o que perdi.</i>
Participante 6	1 ano e 7 meses	<i>A minha perda de peso tá boa, tanto eu acho como o doutor também me falou, semana passada me consultei com o cirurgião. Eu consegui perder 60 quilos, graças a Deus!</i>
Participante 12	3 anos e 9 meses	<i>Minha perda de peso é ótima, excelente! Muito boa!</i>
Participante 13	4 anos	<i>A minha perda de peso, eu nunca pude tá tão feliz como tô hoje, porque antes da cirurgia eu pesava 103 kg e hoje eu tô com 69 kg.</i>
Participante 14	5 anos	<i>Muito boa! Hoje a minha perda de peso não conta muito, porque eu faço musculação, ou seja, hoje eu ganhei muita massa magra. Então, hoje eu não me peso mais na balança pra saber se emagreci ou engordei.</i>
Participante 15	2 anos e 6 meses	<i>Minha perda de peso tá ótima, aos poucos depois da cirurgia acho que consegui chegar num peso bom!</i>
Participante 17	4 anos	<i>De zero a dez eu digo que tô com nove.</i>
Participante 18	3 anos e 1 mês	<i>Foi avaliação pra mim 100%, eu sou muito satisfeita, muito mesma.</i>
Participante 21	3 anos	<i>Até agora eu tô gostando, não tenho que reclamar, não, problema nenhum!</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Para Barros *et al.* (2019), a redução de peso tende a ser intensa nos primeiros seis meses, estabilizando após dois anos, com chances de reganho de peso após atingir a estagnação. Pode-se observar o impacto da rápida perda de peso imediata ao pós-cirúrgico, nos relatos das participantes abaixo, conforme o Quadro 24.

Quadro 24 – Relatos das participantes quanto ao impacto da rápida perda de peso

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 4	1 ano	<i>Acho que tô perdendo bem, já diminui aquele choque de perder muito de uma vez só. Então eu acho que tá bastante satisfatório, eu não perdi rápido demais, então com isso a questão estética também de cair muito tá bem controlada, eu ainda não me sinto ridícula [risos], né? Tem</i>

		<i>gente que não consegue nem se olhar no espelho. Eu não, mesmo com uma pele, eu tô vendo um ser magro, e isso me satisfaz.</i>
Participante 7	1 mês	<i>Depois da cirurgia, minha perda de peso foi boa. Porque do oitavo dia pra hoje eu perdi mais 3 kg, e ela disse que era normal, muito normal. Porque na primeira semana você vai perder retenção de líquido, essa coisa toda. E agora vou perder a massa, a gordura mesmo que é o mais difícil pra quem faz dieta, faz academia! Então eu acho muito satisfatório.</i>
Participante 16	3 anos e 10 meses	<i>Ai, tô me amando, ótimo! No início quando eu estava hospitalizada eu perdia 1 kg por dia, quando eu via aqui, eu só tava a titela. Ai eu: “Meu Deus, eu tô muito feia, eu envelheci”. Agora não!</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

A perda de peso associa-se ao metabolismo, sendo assim, varia de pessoa para pessoa, e não segue uma linearidade para todos os pacientes. Conforme as narrativas das participantes a seguir, no Quadro 25, nota-se que existe uma compreensão sobre a peculiaridade de perda de peso em cada caso.

Quadro 25 – Relatos das participantes quanto à avaliação e compreensão sobre a peculiaridade de perda de peso

<b>Participantes</b>	<b>Tempo pós-cirúrgico</b>	<b>Relatos</b>
Participante 8	2 anos	<i>A minha tá ótima, eu avalio como ótima! Porque assim, muitas pessoas perdem muito e outras perdem pouco, e como a gente nenhum é igual, então para mim tá bom, tá ótimo.</i>
Participante 10	9 meses	<i>Tá bem, eu avalio muito bem. Está tudo dentro do que foi programado, né?</i>
Participante 11	1 mês e 15 dias	<i>Eu não sou muito encucada com isso não. Porque tem pessoas que falam assim: “Nossa, eu só perdi 10 kg!” Eu não, cada kg que eu estou perdendo, eu fico feliz. Se fosse 10 kg eu tava feliz, se fosse 9 kg eu tava feliz, porque eu passei a vida toda gorda, então eu sei que não é uma varinha de condão. Que entro gorda e vou sair magra, é todo um processo, entendeu?</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Para a participante 25, a satisfação com a perda do próprio peso vem a partir do *feedback* de pessoas próximas: “Eu avalio como boa, porque tem gente que me olha, olha meu rosto e diz que nem parece que eu operei. Tem umas pessoas que ficam me observando, diz que eu tô mais jovem, aí eu brinco e digo que eu sou o Benjamin Butler, aquele do filme!” Já outra associa a sua satisfação com o peso às visitas regulares ao Serviço de Cirurgia Bariátrica: “Ótima! Pra mim foi ótima. Espero que não venha mais, nunca mais peso. Eu sempre venho aqui (no programa), desde quando fiz a cirurgia todos os anos eu venho, só neste ano de pandemia que não” (Participante 24).

Para Franques e Arenales-Loli (2011), o acompanhamento da equipe multiprofissional é de extrema importância, mesmo depois da cirurgia, no suporte às diversas questões que no primeiro momento envolvem restrições na alimentação, vontade de comer e

alegria com a perda de peso. E, posteriormente, perpassam pelo contato com alimentos sólidos, receio com as consequências hormonais e estagnação do peso. Ressalta-se que algumas participantes referiram insatisfação com o próprio peso, sendo esta insatisfação encontrada relacionada ao reganho de peso destas participantes, conforme se pode observar nos relatos do Quadro 26.

Quadro 26 – Relatos das participantes quanto à insatisfação devido ao reganho de peso

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 19	5 anos	<i>Como sou baixinha, mas tenho estrutura óssea grande, então assim... eu nunca fui magrela, nunca! Eu sempre fui cheinha... E na pandemia eu aumentei 12 kg, agora eu tenho que lutar pra voltar aos 60 kg, que é muito difícil pra mim, eu tenho dificuldade de eliminar peso, mas não posso levar isso como desculpa pra não perder.</i>
Participante 22	6 anos	<i>Ah, eu perdi dentro de um ano e meio, eu demorei um ano e meio para perder esses 30 kg, um ano e meio que eu perdi bem devagar, só 1 kg por semana, você já é como que... ele meio... eu perdi bem aí... Eu segurei aqui uns cinco anos, seis anos esse peso, aí agora eu ganhei de novo. Agora eu já tô com 8 kg acima, eu tenho que começar a fazer, tô de novo aqui na minha dieta.</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

No relato de uma participante, percebe-se que a insatisfação com a perda de peso foi referida por si mesma e pelo cirurgião que a acompanha, e associa as questões psicológicas à baixa perda de peso: *“Eu acho pouca, e o médico também, né? Não sei se é o psicológico”* (Participante 1). Enquanto em outro relato se observa a insatisfação com o próprio peso, mesmo sendo informada pela nutricionista que sua perda de peso é satisfatória: *“Eu queria perder mais, eu queria perder mais uns três ou quatro. Mas a profissional de nutrição falou que já está excelente, eu tenho que seguir ela, né? Ela que sabe, ela que conhece, mas geralmente acho que todo paciente nunca está satisfeito, quer sempre perder mais”* (Participante 9).

A adesão à prescrição profissional, bem como as visitas regulares ao serviço de multiprofissional, são fatores preventivos ao reganho de peso após a cirurgia bariátrica. Quanto a este aspecto, observam-se os trechos abaixo, no Quadro 27, no qual as participantes referem insatisfação devido ao não seguimento das recomendações da profissional de nutrição quanto à dieta e irregularidade na prática de atividades físicas.

Quadro 27 – Relatos das participantes quanto à adesão à prescrição profissional

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 23	4 anos e 7 meses	<i>Minha perda de peso tem sido péssima. Eu fiz coisas assim terríveis, não recomendadas pela minha nutricionista, eu fiz o que ela não aprova pra mim perder peso, eu não perdi peso porque eu não fiz do jeito que ela faria.</i>

Participante 5	1 ano	<i>Até porque eu não fiz mais atividade física. Embora eu pudesse fazer atividade física em casa, mas algumas vezes eu fazia, outras não, então não fiz uma atividade física com frequência.</i>
----------------	-------	--

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

### 6.8.2 Expectativas futuras em relação ao tratamento

A complexidade da obesidade implica a consideração de um tratamento que perdure por toda a vida, e que abranja mudanças a longo prazo nos hábitos, suporte e estilo de vida. A categoria de expectativas em relação ao tratamento abrange o que as participantes esperam para o futuro, considerando o tratamento da obesidade. Nesta categoria, notou-se os seguintes aspectos: saúde, manutenção de peso e melhorias na locomoção.

#### 6.8.2.1 Saúde

No que se refere às expectativas relacionadas ao tratamento, a saúde foi o fator mais relevante relatado pelas entrevistadas. Algumas participantes concebem saúde enquanto ausência de dores, doenças crônicas associadas à obesidade e suspensão de alguns medicamentos, conforme se pode ver nos relatos abaixo, no Quadro 28.

Quadro 28 – Relatos das participantes quanto à saúde

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 15	7 meses	<i>[...] e ter mais saúde, isso eu já consegui, porque não tenho mais diabetes, com a cirurgia não tenho mais.</i>
Participante 16	1 ano	<i>Ah, de dias melhores, de uma terceira idade com saúde [...]. Porque eu era uma bomba-relógio, de tão gorda. E depois da cirurgia não, depois da cirurgia, graças a Deus, e ao doutor, a essa equipe maravilhosa da bariátrica.</i>
Participante 24	2 anos	<i>Ah, expectativa de vida, é vida nova, foi tudo novo que tem pessoas até que não me conhecem. Pra mim foi só felicidade, vida nova que a gente não vai mais ter esses problemas de saúde, porque obesidade traz muita doença, a obesidade é doença, tem muitas pessoas que não entendem isso! Mas é doença a obesidade, e depois que eu fiquei livre pra mim foi a melhor coisa.</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Rezende *et al.* (2018) apontam para a relação da obesidade com outras doenças crônicas, e em relação a este fator, notou-se que a expectativa de saúde implica em ter uma vida sem a convivência com algumas doenças crônicas, como evidencia o Quadro 29.

Quadro 29 – Relatos das participantes quanto à relação da obesidade com outras doenças crônicas

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 1	7 meses	<i>Quero minha saúde como eu tô tendo, hoje eu digo, eu sou uma mulher hoje feliz, porque os problemas de saúde que eu sentia eu não sinto mais.</i>
Participante 5	1 ano	<i>Mas o que eu espero é chegar no meu objetivo, ter uma saúde boa e não ficar mais dependendo de medicação.</i>
Participante 9	1 mês	<i>Melhorar a qualidade de vida total, em relação tanto ao físico, o meu joelho, né?</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Percebeu-se nos relatos o desejo de manutenção de saúde a partir da adoção de novo estilo de vida: “*Viver melhor [...], se vestir melhor, me alimentar melhor, tudo melhor!*” (Participante 14); “*Ah, a expectativa de uma vida mais saudável que eu tenho que seguir*” (Participante 18).

#### 6.8.2.2 Manutenção de peso

A manutenção do peso obtido com a cirurgia bariátrica foi expressada como expectativa, e pode ser vista nos relatos a seguir, no Quadro 30.

Quadro 30 – Relatos das participantes quanto à manutenção do peso

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 3	1 ano	<i>A minha expectativa é continuar focada na perda de peso, pra não ganhar novamente.</i>
Participante 4	1 ano	<i>Eu pretendo que seja pra sempre. Tenho expectativa que não vou engordar mais, que vou ser uma pessoa magra pra sempre. Eu acho que vou conseguir!</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Quanto à expectativa de manter o “peso certo”, faz-se alusão à expectativa de manter aquilo que se obteve através da intervenção cirúrgica, conforme o relato a seguir: “[...] *manter o peso certo... tudo isso!*” (Participante 12). Ao mesmo tempo se observa o medo de voltar ao peso anterior da cirurgia, conforme expresso nos relatos a seguir, no Quadro 31.

Quadro 31 – Relatos das participantes quanto ao medo de voltar ao peso anterior

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 19	5 anos	<i>Então assim, a minha expectativa que eu consiga levar até onde Deus permitir, que eu não volte a ser aquela pessoa com 110 kg e 1,48 m, sabe?</i>

Participante 20	3 anos	<i>Ah, eu não quero engordar mais não! [risos]. É porque as minhas roupas eu doei quase tudo, e as que eu não doei eu apertei, então eu tô bem!</i>
Participante 3	1 ano	<i>[...] e manter a dieta, fazer tudo direitinho por causa da pressão, do diabetes, por causa do colesterol, por causa da asma, eu tenho asma, eu tenho tentado manter o foco pra não se repetir... pra não voltar de novo à obesidade.</i>
Participante 21	3 anos	<i>Estou correndo atrás de chegar aos 75 kg, mas será a consequência, se perdeu ou não tá bom.</i>
Participante 22	6 anos	<i>Eu quero continuar com minha dieta, e perder essa quantidade de quilo de novo. Porque eu já tô começando a me sentir mal com esse peso, e aí eu quero voltar, quero perder de novo.</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

### 6.8.2.3 Melhorias na locomoção

A redução de peso implica em melhorias na mobilidade e flexibilidade, sendo que estes fatores se relacionam diretamente com a locomoção, conforme já foi apontado também nos aspectos psicossociais, e retratados no Quadro 32.

Quadro 32 – Relatos das participantes quanto às melhorias na locomoção

Participantes	Tempo pós-cirúrgico	Relatos
Participante 2	1 ano e 7 meses	<i>[...] de poder me locomover, de fazer as coisas que eu gosto. De, enfim, a minha expectativa pra vida é das melhores possíveis.</i>
Participante 10	9 meses	<i>As minhas expectativas são tantas! Mais trabalho, ter mais liberdade pra me movimentar, eu já saio mais de casa, porque com o peso do corpo só em pensar que eu tinha que andar de 200 m, eu já desistia.</i>
Participante 11	1 mês e 15 dias	<i>Procurar me locomover que às vezes eu ficava nessa vida sedentária, tinha preguiça de ir para um determinado local, tudo por conta da obesidade.</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Segundo Santos e Ribeiro (2016), quanto maior o nível de gordura corporal, menor o grau de flexibilidade e mobilidade. Portanto, a mobilidade é um fator que sofre alterações por pessoas que passam por cirurgia bariátrica, principalmente porque a depender do grau de obesidade, pode haver comprometimento na mobilidade. Quanto à melhoria desse aspecto, podem-se observar os seguintes relatos: “Viver melhor, andar melhor, caminhar melhor [...]” (Participante 14); “[...], de poder me locomover melhor nos lugares” (Participante 15).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou o seu objetivo, que foi investigar o comportamento alimentar e as estratégias de enfrentamento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica num período imediato e tardio. Portanto, esta pesquisa respondeu às questões relacionadas aos aspectos da relação com o alimento, aspectos emocionais, psicossociais e perspectivas futuras das participantes, investigados através do roteiro de entrevista. Para tanto, buscou-se associar, quando possível, essas variáveis entre si.

Mediante os resultados e discussões realizadas, a pesquisa apontou que a dimensão de comportamento alimentar mais relevante na amostra foi a de RC, na qual o indivíduo se impõe obrigações e regras alimentares para manter ou promover a perda de peso voluntariamente (NATACCI; FERREIRA JUNIOR, 2011), o que já era previsto, considerando esta opção de tratamento e tempo de cirurgia da qual esta pesquisa tratou. Ou seja, há uma maior restrição alimentar no período imediato após a cirurgia até a estagnação da perda de peso, o que geralmente ocorre em até dois anos.

Contudo, apesar da associação entre redução de peso e aumento dos escores de RC, este mecanismo parece se mostrar insustentável a longo prazo, podendo contribuir, à medida que o tempo passa, para a perda de controle alimentar com a possibilidade de existência de episódios de compulsão alimentar, desregulação emocional, redução da autoestima e insatisfação corporal e, conseqüentemente, o reganho de peso (BIAGIO; MOREIRA; AMARAL, 2020).

Assim, nota-se a importância do desenvolvimento de comportamentos alimentares mais adaptativos, flexíveis e saudáveis para esta população. Os principais comportamentos a serem desenvolvidos referem-se ao aumento de consciência alimentar, reeducação alimentar, adesão às orientações da equipe multiprofissional, regulação emocional e treinamento de habilidades sociais para reconhecimento dos recursos pessoais no enfrentamento das mudanças associadas ao período pós-cirúrgico. Sobretudo, da assertividade, para recusa de alimentos em situações sociais e manejo de críticas de pessoas próximas em relação à própria aparência.

As discussões realizadas indicam que quanto mais DA e AE, menores são as variações de estratégias de enfrentamento focalizado no problema. Portanto, o desenvolvimento de resolução de problemas e fortalecimento da rede de apoio são imprescindíveis para a prevenção do DA e AE, que parecem ser preditores de reganho de peso, a médio e longo prazo, e, conseqüentemente, a presença de sofrimento emocional.



Ainda que tenha predominado o uso da estratégia de enfrentamento focalizado em problemas, a combinação no uso de outras estratégias presentes no cotidiano revela o quanto é dinâmico e desafiador para estas mulheres lidarem com as demandas cotidianas no momento pós-cirúrgico. Ressaltando, ainda, mais o quão difícil e complexo é o tratamento da obesidade, especialmente nos níveis mais severos. Também se destaca como relevante a necessidade de que haja uma adesão pessoal e acompanhamento de equipe multiprofissional, para que haja maior eficácia com relação à manutenção da perda de peso a longo prazo.

A melhoria em aspectos relacionados à autoestima, mobilidade, saúde, aspectos emocionais e psicossociais, e satisfação geral com os resultados da cirurgia, referidos pelas participantes, foram questões que corroboraram com estudos que apontam para uma melhoria de qualidade de vida e promoção da saúde após a cirurgia bariátrica. Além do que a pesquisa aponta que, quando se verifica a associação das variáveis comportamento alimentar e estratégias de enfrentamento com as demais informações obtidas na análise de conteúdo, os resultados parecem se relacionar, quanto à característica da presente amostra, a saber:

–A maioria das participantes se encontram dentro do tempo médio de realização da cirurgia, que compreendeu de seis meses a um ano, com IMC abaixo de 30,0 kg/m<sup>2</sup>, o que sinaliza perda significativa de peso nesse primeiro ano, algo esperado após esse tipo de tratamento, saindo da condição de obesidade grave;

–Apresentaram, de certa forma, poucas comorbidades, que por vezes parecem complicar o estado de saúde geral;

–Não relataram ter adquirido nenhum comportamento prejudicial, como uso abusivo de álcool e/ou drogas e de medicamentos;

–Permanecem aderindo ao tratamento e em acompanhamento multiprofissional de forma contínua, incluindo a prática regular de atividades físicas;

–Enquanto características alimentares, apresentaram restrição e reeducação alimentar, bem como sobre o sentimento relacionado à alimentação foi o medo de engordar, algo que condiz com os resultados investigados pelos instrumentos, como restrição alimentar e estratégias focadas no problema;

–Com relação aos aspectos emocionais, apresentaram satisfação com essa escolha de tratamento, assim como relataram melhorias em questões relacionadas à autoestima, à resignificação de identidade e à consciência sobre o tratamento;

–Dos aspectos psicossociais, houve melhora na mobilidade, na socialização e apresentaram disposição para o retorno às atividades cotidianas, que ficaram prejudicadas pela obesidade grave. As dificuldades presentes se relacionaram aos efeitos colaterais que tiveram

com a cirurgia, como síndrome de *dumping* e a adaptação ao padrão alimentar, com menores porções de comida;

– Nas perspectivas em relação à perda de peso observou-se a satisfação e sua manutenção até o presente momento, e expectativas futuras de continuar mantendo esses padrões de saúde e mudança de estilo de vida.

Portanto, são aspectos que parecem convergir para aquilo que é esperado após o tratamento cirúrgico bariátrico, nos primeiros anos. Por outro lado, o estudo também sinalizou a possibilidade de que, com o reganho de peso, a longo prazo, possam haver alterações significativas também no contexto emocional, gerando sofrimento, angústia e desesperança. Ou seja, a perda de peso parece estar ligada diretamente à manutenção do controle emocional. Ao passo que à medida que o tempo passa, e há uma estagnação significativa na perda de peso, e até um reganho de peso parcial ou total, isso pode interferir diretamente e alterar o aspecto emocional e psíquico.

Foi constatada também a existência de outros aspectos relevantes vinculados aos sentimentos relacionados ao comer, que apontam para sofrimento emocional na relação que estas mulheres estabelecem com a alimentação, dentre os quais destacaram-se o medo de engordar e a culpa. Além disso, perceberam-se dificuldades, como: vontade de comer como antes e compulsão alimentar e por compras, que podem ser preditores de reganho de peso. Sobre essa questão da relação com a alimentação, o que não se pode afirmar é se essa dificuldade na relação com a alimentação só apareceu após a cirurgia. O que se pode conjecturar é que ela fica mais intensa, justamente porque essa opção de tratamento é a mais invasiva, e tida com o último recurso. Embora haja uma consciência e percepção fisiológica de que a capacidade do estômago diminuiu e reduziu, e que por isso já não é mais possível permanecer como antes da cirurgia, parece haver um conflito entre o que se pode, consegue comer e o que se deseja, tem vontade. Por essa razão, o estudo sinaliza a questão nutricional, influenciada por questões emocionais por vezes, e *vice-versa*, como sendo um dos relevantes desafios para a manutenção a longo prazo da perda de peso e da eficácia no tratamento. Ressaltando, que não se pode deixar de mencionar a questão da doença obesidade, que continua a ser um desafio para a ciência enquanto entendimento de sua etiologia e de seus mecanismos, permanecendo de difícil manejo e tratamento.

É importante destacar algumas limitações neste estudo. A primeira delas refere-se ao tamanho da amostra ( $n = 25$ ). Isto ocorreu devido à paralisação do serviço, como as cirurgias e consultas, justificada pelos impactos da pandemia de Covid-19, o que prejudicou em muito o cumprimento da coleta de dados.

Outra limitação foi a heterogeneidade amostral, que ocorreu não só devido à suspensão do serviço, mas também pelo fato de algumas participantes residirem no interior do estado do Maranhão, e terem suas consultas de retorno agendadas para período posterior ao tempo de coleta de dados programada para este estudo.

Em contrapartida, os resultados mostram potencialidade para contribuir em diferentes âmbitos. No aspecto científico, evidencia o quanto é importante discutir sobre um tema que, embora seja alvo de estudo – em face da complexidade da questão que envolve o tratamento da obesidade após a cirurgia bariátrica, bem como as implicações socioculturais sobre o comportamento alimentar, sobre o corpo feminino e crescimento de psicopatologias associadas neste público –, apresenta diversas nuances e lacunas a serem exploradas, sobretudo no que se refere ao momento que sucede à cirurgia. Diante disto, estes resultados podem se colocar como literatura científica para profissionais e acadêmicos que busquem conhecer sobre comportamento alimentar e estratégias de enfrentamento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica, contribuindo inclusive para formulações teóricas e possíveis problematizações futuras sobre outros estudos a serem desenvolvidos.

No que se refere às contribuições profissionais, os resultados deste estudo cooperam para contribuir com o entendimento de quais dificuldades estas mulheres experienciam, e quais comportamentos alimentares e recursos adotados para lidar com os desafios trazidos à vida diária, após a cirurgia. Logo, favorecem aos profissionais que atuam diretamente com este público, subsídios para a elaboração de estratégias de avaliação, intervenções e manejo clínico contextualizado, que auxiliem no entendimento da perda de peso e sua manutenção à longo prazo, auxiliando, desta maneira, na promoção de saúde mental e qualidade de vida dessa população.

Nota-se o aumento de obesidade entre o público feminino, e ganho de peso e agravamento de transtornos psicológicos em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica, o que contribui para piora de qualidade de vida e saúde desta população. Portanto, é de fundamental importância a elaboração de estratégias de avaliação e programas de intervenção voltados para mulheres submetidas à cirurgia bariátrica, em diferentes etapas do pós-cirúrgico.

Com base nos resultados, sustenta-se a importância do suporte multiprofissional no acompanhamento de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica desde os primeiros meses até o pós-cirúrgico tardio, considerando os desafios e diferentes demandas presentes em cada etapa. Após o processo de submissão à cirurgia, a finalidade é auxiliar na instalação de comportamentos alimentares e estratégias de enfrentamento adaptativas, e fortalecer a rede de apoio destas mulheres durante todo o período de readaptação após a cirurgia. O

acompanhamento multiprofissional, com destaque para as contribuições da psicologia e da nutrição, é fundamental, uma vez que o ganho de peso encontra-se vinculado aos aspectos psicológicos, ressaltando a relevância da saúde mental como aspecto importante na estabilização do peso e manutenção de qualidade de vida após a cirurgia.

Por fim, esta pesquisa sugere a continuidade de outros estudos nesta temática, com número maior de mulheres em diferentes fases dos pós-cirúrgicos homogêneos.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, C. N.; ROSO, M. E. (org.). **Psicoterapias Cognitiva e Construtivista: novas fronteiras da prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- ABREU, E. S. *et al.* Alimentação mundial – uma reflexão sobre a história. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 3-14, 2001.
- ALMEIDA, G. A. N. *et al.* Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, [S.l.], v. 24, n. 3, p. 226-231, 2011.
- ALVARENGA, M.; KORITAR, P. Atitude e comportamento alimentar – determinante de escolhas e consumo. *In*: ALVAREGA, M. *et al.* (Org). **Nutrição Comportamental**. São Paulo: Manole, 2015. p. 23-50.
- ANDREWS, R. A.; LOWE, R.; CLAIR, A. The relationship between basic need satisfaction and emotional eating in obesity. **Australian Journal of Psychology**, [S.l.], v. 63, n. 4, p. 207-213, 2009.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: Uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998.
- ARAÚJO, L. S. *et al.* Preconceito frente à obesidade: representações sociais veiculadas pela mídia impressa. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, [S.l.], v. 70, n. 1, p. 69-85, 2018.
- ARREDONDO, A. *et al.* Indicadores socioeconômicos de obesidade materna. El estudio de una cohorte em Morelos, México. **Horizonte Sanitário**, [S.l.], v. 18, n. 2, p. 139-148, 2019.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA – ABESO. **Diretrizes Brasileira de Obesidade**, 2010. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes2010.pdf>. Acesso em: 06 out. 2019.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA – ABESO. **Mapa da Obesidade**, 2022. Disponível em: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>. Acesso em: 10 maio 2020.
- BALAIAS, D. M. A. S. Quando as emoções comandam a fome. **Peritia: Revista portuguesa de psicologia**, [S.l.], p. 1-4, 2010. Disponível em: [http://www.revistaperitia.org/wp-content/uploads/2010/04/2.-Cr%C3%B3nica-de-15-Dez-09\\_Diana-Balaias.pdf](http://www.revistaperitia.org/wp-content/uploads/2010/04/2.-Cr%C3%B3nica-de-15-Dez-09_Diana-Balaias.pdf). Acesso em: 01 out. 2019.
- BARBOSA, M. R.; PENAFORTE, F. R. O.; SILVA, A. F. S. Mindfulness, mindful eating e comer intuitivo na abordagem da obesidade e transtornos alimentares. **Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 118-135, 2020.

BARDAL, A. G.; CECATTO, V.; MEZZOMO, T. R. Fatores de risco para recidiva de peso no pós operatório tardio de cirurgia bariátrica. **Scientia Médica**, [S.l.], v. 26, n. 4, p. 2-7, 2016.

BARROQUEIRO, R. S. B. **Sexualidade, Ansiedade e Depressão em Mulheres Após Cirurgia Bariátrica**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2009.

BARROS, L. M. *et al.* Avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.l.], 2015.

BARROS, L. M. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico de pacientes adultos em fila de espera para cirurgia bariátrica. **Revista Enfermagem Atual in Derm**, [S.l.], v. 8, n. 26, 2019.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 19, n. 1, p. 181-191, 2003.

BECEIRO, M. F. *et al.* Estratégias de enfrentamento, ansiedade, depressão e qualidade de vida pré e pós cirurgia bariátrica. **Archives of Health Sciences**, [S.l.], v. 27, n. 1, p. 6-10, 2020.

BECK, J. **Pense Magro: A Dieta Definitiva de Beck**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BECK, J. S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BECK, J.; BUSIS, D. B. **Armadilhas da Dieta**. São Paulo: Martins Fontes, 2016.

BENEDETTI, C. Emagrecimento. *In*: BENEDETTI, C.; THEODORO, L. (Org.). **Depois de Magro: a ação do psicólogo na manutenção do peso após o emagrecimento induzido por cirurgia**. São Paulo: Vetor, 2015, p. 39-45.

BENEDETTI, C.; CARDIA, L.; ALVAREZ, T. S. Ajustes na atuação psicológica e nutricional no pós-operatório. *In*: BENEDETTI, C.; THEODORO, L. (Org.). **Depois de Magro: A ação do psicólogo na manutenção do peso após o emagrecimento induzido por cirurgia**. São Paulo: Vetor, 2015.

BIAGIO, L. D.; MOREIRA, P.; AMARAL, C. K. Comportamento alimentar em obesos e sua correlação com o tratamento nutricional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S.l.], v. 69, n. 3, p. 171-178, 2020.

BODENLOS, J. S. *et al.* Associations of mood and anxiety disorders with obesity: Comparisons by ethnicity. **Journal of Psychosomatic Research**, [S.l.], v. 71, n. 5, p. 319-324, 2012.

BOHRER, B. K.; FORBUSH, K. T.; HUNT, T. K. Are common measures of dietary restraint and disinhibited eating reliable and valid in obese persons? **Appetite**, [S.l.], v. 87, n. 1, p. 344-51, 2015.

BONAZZI, C. L. *et al.* A intervenção nutricional no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, [S.l.], v. 1, n. 5, p. 59-69, 2007.

BORGES, A. C. *et al.* Balões intragástricos em obesos de alto risco em um centro brasileiro: experiência inicial. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, [S.l.], v. 45, n. 1, p. 1448, 2018.

BOSSA, R. *et al.* Contribuição da condição ocupacional de indivíduos obesos no comportamento alimentar. **Arch. Health Sci.(Online)**, p. 158-162, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html). Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 424 de 19 de março de 2013**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: [http://http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424\\_19\\_03\\_2013\\_rep.html](http://http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013_rep.html). Acesso em: 10 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html). Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF, 2018.

BRESSAN, J. A.; TREVISOL, F. S. Avaliação da Autoestima e Depressão Após Cirurgia Bariátrica. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, [S.l.], v. 13, n. 79, p. 446-456, 2019.

CADE, N. V. *et al.* Efeitos de um treinamento em autocontrole aplicado em obesos. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 65-72, 2009.

CAPPELLERI, J. C. *et al.* Psychometric analysis of the Three-Factor Eating Questionnaire-R21: Results from a large diverse sample of obese and non-obese participants. **International journal of obesity**, [S.l.], v. 33, n. 6, p. 611-20, 2009.

CARLOS SIERRA, J. *et al.* Validación del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) en población española. **Atención Primaria**, [S.l.], v. 44, n. 9, p. 516-524, 2012.

CARROZO, N. P. P. **Sobrepeso e Obesidade em crianças**: o papel das práticas alimentares parentais. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014.

CAVALCANTE, R. C. **Análise comportamental de obesos mórbidos e de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

COBELO, A. *et al.* **Como lidar com os transtornos alimentares**: Guia prático para pacientes e familiares. 5 ed. São Paulo: Hogrefe, 2020.

COLLES, S. L.; DIXON, J. B.; O'BRIEN, P. E. Pastoreio e perda de controle relacionado à alimentação: dois fatores de alto risco após cirurgia bariátrica. **Obesidade**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 615-622, 2008.

COMINATO, L.; FRANCO, R.; DAMIANE, D. Adolescent obesity treatments: News, views and evidences. **Archives of Endocrinology and Metabolism**, [S.l.], v. 65, n. 5, p. 527-536, 2021.

CONDE, W. L.; BORGES, C. O risco de incidência e persistência da obesidade entre adultos brasileiros segundo seu segundo seu estado nutricional ao final da adolescência. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 71-79, 2011.

CONRADT, M. *et al.* What copes well? Obesity-related coping an its associations with shame, guilt and weight loss. **Journal of Clinical Psychology**, [S.l.], v. 64, n. 10, p. 1129-1144, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.766/05**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1766\\_2005.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1766_2005.htm). Acesso em: 12 nov. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.131/15**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25939](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25939). Acesso em: 12 nov. 2019.

COPAT, J. A. **Cirurgia bariátrica**: a trama dos significados prévios à tomada de decisão. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

COSTA, G. C. *et al.* **Cirurgia bariátrica**: Um tratamento para todos, a cirurgia de cada um. São Paulo: Editora Senac, 2019.

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Caderno de Saúde Pública**, [S.l.], v. 24, n. 2, p. S332-S340, 2008.

COUTINHO, W.; DUALIB, P. Etiologia da obesidade. *In*: NUNES, M. A. *et al.* (Org.). **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 265-271.

CRESWELL, J. W. *et al.* Best practices for mixed methods research in the health sciences. **Bethesda (Maryland): National Institutes of Health**, [S.l.], v. 2013, p. 541-545, 2011.



CUMMINGS, D. E.; OVERDUIN, O.; FOSTER-SCHUBSERT, K. Gastric bypass for obesity: mechanisms of weight loss and diabetes resolution. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, [S.l.], v. 89, n. 6, p. 2608-2615, 2010.

DÂMASO, A. **Nutrição e exercício na prevenção de doenças**. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 2001.

DANCEY, C.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicólogos**. Harlow: Pearson, 2014.

DAVIES, M. M.; BEKKER, M. H.; ROOSEN, M. A. The role of coping and general psychopathology in the prediction of treatment outcome in eating disorders. **Eating Disorders**, [S.l.], v. 19, n. 3, p. 246-258, 2011.

DEMARIA, E. J. Bariatric surgery for morbid obesity. **New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 356, n. 21, p. 2176-2183, 2007.

DIAS, P. C. *et al.* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 33, n. 7, e00006016, 2017. DOI <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00006016>

EICHEN, D. M. *et al.* Behavioral evidence of emotion deregulation in binge eaters. **Apetite**, [S.l.], v. 111, p. 1-6, 2017.

ERDOS, R. K. S.; OLIVEIRA, A. C. F.; PICOLLOTO, N. M. Novas temáticas em Terapia Cognitiva. *In*: WAINER, R. *et al.* **Terapia Cognitivo-Comportamental no acompanhamento Pré-Cirúrgico e Pós-Cirúrgico de Cirurgia Bariátrica**. Porto Alegre: Sinopsys, 2011. p. 61-80.

ESCODA, M. S. Q. Para a crítica da transição nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 219-226, 2002.

EUROPE ASSOCIATION FOR STUDY OF OBESITY (EASO). **Covid-19 and Obesity**, 2020. Disponível em: <https://easo.org/covid-19-and-obesity/>. Acesso em: 15 dez. 2020.

EVERS, C.; MARIJN, S. F.; RIDER, D. T. Feeding your feelings: emotion regulation strategies and emotional eating. **Pers Soc Psychol Bull**, [S.l.], v. 36, n. 6, p. 792-804, 2010.

FANDIÑO, J. N.; APPOLINARIO, J. C. Avaliação psiquiátrica da cirurgia bariátrica. *In*: NUNES, M. A. *et al.* (Org.). **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 367-374.

FERRAZ, E. M.; MARTINS FILHO, E. D. Cirurgia bariátrica: indicação e importância do trabalho multidisciplinar. **Einstein**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 71-72, 2006.

FERREIRA, A. P. S.; SZWARCOWALD, C. L. Z.; DAMACENA, G. N. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.l.], v. 22, e190024, 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190024>

FERREIRA, R. A. B.; BENICIO, M. H. A. Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. **Revista Pan Americana de Saúde Pública**, [S.l.], v. 37, n. 4, p. 337-342, 2015.

FISBERG, M. Primeiras palavras: uma introdução ao problema do peso excessivo. *In*: FISBERG, M. **Atualização em Obesidade na infância e na adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 2-9.

FLANDRIN, J. L.; MONTANARI, M. **A história da alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1996.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. An analysis of coping in middle aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**, [S.l.], v. 21, p. 219-239, 1980.

FRANQUES, A. R. M. Adesão ao tratamento pós-operatório: Por que é tão difícil. **Cirurgia da obesidade: Um enfoque psicológico**, [S.l.], p. 99-107, 2009.

FRANQUES, A. R. M. *et al.* O reganho de peso após a cirurgia. *In*: FRANQUES, A. R. M.; LOLI, M. S. A. **Novos Corpos, Novas Realidades: Reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2011. p. 263-272.

FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**, [S.l.]. Vetor Editora, 2011.

FREITAS, R. G. B. O. N.; SARON, M. L. G. A relação entre o estado nutricional e comportamento alimentar em adolescentes de uma escola pública de Volta Redonda – RJ. **Cadernos Unifoa**, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 69-79, 2011.

GARIEPY, G.; NITKA, D.; SCHMITZ, N. The association between obesity and anxiety disorders in the population: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Obesity**, [S.l.], v. 34, n. 3, p. 407-419, 2010. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/ijo2009252>. Acesso em: 25 ago. 2019.

GARRIDO JUNIOR, A. B. Cirurgia em Obesos Móbidos – Experiência Pessoal. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, [S.l.], v. 44, n. 1, p. 106-110, 2000.

GARRIDO JUNIOR, A. B. (Org). **Cirurgia da Obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2012.

GIGANTE, D. P. *et al.* Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 31, n. 3, p. 236-246, 1997.

GLISENTI, K.; STRODL, E. Cognitive behavioral therapy and dialectical behavioral therapy for treating obese emotional eaters. **Clinical Case Studies**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 71-88, 2012.

GORLACH, M. G. *et al.* Expressive suppression of emotions and overeating in individuals with overweight and obesity. **European Eating Disorders Review**, [S.l.], v. 24, n. 5, p. 377-382, 2016.

GOUVEIA, M. J.; CANAVARR, M. C.; MOREIRA, H. O papel moderador do peso na associação entre as dificuldades de regulação emocional e os comportamentos alimentares. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, [S.l.], v. 8, p. 13-32, 2017.

GUERDJIKOVA, A. L. *et al.* Emotional eating and emotional eating alternatives in subjects undergoing bariatric surgery. **Obesity Surgery**, [S.l.], v. 17, n. 8, p. 1091-1096, 2007.

HÖRCHNER, R. *et al.* Coping behavior and loneliness among obese patients. **Obesity Surgery**, [S.l.], v. 12, n. 6, p. 864-868, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008/2009**. Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil. Rio de Janeiro, 2011.

JOHNSON, F.; PRATT, M.; WARDLE, J. Dietary restraint and self-regulation in eating behavior. **International journal of obesity**, [S.l.], v. 36, n. 5, p. 665-674, 2012.

JORGE, L. C.; ARAÚJO, M. S. M. Influência da Cirurgia Bariátrica no DM2 e outras comorbidades: revisão de literatura. **Comportamento, Ciências e Saúde**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 67-72, 2012.

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Caderno de Saúde Pública**, [S.l.], v. 19, n. 1, p. S4-S5, 2003.

KARLSSON, J.; SJÖSTRÖM, L.; SULLIVAN, M. Swedish obese subjects (SOS) – An intervention study of obesity. Two-year follow-up of health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders**, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 113-126, 1998.

KEMP, E.; BUI, M.; GRIER, S. When food is more than nutrition: Understanding emotional eating and overconsumption. **Journal of Consumer Behavior**, [S.l.], v. 12, p. 204-213, 2013.

KESKIN, G.; ENGIN, E.; DULGERLER, S. Eating attitude in obese patients: The evaluation in terms of relational factors. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, [S.l.], v. 17, n. 10, p. 900-908, 2010.

KOFMAN, M. D.; LENT, M. R.; SWENCIONIS, C. Maladaptive eating patterns, quality of life, and weight outcomes following gastric bypass: results of an internet survey. **Obesity (Silver Spring)**, [S.l.], v. 18, n. 10, p. 1938-1943, 2010. DOI <http://doi:10.1038/oby.2010.27>

LANG, T. *et al.* Impact of gastric banding on eating behavior and weight. **Obesity Surgery**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 100-107, 2002.

LEE, K. K. *et al.* Maternal obesity during pregnancy associates with premature mortality and major cardiovascular events in later life. **Hypertension**, [S.l.], v. 66, n. 5, p. 938-944, 2015.

LEMES, S. O. Acompanhamento emocional da obesidade na infância e adolescência. *In*: FISBERG, M. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 85-96.

LI, W.; RUKAVINA, P. A review of coping mechanisms against obesity bias in physical activity/education settings. **Obesity Reviews**, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 87-95, 2009.

LIMA, L. S. **Comportamento Alimentar e Qualidade de Vida Após 24 meses de Cirurgia Bariátrica**. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Nutrição Humana), Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

LOLI, M. S. A. **Obesidade como um sintoma: uma leitura psicanalítica**. São Paulo: Vetor, 2000.

LOLI-ARENALES, M. S. **Da mesa farta à mesa cirúrgica: Reflexões quanto ao preparo emocional com foco na cirurgia da obesidade**. Londrina: Arenales Books, 2017.

LOPES, A.; CORREIA, D. T. Depressão, Obesidade e Cirurgia Bariátrica. **Psilogos**, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 64-73, 2016.

LUDWIG, M. W. B. *et al.* Ansiedade, depressão e estresse em pacientes com síndrome metabólica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, [S.l.], v. 64, n. 1, p. 31-46, 2012.

LUZ, F. Q.; OLIVEIRA, M. S. Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: uma revisão. **Aletheia**, [S.l.], v. 40, p. 159-173, 2013.

MACHADO, P. A. N.; SICHIERI, R. Relação cintura-quadril e fatores de dieta em adultos. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 36, n. 2, p. 198-204, 2002.

MAGDALENO JÚNIOR, R. M. Pós operatório da cirurgia bariátrica: repercussões emocionais. *In*: FRANQUES, A. R. M.; LOLI, M. S. A. **Novos Corpos, Novas Realidades: Reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2011, p. 109-134.

MAGDALENO JUNIOR, R.; CHAIM, E. A.; TURATO, E. R. Características psicológicas de pacientes à cirurgia bariátrica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, [S.l.], v. 31, p. 73-78, 2009.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 51, suple 1:4s, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 out. 2019.

MANCINI, M. C.; MELO, M. E. Manejo clínico do paciente após cirurgia bariátrica. *In*: FRANQUES, A. R. M.; LOLI, M. S. A. **Novos Corpos, Novas Realidades: Reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2011. p. 373-388.

MANCINI, M. Métodos de Avaliação de Obesidade e alguns dados epidemiológicos. **Revista da ABESO**, [S.l.], v. 11, n. 11, 2002.

MARCELINO, L. F.; PATRÍCIO, Z.M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 16, p. 4767-4776, 2011.

MARINHO, S. P. *et al.* Obesidade em adultos de segmentos pauperizados da sociedade. **Revista de Nutrição**, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 195-201, 2003.

MARTORELL, R. *et al.* Obesity in women from developing countries. **European journal of clinical nutrition**, [S.l.], v. 54, n. 3, p. 247-252, 2000.

MCARDLE, W.; KATCH, F.; KATCH, V. **Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1996.

MEDEIROS, E. M. **Cartilha do gordo**. São Paulo: Ícone, 1994.

MELDRUM, D. R.; MORRIS, M. A.; GAMBONE, J. C. Obesity pandemic: causes, consequences, and solutions-but do will have the will? **Fertil Steril**, [S.l.], v. 107, n. 4, p. 833-839, 2017. DOI <http://doi:10.1016/j.fertnstert.2017.02.104>

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 698-709, 2004.

MENSORIO, M. S.; COSTA JUNIOR, A. L. Obesidade e estratégias de enfrentamento: O quê destaca a literatura? **Psicologia, Saúde & Doenças**, [S.l.], v. 17, n. 3, p. 468-482, 2016.

MENSORIO, S. M. **Análise de estratégias de enfrentamento, ansiedade e hábitos em pacientes elegíveis à cirurgia bariátrica, com e sem acompanhamento psicológico**. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

MEZOMO, I. F. B. **Os serviços de alimentação: planejamento e administração**. Barueri: Manole, 2002.

MICANTI, F. *et al.* The relationship between emotional regulation and eating behaviour: a multidimensional analysis of obesity psychopathology. **Eat Weight Disord**, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 105-115, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo, SP: Editora Hucitec, 2013.

MOLINER, J.; RABUSKE, M. M. Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. **Psicologia: Teoria e Prática**, [S.l.], v. 10, n. 2, 2008.

MONTEIRO, C. A. *et al.* A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. **Caderno de Saúde Pública**, [S.l.], v. 26, n. 11, p. 2039-2049, 2010.

MONTEIRO, C. A. Nutrition and health. The issue is not food, nor nutrients, so much as processing. **Public Health Nutrition**, [S.l.], v. 12, n. 5, p. 729-731, 2009.

MORAES, J. M.; CAREGNATO, R. C. A.; SCHNEIDER, D. S. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. **Acta paulista de enfermagem**, [S.l.], v. 27, p. 157-164, 2014.

MOTA, D. C. L. **Comportamento alimentar, ansiedade, depressão e imagem corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

MOTA, L.; COSTA, B.; ALMEIDA, S. Imagem corporal, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Psicologia Teoria e Prática**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 100-113, 2014.

NATACCI, L. C.; FERREIRA JUNIOR, M. F. The three factor eating questionnaire – R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. **Revista de Nutrição**, [S.l.], v. 24, n. 3, p. 383-394, 2011.

NEVES, A. S.; MEDONÇA, A. L. O. Alterações na identidade social do obeso: do estigma ao fat pride. **Demetria: alimentação, nutrição e saúde**, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 619-631, 2014.

NÓBREGA, P. M. *et al.* Perfil alimentar e reganho de peso de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em um hospital universitário. **Brazilian Journal of Development**, [S.l.], v. 6, n. 12, p. 94771-94785, 2020.

O'REILLY, G. A. *et al.* Mindfulnessbased interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. **Obesity Reviews**, [S.l.], v. 15, n. 6, p. 453-461, 2014.

OKOP, K. J.; LEVITT, N.; PUOANE, T. Factors associated with excessive body fat in men and women: cross-sectional data from black South Africans living in a rural community and an urban township. **PLoS One**, [S.l.], v. 10, n. 10, p. e0140153, 2015.

OLIVEIRA, A. D. **Qualidade e comportamento alimentar de mulheres após 24 meses ou mais de cirurgia bariátrica**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

OLIVEIRA, J. H. A. **Aspectos psicológicos de grau III antes e depois de cirurgia bariátrica**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2006.

OLIVEIRA, J. H. A.; YOSHIDA, E. M. P. Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois da Cirurgia Bariátrica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 12-19, 2009.

OLIVEIRA, S. P. Changes in food consumption in Brazil. **Archivos Latinoamericanos Nutricion**, [S.l.], v. 47, n. 2, p. 22-24, 1997.

OLIVEIRA, V. M.; LINARDI, R. C.; AZEVEDO, A. P. Cirurgia Bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica**, [S.l.], v. 31, n. 4, p. 199-201, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: World Health Organization, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Obesity and overweight**. Geneva: World Health Organization, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Obesidade entre crianças e adolescentes aumentou dez vezes em quatro décadas, revela novo estudo do Imperial College Lodon e da OMS**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2017. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5527:obesidade-entre-criancas-e-adolescentes-aumentou-dez-vezes-em-quatro-decadas-revela-novo-estudo-do-imperial-college-london-e-da-oms&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5527:obesidade-entre-criancas-e-adolescentes-aumentou-dez-vezes-em-quatro-decadas-revela-novo-estudo-do-imperial-college-london-e-da-oms&Itemid=820). Acesso em: 10 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **10 facts on obesity**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Acesso em: 08 set. 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **FAO/OPAS: sobrepeso afeta quase metade da população de todos os países da América Latina e Caribe**, 2017. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5331:fao-opas-sobrepeso-afeta-quase-metade-da-populacao-de-todos-os-paises-da-america-latina-e-caribe&Itemid=820](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5331:fao-opas-sobrepeso-afeta-quase-metade-da-populacao-de-todos-os-paises-da-america-latina-e-caribe&Itemid=820). Acesso em: 25 ago. 2019.

ORTEGA, J. *et al.* Predictors of psychological symptoms in morbidly obese patients after gastric bypass surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, [S.l.], v. 8, n. 6, p. 770-776, 2012.

PETRY, N. *et al.* Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. **Psychosomatic Medicine**, [S.l.], v. 70, n. 3, p. 288-297, 2008.

PINHEIRO, A. B. V. *et al.* **Tabela para Avaliação de Consumo Alimentar em Medidas Caseiras**. 5 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

PINHEIRO, K. História da Alimentação. **Universitas Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 173-190, 2001.

PIRUTINSKY, S.; ROSMARIN, D. H.; HOLT, C. L. Religious coping moderates the relationship between emotional function and obesity. **Health Psychology**, [S.l.], v. 31, n. 3, p. 394-397, 2012.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Ciências e Movimento**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 49-54, 2002.

PORCU, M. *et al.* Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Acta Scientiarum**, [S.l.], v. 33, n. 2, p. 165-171, 2011.

PORTO, D. L.; ANTONIASSI JUNIOR, G. A. A decorrência do uso do álcool em pacientes que submeteram à cirurgia bariátrica. **Psicologia e Saúde em Debate**, [S.l.], v. 3, supl. 1, p. 14-16, 2017.

PUHL, R. M. *et al.* Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. **Health education research**, [S.l.], v. 23, n. 2, p. 347-358, 2008.

PUHL, R.; BROWNELL, K. D. Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults. **Obesity**, [S.l.], v. 14, p. 1802-1815, 2006. DOI <https://doi.org/10.1038/oby.2006.208>

REIS, C. E. G.; VASCONCELOS, I. A. L.; BARROS, J. F. N. Políticas Públicas de Nutrição para o controle da obesidade infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, [S.l.], v. 29, n. 4, p. 625-633, 2011.

REZENDE, L. F. M. *et al.* The increasing burden of cancer attributable to high body mass index in Brazil. **Cancer Epidemiology**, [S.l.], v. 54, p. 63-70, 2018. DOI <https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.03.006>

RODRIGUES, A. M. **Apoio social e reganho de peso após cirurgia bariátrica: efeito de intervenção comportamental com cuidadores.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

RYDÉN, A. *et al.* Coping and distress: What happens after intervention? A 2-year follow-up from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. **Psychosomatic Medicine**, [S.l.], v. 65, p. 435-442, 2003. DOI <http://doi: 10.1097/01.psy.0000041621.25388.1a>

SANT'ANNA, D. B. **A História da Beleza no Brasil.** São Paulo: Contexto, 2014.

SANTOS, M. M. M. *et al.* Avaliação da condição de saúde e da qualidade de vida no pós-operatório tardio de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, [S.l.], v. 12, n. 74, p. 730-737, 2018.

SANTOS, Z. A.; RIBEIRO, R. Efeito do exercício físico na melhora do grau de flexibilidade na articulação dos joelhos em obesos exercitados comparados com obesos sedentários. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, [S.l.], v. 10, n. 55, p. 20-24, 2016.

SARWER, D. B.; WADDEN, T. A.; FABRICATORE, A. N. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. **Obesity Research**, [S.l.], v. 13, n. 4, p. 639-648, 2005.

SEGAL, A.; CARDEAL, M. V.; CORDÁS, T. A. Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, [S.l.], v. 29, n. 2, p. 81-89, 2002.

SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Indicações e contraindicações para realização das operações bariátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.l.], v. 24, n. 3, p. 68-72, 2002.

SEGAL, A.; LIBANORI, H. T.; AZEVEDO, A. Bariatric surgery in a patient with possible psychiatric contraindications. **Obesity Surgery**, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 598-601, 2002.

SEIDL; E. M. F.; TRÓCOLLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise fatorial de uma medida de enfrentamento. **Psicologia: teoria e pesquisa**, [S.l.], v. 17, n. 3, p. 225-234, 2001.

SILVA, F. B. L. **Fatores associados ao reganho de peso após 24 meses de gastroplastia redutora em Y de roux.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.



SILVA, F. G. Os desafios da avaliação psicológica para a cirurgia bariátrica no Brasil.

**Revista Diálogos**, [S.l.], n. 10, p. 36-39, 2019. Disponível em:

<https://site.cfp.org.br/publicacao/revista-dialogos-no10-encarte/>. Acesso em: 12 nov. 2019.

SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J.; CARDOSO, H. Cirurgia de Obesidade: Qualidade de vida e variáveis psicológicas antes e depois do tratamento cirúrgico. **Psicologia Teoria e Prática**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 196-210, 2009.

SILVA, T. S. L.; CRAHIM, S. C. S. F. A importância da autoavaliação e acompanhamento psicológico para o paciente de cirurgia bariátrica. **Revista Mosaico**, [S.l.], v. 10, n. 11, p. 35-42, 2019.

SILVER, H. J. *et al.* Weight, dietary and physical activity behaviors two years after gastric bypass. **Obesity Surgery**, [S.l.], v. 16, n. 4, p. 859-864, 2006. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0102-6720201700040005>

SIQUEIRA, A. C.; ZANOTTI, S. V. Programa de Cirurgia Bariátrica e ganho de peso. **Psicologia, Saúde & Doenças**, [S.l.], v. 18, p. 157-169, 2017.

SJÖSTRÖM, L.; LINDROOS, A.; PELTONEN, A. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. **New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 351, n. 6, p. 2683-2693, 2004.

SOARES, A. S. B. **Qualidade de vida, depressão e ansiedade em indivíduos que procuram tratamento para à obesidade**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2009.

SOARES, D. A.; BARRETO, S. M. Indicadores nutricionais combinados e fatores associados em população Quilombola no Sudoeste da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 821-832, 2015.

SOBCZAK, W. Z. *et al.* Obesity and poverty paradox in developed countries. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**, [S.l.], v. 21, n. 3, p. 590-594, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). **Evolução da cirurgia bariátrica e metabólica no Brasil**, 2016. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/o-inicio-da-cirurgiabariatrica-no-brasil/>. Acesso em: 01 out. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). **A Cirurgia Bariátrica**, 2017a. Disponível em: <http://www.sbc.org.br/>. Acesso em: 25 ago. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). **Técnicas de Cirurgia Bariátrica**, 2017b. Disponível em: <http://www.sbc.org.br/obesidade.asp?menu=5>. Acesso em 25 de ago. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). **Cirurgia Bariátrica cresce 84,74% entre 2011 e 2018**, 2019. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/cirurgia-bariatrica-cresce-8473-entre-2011-e-2018>: Acesso em: 12 ago. 2019.

SOUZA, S. A. *et al.* Obesidade Adulta nas nações: uma análise via modelo de regressão beta. **Caderno de Saúde Pública**, [S.l.], v. 34, n. 8, p. e00161417, 2018.

STRUNKARD, A. J.; MESSICK, S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. **Journal of Psychosomatic Research**, [S.l.], v. 29, p. 71-83, 1985.

SWENCIONIS, C.; RENDELL, S. T. The psychology of obesity. **Abdominal Imaging**, [S.l.], v. 37, n. 5, p. 733-737, 2012.

TAQUETTE, S. R. Análise de Dados de Pesquisa Qualitativa em Saúde. **Atas – Investigação Qualitativa em Saúde**, 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/790>. Acesso em: 12 dez. 2020.

TARDELLI, B. C. *et al.* Síndrome de dumping e sua relação com cirurgia com cirurgias bariátricas. **Revista Caderno de Medicina**, [S.l.], v. 2, n. 1, 2019.

TAVARES, T. B.; NUNES, S. M.; SANTOS, M. O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 359-366, 2010. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/371>. Acesso em: 01 out. 2019.

THEODORO, L. Evolução da perda de peso e reganho de peso. *In*: BENEDETTI, C.; THEODORO, L (Org.). **Depois de Magro: a ação do psicólogo na manutenção do peso após o emagrecimento induzido por cirurgia**. São Paulo: Vetor, 2015. p. 55-62.

THOLIN, S. *et al.* Genetic and environmental influences on eating behavior: the Swedish Young Male Twins Study. **American Journal of Clinical Nutrition**, [S.l.], v. 81, p. 564-569, 2005.

TOMAZ, R.; ZANINI, D. S. Personality and coping in patients with eating disorders and obesity. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [S.l.], v. 22, p. 447-454, 2009.

TORVIK, F. A. *et al.* Health, health behaviors, and health dissimilarities predict divorce: results from the HUNT study. **BMC psychology**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 1-9, 2015.

TOSETTO, A. P.; SIMEÃO JÚNIOR, C. A. Obesidade e sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em mulheres sedentárias e não sedentárias. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 41, n. 4, p. 497-507, 2008.

VALEZI, A. C. *et al.* Estudo do padrão alimentar tardio em obesos submetidos à derivação gástrica com bandagem em y de roux: comparação entre homens e mulheres. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, [S.l.], v. 36, n. 6, p. 387-391, 2008.

VIEIRA, A. C. R.; SICHIERI, R. Associação do Status Socioeconômico com Obesidade. **Revista de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 18, n. 3, p. 415-426, 2008.

VIGARELLO, G. **As metamorfoses do gordo: História da obesidade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

WAGNER, K. J. P. *et al.* Posição socioeconômica na infância e obesidade em adultos: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 52, n. 15, p. 1-10, 2018.

WANDERLEY, E. M.; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 185-194, 2010.

WEHLING, H.; LUSHER, J. M. Cognitive and Emotional Influences on Eating Behaviour: A Qualitative Perspective. **Nutr Metab Insights**, [S.l.], v. 12, n. 11, p. 786-738, 2019.

WENZEL, A. **Inovações em terapia cognitivo-comportamental**: intervenções estratégicas para uma prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2018.

WOLF, N. **O mito da beleza**: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 2020.

XIMENES, E. **Cirurgia da obesidade**: um enfoque psicológico. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2009.

YILMAZ, J.; POVEY, L.; DALGLIESH, J. Nutrition focus: Adopting a psychological approach to obesity. **Nursing Standard**, [S.l.], v. 25, n. 21, 2011.

ZAPAROLLI, M. Ingestão Alimentar após cirurgia bariátrica: uma análise dos macronutrientes e adequação dos grupos alimentares à pirâmide específica. **Nutricion Clinica y Dietética Hospitalaria**, [S.l.], v. 18, n. 1, p.3 6-39, 2018.

ZYGER, L.T.; ZANARDO, V. P. S.; TOMICKI, C. Perfil nutricional e estilo de vida em pacientes pré e pós cirurgia bariátrica. **Scientia Medica**, [S.l.], v. 26, n. 3, p. 1-8, 2016.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa que você está sendo convidada a participar denomina-se “*Comportamento Alimentar e Estratégias de Enfrentamento em Mulheres Submetidas à Cirurgia Bariátrica*”. O trabalho tem como objetivo geral: investigar o comportamento alimentar e as estratégias de enfrentamento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica e será desenvolvido pela discente Samily Natania Alves Meireles Aquino, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão, sob a orientação da Profa. Dra. Jena Hanay Araujo de Oliveira. Sobre a participação nesta pesquisa, declaro estar ciente das seguintes implicações:

1) A participação na pesquisa consiste em uma única etapa na qual será realizada entrevista, aplicação de um questionário e dois instrumentos. As entrevistas serão individuais e efetuadas a partir de um roteiro semiestruturado de questões relativas às percepções do dia a dia após o procedimento de cirurgia bariátrica, posteriormente serão gravadas e transcritas, para organização e análise das informações;

2) Será assegurado o sigilo das informações coletadas. Os dados que você fornecerá serão confidenciais e divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar;

3) Caso você se sinta desconfortável ou incomodada, por qualquer motivo, será possível interromper a participação a qualquer momento, sem nenhum tipo de penalidade ou prejuízo;

4) Não haverá nenhum custo para participar desta pesquisa e também qualquer remuneração ou gratificação por parte da pesquisadora ou qualquer pessoa envolvida no estudo. No entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da sua participação na pesquisa, será ressarcida pela pesquisadora;

5) Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de sua participação no estudo, poderá ser compensada conforme determina a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012);

6) A participante deste estudo possui direito de receber assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação na pesquisa, pelo tempo que for necessário;

7) A participação nesta pesquisa possui risco mínimo. Entretanto, caso haja mobilização emocional por parte das respondentes, a pesquisadora se coloca à disposição para

oferecer acolhimento e prestar assistência psicológica, caso você se sinta prejudicada ou necessitando de suporte emocional em decorrência de sua participação na pesquisa.

8) Não há benefícios diretos ou imediatos ao participar da pesquisa. Todavia, os resultados deste estudo, poderão contribuir para a compreensão do comportamento alimentar, das estratégias de enfrentamento bem como das vivências cotidianas de quem se submete à cirurgia bariátrica. Auxiliando na elaboração de estratégias de avaliação e intervenção, que promovam qualidade de vida a esta população;

9) Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora (Samily Natania Alves Meireles Aquino). O TCLE deverá ser rubricado em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pela convidada a participar da pesquisa, assim como pela pesquisadora responsável, ou membro da equipe.

Em caso de dúvidas sobre a ética dessa pesquisa, você deverá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFMA – HU-UFMA. Um Comitê de Ética em Pesquisa é um grupo não remunerado formado por diferentes profissionais e membros da sociedade que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes. O contato pode ser realizado por telefone (98) 2109-1250, através do e-mail cep@huufma.br. Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda a sexta, das 08:00h às 12:00h e das 14:00h às 17:00h, no Hospital Universitário da UFMA - HU-UFMA, Unidade Presidente Dutra, Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro São Luís - MA. CEP: 65020-070, São Luís, MA.

Você também tem direito de tirar dúvidas ou pedir qualquer outro esclarecimento, com a responsável pela pesquisa, Samily Natania Alves Meireles Aquino, aluna de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão, orientada pela Profa. Dr<sup>a</sup> Jena Hanay Araujo de Oliveira. O telefone para contato é (98) 983155192 e o endereço de e-mail é samily.aquino50@gmail.com. Considerando estes elementos, autorizo a divulgação dos dados coletados referentes à minha participação.

São Luís, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2020.

---

Participante da Pesquisa

Mestranda: Samily Natania A. M. Aquino (CRP:22/01437)

## APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico

1 – Dados da Participante	Número ( )
Nome:	
Endereço:	
Contato:( )	<i>E-mail:</i>
Data de Nascimento:	
2 – Estado Civil:	
( ) Solteira	
( ) Casada	
( ) União Estável	
( ) Divorciada	
( ) Viúva	
3 – Filhos? Sim ( ) Quantos? _____ filhos Não ( )	
4 – Ocupação:	
( ) Empregada	
( ) Desempregada	
( ) Aposentada	
( ) Estudante	
( ) Trabalho Informal	
( ) Profissão: _____	
5 – Renda Mensal (aproximadamente)? _____	
6 – Grau de Escolaridade:	
( ) Não alfabetizada	
( ) Ensino Fundamental Completo	
( ) Ensino Fundamental Incompleto	
( ) Ensino Médio Completo	
( ) Ensino Médio Incompleto	
( ) Ensino Superior Completo	

Ensino Superior Incompleto

Pós-Graduação

7 – Início da Obesidade:

Infância

Adolescência

Fase Adulta

Gestação

8 – Tratamentos anteriores:

Farmacológico

Tratamento Conservador

Atividade Física

Tratamentos Combinados

9 – Tipo de procedimento cirúrgico:

*Bypass* Gástrico

*Sleeve* Gástrico

10 – Motivação para cirurgia:

Saúde

Estética

Outro: \_\_\_\_\_

11 – Quanto tempo de preparo para a cirurgia bariátrica? \_\_\_\_\_

12 – Quanto tempo de cirurgia? \_\_\_\_\_ Data da cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

13 – Peso: Antes da Cirurgia: \_\_\_\_\_ Peso Atual: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

14 – Uso de álcool antes da cirurgia? Sim ( ) Não ( )

Uso de álcool atualmente? Sim ( ) Não ( )

15 – Uso de drogas antes da cirurgia? Sim ( ) Não ( )



Uso de drogas atualmente? Sim ( ) Não ( )

16 – Você possui algum diagnóstico psiquiátrico?

( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

( ) Não

17 – Você possui alguma doença:

( ) Diabetes

( ) Hipertensão Arterial

( ) Cardiopatias

( ) Doença Renal Crônica

( ) Dislipidemia

( ) Outra? \_\_\_\_\_

18 – Você toma alguma medicação?

( ) Sim. Quais? \_\_\_\_\_

( ) Não

19 – Você já passou por algum tratamento psicológico e/ou psiquiátrico?

( ) Psicológico

( ) Psiquiátrico

( ) Ambos

20 – Atualmente passa por algum tratamento psicológico e/ou psiquiátrico?

( ) Psicológico

( ) Psiquiátrico

( ) Ambos

21 – Você praticava Atividade Física? ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ Frequência? \_\_\_\_\_

22 – Você pratica Atividade Física? ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ Frequência? \_\_\_\_\_

23 – Após a cirurgia você teve acompanhamento psicológico além do oferecido pelo Serviço de Cirurgia Bariátrica?

Sim

Não

24 – Após a cirurgia você teve acompanhamento nutricional além do oferecido pelo Serviço de Cirurgia Bariátrica?

Sim

Não

## APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista

<b>RELAÇÃO COM ALIMENTO</b>
Como você caracterizaria a sua alimentação hoje? O que você sente em relação ao comer?
<b>ASPECTOS EMOCIONAIS, PSICOSSOCIAIS E DIFICULDADES APÓS A CIRURGIA</b>
Como você se sente após a realização da cirurgia? Quais dificuldades você tem enfrentado?
<b>PERSPECTIVAS EM RELAÇÃO A PERDA DE PESO</b>
Como você avalia a sua perda de peso até agora? Quais expectativas você tem a partir desse tratamento para a sua vida?

## ANEXOS

## ANEXO A – Questionário Três Fatores Alimentares (TFEQ-R21)

<p><b>1. Por conta própria eu consumo pequenas porções de alimentos para controlar meu peso</b></p> <p>( ) Totalmente verdade (4)</p> <p>( ) Verdade, na maioria das vezes (3)</p> <p>( ) Falso, na maioria das vezes (2)</p> <p>( ) Totalmente falso (1)</p>	1
<p><b>2. Eu começo a comer quando me sinto ansioso</b></p> <p>( ) Totalmente verdade (4)</p> <p>( ) Verdade, na maioria das vezes (3)</p> <p>( ) Falso, na maioria das vezes (2)</p> <p>( ) Totalmente falso (1)</p>	2
<p><b>3. Às vezes quando começo a comer, parece que não conseguirei parar</b></p> <p>( ) Totalmente verdade (4)</p> <p>( ) Verdade, na maioria das vezes (3)</p> <p>( ) Falso, na maioria das vezes (2)</p> <p>( ) Totalmente falso (1)</p>	3
<p><b>4. Quando me sinto triste, frequentemente como demais</b></p> <p>( ) Totalmente verdade (4)</p> <p>( ) Verdade, na maioria das vezes (3)</p> <p>( ) Falso, na maioria das vezes (2)</p> <p>( ) Totalmente falso (1)</p>	4
<p><b>5. Eu não como alguns alimentos porque eles me engordam</b></p> <p>( ) Totalmente verdade (4)</p> <p>( ) Verdade, na maioria das vezes (3)</p> <p>( ) Falso, na maioria das vezes (2)</p> <p>( ) Totalmente falso (1)</p>	5
<p><b>6. Estar com alguém que está comendo, me dá frequentemente vontade de comer também.</b></p> <p>( ) Totalmente verdade (4)</p> <p>( ) Verdade, na maioria das vezes (3)</p> <p>( ) Falso, na maioria das vezes (2)</p>	6

( ) Totalmente falso (1)	
<b>7. Quando me sinto tenso ou estressado, frequentemente sinto que preciso comer.</b>  ( ) Totalmente verdade (4) ( ) Verdade, na maioria das vezes (3) ( ) Falso, na maioria das vezes (2) ( ) Totalmente falso (1)	7
<b>8. Frequentemente sinto tanta fome que meu estômago parece um poço sem fundo.</b>  ( ) Totalmente verdade (4) ( ) Verdade, na maioria das vezes (3) ( ) Falso, na maioria das vezes (2) ( ) Totalmente falso (1)	8
<b>9. Eu sempre estou com tanta fome que é difícil parar de comer antes de terminar toda a comida que está no prato</b>  ( ) Totalmente verdade (4) ( ) Verdade, na maioria das vezes (3) ( ) Falso, na maioria das vezes (2) ( ) Totalmente falso (1)	9
<b>10. Quando me sinto solitário, me consolo comendo.</b>  ( ) Totalmente verdade (4) ( ) Verdade, na maioria das vezes (3) ( ) Falso, na maioria das vezes (2) ( ) Totalmente falso (1)	10
<b>11. Eu, conscientemente me controlo nas refeições para evitar ganhar peso.</b>  ( ) Totalmente verdade (4) ( ) Verdade, na maioria das vezes (3) ( ) Falso, na maioria das vezes (2) ( ) Totalmente falso (1)	11
<b>12. Quando sinto o cheiro de um bife grelhado ou de um pedaço suculento de carne, acho muito difícil evitar de comer, mesmo que eu tenha terminado de comer há muito pouco tempo.</b>	12

<input type="checkbox"/> Totalmente verdade (4) <input type="checkbox"/> Verdade, na maioria das vezes (3) <input type="checkbox"/> Falso, na maioria das vezes (2) <input type="checkbox"/> Totalmente falso (1)	
<b>13. Eu estou sempre com tanta fome o bastante para comer a qualquer hora.</b> <input type="checkbox"/> Totalmente verdade (4) <input type="checkbox"/> Verdade, na maioria das vezes (3) <input type="checkbox"/> Falso, na maioria das vezes (2) <input type="checkbox"/> Totalmente falso (1)	13
<b>14. Se eu me sinto nervoso, tento me acalmar comendo.</b> <input type="checkbox"/> Totalmente verdade (4) <input type="checkbox"/> Verdade, na maioria das vezes (3) <input type="checkbox"/> Falso, na maioria das vezes (2) <input type="checkbox"/> Totalmente falso (1)	14
<b>15. Quando vejo algo que parece muito delicioso, eu frequentemente fico com tanta fome que tenho que comer imediatamente.</b> <input type="checkbox"/> Totalmente verdade (4) <input type="checkbox"/> Verdade, na maioria das vezes (3) <input type="checkbox"/> Falso, na maioria das vezes (2) <input type="checkbox"/> Totalmente falso (1)	15
<b>16. Quando me sinto depressivo, eu quero comer</b> <input type="checkbox"/> Totalmente verdade (4) <input type="checkbox"/> Verdade, na maioria das vezes (3) <input type="checkbox"/> Falso, na maioria das vezes (2) <input type="checkbox"/> Totalmente falso (1)	16
<b>17. O quanto frequentemente você evita guardar (fazer estoque, guardar em casa) comidas tentadoras?</b> <input type="checkbox"/> Quase nunca (1) <input type="checkbox"/> Raramente (2) <input type="checkbox"/> Frequentemente (3) <input type="checkbox"/> Quase sempre (4)	17

<p><b>18. O quanto você estaria disposto a fazer um esforço para comer menos do que deseja?</b></p> <p>( ) Não estou disposto (1)</p> <p>( ) Estou um pouco disposto (2)</p> <p>( ) Estou relativamente bem disposto (3)</p> <p>( ) Estou muito disposto (4)</p>	18
<p><b>19. Você comete excessos alimentares, mesmo quando não está com fome?</b></p> <p>( ) Quase nunca (1)</p> <p>( ) Raramente (2)</p> <p>( ) Às vezes (3)</p> <p>( ) Pelo menos 1 vez por semana (4)</p>	19
<p><b>20. Com qual frequência você fica com fome?</b></p> <p>( ) Somente nos horários das refeições (1)</p> <p>( ) Às vezes entre as refeições (2)</p> <p>( ) Frequentemente entre as refeições (3)</p> <p>( ) Quase sempre (4)</p>	20
<p><b>Em uma escala de 1 a 8 em que 1 significa nenhuma restrição alimentar e 8 significa restrição total, qual número você daria para si mesmo?</b></p> <p>( ) 1 (1)</p> <p>( ) 2 (1)</p> <p>( ) 3 (2)</p> <p>( ) 4 (2)</p> <p>( ) 5 (3)</p> <p>( ) 6 (3)</p> <p>( ) 7 (4)</p> <p>( ) 8 (4)</p> <p><b>1 Significa: Eu como tudo o que quero e sempre que quero.</b></p> <p><b>8 Significa: Eu limito constantemente o que como, nunca cedo.</b></p>	21



## ANEXO B – Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP

As pessoas reagem de maneira diferente a situações difíceis ou estressantes. Para responder este questionário, pense sobre como você está lidando com a obesidade, neste momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar o problema desta condição de saúde no seu momento atual. Exemplo: “Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema”. Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor o que você está fazendo quanto a busca de ajuda profissional para enfrentar seu problema. Se você **não** estiver buscando ajuda profissional, marque um X ou círculo no número 1 (*nunca faço isso*); se você **está buscando sempre** este tipo de ajuda, marque o número 5 (*eu faço isso sempre*). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente nestas duas opções, marque 2, 3 ou 4 conforme ela está ocorrendo. Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco. Obrigada pela sua participação!

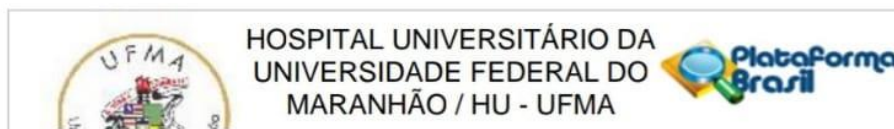
Leia cada item abaixo e indique, na categoria apropriada, o que você faz na situação.

		1 Nunca	2 Um pouco	3 Às vezes	4 Muito	5 Sempre
1	Eu levo em conta o lado positivo das coisas	1	2	3	4	5
2	Eu me culpo	1	2	3	4	5
3	Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação	1	2	3	4	5
4	Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo	1	2	3	4	5
5	Procuro um culpado para a situação	1	2	3	4	5
6	Espero que um milagre aconteça	1	2	3	4	5
7	Peço conselho a um parente ou amigo que eu respeite	1	2	3	4	5
8	Eu rezo/oro	1	2	3	4	5
9	Converso com alguém sobre como estou me sentindo	1	2	3	4	5
10	Eu insisto e luto para o que eu quero	1	2	3	4	5
11	Eu me recuso acreditar que isto esteja acontecendo	1	2	3	4	5
12	Eu brigo comigo mesmo, eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer	1	2	3	4	5
13	Desconto em outras pessoas	1	2	3	4	5
14	Encontro diferentes soluções para o meu problema	1	2	3	4	5

15	Tento ser uma pessoa mais forte e otimista	1	2	3	4	5
16	Eu tento evitar que meus sentimentos atrapalhem em outras coisas da minha vida.	1	2	3	4	5
17	Eu me concentro nas coisas boas da minha vida	1	2	3	4	5
18	Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto	1	2	3	4	5
19	Aceito a simpatia e compreensão de alguém	1	2	3	4	5
20	Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema	1	2	3	4	5
21	Pratico mais a religião desde que tenho este problema	1	2	3	4	5
22	Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim	1	2	3	4	5
23	Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema	1	2	3	4	5
24	Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido	1	2	3	4	5
25	Eu acho que as pessoas foram injustas comigo	1	2	3	4	5
26	Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que estou	1	2	3	4	5
27	Tento esquecer o problema todo	1	2	3	4	5
28	Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente	1	2	3	4	5
29	Eu culpo os outros	1	2	3	4	5
30	Fico lembrando que as coisas poderiam ser piores	1	2	3	4	5
31	Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema	1	2	3	4	5
32	Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir a minha ideia	1	2	3	4	5
33	Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo	1	2	3	4	5
34	Procuo me afastar das pessoas em geral	1	2	3	4	5
35	Eu imagino e tenho desejo sobre como as coisas poderiam acontecer	1	2	3	4	5
36	Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez	1	2	3	4	5
37	Descubro quem mais é ou foi responsável	1	2	3	4	5
38	Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar	1	2	3	4	5

	muito dinheiro) que me fazem sentir melhor					
39	Eu sairei desta experiência melhor do que entrei nela	1	2	3	4	5
40	Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui	1	2	3	4	5
41	Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo	1	2	3	4	5
42	Eu fiz um plano de ação para resolver meu problema e estou cumprindo	1	2	3	4	5
43	Converso com alguém para obter informações sobre a situação	1	2	3	4	5
44	Eu me apego a minha fé para superar esta situação	1	2	3	4	5
45	Eu tento não fechar as portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema	1	2	3	4	5

## ANEXO C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** COMPORTAMENTO ALIMENTAR E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EM MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA

**Pesquisador:** Samily Natania Alves Meireles Aquino

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 38934920.8.0000.5086

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.489.728

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1608569. Datado de 17/12/20).

**Introdução:** A obesidade é uma condição complexa que atinge todas as idades e classes sociais, configurando-se como um dos principais problemas de saúde pública do mundo (OMS, 2018). Nos últimos anos tem crescido a prevalência da obesidade e das consequências de acúmulo excessivo de gordura corporal na população, nos quais pode-se destacar: redução da expectativa de vida, alta taxa de morbidade e mortalidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento (ABESO, 2011; OMS, 2018; ZAMBOLIN, 2007). Corroborando com este crescimento, as taxas indicam que aproximadamente 58% da população Latino-Americana estão com sobrepeso, o que equivale a 360 milhões de pessoas e 23% com obesidade, o que corresponde ao quantitativo de 140 milhões de indivíduos (OPAS, 2017). As taxas de obesidade e sobrepeso têm aumentado, sobretudo em países da América Latina, com um impacto maior nas mulheres e uma tendência de crescimento nas crianças. Em 20 países da América Latina e Caribe esta taxa é 10 % mais elevada em mulheres do que em homens (OPAS, 2017). No Brasil, a prevalência de obesidade é de 16,8 % em homens e de 24,4% em mulheres (FERREIRA; SZWARCOWALD; DAMACENA, 2019). De acordo com alguns estudos, os problemas associados à obesidade são vivenciados de forma mais intensa por

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

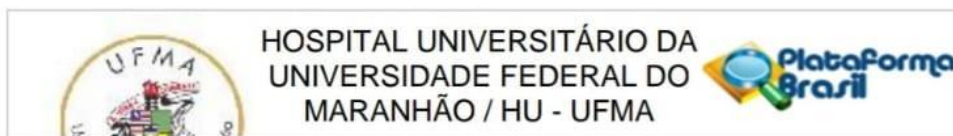
**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MARANHÃO / HU - UFMA

Continuação do Parecer: 4.489.728

Outros	termo_dados_publicacao.pdf	06/08/2020 16:38:36	Samilly Natania Alves Meireles Aquino	Aceito
Outros	ficha_cadastral.pdf	06/08/2020 16:35:56	Samilly Natania Alves Meireles Aquino	Aceito
Outros	termo_anuencia.pdf	06/08/2020 16:32:30	Samilly Natania Alves Meireles Aquino	Aceito
Outros	huufma_creditos_publicacao.pdf	06/08/2020 16:31:27	Samilly Natania Alves Meireles Aquino	Aceito
Outros	autorizacao_imagem_voz.pdf	06/08/2020 16:30:04	Samilly Natania Alves Meireles Aquino	Aceito
Outros	declaracao_responsabilidade_finaceira.pdf	06/08/2020 16:29:18	Samilly Natania Alves Meireles Aquino	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO LUIS, 05 de Janeiro de 2021

---

**Assinado por:**  
**Dorlene Maria Cardoso de Aquino**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br