



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA**

**“Comer para preencher”: uma compreensão psicológica do  
reganho de peso após a cirurgia bariátrica**

por

Michele Daiane Birck

Brasília/DF, julho de 2017



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA**

**“Comer para preencher”: uma compreensão psicológica do  
reganho de peso após a cirurgia bariátrica**

Michele Daiane Birck

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Psicologia, área de concentração Psicologia Clínica e Cultura.

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Terezinha de Camargo Viana**

Brasília/DF, julho de 2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desta Tese, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

BB617? Birck, Michele Daiane  
"Comer para preencher": uma compreensão psicológica do reganho de peso após a cirurgia bariátrica / Michele Daiane Birck; orientador Terezinha de Camargo Viana; co-orientador Jane Elizabeth Ogden. - Brasília, 2017.  
160 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) -- Universidade de Brasília, 2017.

1. obesidade. 2. cirurgia bariátrica. 3. gastroplastia. 4. reganho de peso. 5. psicologia. I. Viana, Terezinha de Camargo, orient. II. Ogden, Jane Elizabeth, co-orient. III. Título.

Birck, Michele Daiane

“Comer para preencher”: uma compreensão psicológica do reganho de peso após a cirurgia bariátrica

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Banca Examinadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Terezinha de Camargo Viana  
Universidade de Brasília/UnB – Presidente

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Carmen Leontina Ojeda Ocampo More  
Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC – Membro Efetivo Externo

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marcela Abreu Rodrigues  
Universidade Paulista/UNIP – Membro Efetivo Externo

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Larissa Polejack Brambatti  
Universidade de Brasília/UnB – Membro Efetivo

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Katerine da Cruz Leal Sonoda  
Universidade de Brasília/UnB – Membro Suplente

Dedico este trabalho a todas as pessoas que confiam  
suas dores, vazios e amores aos ouvidos atentos e ao afeto  
dos profissionais psicólogos, com muito receio, mas não sem coragem.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Terezinha, que acreditou nesse trabalho estimulando minha autonomia e autoconfiança ao longo destes quatro anos. Agradeço ao seu incentivo, ao seu carinho e à sua força persistente para que esse projeto chegasse até aqui.

À minha coorientadora, Profa. Dra. Jane Ogden, pelo acolhimento no meu estágio de doutoramento na Universidade de *Surrey*, Inglaterra. Não tenho palavras suficientes que traduzam a gratidão que sinto por você ter me aceito diante de todos os desafios culturais, geográficos e políticos entre nós.

Ao Leandro, meu amor, meu companheiro, meu grande incentivador. Sem você certamente eu não conseguiria ter realizado tudo isso. Você é o melhor presente da minha vida. É quem mais próximo tem estado de mim e suportou todos os momentos difíceis do doutorado, sempre ao meu lado. Muito obrigada!!!

À Clínica Dr. Sérgio Arruda: cirurgia geral e bariátrica, e sua equipe multiprofissional. Em especial ao médico Sérgio Arruda e à nutricionista Mariana pela confiança e apoio incondicionais. Me espelho no amor que vocês dedicam ao trabalho que realizam. Vocês foram essenciais para que esse projeto pudesse existir! Muito obrigada!!!

À grande amiga Michele Martins, por servir de ombro amigo, de consolo, incentivo, de conselhos em todos os momentos que precisei. Você é iluminada Mi!

À amiga psicóloga Marinna Mensório, que foi quem começou tudo isso sem saber.

À psicóloga e professora Marcela Abreu Rodrigues, que me proporcionou experiência em sala de aula, confiou em mim e acompanhou minha trajetória do doutorado. Também agradeço às suas risadas contagiantes.

À minha família: minha mãe Elaine, meu pai Neuri, meus irmãos Marcelo e Marília, pelo amor e respeito que temos um pelo outro. Também agradeço aos meus sogros, cunhados, cunhadas e sobrinhos. Obrigada por estimularem meu crescimento, pelo carinho e conforto e por compreenderem minhas ausências.

Às amigas do café, Denise e Gisele, pelas catarses essenciais dessa trajetória de ‘altos e baixos’.

Às nutricionistas Paula Daher e Sara Canuto, pelas trocas, amizade e confiança.

Às amigas do mestrado, pelo suporte, amizade e ombro amigo.

Ao Daniel, psicólogo e sábio em estatística.

À Universidade de Brasília pelo apoio institucional.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro.

Ao grupo de orientandos e orientados (doutorandos e doutores) da Profa. Terezinha, pelas trocas infinitas: em especial à Márcia Portela, à Katerine, ao André, à Thaís e ao Cássio.

À Sally, por me acolher tão bem em sua casa e pelas nossas conversas diárias no país inglês.

À *teacher* Cláudia, pelas não sei quantas aulas de inglês e por seu espírito otimista, positivo sempre presente.

À Joana, por cuidar do meu lar em todas as minhas ausências.

Aos professores doutores Carmen More, Dione Zavaroni e Priscilla de Lima pelas valiosas contribuições na banca de qualificação.

Aos professores doutores membros da banca por aceitarem o convite de contribuir valiosamente para esse trabalho. Muito obrigada!

À Deus, pois senti Sua presença por perto o tempo todo.

Aos participantes desse estudo, em especial às ‘Micheletes’, pela profunda disponibilidade e infinitas trocas entre nós. Vocês fizeram esse trabalho existir!

Por fim, agradeço a todos que, de alguma maneira, direta ou indireta, colaboraram para a realização desse estudo.



*“E se estivermos nos contando contos de fadas?  
E se não houver história para ler nesse livro porque o autor nunca teve palavras para  
iniciá-lo? Ou nunca ousou virar a primeira página por medo daquilo que poderia ler e  
revelar a si mesmo tanto quanto a nós? Talvez o início da história seja seu final, o que  
faria com que ficássemos constantemente andando em círculos à medida que tentássemos  
ler mais. Seja como for, uma vez iniciada a viagem, devemos assumir a responsabilidade  
pelo empreendimento efetuado em comum. Todos nós sabemos que pagaremos  
determinado preço. Os analisando que paralisam nossa função ‘leitor-analista’  
despertam em nós dolorosos sentimentos de mal-estar.  
Como poderíamos dar vida àqueles que somente pedem que deixemos intactos os muros de  
sua prisão – e que guardemos para nós mesmos as nossas reações afetivas?  
Como iremos transigir com o reconhecimento de nossa impotência no sentido de ajudá-los  
a se tornarem mais vivos, a fazer com que fiquem menos desafetados, menos desesperados  
para que possam, no final, desejar deixar-nos e viver?”*

Joyce McDougall em *Teatros do Corpo*

## RESUMO

Birck, M. D. (2017). “Comer para preencher”: uma compreensão psicológica do reganho de peso após a cirurgia bariátrica. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

A epidemia da obesidade é reconhecida como um dos mais importantes problemas de saúde pública que o mundo enfrenta. Existem cerca de 2 bilhões de adultos com sobrepeso, dos quais 670 milhões são considerados afetados pela obesidade. Em resposta à crescente evidência de que a cirurgia bariátrica não é um tratamento efetivo para todos os obesos que a ela se submetem, tem-se tentado compreender esta variabilidade, já que cerca de 30% dos pacientes tendem a reganhar peso. Em torno de 40% dos indivíduos que procuram a cirurgia bariátrica se autoidentificam como ‘comedores emocionais’ e, assim, tem-se buscado compreender de que forma os fatores psicológicos e sociais estão relacionados ao reganho de peso após o procedimento. Este estudo teve como objetivo principal compreender os aspectos psicológicos relacionados ao reganho de peso em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, por meio de intervenção grupal. Os objetivos específicos foram (1) evidenciar o papel do contexto na geração e manutenção da obesidade, (2) entender a percepção da imagem corporal em quem reganhou peso, (3) investigar os sintomas de compulsão alimentar, ansiedade e depressão, (4) identificar as motivações da tomada de decisão pela cirurgia bariátrica, e (5) evidenciar diretrizes de intervenção psicológica para um programa de prevenção e tratamento para o reganho de peso. Participaram do estudo inicialmente 18 pessoas que tiveram reganho de peso e que se submeteram à cirurgia bariátrica, técnica *Bypass* há, pelo menos, três anos. A coleta de dados da pesquisa foi feita em duas etapas. Na primeira, foi realizada uma entrevista semiestruturada e aplicados os instrumentos *Body Shape Questionnaire* (BSQ), Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), *Beck Depression Inventory* (BDI) e *Beck Anxiety Inventory* (BAI). Na segunda, foram executadas, gravadas e transcritas 12 sessões quinzenais grupais com discussão de temas-geradores, relacionados com obesidade e reganho de peso, à luz da abordagem dos grupos operativos de Pichon-Rivière. A análise de dados incluiu análise temática e análises estatísticas de tendências centrais e variância, além de frequência absoluta e relativa. Os resultados qualitativos revelaram que a recidiva da obesidade foi influenciada pela (1) função do alimento na vida das pessoas, (2) indicadores socioculturais e (3) a sugestionabilidade exercida sobre os pacientes. Em média, os participantes apresentaram índices leves de disfunção da imagem corporal, compulsão alimentar moderada, depressão moderada e ansiedade leve. O início do reganho de peso teve correlação negativa significativa com o escore de disfunção da imagem corporal, de compulsão alimentar e de depressão. Verificou-se que os participantes que diminuíram os impulsos alimentares tiveram reganho de peso tardio; os que relataram não fazer automonitorização e serem sedentários tiveram maior percentual de IMC (Índice de Massa Corporal) de reganho. Metade dos participantes apontaram que ‘qualidade de vida/saúde’ foi a motivação para a realização da cirurgia. Percebeu-se um paradoxo na vida do paciente que reganhou peso: ao mesmo tempo em que apresenta comportamentos que podem ameaçar sua vida biológica, eles também representam uma luta pela sobrevivência psíquica.

**Palavras-chave:** obesidade, cirurgia bariátrica, gastroplastia, reganho de peso, recidiva da obesidade, psicologia, período pós-operatório, psicossomática.

## ABSTRACT

Birck, M. D. (2017). "Eat to fill": a psychological understanding of the regain of weight after bariatric surgery. PhD thesis, Institute of Psychology, University of Brasilia.

The obesity epidemic is recognized as one of the most important public health problems in the world. There are about 2 billion overweighted adults, of which 670 million are considered affected by obesity. In response to the growing evidence that Bariatric Surgery is not effective for all patients, researches have been trying to understand this variability because about 30% of the patients tend to regain weight. Around 40% of individuals seeking bariatric surgery self-introduce as "emotional eaters" and then, this has been sought to understand how the psychological and social factors are related to the weight regain after the procedure. This study is characterized as a mixed method research and it has as main goal to understand the psychological aspects related to weight regain in patients undergoing Bariatric Surgery, through group intervention. The specific objectives are (1) highlight the role of context in the generation and maintenance of obesity, (2) understanding the perception of body image in patients who regained weight, (3) to investigate symptoms of binge eating, anxiety and depression, (4) identify the motivations of decision-making for Bariatric Surgery, and (5) to highlight psychological intervention guidelines for a program of prevention and treatment for weight regain. Initially participated in the study 18 people who have had weight regain and have undergone Bariatric Surgery, Bypass technique for at least three years. The research was done in two steps. In the first one, a semi-structured interview was done and it was applied the instruments of Body Shape Questionnaire (BSQ), Binge Eating Scale (BES), Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI). In the second step, 12 fortnightly group sessions were performed, recorded and transcribed. The group sessions discussed topics related to obesity and weight regain, having in mind the approach of the operating groups of Pichon-Rivière. Data analysis included thematic analysis and statistical analysis of central tendencies and variance, in addition to absolute and relative frequency. The qualitative results have revealed that the recurrence of obesity was influenced by (1) function of food in people's lives, (2) socio-cultural indicators and (3) the suggestibility imposed on patients. On average, participants showed mild rates of body image disorder, moderate binge eating, moderate depression and mild anxiety. The beginning of weight regain had significant negative correlation with the score of body image disorder, binge eating and depression. It was found that participants who decreased the food impulses had late weight regain; those who reported not to do self-monitoring and were sedentary had a higher percentage of BMI (Body Mass Index) of regain. Half of the participants pointed out that "life quality/health" was the motivation for performing the surgery. It was a paradox in the patient life who regained weight: while they presented behaviors that can threaten their lives, they also represented a struggle for psychological survival.

**Keywords:** obesity, bariatric surgery, gastroplasty, weight regain, relapse of obesity, psychology, postoperative period, psychosomatic.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Definições, objetivos e métodos para as fases de prevenção em doenças crônicas: práticas gerais em doenças crônicas e práticas específicas na obesidade ....	38
Tabela 2. Classificação do estado nutricional em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC) .....	40
Tabela 3. Ampliação de lista de comorbidades para indicação da realização da cirurgia bariátrica .....	45
Tabela 4. Distribuição dos artigos segundo as bases de dados bibliográficos consultadas .....	74
Tabela 5. Distribuição dos artigos selecionados segundo o ano de publicação .....	75
Tabela 6. Caracterização dos artigos recuperados segundo título, população estudada, delineamento do estudo, objetivos, instrumentos e principais resultados ....	76
Tabela 7. Tabela explicativa dos encontros dos grupos operativos .....	95
Tabela 8. Caracterização dos participantes segundo dados antropométricos .....	102
Tabela 9. Frequência de visitas à equipe multiprofissional .....	103
Tabela 10. Médias dos participantes segundo dados antropométricos e variáveis psicológicas .....	104
Tabela 11. Correlação das variáveis do estudo com reganho de peso .....	105
Tabela 12. Frequência das motivações da tomada de decisão pela cirurgia bariátrica pelos participantes .....	109

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. As técnicas de cirurgia bariátrica aprovadas no Brasil .....	48
Figura 2. Preditores comportamentais positivos do início do reganho de peso e do IMC percentual reganhado .....	107
Figura 3. Preditores comportamentais negativos do início do reganho de peso e do IMC percentual reganhado .....	108
Figura 4. Mapa de resultados confeccionado a partir da análise temática dos grupos	110

## LISTA DE SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
BES	Binge Eating Scale
BSQ	Body Shape Questionnaire
CAP	Compulsão Alimentar Periódica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
COESAS	Comissão das Especialidades Associadas
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COREQ	Consolidate Criteria for Reporting Qualitative Research
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ECAP	Escala de Compulsão Alimentar
ECRO	Esquema Conceitual, Referencial e Operativo
EUA	Estados Unidos da América
GLP-1	Glucagon-Like Peptide-1
GI	Lipases Gastrointestinais
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NE	Noradrenalina
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEP	Perda do Excesso de Peso
PhD	Philosophiae Doctor (Doctor in Philosophy)
PYY	Polipeptídeo Y

SBCBM	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
SE	Serotonina
SNC	Sistema Nervoso Central
SOS	Swedish Obese Subjects
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TCAP	Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnB	Universidade de Brasília

## SUMÁRIO

<b>PREÂMBULO</b> .....	18
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	21
Panorama da problemática do reganho de peso .....	21
Justificativa e objetivos do estudo .....	28
<b>1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS</b> .....	31
Capítulo 1. As metamorfoses do “gordo” .....	31
Capítulo 2. Obesidade e seu tratamento .....	33
Capítulo 3. O ambiente obesogênico .....	40
Capítulo 4. Indicações, contraindicações e técnicas de cirurgia bariátrica .....	42
Capítulo 5. Marco teórico A: a obesidade sob a ótica da psicanálise .....	50
5.1 As psicodinâmicas da obesidade .....	50
5.2 Pulsão de vida e pulsão de morte em Freud .....	55
5.3 A psicossomática de Joyce McDougall .....	57
Capítulo 6. Marco teórico B: a psicologia da alimentação de Jane Ogden .....	63
Capítulo 7. Reganho de peso e cirurgia bariátrica: análise da produção científica .....	70
<b>2 MÉTODO</b> .....	82
2.1 Delineamento do estudo .....	82
2.2 Referencial teórico de investigação .....	83
2.3 COREQ, Domínio I: Equipe de pesquisa e reflexão .....	84
2.3.1 Caracterização do campo de pesquisa .....	84
2.4 COREQ, Domínio II: Detalhamento do estudo .....	85
2.4.1 Participantes .....	85
2.4.2 Instrumentos e materiais .....	86
2.5 COREQ, Domínio III: Análise e resultados .....	93
2.5.1 Procedimentos .....	93
2.6 Considerações éticas .....	100
<b>3 RESULTADOS</b> .....	101
3.1 Resultados da análise quantitativa .....	103
3.2 Resultados da análise qualitativa .....	109
<b>4 DISCUSSÃO</b> .....	113
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	129
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	133
<b>ANEXOS</b> .....	148
Anexo I. Autorização formal do sócio proprietário da clínica privada para realização da pesquisa .....	148
Anexo II. Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UnB .....	149



<b>APÊNDICES</b> .....	151
Apêndice I – Roteiro de entrevista semiestruturada .....	151
Apêndice II – Escala de Compulsão Alimentar Periódica .....	153
Apêndice III – Questionário de Imagem Corporal .....	155
Apêndice IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	156
Apêndice V – Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz para fins de pesquisa .....	157
Apêndice VI – Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist .....	158

## PREÂMBULO

Meu interesse por obesidade e cirurgia bariátrica começou por acaso. Quando me formei em 2006 pela Universidade Federal de Santa Catarina queria seguir a área acadêmica, mas sempre gostei da área clínica e da saúde. A parte prática da profissão, o *tête-à-tête* com as pessoas me atraía e ainda me atrai muito. Porém, sempre me vi instigada a querer entender mais o funcionamento psicológico das pessoas, e o mundo acadêmico tinha muito a me oferecer. Outro desejo já naquela época de final de graduação era estudar um tempo fora do país (eu já tinha planos de fazer doutorado), mas ainda não sabia para onde ir nem qual assunto estudar. Mas queria ir. Imaginava que seria transformador e único para mim.

Em 2012 embarquei no campo da obesidade e cirurgia bariátrica e me envolvi muito com o tema. Indicada por uma amiga psicóloga comecei a fazer parte de uma equipe multiprofissional na área. E fui muito bem acolhida. No mesmo ano decidi meu tema de doutorado. Quantas lacunas a descobrir em obesidade, eu pensava. Por que é tão difícil tratá-la? Me instigava saber como a ciência psicológica poderia ajudar mais efetivamente as pessoas que sofrem com a obesidade, sobretudo porque eu sentia uma certa alienação dos pacientes às próprias necessidades. E isso me perturba desde então. Como auxiliar aquelas pessoas que submetidas ao procedimento invasivo de uma cirurgia bariátrica, têm sua obesidade recidivada. É possível prevenir o reganho de peso? Como? Ele é realmente um problema em todos os casos? E uma vez o peso recuperado, qual é a melhor forma de atuar psicologicamente? É claro que não tenho todas as respostas. Quem tem? Mas foram os meus questionamentos e insatisfações que me fizeram construir a tese nestes longos quatro anos.

Com o auxílio do referencial teórico da psicossomática psicanalítica de McDougall (2013), bem como do conhecimento científico acumulado sobre a psicologia da alimentação de Ogden (2010), este estudo busca compreender os aspectos psicológicos e sociais relacionados ao reganho de peso em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, bem como investigar indicadores de possível sofrimento emocional, evidenciando diretrizes para o tratamento psicológico desta população.

Considera-se importante destacar a respeito da terminologia “reganho de peso” utilizada nesse estudo (recuperação de pelo menos 10% do peso mínimo alcançado ao longo do emagrecimento). No intuito de criar uma normatização sobre sucesso em cirurgia bariátrica, recentemente representantes da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) promoveram um fórum de discussão no qual definiu-se adequada a utilização do termo “recidiva da obesidade” (recuperação de 50% do peso perdido atingido em longo prazo ou recuperação de 20% do peso associado ao reaparecimento de comorbidades) (Berti, Campos, Ramos, Rossi, Szego, & Cohen, 2015). Dado que a presente pesquisa foi iniciada antes da publicação da SBCBM e visto que a grande maioria dos estudos internacionais consultados utilizam a terminologia “*weight regain*”, optou-se por manter o termo reganho de peso ao longo deste trabalho, mas sem que ele fosse exclusivo. Apesar disso, aprecia-se a nova diretriz da SBCBM que visa, sobretudo, unificar condutas e propiciar o melhor tratamento aos pacientes.

Por fim, é de extrema importância mencionar o período de estágio doutoral realizado no *Department of Psychology* da *University of Surrey* na Inglaterra entre outubro de 2016 e fevereiro de 2017. Sob a orientação da Profa. Jane Elizabeth Ogden, PhD, Diretora do Programa de Pós-Graduação, pude aprofundar meus conhecimentos em obesidade, psicologia da alimentação e cirurgia bariátrica. Mais especificamente, a Profa. Jane auxiliou-me na definição dos temas (resultados qualitativos) desta pesquisa, a partir

da análise das transcrições dos grupos, todas elas traduzidas para a língua inglesa. Também tive a oportunidade de participar como aluna da disciplina *Teaching and Training*, por ela dirigida, bem como de suas palestras na área de saúde/obesidade. Me sinto privilegiada por ter tido essa experiência em universidade estrangeira – com apoio de minha orientadora, Profa. Terezinha –, pois agreguei conhecimentos científicos fundamentais à pesquisa, bem como culturais do tão cordial povo inglês.

## INTRODUÇÃO

### **Panorama da problemática do reganho de peso**

Para indivíduos com Índice de Massa Corporal (IMC) acima ou igual a 40, ou acima ou igual a 35 com presença de comorbidades, a cirurgia bariátrica tem sido apontada como o melhor tratamento, considerando critérios de perda e manutenção de peso (Weineland, Arvidsson, Kakoulidis, & Dahl, 2012), bem como reversão dos efeitos adversos da obesidade (Tayyem, Ali, Atkinson, & Martin, 2011). Porém, apesar dos benefícios da cirurgia bariátrica, – tais como perda de peso, remissão das doenças associadas à obesidade (como diabetes, hipertensão, apneia do sono), diminuição do risco de mortalidade, aumento da longevidade e melhoria na qualidade de vida – o reganho de peso tem sido preocupante.

A redução do peso é o principal parâmetro adotado para avaliação do sucesso da cirurgia, cuja avaliação é feita, usualmente, pela perda de, no mínimo, 50% do excesso de peso (PEP) da fase pré-cirúrgica. Outro parâmetro utilizado é o IMC pós-operatório, em que são considerados adequados valores inferiores a 35 kg/m<sup>2</sup> para indivíduos com IMC pré-operatório menor que 50 kg/m<sup>2</sup>. No caso de indivíduos super obesos (IMC  $\geq$  50kg/m<sup>2</sup>), espera-se que seja atingido IMC inferior a 40 kg/m<sup>2</sup> no pós-operatório. Assim, observa-se que o objetivo do tratamento cirúrgico é favorecer a perda ponderal em magnitude dificilmente alcançada com tratamentos convencionais (Abreu-Rodrigues, 2014).

Segundo Weineland, Arvidsson, Kakoulidis e Dahl (2012), 20 a 30% dos pacientes submetidos à cirurgia começam a reganhar peso, em média, após 24 meses de cirurgia. Em outro estudo, cogita-se que entre 20 a 25% do peso perdido seja recuperado em até 10 anos (Heber, Greenway, Kaplan, Livingstone, Salvador & Still, 2010). Magro e cols. (2008)

afirmam, que, em média, após dois anos da cirurgia ocorre a maior perda de peso dos pacientes, cerca de 70% do excesso de peso; após cinco anos da cirurgia, metade dos pacientes operados ganham 20% do peso perdido; após 10 anos da cirurgia, apenas um terço dos pacientes mantêm o peso perdido nos primeiros dois anos de cirurgia.

Magro e cols. (2008) acompanharam 782 indivíduos submetidos ao *Bypass* gástrico Fobi-Capella ao longo de cinco anos e demonstraram que 43% dos indivíduos apresentaram algum reganho de peso quando avaliados aos 24 meses pós-operatórios. A prevalência aumentou para 63% aos 48 meses de cirurgia, momento do acompanhamento na qual foi identificada maior prevalência de reganho de peso. Os autores perceberam que, entre os pacientes que tiveram reganho de peso, 60% não fizeram um acompanhamento nutricional e 80% nunca passaram por acompanhamento psicológico. A intensidade ou frequência do acompanhamento à equipe multidisciplinar, na visão dos autores, provavelmente contribuiu para o fracasso ou o sucesso da cirurgia. Resultados mais críticos foram encontrados por Odom e cols. (2010) com prevalência de reganho de peso autorreferido por 79% dos pacientes aos 28 meses de pós-operatório (n=203) e por Kofman, Lent e Swencionis (2010) com 87% entre três a 10 anos de cirurgia (n=497).

Mesmo reconhecendo a elevada prevalência de reganho de peso após dois anos de cirurgia bariátrica, ainda não está bem determinado a partir de qual percentual sua ocorrência deve ser considerada significativa, com piora de comorbidades anteriormente controladas (Silva, 2012). Ainda no estudo de Magro e cols. (2008) uma média de 8% de reganho após 60 meses de cirurgia não resultou em comprometimento dos efeitos benéficos do tratamento cirúrgico. Odom e cols. (2010) consideraram como reganho de peso significativo valores acima de 15% em relação ao peso perdido e Barham, Dayyeh, Lautz e Thompson (2011), valores acima de 20%, apesar de não deixarem claras as consequências metabólicas e de qualidade de vida associadas a esse ponto de corte. No

estudo de Freire, Borges, Alvarez-Leite e Correia (2012), o ganho de peso superior a 10% em relação ao menor peso pós-operatório foi associado à maior prevalência de indivíduos com pelo menos uma comorbidade.

A presença de comportamentos alimentares prejudiciais – tais como transtorno de compulsão alimentar periódica, o ato de beliscar (*grazing*), o sedentarismo, a preferência por alimentos pastosos, o consumo excessivo de doces – podem diminuir a eficácia da cirurgia bariátrica e representar um risco para o ganho de peso (Odom & cols., 2010). Estudos demonstram que a ocorrência de episódios de perda de controle alimentar ou maior descontrole alimentar no pós-operatório foram associadas à pior perda ponderal (Colles, Dixon & O'Brien, 2008) e ganho de peso (Bond, Phelan, Leahey, Hill & Wing, 2009; Kalarchian & cols., 2002; Kofman, Lent & Swencionis, 2010; Odom & cols., 2010). Segundo Cambi e Marchesini (2014), alimentos como chocolate e cerveja têm sido relacionados às gratificações alimentares mais frequentes no pós-operatório.

A prática da atividade física também parece ser um preditor para a manutenção da perda de peso no pós-operatório, porém há contradições. A partir de um levantamento da literatura, Livhits e cols. (2012) perceberam que de uma maneira geral os indivíduos praticantes de atividade física tiveram uma média de IMC 4,2% menor que o grupo não praticante de atividade física. No estudo de Freire, Borges, Alvarez-Leite e Correia (2012), indivíduos com média de 3,7 anos de cirurgia e que relataram realizar atividade física apresentaram menor incidência de ganho de peso. Por outro lado, no estudo de Bond, Phelan, Leahey, Hill e Wing (2009) a prática de exercício físico (avaliada como gasto energético semanal) não foi preditora da manutenção de peso em pacientes submetidos ao *bypass* gástrico 24 meses após e também não preditora em pacientes não cirúrgicos. O grupo submetido à cirurgia bariátrica atingiu menores níveis de atividade física, porém com mesmo resultado de ganho de peso que o grupo em tratamento clínico convencional.

Outra questão possivelmente relacionada ao reganho de peso é a ausência do acompanhamento multidisciplinar pelos pacientes no pós-operatório. A perda de seguimento pode implicar no menor autocuidado do paciente, dificultar o monitoramento dos hábitos de vida e a detecção precoce de ganho ponderal (Silva, 2012). No estudo de Freire, Borges, Alvarez-Leite e Correia (2012), indivíduos que relatavam manter acompanhamento com a equipe de nutrição no pós-operatório tiveram menor prevalência de reganho de peso. Para Odom e cols. (2010), o maior número de consultas no centro multiprofissional foi associado ao menor reganho de peso em pacientes submetidos à cirurgia há mais de 12 meses. Neste sentido, o acompanhamento sistemático dos operados aos programas multiprofissionais tende a ser fator de proteção para o reganho de peso.

Dependência ou abuso de álcool também parece ter relação com reganho de peso no pós-operatório. Altamente calórico e de fácil ingestão, o consumo excessivo de álcool além de provocar problemas de ordem social e nutricional, pode dificultar a manutenção da perda de peso (Heinberg, Ashton & Coughlin, 2012; King & cols., 2012). Por outro lado, níveis mais altos de depressão no pré-operatório podem ser fatores de proteção para reganho de peso. Odom e cols. (2010) verificaram que quanto menor o escore de depressão no pré-operatório, as pessoas eram mais prováveis de experimentar reganho de peso. Os autores são cautelosos quanto a esta associação, porém hipotetizam que pessoas com escores mais altos de depressão no pré-operatório têm um maior senso de urgência para sentirem o alívio de todas as complicações da obesidade, o que pode impactar em seus esforços continuados para manter o peso e aumentar sua qualidade de vida.

Segundo Hollywood, Ogden e Pring (2012) alguns pacientes após a cirurgia bariátrica, ou não apresentam a perda do excesso de peso desejada ou têm reganho de peso no *follow-up*. Os autores destacam algumas das razões para essa variabilidade, a maioria dos quais, centradas na ausência de qualquer suporte psicológico, fixando no



emagrecimento corporal e negligenciando problemas psicológicos relacionados ao controle alimentar, autoestima, enfrentamento e o comer emocional.

As mudanças no consumo e gasto de energia após a cirurgia bariátrica podem também ser afetadas por alterações nos hormônios intestinal e adipócito. Segundo Napoli (2015) o processo de perda de peso não é natural para o corpo e nosso cérebro tem a tarefa e o dever de evitá-lo. Graças a esse desempenho, mantivemo-nos vivos em condições extremas, como doenças e privações de energia, ao longo do desenvolvimentos de nossa espécie.

Os sinais intestinais para controle do apetite derivam de hormônios sacietógenos, tais como GLP-1 (*glucagon-like peptide-1*) e PYY (polipeptídeo Y), e orexígenos, representados pela grelina (produzida no estômago). No tecido adiposo deriva a leptina, que sinaliza a saciedade e maior gasto energético. Ainda conforme Napoli (2015), em obesos é provável que a maior atividade inflamatória promovida pelo tecido adiposo leva à resistência do hipotálamo à ação da leptina, fazendo com que haja perda parcial de seu poder sacietógeno.

Segundo DiGiorgi (2012), sugere-se que a cirurgia de *bypass* gástrico altera os níveis sanguíneos de hormônios gastrointestinais: reduzindo a secreção de grelina e aumentando a secreção de GLP-1 e PYY, o que significa redução de apetite e aumento de saciedade. O autor reforça, no entanto, que ainda são necessários estudos de longo prazo para elucidar a influência desses hormônios sobre o equilíbrio energético. É possível que o corpo se adapte às mudanças induzidas pelo procedimento cirúrgico e os hormônios revertam gradualmente aos níveis pré-cirúrgicos, contribuindo para o aumento da ingestão de energia a longo prazo.

Os níveis de leptina parecem diminuir com a perda de peso após a cirurgia bariátrica, para além do que se esperava com base na composição corporal. Dado que a

leptina age para induzir a saciedade, é possível que níveis relativamente baixos desse hormônio possam desempenhar um papel na recuperação de peso, entretanto são necessários mais estudos para apoiar essa teoria (Korner & cols., 2005; DiGiorgi, 2012).

As alterações na taxa metabólica também têm sido implicadas na recuperação de peso após a cirurgia bariátrica. Especificamente, Van Gemert e cols. (2000) encontraram uma diminuição nas taxas metabólicas de repouso e sono com a perda de peso em indivíduos que foram acompanhados por 42 meses após a cirurgia. No entanto, outro estudo não encontrou associação entre a taxa metabólica e a alteração de peso (Flancbaum, Choban, Bradley & Burge, 1997). Estudos adicionais, portanto, são necessários para explorar o papel das mudanças no gasto de energia e como eles se relacionam com perda de peso e manutenção de peso após a cirurgia bariátrica. Fatores cirúrgicos também podem contribuir para o reganho de peso. A dilatação da bolsa gástrica (*pouch*) e da anastomose gastrojejunal podem levar a um aumento na absorção de calorias, com consequente ganho ponderal (Napoli, 2015).

O reganho de peso tem sido estudado pelas diversas especialidades que lidam com o paciente ao longo do pós-operatório. No que se refere aos aspectos psicossociais, psicodinâmicos, emocionais, comportamentais, ambientais e cognitivos relacionados possivelmente ao reganho de peso, a psicologia tem buscado por respostas. Porém, ainda não estão bem compreendidos em que medida cada um deles afeta a recuperação do peso (Abreu-Rodrigues, 2014; DiGiorgi, 2012; Loli, 2000; Magro & cols., 2008; Mensorio, 2013; Odom & cols., 2010; Ogden, 2010; Pataky, Carrard & Golay, 2011; Ribeiro & Cremasco, 2014a; Ribeiro & Cremasco, 2014b; Sallet & cols., 2007).

Pesquisas incipientes sugerem como características da obesidade mórbida a compulsão por comida semelhante às características das dependências por drogas e a incidência preocupante de abuso sexual infantil nesta população (Moorehead, 2011), a

regulação afetiva imatura (Kiesewetter & cols., 2010), a dinâmica familiar disfuncional, a agressividade e a hostilidade reprimidas (Otto & Ribeiro, 2012), além da obesidade entendida como um mecanismo de defesa (Faden, Leonard, O'Reardon & Hanson, 2013).

Moorehead (2011) enfatiza que a obesidade mórbida é parcialmente impulsionada por dinâmicas psicológicas (afetivas e fisiológicas) semelhantes às características da dependência. É um dos destaques entre os fatores psicológicos relacionados à pior qualidade de vida no pós-operatório é a “potencial transferência” (grifo da autora), ou seja, a possibilidade de alguns pacientes mudarem ou substituírem o modo de lidar anterior relacionado à comida para comportamentos de dependência como alcoolismo, abuso de substâncias ou comportamentos autodestrutivos, onde pode haver também alguma recuperação de peso.

Segundo Faden, Leonard, O'Reardon e Hanson (2013), entre as muitas etiologias que contribuem para a obesidade, abuso sexual na infância e trauma são um fator importante. Em torno de 16% dos homens adultos e 25% das mulheres adultas na população geral reportam história de alguma forma de abuso sexual na infância. Crianças sobreviventes de abuso sexual na infância são significativamente mais propensas a se tornarem obesas (42%) na juventude do que indivíduos não abusados (28%). E, curiosamente, a obesidade nestes pacientes que sofreram abuso tem mostrado ser mais resistente ao tratamento clínico, o que pode também ter relação com ganho de peso.

Segundo Kiesewetter e cols. (2010), um importante cofator no desenvolvimento da obesidade parece ser a regulação imatura do afeto, que tem suas raízes na interação com o cuidador principal e está relacionada com as experiências iniciais de apego. Indivíduos obesos não aprenderam, então, a distinguir fome de outras necessidades corporais ou de perturbação emocional, e não há garantias de que eles aprendam a distingui-las após a cirurgia.

Ribeiro e Cremasco (2014a; 2014b) ressaltam a necessidade de superar a compreensão da tradicional obesidade apenas como uma doença que deve ser combatida a qualquer custo, buscando compreendê-la como uma manifestação de um sofrimento psíquico, na qual se expressa a singularidade de um sujeito, cuja relação com o comer revela a forma como ele interage consigo e com o mundo.

Dito isso, é importante observar, no entanto, que não há consenso na literatura sobre a definição de ganho de peso. Estudos recentes têm definindo ganho de peso a partir de 10% do peso mínimo alcançado pelo paciente ao longo do emagrecimento pós-cirúrgico (Abreu-Rodrigues, 2014; Gomes, 2015) e esta pesquisa optou por seguir nessa tendência.

Por fim, destaca-se que uma recuperação discreta de peso após a cirurgia bariátrica é normal e esperada. Esse fenômeno pode ter a sua causa devido a adaptações do estômago e do intestino que aceitam melhor os alimentos ao longo do tempo e o intestino melhora sua capacidade de absorção no decorrer dos anos.

### **Justificativa e objetivos do estudo**

Embora a cirurgia bariátrica seja considerada o tratamento mais eficiente para perda de peso em indivíduos obesos mórbidos e obesos moderados com comorbidades, a recuperação de peso a médio e longo prazo, bem como possíveis retornos de doenças associadas e ele, tem preocupado entidades de saúde por todo o mundo. Essa recuperação, sobretudo, tem sido relatada a partir de 18-24 meses após a cirurgia, indicando que uma proporção substancial de indivíduos começa a recuperar o peso perdido precocemente (Ogden, Avenell & Ellis, 2011).

Herpertz, Kielmann, Wolf, Hebebrand e Senf (2004) relataram que 30% dos pacientes recuperaram peso após a cirurgia. Magro e cols. (2008) observaram que alguma recuperação de peso ocorreu em aproximadamente 50% dos pacientes (46% em 24 meses e 63,6% em 48 meses). DiGiorgi (2012) constatou que aos dez anos de pós-operatório, aproximadamente 10% dos pacientes submetidos ao *bypass* não conseguiram manter, pelo menos, uma redução de 5% no seu peso inicial. Além disso, a taxa de melhora/resolução de comorbidades foi menos impressionante depois de dez anos do que aos dois anos do pós-operatório, possivelmente devido à recuperação do peso ao longo do tempo.

Em resposta à crescente evidência de que a cirurgia bariátrica não é efetiva para todos, tem se tentado compreender esta variabilidade concentrando-se em fatores pré-cirúrgicos que podem predizer a redução mais pobre do peso. Walfish (2004) concluiu que 40% dos indivíduos que procuram a cirurgia bariátrica se autoidentificaram como “comedores emocionais” (grifo do autor) e Saunders (2004) relatou que, para algumas pessoas, as dificuldades de restrições da cirurgia deixaram os indivíduos mais propensos a comer demais (*overeat*) após a cirurgia e apresentar comportamento de beliscar (*grazing*).

Além disso, a grande maioria dos estudos utilizam medidas quantitativas selecionadas pelos investigadores, que não permitem compreender a heterogeneidade das respostas individuais, significando que a experiência do indivíduo é apenas parcialmente compreendida (Ogden, Avenell & Ellis, 2011).

Nesse sentido, o objetivo principal deste estudo é compreender os aspectos psicológicos relacionados ao reganho de peso em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, por meio de intervenção grupal. Para tanto, foram realizadas, gravadas e transcritas 12 sessões quinzenais grupais com discussão de temas-geradores que tiveram relação com obesidade e reganho de peso, solicitados pelos próprios participantes e visualizadas a partir da experiência da pesquisadora.

Além disso, os objetivos específicos da pesquisa são (1) evidenciar o papel do contexto na geração e manutenção da obesidade, (2) entender a percepção da imagem corporal em quem ganhou peso, (3) investigar os sintomas de compulsão alimentar, ansiedade e depressão em quem ganhou peso, (4) identificar as motivações da tomada de decisão pela cirurgia bariátrica, e (5) evidenciar diretrizes de intervenção psicológica para um programa de prevenção e tratamento para a recidiva da obesidade.

## 1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

### Capítulo 1. As metamorfoses do “gordo”

A manutenção do peso já fazia parte das recomendações médicas na Grécia Antiga. Nos diálogos de Platão (século V a.C.) ela aparece com relação à alimentação e ao estilo de vida como um princípio fundamental para a saúde. De acordo com o filósofo, uma dieta moderada deveria consistir em cereais, legumes, frutas, leite, mel e peixe. No entanto, carnes, doces e vinho deveriam ser consumidos somente em porções moderadas. Ainda segundo esse sábio, o excesso alimentar levaria a mal-estares e enfermidades e, portanto, deveria ser evitado (Donato, Osorio, Paschoal & Marum, 2004).

Gordura já foi sinônimo de formosura numa época em que o peso do corpo ainda não era um severo pesar. Seria errôneo supor que nossos antepassados acolhiam facilmente os obesos. Há séculos, repulsa e prestígio cercam os mais pesados e impõem regimes. Segundo Vigarello (2012), historiador francês, desde o fim da Idade Média, elogios e críticas têm feito do gordo uma figura impressionante, tanto objeto de estudos científicos quanto de reprovações morais.

Foi no século XVIII que surgiram graus de gordura e também a ideia de que os mais gordos não representavam apenas um excesso quantitativo e sim uma desordem. Naquela época, passou-se a falar mais em obesidade do que em corpulência, onde a palavra obesidade, derivada do latim *obesitas*, surgiu nos dicionários franceses, já relacionada à medicina. Dessa forma, o excesso de gordura passou a ser sinônimo de impotência (Vigarello, 2012).

A partir do século XIX o excesso de gordura transformou-se em ocorrência mórbida, quando diversos problemas tais como respiratórios, digestivos e circulatórios,

foram associados ao obeso. Sobre as várias histórias na trajetória milenar do gordo e do obeso, Vigarello (2012) afirma que, primeiramente existiu a história moral, que atribuiu um comportamento transgressivo aos muito volumosos, como se sua gordura resultasse de uma gula incurável. Houve ainda a suposição de que eles comeriam os alimentos que pertenciam aos outros, transgredindo a ordem social. Em segundo lugar, existiu a história estética do gordo, relacionada às categorias do belo e do feio. Em momentos de carestia, a saúde supunha barriga cheia e corpulência. Mas houve ainda uma história do interesse médico. Para a medicina antiga, por exemplo, a saudável passagem dos humores entre as diversas partes do corpo podia ser obstruída pela gordura acumulada. Acreditava-se que seu excesso sufocava e enfraquecia.

Ainda no século XIX houve uma dominação do critério estético. É este critério, sobretudo, que transformou a obesidade em algo recusado socialmente. As revistas femininas começaram a mostrar que o corpo exibido nas praias durante o verão podia trair as formas das roupas que o cobriam durante o inverno, e passou-se a publicar artigos sobre dietas e exercícios e a destacar as mulheres magras. Os anúncios publicitários associavam a magreza à jovialidade. O porte atlético e magro era ilustrado pelas revistas. No final do século XIX e no início do XX, o excesso de vigilância sobre as medidas do corpo banaliza-se na vida cotidiana e a imagem do corpo magro foi obsessivamente enaltecida (Vigarello, 2012).

No começo do século XX cresceram, desde então, as narrativas sobre os problemas dos obesos assim como o desejo de modificar suas formas físicas, inventando uma nova anatomia. Percebe-se que o modo de denegrir o glutão medieval não é o mesmo usado para o gordo moderno e, menos ainda, para o obeso dos dias atuais, geralmente julgado como uma pessoa “incapaz” de emagrecer, que não consegue gerir a própria vida, alguém que não sabe se controlar e se corrigir.



## Capítulo 2. Obesidade e seu tratamento

Nossos ancestrais tinham grande dificuldade para conseguir alimentos e mais ainda para estocá-los. Por isso, a natureza encarregou-se de dotar o corpo humano de um mecanismo para armazenar energia. Esse mecanismo consiste em impulsionar o homem, por meio da fome, a ingerir uma grande quantidade de calorias, e a fazer seu organismo transformar o excesso em gordura, armazenando-a para os períodos de carência de alimentos. Com um detalhe: nossos antepassados comiam principalmente sementes, raízes e frutas. Foi para esse padrão alimentar, portanto, que a genética preparou o organismo herdado por nós (Donato, Osorio, Paschoal & Marum, 2004).

Na medicina, a possibilidade da obesidade ser um sintoma de distúrbio emocional foi discutida, em primeiro lugar, na literatura francesa no século XIX, quando atribuiu-se o desenvolvimento da obesidade a eventos e períodos de grande estresse emocional (Loli, 2000). Os estudiosos da época apoiavam-se em casos, como o de um pai que nunca pesara mais do que 60kg e começara a aumentar de peso após a morte do seu filho de modo abrupto e incompreensível para o mesmo. Em três meses estava pesando 82kg; quatro meses depois seu peso passara a 102kg, culminando, nos dois meses seguintes, em 106kg e sem obter sucesso no emagrecimento, mesmo realizando exercícios físicos (Bruch, 1973).

Segundo Loli (2000), a Primeira e a Segunda Grande Guerra em muito colaboraram nas primeiras hipóteses sobre o papel de aspectos emocionais no desenvolvimento da obesidade. Pesquisadores observaram que depois da Primeira Guerra Mundial as mulheres que tinham vivido um longo tempo de incerteza ou as que estavam aflitas sobre a vida de seus entes amados, tinham uma tendência a aumentar de peso que não poderia ser explicada somente pelas questões calóricas. Nesta época, era comum observar a utilização

de uma palavra do vernáculo germânico, *Kummerspeck*, que queria dizer “gordo de tristeza” (grifo da autora).

Durante a Segunda Grande Guerra notou-se um paradoxo da obesidade na França com muitos casos de obesidade severa, principalmente em mulheres jovens que tinham sido expostas a bombardeios ou outras pressões e que tinham também sofrido de amenorreia. Assim como foi marcante a obesidade em prisioneiros de guerra que experienciaram desapontamentos em suas aspirações amorosas (Loli, 2000).

O aspecto característico deste tipo de obesidade era o seu rápido desenvolvimento. A explicação para tal fato, na época, foi que experiências traumáticas repentinas poderiam influenciar os mecanismos regulatórios hipotalâmicos, sem produzir evidência na estruturação deste (Bruch, 1973). Foi observado, ainda, que sobreviventes de campos de concentração que tinham sido expostos a períodos de inanição desenvolveram obesidade com maior frequência que a população geral.

A obesidade tem sido apontada como um dos grandes problemas de saúde pública do nosso século (Copat, 2013). Atualmente é uma doença crônica, considerada uma epidemia mundial, que atinge 600 milhões de pessoas no mundo, 30 milhões somente no Brasil. Se for incluída a população com sobrepeso, esse número aumenta para 1,9 bilhão de pessoas no mundo e 95 milhões de brasileiros. Estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS) projetam um cenário ainda pior para os próximos anos. Estima-se que, em 2025, existirão 2,3 bilhões de pessoas com excesso de peso e 700 milhões de obesos no mundo inteiro (SBCBM, 2015). Segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, o número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo poderia chegar a 75 milhões, caso nada seja feito. No Brasil, a obesidade vem crescendo cada vez mais. Alguns levantamentos apontam que mais de 50% da população está acima do peso,

ou seja, na faixa de sobrepeso e obesidade. Entre crianças, estaria em torno de 15% (ABESO, 2017).

Como doença que 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, a obesidade está presente não somente em países desenvolvidos, mas seu crescimento tem sido notável em países em desenvolvimento, assim como naqueles em que as condições de fome e miséria são elevadas (Mensorio, 2013).

Segundo o *Swedish Obese Subjects* (SOS), – amplo estudo em curso de *follow up* em obesidade iniciado em 1987 – a obesidade está associada a um aumento dramático da morbidade e mortalidade. Conforme ilustrado pelo grupo de controle de obesidade tratado convencionalmente no estudo SOS, o tratamento de obesidade não farmacológico em centros de cuidados de saúde primários não está, em geral, associado a qualquer perda de peso a curto ou longo prazo. Infelizmente, a maioria dos pacientes obesos em todo o mundo não tem acesso ao tratamento especializado da obesidade (Sjöström, 2013).

A obesidade é uma condição altamente estigmatizada que pode estar associada com uma variedade de estados psicológicos. Ogden e Clementi (2010) fizeram uma pesquisa na qual exploraram a experiência de ser obeso e o impacto disso nas suas motivações para perder peso. As autoras relatam que ser obeso é uma experiência predominantemente negativa num sentido amplo, exacerbada por um mundo que estigmatiza essa condição. Tal estigma pode criar um sentido negativo de si mesmo, minando assim qualquer motivação para mudar. Mas para alguns, nas condições certas, e com o apoio adequado, o estigma pode apresentar o gatilho suficiente para encorajar as mudanças que são necessárias para a perda de peso.

São múltiplos os fatores que resultam no desenvolvimento da obesidade e incluem a interação de fatores genéticos, ambientais, emocionais e também de estilos de vida. Os

hábitos de vida contemporâneos favorecem o consumo exagerado de alimentos de alto valor calórico, mas com pobre qualidade nutricional. Essa ingestão excessiva também pode ser desencadeada por transtornos de compulsão alimentar. O sedentarismo é outra causa indutora da obesidade. Alterações nas funções das glândulas tireoide, suprarrenais e da região do hipotálamo também podem provocar a obesidade (Mensorio, 2013).

O acúmulo de gordura é causado, invariavelmente, por um desequilíbrio entre a ingestão alimentar e o gasto de energia, um problema de solução aparentemente simples. No entanto, até hoje pouco se tem conseguido fazer para reverter ou mesmo conter a progressão desse problema. As razões para isso podem ser encontradas em evidências recentes que indicam que, apesar do pensamento intuitivo comum de que o ato de comer seja voluntário, o balanço entre a ingestão e o gasto de energia é de fato controlado por um complexo e poderoso sistema biológico, comandado pelo sistema nervoso central (SNC). Falhas neste sistema podem levar ao surgimento e agravamento da obesidade. (Van de Sande-Lee & Velloso, 2012, p.342)

Segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2016), o risco de obesidade quando nenhum dos pais é obeso é de 9%, enquanto, quando um dos genitores é obeso, eleva-se a 50%, atingindo 80% quando ambos são obesos. Segundo a *World Obesity Federation* (2015), estima-se que cerca de 224 milhões de crianças e adolescentes em idade escolar têm excesso de peso, tornando esta geração a primeira prevista para ter um menor tempo de vida do que seus pais.

No contexto atual, com a prevalência de ambientes favoráveis à obesidade, o tratamento eficiente constitui um grande desafio para as equipes de saúde. A alta prevalência de comorbidades clínicas associadas, assim como um grande comprometimento funcional e psicológico que ela gera, tornam a obesidade um problema grave de saúde que necessita de intervenção de equipes multiprofissionais.

A insatisfação com o corpo tem sido, frequentemente, associada à discrepância entre a percepção e o desejo relativo a um tamanho e a uma forma corporal. As normas

socioculturais têm perpetuado o estereótipo da associação entre magreza e atributos positivos, principalmente entre as mulheres. O desejo de melhorar a aparência física, diminuir o descontentamento com o corpo e deixar de ser alvo de discriminações parecem se constituir nas principais motivações para a mudança quanto ao tamanho e à forma corporal, principalmente em obesos. Neste sentido, a busca por tratamentos para redução de peso, além de ser uma necessidade de saúde física, guarda também necessidades psíquicas e sociais (Almeida, Santos, Pasian & Loureiro, 2005).

O tratamento da obesidade, de maneira geral, é possibilitado por quatro tipos de intervenções: tratamento nutricional, orientação à atividade física, tratamento psicológico e tratamento farmacológico. Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2015), a primeira opção para se perder excesso de peso é o chamado tratamento clínico, que inclui dieta, exercícios, medicação e acompanhamento de endocrinologista e nutricionista, com a inclusão de fisioterapeuta e psicólogo.

O tratamento farmacológico da obesidade é adjuvante das terapias dirigidas com foco na modificação dos hábitos de vida relacionados com orientações nutricionais para diminuir o consumo de calorias na alimentação e exercícios para aumentar o gasto calórico. Ele deve ser individualizado, sob supervisão médica contínua e mantido quando seguro e efetivo. Como toda doença crônica o tratamento farmacológico inicia-se na prevenção secundária para impedir a progressão da doença para um estágio mais grave e prevenir complicações e deterioração posterior, e deve ser mantido para evitar a recuperação do peso. A Tabela 1, a seguir, apresenta as orientações para o manejo de doenças crônicas, entre elas a obesidade, conforme as diretrizes da ABESO (2016).

Tabela 1

*Definições, objetivos e métodos para as fases de prevenção em doenças crônicas: práticas gerais em doenças crônicas e práticas específicas na obesidade*

Fase de intervenção	Definição e objetivos	Métodos de prevenção
Prevenção primária	Práticas gerais: prevenir uma doença de ocorrer  Obesidade: prevenir o desenvolvimento de sobrepeso e obesidade.	Práticas gerais: eliminar fatores de risco, remover causas, ou aumentar resistência à doença. Obesidade: educar o público, promover alimentação saudável e atividade física regular. Construir meio ambiente propício.
Prevenção secundária	Práticas gerais: impedir a progressão da doença na sua fase inicial antes de progredir para um estágio mais grave. Deter o processo da doença para prevenir complicações ou sequelas. Obesidade: prevenir ganho de peso futuro e desenvolvimento de complicações relacionadas ao peso em pacientes com sobrepeso e obesidade.	Práticas gerais: usar um teste de rastreamento e diagnóstico seguido por tratamento.  Obesidade: rastrear e diagnosticar usando IMC. Avaliar a presença de complicações. Tratar com intervenção de estilo de vida sem/com medicamentos antiobesidade.
Prevenção terciária	Práticas gerais: usar atividades clínicas que reduzam complicações e previnam deterioração posterior. Obesidade: tratar com terapia e medicamentos para perda de peso visando aliviar complicações relacionadas à obesidade e prevenir a progressão da doença.	Práticas gerais: usar estratégias de tratamento que limitem consequências adversas da doença.  Obesidade: tratar com intervenção de estilo de vida/ comportamental e medicamentos antiobesidade. Considerar cirurgia bariátrica.

Com relação ao tratamento farmacológico da obesidade existem, atualmente, três medicamentos aprovados para tratamento da obesidade no Brasil, a saber: sibutramina, orlistate e liraglutida 3,0 mg (ABESO, 2016). A sibutramina, o primeiro, bloqueia a recaptação de noradrenalina (NE) e de serotonina (SE) e leva à redução da ingestão alimentar. Ela mostrou-se mais eficaz que o placebo em promover perda de peso, embora

não existam evidências para determinar o perfil do risco-benefício da sibutramina além de dois anos de uso. Quanto ao orlistate, ele é um análogo da lipstatina inibidor de lipases gastrointestinais (GI) que se liga no sítio ativo da enzima através de ligação covalente, fazendo que cerca de um terço dos triglicérides ingeridos permaneçam não digeridos e não sejam absorvidos pelo intestino, sendo eliminados nas fezes. A liraglutida, o terceiro, tem uma ação hipotalâmica em neurônios envolvidos no balanço energético, em centros ligados ao prazer e recompensa e uma ação menor na velocidade de esvaziamento gástrico.

A obesidade está associada a maior morbidade secundária e aumento da resistência à insulina, diabetes, hipertensão e dislipidemias, condições que representam cerca de 8% do total de gastos em saúde pública no Brasil. Existem ainda custos indiretos relacionados ao afastamento do trabalho, absenteísmo e aposentadorias mais precoces dos indivíduos com obesidade. Pacientes com IMC igual ou superior a 45 kg/m<sup>2</sup> apresentam uma diminuição da expectativa de vida e um aumento da mortalidade por causa cardiovascular, que pode chegar a 190%. Nesse contexto, a cirurgia bariátrica é um recurso consistente nos casos de obesidade grave com falha documentada de tratamento clínico, proporcionando aos pacientes uma redução nos índices de mortalidade e melhora de comorbidades clínicas (ABESO, 2016), com melhora substancial da qualidade de vida (Karlsson, Sjoostrom & Sullivan, 1998).

A Tabela 2, a seguir, ilustra a atual classificação do estado nutricional da população em relação ao seu IMC, conforme a SBCBM (2015).

Tabela 2

*Classificação do estado nutricional em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC)*

IMC	Classificação	Denominações usuais
Abaixo de 18,5	Abaixo do peso	
18,5 – 24,9	Peso normal	
25,0 – 29,9	Sobrepeso	
30,0 – 34,9	Obesidade Grau I	Obesidade leve
35,0 – 39,9	Obesidade Grau II	Obesidade moderada
40,0 em diante	Obesidade Grau III	Obesidade grave ou mórbida
50,0 em diante		Superobeso

### Capítulo 3. O ambiente obesogênico

Os modelos fisiológicos enfatizam uma série de mecanismos que explicam o início da obesidade. No entanto, têm dificuldade em explicar porque a prevalência da obesidade tem aumentado tão rapidamente ao longo das últimas décadas. Nossa genética, os mecanismos neurais e as taxas metabólicas levam muito mais tempo para modificar. Em relação a esse fenômeno, pesquisadores têm voltado sua atenção para o papel do mundo externo, rotulado como um “ambiente obesogênico” (Ogden, 2010).

Hill e Peters (conforme citado em Ogden, 2010) destacaram, por exemplo, o impacto da indústria e sua publicidade alimentar, a rotulagem de alimentos e a fácil disponibilidade de alimentos como *fast foods* e *takeaways*. Foram identificados fatores que nos levam a viver um estilo de vida cada vez mais sedentário, tais como a redução do trabalho manual, o uso de carros, computadores e televisão, e o *design* de cidades. Além disso, foram destacados fatores que tornam cada vez mais difícil comer bem e ser ativo – como a presença de elevadores, escadas rolantes, controles remotos – e a praticidade de alimentos processados previamente elaborados que desencorajam a compra e preparação



de alimentos mais saudáveis em casa. Conseqüentemente, esse ambiente obesogênico criou um mundo no qual é fácil ganhar peso.

Segundo Pincock (2011), o termo ambiente obesogênico foi cunhado por Boyd Swinburn. Especialista em saúde pública, ele percebeu o impacto negativo – incluindo altas taxas de diabetes – do estilo de vida em nativos americanos que viviam em uma reserva do Arizona há cerca de 30 anos atrás. Ele é definido como a soma das influências que o ambiente, oportunidades ou condições de vida têm sobre a promoção da obesidade em indivíduos ou populações (Lake & Townshend, 2006).

As tendências de transição nutricional ocorridas principalmente neste século em diferentes países do mundo acompanharam a urbanização e a industrialização. Existe a falta de informação adequada e as pessoas não sabem mais o que comer – o que Deram (2014) chamou de terrorismo nutricional –, induzindo a erros alimentares e convergindo para a “dieta ocidental” também conhecida como “dieta afluenta” (Souza & Oliveira, 2008, grifos dos autores). Tal dieta caracteriza-se pelo uso elevado de alimentos refinados, processados, industrializados, com elevadas taxas de gorduras saturadas e trans, carboidratos refinados e açúcares, e pelo consumo reduzido em carboidratos complexos, fibras e proteínas.

O ambiente, no qual o indivíduo se insere, de forma direta e indireta influencia, facilitando ou dificultando a adoção de práticas de vida que podem favorecer a instalação ou a manutenção da obesidade. Dessa forma, o cenário socioeconômico e o fenômeno da globalização apresentam papel importante na tomada de decisões tanto relacionadas à alimentação quanto às atividades físicas e de lazer. Junto a isso, percebe-se que a mídia desempenha papel estruturador na construção e na desconstrução da maneira como as pessoas se alimentam, pois as representações sociais sobre alimentação são incorporadas

ao paladar e as informações veiculadas pela mídia podem chegar a se sobrepor ao próprio paladar (Souza & Oliveira, 2008).

Um grande desafio atual tem sido a promoção de escolhas mais saudáveis por meio de mudança ambiental. Essa medida tende a possuir efeitos mais duradouros na transformação comportamental dos indivíduos, uma vez que suas escolhas se incorporam nas estruturas, nos sistemas, nas políticas e em normas socioculturais. É necessário pensarmos em que medida o ambiente pode ser promotor ou protetor do fenômeno obesidade e, nesse sentido, discutir estratégias de *design* das cidades, veiculação de propagandas sobre alimentos, uso de transportes, por exemplo, que podem influenciar na aquisição de estilos de vida mais saudáveis e combater a obesidade em certa medida.

Além disso, o termo traz a responsabilidade pela epidemia da obesidade muito além da questão da culpabilização dos indivíduos, mas sim como uma responsabilidade política do Estado.

#### **Capítulo 4. Indicações, contraindicações e técnicas de cirurgia bariátrica**

Em 19 de março de 2013, o Ministério da Saúde (MS) publicou duas portarias importantes sobre novas diretrizes para manejo da obesidade. Especificamente, a Portaria 424 redefiniu as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas; e a Portaria 425 estabeleceu regulamento técnico, normas e critérios para o serviço de assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade (Ministério da Saúde, 2013a; 2013b).

O tratamento cirúrgico é parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal. Ele é

indicado em alguns casos, portanto é apenas uma ação dentro da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade. Seguem os atuais critérios de indicação para a cirurgia bariátrica conforme Portaria 424 (Ministério da Saúde, 2013a): (1) indivíduos que apresentem  $IMC \geq 50 \text{ kg/m}^2$ ; (2) indivíduos que apresentem  $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ , com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na atenção básica e/ou na atenção ambulatorial especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos; (3) indivíduos com  $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$  com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

Além disso, ainda conforme a Portaria 424, para a realização da cirurgia os seguintes critérios devem ser observados: (1) indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na atenção básica e/ ou atenção ambulatorial especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos; (2) respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco/benefício, risco

cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento; (3) o indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe; e (4) compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastroenterológica e anestésica).

Em janeiro de 2016, o Conselho Federal de Medicina (CFM), publicou a Resolução nº 2.131/2015 que, entre outros aspectos, ampliou a relação de comorbidades para indicação de cirurgia bariátrica em pacientes com índice de massa corpórea (IMC) maior ou igual a 35 kg/m<sup>2</sup>. Depressão, disfunção erétil, hérnias discais, asma grave não controlada, entre outras doenças como diabetes e hipertensão estão relacionadas na norma, que alterou o anexo da Resolução CFM nº 1.942, de 2010. O novo texto aponta mais 21 doenças associadas à obesidade que podem levar a uma indicação da cirurgia, conforme observado na Tabela 3 (Conselho Federal de Medicina, 2016a).

Tabela 3

*Ampliação de lista de comorbidades para indicação da realização da cirurgia bariátrica*

Nova resolução CFM nº 2.131/2015	
Indicação da cirurgia	Pacientes com $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ e afetados por comorbidezes que ameacem a vida, tais como: diabetes, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doenças cardiovasculares incluindo doença arterial coronariana, infarto de miocárdio, angina, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral, hipertensão e fibrilação atrial, cardiomiopatia dilatada, cor pulmonale e síndrome de hipoventilação, asma grave não controlada, osteoartroses, hérnias discais, refluxo gastroesofageano com indicação cirúrgica, colecistopatia calculosa, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática ( <i>pseudotumor cerebri</i> ), estigmatização social e depressão.
Idade mínima	Adolescentes com 16 anos completos e menores de 18 anos poderão ser operados, mas além das exigências anteriores, um pediatra deve estar presente na equipe multiprofissional e que seja observada a consolidação das cartilagens das epífises de crescimento dos punhos. A cirurgia em menores de 18 anos é considerada experimental.
Cirurgias experimentais	Quaisquer cirurgias que não sejam a banda gástrica ajustável, a gastrectomia vertical, derivação gastrojejunal em <i>Y de Roux</i> , a cirurgia de Scopinaro ou de ' <i>switch duodenal</i> ', são consideradas experimentais e não devem ser indicadas.

Com relação aos atuais critérios de contraindicação para a cirurgia bariátrica, a Portaria 424 (Ministério da Saúde, 2013a) cita os seguintes: (1) limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado; (2) quadro de transtorno

psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas (no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicativos obrigatórios à cirurgia); (3) doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco/benefício; (4) hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; (5) doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco; e (6) síndrome de *Cushing* decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos. Além disso, entende-se que são contraindicados os candidatos que tenham dificuldade em compreender riscos, benefícios, resultados esperados, alternativas de tratamento e mudanças no estilo de vida requeridas pela cirurgia ao longo de toda vida.

As técnicas cirúrgicas diferenciam-se pelo mecanismo de funcionamento. Quanto ao tipo, as cirurgias se classificam em: (a) restritivas, que diminuem a quantidade de alimentos que o estômago é capaz de comportar; (b) disabsortivas, que reduzem a capacidade de absorção do intestino; e (c) mistas, com grau de restrição e desvio curto do intestino com discreta má absorção de alimentos. Quanto aos procedimentos cirúrgicos, segundo a SBCBM (2015), estão aprovados, no Brasil, quatro modalidades de cirurgia bariátrica e metabólica (Figura 1), a saber:

(1) Banda gástrica ajustável ou *LapBand*. Criada em 1984 e trazida ao Brasil em 1996, a banda gástrica ajustável representa 5% dos procedimentos realizados no País. Apesar de não promover mudanças na produção de hormônios como o *Bypass*, essa técnica é segura e eficaz na redução de peso (20% a 30% do peso inicial), o que também ajuda no tratamento do diabetes. Um anel de silicone inflável e ajustável é instalado ao redor do estômago, que aperta mais ou menos o órgão, tornando possível controlar o esvaziamento do estômago.

(2) *Gastroplastia vertical por bandagem (Sleeve)*. Nesse procedimento, o estômago é transformado em um tubo, com capacidade de 80 a 100 mililitros (ml). Essa intervenção provoca boa perda de peso, comparável à do *Bypass* gástrico, e maior que a proporcionada pela banda gástrica ajustável. É um procedimento relativamente novo, praticado desde o início dos anos 2000. Tem boa eficácia sobre o controle da hipertensão e de doenças dos lipídeos (colesterol e triglicérides).

(3) *Duodenal Switch*. Técnica que se caracteriza pela associação entre gastrectomia vertical e um desvio realizado no intestino. Nessa cirurgia, 85% do estômago são retirados, porém a anatomia básica do órgão e sua fisiologia de esvaziamento são mantidas. O desvio intestinal reduz a absorção dos nutrientes, levando ao emagrecimento. Criada em 1978, a técnica corresponde a 5% dos procedimentos e leva à perda de 40% a 50% do peso inicial.

(4) *Bypass* gástrico (gastroplastia com desvio intestinal em “*Y de Roux*” ou cirurgia Fobi-Capella). Estudado desde a década de 60, o *Bypass* gástrico é a técnica bariátrica mais praticada no Brasil, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas, devido à sua segurança e, principalmente, sua eficácia. O paciente submetido à cirurgia perde cerca de 70% de seu excesso de peso. Nesse procedimento misto, é feito o grampeamento de parte do estômago, que reduz o espaço para o alimento, e um desvio do intestino inicial, que promove o aumento de hormônios que dão saciedade e diminuem a fome. Essa somatória entre menor ingestão de alimentos e aumento da saciedade é o que leva ao emagrecimento, além de controlar o diabetes e outras doenças, como a hipertensão arterial.



*Figura 1.* As técnicas de cirurgia bariátrica aprovadas no Brasil (Fonte: SBCBM, 2015).

Recentemente, o Conselho Federal de Medicina publicou o Parecer nº 39/16 a respeito do uso do plasma de argônio, técnica recente que, via endoscopia, provoca o estreitamento da anastomose gastrojejunal por meio da formação de uma cicatriz. Esse recurso promove a saciedade precoce do paciente e tem sido indicado em alguns casos de reganho de peso, especificamente. Nesse parecer, no entanto, o CFM informa que ainda não há evidência científica suficiente para recomendar esse procedimento como um tratamento rotineiro e não recomenda a realização do procedimento, a não ser dentro de protocolos clínicos experimentais de pesquisa, de acordo com as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) por meio de seus Comitês de Ética em Pesquisa com seres humanos (Conselho Federal de Medicina, 2016b).

Apesar da cirurgia bariátrica ter resultados bastante satisfatórios no que se refere à qualidade de vida do obeso, ela também pode trazer algumas complicações no período pós-operatório. Entre elas, pode-se citar intolerância a alimentos, vômitos persistentes e deficiência de nutrientes. Além do risco nutricional, o reganho de peso também é uma das limitações da cirurgia (Gomes, 2015).



A cirurgia bariátrica é uma intervenção que pode iludir os pacientes por criar a percepção de que a perda de peso transitória será automaticamente permanente. Além disso, pode-se acreditar erroneamente que o procedimento cirúrgico cura a obesidade e que traz mudanças de comportamento inerentes necessárias para manter a perda de peso e reduzir a mortalidade. Essas crenças aumentam o risco de reganho de peso. Para atingir e manter a perda de peso ideal após a cirurgia bariátrica, as mudanças de estilo de vida concomitantes são fundamentais. Entre as recomendações mais comuns presentes na literatura incluem-se otimização nutricional, compromisso com exercícios físicos regulares, manejo do estresse, estabelecimento de metas realistas, estratégias de controle ambiental, sistemas de apoio e reestruturação cognitiva (Magro & cols., 2008).

Oficialmente, a presença de psicólogo em equipes de cirurgia bariátrica no Brasil foi instituída por meio da resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sob o número 1.766, publicado no Diário Oficial da União de 11 de julho de 2005, alterada pela Resolução CFM nº 1942/2010, que por sua vez indica que a equipe precisa ser capacitada para cuidar do paciente nos períodos pré e transoperatório, e fazer o seguimento do mesmo. Além disso, deve ser composta por: cirurgião com formação específica, endocrinologista, nutrólogo ou nutricionista, psiquiatra ou psicólogo (Conselho Federal de Medicina, 2010).

Com relação à avaliação psicológica antes da cirurgia bariátrica e o acompanhamento pós-operatório da mesma especialidade, a falta de consenso da atuação do psicólogo tem sido preocupante. Porém, em 2014, na tentativa de modificar esse panorama, foi publicado pela SBCBM o primeiro protocolo de atendimento psicológico em cirurgia bariátrica. A elaboração do protocolo contou com a participação de 13 psicólogas da COESAS (Comissão das Especialidades Associadas) da SBCBM. Entre as recomendações, orienta-se que o psicólogo que trabalhe na área seja inscrito pelo menos dois anos no Conselho Regional de Psicologia e tenha título de especialista em Psicologia

Clínica e/ou Psicologia Hospitalar e embasamento técnico-científico consistente e atualizado em Psicologia, obesidade, transtornos alimentares e Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2014).

## **Capítulo 5. Marco teórico A: a obesidade sob a ótica da psicanálise**

Neste estudo serão utilizadas, primordialmente, como referenciais teóricos as propostas acerca do sintoma psicossomático desenvolvido pela psicanalista Joyce McDougall no livro *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise* (2013), e da psicologia da alimentação explorado por Jane Ogden em seu livro *The psychology of eating: from healthy to disordered behavior* (2010), este último apresentado no Capítulo 6.

No entanto, antes de apresentar a compreensão teórica de McDougall (2013), serão discutidos outros importantes estudos e conceitos teóricos na linha psicanalítica, especialmente a revisão de literatura feita por Joyce Slochower (1987) sobre as psicodinâmicas da obesidade e o conceito de pulsão de morte de Sigmund Freud (1920). De forma direta ou indireta, compreende-se que ambos podem auxiliar no esclarecimento dos processos psíquicos relacionados ao fenômeno obesidade e sua recidiva.

### **5.1 As psicodinâmicas da obesidade**

Na nossa sociedade imagética, na qual a estética possui grande importância, somos constantemente bombardeados pela imagem de um corpo ideal, magro e saudável, que não comporta qualquer tipo de falha. Nesse contexto, o obeso, com seu corpo excessivamente visível, aponta para um mal-estar ao colocar-se na contramão dos ideais sociais exigidos. E

este corpo opulento revela, na maioria das vezes, um sofrimento psíquico (Lazzarini, Batista & Viana, 2013).

Em uma clássica revisão de literatura sobre as psicodinâmicas da obesidade, Slochower (1987) percebeu que provavelmente o princípio mais central desse modelo seja o comer em excesso como uma resposta primária à ansiedade causada por conflito inconsciente e que o ato alimentar poderia aliviar o sofrimento afetivo temporariamente. Ademais, argumenta que a obesidade não seria uma realidade clínica única e que não estaria relacionada a excessos em absoluto. A autora relata ainda que os sentimentos identificados como mais comuns relacionados ao comer em excesso foram depressão, ansiedade, tédio, estresse, angústia, bem como estímulos ambientais.

Slochower (1987) afirma que estudos clínicos sobre a obesidade apoiam fortemente a relação entre a perturbação no afeto e o comer em excesso. No entanto, ela sinaliza que dificuldades metodológicas bem como teóricas limitam o seu poder explicativo. Não estaria claro para a autora até que ponto o padrão alimentar patológico dos estudos que ela analisou reflita dificuldades da personalidade em vez de características associadas exclusivamente com a obesidade.

Slochower (1987) e Bruch (1973) acreditam que obesos respondem inadequadamente à ansiedade. Bruch (1973) descreveu experiências de alimentação precoce repetitivas em que o alimento foi utilizado para pacificar, subjugar, ou confortar a criança. Ela argumenta que esse padrão alimentar interfere na associação entre fome e alimentação e então a criança, eventualmente, torna-se incapaz de diferenciar fome de estresse emocional. A autora acredita que indivíduos obesos sofrem de um déficit na consciência dos sinais internos de fome, e a associação repetitiva entre afeto doloroso e alimento/comer pode interromper a pessoa obesa de experienciar seus diferentes estados afetivos.

Em seu estudo, Slochower (1987) percebeu que pessoas obesas e não obesas descreveram sua reação emocional a fotografias com diferentes expressões afetivas. Verificou-se que o grupo obeso respondeu para as pistas que despertavam emoções mais brutas (menos elaboradas) do que os não obesos. A hipótese proposta naquele estudo foi confirmada, indicando que as pessoas obesas tiveram dificuldades em descrever, e talvez também perceber, estados emocionais internos.

Teorias psicanalíticas clássicas da obesidade assumem que a sintomatologia de excessos alimentares está associada com conflitos relacionados à excessiva ou inadequada gratificação das unidades orais. A conexão causal entre a frustração na unidade oral e a obesidade, no entanto, não é assim tão simples, porque fixações nas fases orais estão relacionadas à uma ampla variedade de organizações do ego e escolha de sintomas, e muitos dos quais não estão relacionados a transtornos alimentares (Slochower, 1987).

Kaplan e Kaplan (conforme citado em Slochower, 1987) realizaram uma revisão em grande escala de estudos de casos clínicos de obesidade relatados na literatura psicanalítica. Perceberam que existem muitas interpretações diferentes dos excessos alimentares, os mesmos percebidos como reflexo inconsciente de ou para: (1) diminuição da ansiedade; (2) obtenção de prazer; (3) obtenção de sucesso social e aceitação; (4) alívio da frustração e privação; (5) expressar hostilidade (consciente ou inconsciente); (6) autoindulgência; (7) recompensar a si próprio; (8) expressar resistência; (9) submissão (por exemplo, à autoridade parental); (10) autopunição em resposta à culpa; (11) exibicionismo; (12) obter atenção e cuidado; (13) justificar fracasso na vida; (14) testar amor; (15) contrariar um sentimento de não ser amado; (16) distorcer a realidade; (17) identificação com um progenitor com excesso de peso; (18) sedar a si próprio; (19) evitar a competição na vida; (20) evitar mudar o *status quo*; (21) provar sua inferioridade; (22) evitar a maturidade; (23) diminuir o medo de morrer de fome; (24) conscientemente realizar o

desejo de tornar-se gordo; (25) manejar a ansiedade da frustração oral infantil; (26) distração da monotonia; e (27) diminuir sentimento de insegurança. Embora muitas dessas dinâmicas podem ser associadas a conflitos orais clássicos, outras parecem ser reflexo de problemas de desenvolvimento posteriores ou de questões relacionadas com a integração e diferenciação do *self*.

Bruch (1973) descreveu os pais de crianças obesas como incapazes de diferenciar as suas próprias necessidades das da criança. Criança obesas podem falhar em desenvolver a capacidade de perceber e monitorar adequadamente seus estados emocionais. Isso a deixaria excessivamente dependente de fatores externos (inicialmente a figura materna; mais tarde, de uma variedade de estímulos externos) para definir afetos internos. Na visão da autora, isso explicaria a tendência da pessoa obesa utilizar a comida para lidar com sofrimento psíquico.

Segundo Lazzarini, Batista e Viana (2013), os casos de queixa de obesidade trazem para o primeiro plano a problematização da experiência psíquica dos corpos dos obesos. O mal-estar destes sujeitos manifesta-se pela sua corporeidade, seja pela dor física ou por atuações que implicam em intervenções neles, o que faz com que busquem terapias intervencionistas para a cura de seu incômodo. Existe uma satisfação direta de suas exigências pulsionais, seja pela compulsão alimentar, pelo excesso de comida ou pela negação do amor e dependência. Essas pessoas, na visão das autoras, apresentam a incapacidade de colocar limites à sua satisfação, ou de estar em posição de objeto do outro.

Rascovsky, Rascovsky e Schlossberg (1950) afirmam que é possível assinalar dois mecanismos psíquicos de geração da obesidade. Uma *obesidade primária*, que resulta na organização de um intenso ego oral, e uma *obesidade reativa* (grifos dos autores), que constitui uma tentativa de restauração ante uma situação depressiva básica. Trata-se, por outro lado, de uma recuperação maníaca. Em contraste com a boa adaptação geral que

desfruta o obeso primário, segundo os autores, o maníaco-depressivo integra as formas denominadas obesidade neurótica. No caso da obesidade primária, a satisfação refere-se a uma situação real e vinculada a uma capacidade efetiva, adquirida pelo ego mediante suas identificações. A reação maníaca, por outro lado, tem como fundamento básico a situação melancólica subjacente e dirige-se a satisfações fantasiadas com o pouco contato com a realidade exterior. Constitui-se uma situação compensatória das frustrações reiteradas, cujas representações consolidam-se no superego, e os alimentos incorporados relacionam-se com o seio, originalmente alucinado. Segundo os autores, as identificações na obesidade primária, como são próprias do ego, são permanentes, e os alimentos se associam a um seio originalmente real.

O maníaco reage contra seu intenso superego oral. O obeso primário encontra seu superego tirânico nas fases sádico-anal e genital; por isso, sua relação posterior de dependência o conduz, frequentemente, à situação obsessiva. A investigação analítica demonstra o intenso desenvolvimento que experimenta o ego oral no obeso, que permite às suas expressões instintivas adquirir, neste nível, uma máxima capacidade efetiva. À este intenso desenvolvimento do ego na etapa oral, corresponde um ego deficientemente integrado nas etapas seguintes (Rascovsky, Rascovsky & Schlossberg, 1950).

Uma questão discutida por Zavaroni (2013) é a relação entre amamentação, sintomas alimentares e constituição psíquica. Segundo a autora, entre os momentos iniciais da vida e o aparecimento dos sintomas alimentares nos anos finais da infância, na adolescência ou mesmo na vida adulta situam-se fatores de risco e fatores protetores que serão fundamentais no destino tomado pelas dificuldades iniciais. Entre tais fatores, pode-se inserir os recursos subjetivos da criança e do cuidador, as situações de vida experienciadas, as possibilidades de suporte oferecidas à criança para a transposição de

situações traumáticas, o amparo às dificuldades inerentes ao processo de desenvolvimento, as intercorrências médicas importantes.

## **5.2 Pulsão de vida e pulsão de morte em Freud**

Em “Além do Princípio do Prazer”, Freud (1920) atualiza sua teoria das pulsões. Sob a influência dos instintos de autopreservação do ego, o princípio do prazer é substituído pelo princípio da realidade. Este último princípio não abandona a intenção de fundamentalmente obter prazer; apesar disso, exige e efetua o adiamento da satisfação, o abandono de uma série de possibilidades de obtê-la, e a tolerância temporária do desprazer como uma etapa no longo e indireto caminho para o prazer.

Até este momento de sua obra, Freud dividia as pulsões em dois grupos: as pulsões sexuais e as pulsões de autopreservação. Ao observar a questão da compulsão à repetição, segundo Ribeiro e Cremasco (2014a), Freud passa a englobar as pulsões sexuais e de autopreservação no que será chamado de pulsões de vida – que tendem a constituir e manter ligações, preservando a existência do sujeito (Laplanche & Pontalis, 2001) – e insere o conceito de pulsões de morte. Pulsões essas que não seriam representáveis, uma tendência presente em todos os seres vivos em direção à destrutividade, à descarga total e imediata das excitações, associada a vivências de total plenitude e satisfação, relacionadas a um estado para sempre perdido – o estado nirvânico –, em que não haveria dor nem representação (Berlinck, 2000).

A pulsão de morte é, então, uma pulsão por excelência, pulsionalidade pura que realiza de forma eminente o caráter regressivo das pulsões. Dessa forma, enquanto as pulsões de vida buscam instituir ligações cada vez maiores, ligando a energia livre do aparelho psíquico, a meta da pulsão de morte é a destruição destas ligações.

Nesse sentido, algumas manifestações da obesidade podem ser consequências de uma tentativa de expressar por meio de um ato (o comer excessivo, por exemplo) uma pulsão irrepresentável. Haveria no obeso uma incapacidade de lidar com seus conflitos psíquicos internamente, sendo a obesidade, nestes casos, uma expressão por meio do corpo de algo que não pode ser expresso pela via da fantasia, do pensamento ou da linguagem (Loli, 2000; Ribeiro & Cremasco, 2014a).

Freud (1894) defendia que o aparelho psíquico operava de acordo com o princípio de constância, ou seja, uma tendência a manter a quantidade de excitação do organismo tão baixa quanto possível. Posteriormente, Freud (1915) apresentou um princípio correspondente ao princípio de constância, denominado princípio do prazer, no qual a atividade do aparelho mental seria regulada por sentimentos de prazer-desprazer, buscando uma redução na tensão através da obtenção de prazer, evitando o desprazer. Importante ressaltar que estas pulsões podem ser conscientes ou inconscientes, e sofrem a ação da repressão, um esforço psíquico para afastar determinado conteúdo da consciência, quando representam uma ameaça ao aparelho psíquico. Essa tentativa de represamento pulsional obriga a pulsão a encontrar vias indiretas de se expressar, por exemplo, por intermédio dos sintomas. Segundo Ribeiro e Cremasco (2014b), tais conceitos são fundamentais para a compreensão da obesidade como um sintoma. O comer do obeso, na visão das autoras, poderia ser observado a partir do princípio de constância e do princípio do prazer, reduzindo a tensão do aparelho psíquico (e evitando o desprazer) por meio da obtenção de prazer.

Sob este enfoque, o comer compulsivo do obeso pode ser compreendido como um sintoma, uma satisfação sexual substitutiva gerada por uma falha na repressão, e a dificuldade do obeso em livrar-se deste sintoma residiria justamente no prazer envolvido neste ato – um prazer não apenas nutricional, mas também pulsional. É importante ressaltar



que o sintoma é uma tentativa de resolução de conflitos (ainda que seja uma tentativa falha), e é o que garante a integridade ao sujeito. Sua simples retirada, no entanto, poderia levar à produção de novos sintomas (Ribeiro e Cremasco, 2014b).

Segundo Machado (2016), é possível notar a presença e a força destrutiva da pulsão de morte em pacientes obesos, nos quais, por meio do ato compulsivo em relação aos alimentos, se mantêm como uma rocha de difícil penetração. Recalcati (conforme citado em Machado, 2016) explica como na obesidade o impulso à incorporação do objeto manifesta sua ligação profunda com a pulsão de morte. A falta de limite na hiperfagia busca fornecer ao sujeito recursos para lidar com a frustração resultante da impossibilidade de preenchimento e satisfação de desejo. Nesse sentido, o ato compulsivo do comer substitui o pensamento e recai sobre o corpo.

Nesse excesso de corpo, sobretudo, ocorre o silêncio das palavras, uma desafetação, a incapacidade quase total de manter contato com suas próprias emoções. O obeso fica psicologicamente separado de suas emoções ou de suas realidades psíquicas. Vive aprisionado em seu corpo. A ação, operando sobre o pensamento e sobre a capacidade de fantasiar, leva o sujeito a regredir a estágios bem primitivos, que impedem a elaboração e, com isso, garante que nada penetre no ego. Portanto, o corpo obeso mórbido é um corpo que sufoca, que vela e desvela o sofrimento, sem poder contar com as palavras que o signifique (Machado, 2016).

### **5.3 A psicossomática de Joyce McDougall**

A teoria de McDougall (2013) acerca do sintoma psicossomático veio à luz a partir de sua experiência clínica como psicanalista tradicional. A autora tomou contato com a psicossomática no interior do dispositivo analítico padrão, cuja maioria dos pacientes

apresentava queixas de cunho emocional e neurótico. No entanto, começava a surgir em seu consultório pacientes cujas manifestações mais proeminentes eram de ordem orgânica, levando McDougall a buscar entender o significado desses fenômenos na clínica.

McDougall (2013) observou em pacientes psicossomáticos um modo peculiar de lidar com os próprios afetos. Tais indivíduos pareciam agir como se seus afetos não existissem. Seu discurso era mecânico, sem vida e frente a acontecimentos intensos de sua existência agiam com resignação. Ao mesmo tempo, comportando-se dessa forma, faziam com que no analista brotasse os mais vivos afetos. Havia, portanto, três termos para os quais McDougall deveria elaborar uma equação se quisesse compreender tais pacientes: o sintoma psicossomático, a ausência de afetos e a estimulação de afetos no analista.

McDougall (2013), descreve o processo de somatização como um modo de defesa arcaico, anterior à constituição da linguagem, resultante de falhas no processo de internalização que constituem a identidade subjetiva. A autora relata esse processo como uma necessidade de sentido. Em suas palavras: “podemos perceber que as manifestações psicossomáticas se situam no contexto de uma história que é preciso reconstituir, ou de uma mitologia que é preciso construir” (p. 46). Ademais, o sintoma psicossomático emerge como consequência de um processo prévio de desafetação que impossibilitou que afetos vinculados a determinado evento aflitivo pudessem ter sido distribuídos entre representações mentais. O afeto é, então sentido como potencial aniquilador e ejetado do psiquismo retornando para seu lugar de origem, o corpo, gerando nele os mais deletérios sintomas.

Logo ao nascer, o bebê não possui recursos suficientes para escoar a energia pulsional, pois ele ainda não possui representações para drenar o fluxo energético. Por isso, a figura materna deve exercer para o bebê a tarefa que McDougall (2013) denominou de para-excitação a qual, em termos simples, significa fornecer ao bebê palavras,

significantes, representações para que ele possa investir a energia pulsional e se libertar do poder ameaçador que ela tem. Porém, nem todo indivíduo conta com um ambiente que funcione adequadamente. E, dessa forma, quando o bebê não conta com essa função de para-excitação, ele se sente repetidamente numa angústia inominável.

Em tais casos, a única saída que resta para o bebê se constituir minimamente é se cegar diante da pulsão, o que McDougall (2013) chamou de ejetar o afeto do psiquismo ou desafetação. A pulsão continua presente, mas o indivíduo passa a viver como se ela não existisse, de modo que ele utiliza dela apenas o mínimo suficiente para se manter vivo, mas sem fazer dela uso libidinal algum, concebendo-a como potencialmente aniquiladora. São esses os pacientes somatizantes que McDougall encontrou na clínica. É justamente por isso que eles aparentam não sentir nada. É como se um afeto um pouco mais intenso é sentido por eles como semelhante à situação de desespero que viveram quando bebês. Eles utilizam então a mesma defesa que outrora: ejetam do psiquismo o afeto, tornando-se desafetados.

A desafetação leva o indivíduo a encontrar nos atos – e não no trabalho mental, como fazem os neuróticos – a única possibilidade de escoamento das tensões. Tais atos se afiguram essencialmente como movimentos de exteriorização desprovidos de valor simbólico (Peres, 2006). McDougall propõe que os desafetados procuram compensar com um agir compulsivo a restrição da capacidade de simbolização que os caracteriza. Essa compensação, contudo, pode se tornar um ato-sintoma e incidir sobre o corpo, pois o mesmo é percebido como um objeto alheio ao psiquismo pelos sujeitos em questão (Rocha, 1988).

Faz-se necessário salientar ainda que, para McDougall (2013), não se deve associar indiscriminadamente a desafetação à somatização, uma vez que qualquer indivíduo pode apresentar sintomas corporais quando as excitações às quais é submetido fogem ao seu

controle. Porém usualmente o sujeito que não é portador desse distúrbio da economia afetiva somatiza somente em situações extremas, que tornam inoperante o emprego de mecanismos de defesa menos radicais do que o repúdio para fora do ego. Os desafetados, em contrapartida, tendem a ejetar da consciência qualquer sentimento potencialmente destruturante e, como consequência, são impelidos a apresentar reações orgânicas perante o sofrimento mental com maior frequência e intensidade (Peres, 2006).

Constantemente somos mobilizados por percepções conflituosas, mesmo diante do esforço exercido pelo psiquismo para manter um equilíbrio que garanta a homeostase e preservação do aparelho. Na tentativa de defesa contra uma invasão catastrófica, certas experiências psíquicas sentidas como ameaçadoras, são excluídas do pensamento, além de não serem representadas. McDougall (2013) revela que o sintoma psicossomático é consequência de um fracasso neste tipo de defesa arcaica, que tem como objetivo eliminar da consciência emoções percebidas como traumáticas, sem qualquer pretensão de elaboração. Assim, diante do impacto causado pelo mundo exterior e impossibilidade de conter este excesso por vias mentais elaboradas, o sujeito fica mais exposto a este tipo de enfermidade.

McDougall (2013) defende que pacientes somáticos, em geral, são pouco capazes de elaborar psiquicamente afetos potencialmente destruturantes. Diante disso, frequentemente, eles se utilizam de recursos primitivos para evitar o surgimento de uma intensidade emocional que os mobilize. Porém, este mecanismo aparece de forma inconsciente, carregado de sentimentos intoleráveis, e como consequência, o sujeito fica impossibilitado de representar.

Preferindo o termo desafetação aos outros correntemente utilizados hoje em dia na pesquisa psicossomática (pensamento operatório, alexitimia, neurose de comportamento), eu pretendia indicar que esses indivíduos tinham vivenciado precocemente emoções intensas que ameaçavam seu sentimento de integridade e de identidade e que lhes foi necessário, a fim de sobreviver psiquicamente, erigir um

sistema muito sólido para evitar o retorno de suas experiências traumáticas portadoras da ameaça de aniquilamento. (McDougall, 2013, p.105)

Para McDougall (2013), o sintoma psicossomático surge diante de um processo prévio de inibição que impossibilitou que afetos vinculados a determinado evento angustiante fossem distribuídos entre representações mentais. Desta forma, o afeto é sentido como possível aniquilador e expulso do psiquismo, retornando para seu lugar de origem, o corpo, e gerando ali os sintomas mais danosos.

Em sua prática clínica, McDougall (2013) constatou que os fenômenos psicossomáticos tinham, sobretudo, uma função de preservação, levando a um estágio de desenvolvimento onde a distinção entre sujeito e objeto ainda não era completa e estável, o que poderia despertar angústia. Tal regressão explicaria o fato de as mensagens enviadas pelo corpo ao psiquismo, ou o inverso, serem inscritas psiquicamente sem elaboração de palavras, como no início da infância. A autora revela que, neste momento, o psiquismo se mostra esvaziado de palavras, e no lugar delas surgem apenas representações de coisas. As palavras funcionam como o modo mais eficaz para conter este excesso, e quando fracassam nesta função, o psiquismo recorre a sinais de caráter pré-simbólicos.

McDougall (2013) defende uma aproximação entre fenômeno psicossomático e a psicose no que se refere às angústias e forma da linguagem. Enquanto na psicose o pensamento pode ser concebido como uma inflação delirante do emprego da palavra com a finalidade de preencher os espaços de vazio aterrorizante, nos somatizantes os processos de pensamento procuram esvaziar a palavra de sua significação afetiva. “Nos estados psicossomáticos é o corpo que se comporta de maneira ‘delirante’; ele ‘hiperfunciona’ ou inibe funções somáticas normais e o faz de modo insensato no plano *fisiológico*. O corpo enlouquece” (p.22, grifos da autora).

McDougall (2013) privilegia, então, a desafetação, que considera um grave distúrbio da economia afetiva, entre os diversos fatores ligados a este mecanismo defensivo. Esta forma de funcionamento tem como característica predominante a incapacidade de estabelecer contato com emoções intensas. O discurso pode aparecer intelectualizado, mas totalmente destituído de afetos, sem ligação entre as palavras, que não passam pelo processo de simbolização. Assim, a autora se utiliza desse termo para indicar que esses indivíduos tenham vivenciado precocemente emoções intensas que ameaçavam seu sentimento de integridade e intensidade e que lhes foi necessário, a fim de sobreviver psiquicamente, erigir um sistema muito sólido para evitar o retorno de suas experiências traumáticas portadoras de ameaça de aniquilamento.

Refletindo sobre os casos de meus pacientes que se revelavam incapazes de recalcar as ideias ligadas à dor emocional e igualmente incapazes de projetar esses sentimentos, de maneira delirante, sobre as representações das outras pessoas, cheguei a hipótese de que todos ejetavam brutalmente – e preventivamente – do campo do consciente qualquer representação carregada de afetos. Eles não sofriam de uma incapacidade de vivenciar ou de exprimir uma emoção, mas sim de uma incapacidade de conter o *excesso* da experiência afetiva (próxima à angústia psicótica) e, portanto, nessas condições, de uma incapacidade de refletir sobre essa experiência. (McDougall, 2013, p.105/106, grifo da autora)

A vivência transferencial com o analista, que se faz na intensidade de afeto, explicaria o fato de geralmente este tipo de paciente apresentar dificuldades de base narcísica, diante desta negação da aceitação para auxílio. As dificuldades contratransferências que quase inevitavelmente surgem no trabalho com pacientes psicossomáticos não residem na incapacidade de identificar-se com o lactente escondido no mundo interior dos analisandos. “Decorrem, antes, de sua total incapacidade de acreditar que poderiam ser ajudados, apesar do sofrimento que existe neles. Preferem

destruir qualquer oferta de auxílio a terem que mergulhar novamente nas experiências traumáticas do início da infância” (McDougall, 2013, p.129).

O trabalho analítico pode revelar uma estreita ligação deste modo de funcionamento com experiências traumáticas precoces vividas em uma fase infantil. Assim, a forte resistência à mudança apresentada por esse tipo de paciente, pode ser entendida como uma defesa diante da possibilidade de retorno do afeto ligado a este momento anterior, sentido como devastador. Observa-se, uma sabotagem no processo analítico/psicoterapêutico, por exemplo, quando o paciente falta regularmente às sessões. Dessa forma, a atuação incide como forma de inviabilizar o contato afetivo.

## **Capítulo 6. Marco teórico B: a psicologia da alimentação de Jane Ogden**

Como anteriormente exposto, outro referencial teórico primordial para a compreensão do fenômeno obesidade e sua recidiva será o livro de Jane Ogden – *The psychology of eating: from healthy to disordered behavior* (2010) –, que é produto de muitos anos de pesquisa da psicóloga da saúde na área da psicologia da alimentação.

### **6.1 A escolha do alimento**

A escolha dos alimentos é um processo complexo e tem sido categorizado de diferentes maneiras. Ogden cita uma das primeiras pesquisas na área (Yudkin, conforme citado em Ogden, 2010) que argumentou que a escolha dos alimentos era influenciada por fatores físicos (geografia, época, economia e tecnologia de alimentos), fatores sociais (religião, classe, educação e publicidade), e fatores psicológicos (hereditariedade, alergia e

necessidades nutricionais). Shepherd (conforme referido em Ogden, 2010) descreveu os fatores que influenciam a escolha dos alimentos como externos (o tipo de alimento, o contexto cultural e social) ou internos ao indivíduo (personalidade, fatores sensoriais, cognições). Ogden (2010) cita ainda um levantamento em larga escala da escolha de alimentos feito por Steptoe, Pollard e Wardle que conceituou os fatores que influenciam a escolha dos alimentos como nove diferentes motivações, a saber: (1) atração sensorial; (2) custos para a saúde; (3) conveniência de compra e de preparação; (4) controle de peso; (5) familiaridade com o alimento; (6) regulação do humor; (7) composição natural do alimento; (8) preocupações éticas sobre a produção; e (9) país de origem.

Com relação às influências psicológicas na escolha dos alimentos, Ogden (2010) discorre a respeito dos processos de desenvolvimento, do papel das cognições e dos fatores psicofisiológicos. A primeira, a abordagem de desenvolvimento a respeito da escolha dos alimentos, enfatiza a importância da aprendizagem e da experiência e se concentra no desenvolvimento de preferências alimentares na infância. Segundo Ogden (2010), um pioneiro de pesquisa na área foi Davis, que realizou estudos com bebês e crianças pequenas vivendo em instituições pediátricas dos EUA por muitos meses.

O trabalho foi conduzido em um momento no qual as políticas de alimentação aprovaram um regime alimentar muito restrito e Davis estava interessada em examinar as respostas dos bebês a uma dieta autosselecionada. As crianças receberam uma variedade de 10 a 12 alimentos saudáveis preparados sem açúcar, sal ou tempero e eram livres para comer o que elas escolhessem. Os relatórios detalhados do estudo mostraram que as crianças foram capazes de selecionar uma dieta consistente com seu crescimento e saúde e estavam livres de quaisquer problemas alimentares. Os resultados desse estudo geraram a teoria da “sabedoria do corpo” (grifo da autora), que enfatiza que existem preferências alimentares inatas do organismo. Davis concluiu a partir de seus dados que as crianças têm



um mecanismo regulatório inato e são capazes de selecionar uma dieta saudável. No entanto, ela também enfatizou que as crianças poderiam fazê-lo somente quando a comida saudável estivesse disponível e discutiu que as preferências alimentares das crianças modificaram ao longo do tempo e foram modificadas pela experiência.

Em estudo posterior de Davis, Birch (conforme citado em Ogden, 2010) pesquisou os aspectos do desenvolvimento da escolha dos alimentos e enfatizou o papel da aprendizagem nesse processo. De acordo com sua análise, o desenvolvimento das preferências alimentares pode ser compreendido em termos de exposição aos alimentos, aprendizagem social e aprendizagem associativa.

Nesse sentido, Ogden (2010) destaca que o modelo de desenvolvimento explora o significado dos alimentos como recompensa, a comida como um meio de ganhar uma recompensa, comida como status, como prazer, aversão. No entanto, a autora reforça que o alimento tem um conjunto de significados que não são incorporados neste modelo. Por exemplo, o alimento pode significar poder, sexualidade, religião e cultura. Tal complexidade de significados não são incorporados nessa perspectiva. Outro ponto discutido é que uma vez ingerido, o alimento é incorporado no organismo e pode modificá-lo. Isso também é carregado com um conjunto complexo de significados, como atratividade, controle, letargia e sucesso, e este modelo também não aborda os significados do corpo.

A segunda, a abordagem cognitiva na escolha dos alimentos, centra-se nas cognições de um indivíduo e até que ponto as mesmas predizem e explicam seu comportamento alimentar. Segundo Ogden (2010), esse modelo fornece uma estrutura útil para o estudo das cognições e destaca seu impacto sobre o comportamento.

Investigações nesta área apontam para a consistente importância do papel das atitudes em relação à comida (por exemplo, “Eu acho que comer uma refeição saudável é

agradável”) e um papel para as crenças de um indivíduo sobre controle comportamental (por exemplo, “Quão confiante você está de que poderia comer uma dieta saudável?”). Há também alguma evidência de que a ambivalência pode moderar a associação entre atitude e intenção (Ogden, 2010, grifos da autora).

No entanto, existem algumas lacunas a serem exploradas. Segundo Ogden (2010), a investigação a partir de uma perspectiva cognitiva assume que o comportamento é uma consequência do pensamento racional e ignora o papel do afeto. Emoções tais como o medo (do ganho de peso, da doença), o prazer (sobre um sucesso que merece, um deleite), e a culpa (sobre o excesso alimentar) podem, por exemplo, contribuir para a escolha do alimento. Tal abordagem ainda ignora o papel de uma série de outras cognições, particularmente aquelas relacionadas ao significado do alimento e o significado do tamanho, e às vezes a associação entre as variáveis é fraca, deixando grande parte da variação na escolha de alimentos inexplicável.

Por fim, a terceira, a perspectiva psicofisiológica procura compreender a escolha dos alimentos focando na fome e na saciedade. Essa abordagem explora a interação entre cognições, comportamento e fisiologia dos indivíduos, e é considerada em termos de um modelo metabólico de alimentação com ênfase no papel do hipotálamo, o impacto das drogas psicofarmacológicas e neuroquímicos sobre a fome e a saciedade, o efeito dos sentidos na seleção dos alimentos, o efeito do alimento sobre cognições e comportamento, e a relação entre estresse e alimentação (Ogden, 2010).

Segundo Ogden (2010), parte da perspectiva psicofisiológica tem sido realizada em laboratórios e alguns estudos utilizaram modelos animais para a escolha de alimentos humanos. Portanto, a extensão pela qual as pesquisas derivadas dessas condições possam ser transferidas para a compreensão do comportamento humano permanece incerta. Além disso, comer é um comportamento inerentemente social e a abordagem psicofisiológica

para a escolha de alimentos não incorpora explicitamente a aprendizagem social ou significados sociais envolvidos na alimentação. Além disso, muitos indivíduos repelem o impulso fisiológico de comer devido a fatores tais como o desejo de ser magro, uma aversão da comida e um medo de perder o controle, por exemplo.

## **6.2 O significado do alimento**

O alimento tem uma matriz complexa de significados. Como descrito por Todhunter (citado em Ogden, 2010), o alimento é prestígio, status e riqueza. É um meio de comunicação e relações interpessoais, como uma “maçã para o professor” ou uma expressão de hospitalidade, amizade, carinho, proximidade, conforto e simpatia em tempo de tristeza ou perigo. Ele simboliza força, atletismo, saúde e sucesso. É um meio de prazer e autogratificação e um alívio do estresse. Ele está presente em festas, cerimônias, rituais, dias especiais e nostalgia de casa, família e os “bons velhos tempos”. É uma expressão de individualidade e sofisticação, um meio de autoexpressão e um modo de revolta. Acima de tudo, é tradição, costume e segurança. Existem alimentos de domingo e alimentos de semana, alimentos familiares e alimentos para convidados, bem como alimentos com propriedades mágicas e alimentos saúde e doença (grifos da autora).

Segundo Ogden (2010), a maioria das pesquisas na área têm enfatizado o comer como um ato comunicativo e explorado os significados que os alimentos podem expressar. Em particular, o alimento comunica um sentido em si mesmo, age como um meio de comunicação entre os indivíduos, e é central para o estabelecimento de uma identidade cultural.

O alimento fornece informações sobre a identidade individual e atua como comunicação de necessidades internas, conflitos internos e um sentimento de si mesmo.

Cozinhar no dia-a-dia, comprar comida e economia doméstica na escola têm sido tradicionalmente atividades femininas, como demonstrado por pesquisas interculturais, revistas, livros de receitas, publicidade e estudos de casais recém-casados (Murdock e Provost; Murcott; Mansfield e Collard, conforme citado em Ogden 2010). Em particular, os alimentos representam sexualidade, conflitos entre culpa e prazer e entre comer e negação, e uma expressão de autocontrole.

O significado do alimento também tem sido explorado nos contextos de seu consumo e de seu lugar central na interação social. Em particular, os alimentos são uma ferramenta comum para a comunicação no núcleo familiar. A mesa de jantar é muitas vezes o único lugar onde a família se reúne, e a refeição da família pode se tornar o palco para compartilhar experiências do dia. Além disso, os tipos de alimentos consumidos e a forma como são cozinhados podem criar uma sensação de identidade, como em “a festa de aniversário” e “o almoço de domingo” (Ogden, 2010, grifos da autora).

Além disso, o alimento também é uma forma de comunicação sobre a identidade dos indivíduos e sua cultura. Nesse sentido, os alimentos podem ser forma de expressão de identidade religiosa, de poder social, como um delineamento simbólico entre cultura e natureza.

### **6.3 Dieta e suas implicações emocionais**

Para a maioria das pessoas que fazem dieta, ela é o resultado da insatisfação corporal e de uma determinação para mudar o tamanho e a forma do corpo. As pessoas com um desejo de mudar o aspecto de seus corpos, no entanto, nem sempre estão de dieta. Segundo Ogden (2010), para entender por que a insatisfação corporal se traduz em dieta é necessário explorar a história da dieta e o impacto da indústria de dietas e então avaliar o

papel central do controle sobre os corpos. A indústria das dietas tem perpetuado a crença de que a magreza é o estado desejado e incentiva a crença de que o tamanho e forma corporais podem ser alterados e, em seguida, oferece dietas como meio para modificá-los.

Contudo, embora a dieta tenha por objetivo reduzir a ingestão de alimentos e causar perda de peso subsequente, há indicadores de que fazer dieta, principalmente as mais restritivas, pode causar episódios de comer em excesso. Pesquisas de Ogden (2010) na área da psicologia da alimentação têm sido inspiradas também pela teoria da restrição (*restraint theory*), na qual a autora destaca que o comportamento alimentar desinibitório das pessoas que fazem dietas restritivas é consequência das tentativas de se auto impor limites cognitivos na ingestão de alimentos.

De acordo com teoria da restrição, comer demais não é a única consequência da dieta – principalmente as mais restritivas. Tentativas de real restrição alimentar também podem levar a uma preocupação com os alimentos, humor abatido e sentimentos de estar fora de controle. Dieta também tem sido relacionada com variabilidade de peso, distúrbios alimentares e obesidade. No entanto, ainda conforme Ogden (2010), existem problemas com a teoria da restrição, com pesquisadores questionando a relação entre dieta e comer em excesso, validade das medidas de restrição e a natureza da própria dieta. Ou seja, ao que parece a dieta nem sempre leva ao excesso alimentar, e que algumas medidas de restrição são feitas especificamente por aqueles *dieters* com uma tendência a comer em excesso.

Segundo Ogden, resultados de um estudo de Loro e Orleans (conforme citado em Ogden, 2010) indicaram que os *dieters* obesos relataram episódios de compulsão precipitados por ansiedade, frustração, depressão e outras emoções desagradáveis. Os autores sugerem que os obesos são encorajados a impor um limite cognitivo à sua ingestão alimentar, a qual introduz uma sensação de negação, culpa, e a resposta comum a tais

limites – superalimentação. Consequentemente, qualquer perda de peso pode ser impedida por episódios de excessos alimentares que são uma resposta às muitas mudanças cognitivas e emocionais que ocorrem devido à dieta.

Embora dieta seja um desafio para os obesos, Ogden (2010) defende que intervenções dietéticas podem resultar em grandes perdas de peso, mais comuns a curto prazo, impactando positivamente na saúde e autoestima das pessoas. O desafio, no entanto, tem sido a manutenção da perda de peso a longo prazo. Para tanto, a autora enumera intervenções em saúde e comportamento, sobretudo que priorizem uma reeducação alimentar a longo prazo e que focalizem na qualidade nutricional dos alimentos.

As principais intervenções, portanto, são as seguintes: (1) fazer mudanças pequenas e de baixo esforço nos hábitos; (2) explorar a função dos alimentos; (3) encontrar substitutos para comer; (4) visualizar prejuízos imediatos de comer em excesso; (5) criar benefícios imediatos de uma alimentação saudável; (6) incentivar um modelo comportamental da obesidade; (7) capacitar as pessoas a assumir o controle; ou (8) escolher pela mudança do ambiente. Ogden (2010) ainda reforça que é preciso considerar nas intervenções dietéticas que o custo psicológico da superalimentação é maior do que o benefício imediato do prazer que ela gera.

## **Capítulo 7. Reganho de peso e cirurgia bariátrica: análise da produção científica**

Partindo-se da questão temática: “Quais os aspectos psicológicos envolvidos no reganho de peso após a cirurgia bariátrica?”, buscou-se sintetizar a produção científica nacional e internacional acerca do tema em questão, por meio da realização de uma revisão integrativa da literatura, descrita a seguir.

Esta análise teve por objetivo sintetizar a produção científica nacional e internacional acerca dos aspectos psicológicos envolvidos no reganho de peso após a cirurgia bariátrica. Buscou-se evidenciar os artigos indexados em periódicos científicos, com uma apreciação crítica da qualidade metodológica dos estudos, de modo a identificar as tendências apontadas por essas publicações, seus limites e possibilidades, favorecendo a identificação de convergências e lacunas acerca do tema em questão.

A revisão integrativa da literatura foi o método de pesquisa privilegiado. Tal método é reconhecido por permitir a análise e síntese dos resultados de várias pesquisas que abordam o mesmo tema, utilizando-se assim de dados secundários que possibilitam aprofundamento em determinado campo do conhecimento, favorecendo a elaboração de conclusões e generalizações (Broome, 2000; Leonidas, 2016; Leonidas & Santos, 2014; Pai e cols., 2004). Segundo Whittemore e Knafl (2005), a revisão integrativa, como método de pesquisa, permite sintetizar a literatura referente a condições clínicas específicas ou a determinados fenômenos de interesse, incorporando múltiplas perspectivas e combinando dados resultantes de estudos tanto teóricos quanto empíricos, e com diversos delineamentos metodológicos, qualitativos e quantitativos.

A estratégia de revisão integrativa envolveu, de maneira geral, os seguintes passos (Leonidas & Santos, 2014; Machado, Leonidas, & Santos, 2012): (1) levantamento sistemático de publicações nacionais e internacionais acerca do tema do reganho de peso, aspectos psicológicos e cirurgia bariátrica; (2) identificação dos autores, delineamento metodológico de cada estudo, ano e periódico de publicação, país de origem, língua na qual foram escritos, objetivos dos estudos e resultados obtidos; e (3) realização de análise descritiva dos resultados dos estudos selecionados e avaliação crítica geral das contribuições oferecidas pela literatura científica disponível acerca do tema em questão.

As bases de dados analisadas incluíram PubMed, EBSCOhost, SpringerLink, Elsevier ScienceDirect e LILACS. A busca nas bases indexadoras foi realizada em agosto de 2016. Para operacionalizar a revisão integrativa foram selecionados os seguintes descritores, segundo o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde: obesity, bariatric surgery, gastroplasty, weight gain, psychology, postoperative period. Além disso, tendo em vista que o objetivo de busca bibliográfica era localizar artigos que apresentassem uma intersecção entre os temas propostos, as buscas nas bases de dados foram realizadas utilizando-se o operador booleano and, e os descritores de maneira combinada. Optou-se também por incluir o descritor weight regain, apesar dele não constar no DeCS, pois percebeu-se sua necessidade para capturar estudos importantes do tema da pesquisa. Após o levantamento das publicações, os resumos foram lidos e analisados segundo os critérios de inclusão/exclusão preestabelecidos, que serão descritos na sequência.

Nesta revisão foram incluídas publicações que tematizam os aspectos psicológicos envolvidos no reganho de peso no pós-operatório. Foram excluídas produções científicas não publicadas em formato de artigos, tais como dissertações, teses, livros, capítulos e resenhas de livros, resumos e trabalhos publicados em anais de eventos científicos, relatórios, cartas e editoriais. Foram selecionadas apenas as publicações submetidas ao crivo crítico de um procedimento de avaliação por pares às cegas. Entende-se que a revisão por pares e o rigor da Comissão Editorial dos periódicos é um diferencial na preservação da qualidade do artigo e de sua apreciação científica. Desse modo, a busca foi circunscrita aos trabalhos submetidos a processo rigoroso de avaliação, sendo selecionados exclusivamente artigos indexados.

A questão de pesquisa que norteou esta revisão foi assim formulada: “Quais são os aspectos psicológicos e/ou comportamentais relacionados ao reganho de peso após a cirurgia bariátrica, bem como relacionados aos piores resultados de perda de peso?”.



Crítérios para a seleção incluíram estudos com pessoas que tiveram ganho de peso, dentro dos parâmetros de ganho dos próprios artigos, após *Bypass* gástrico, banda gástrica ou *Sleeve*. Não houve restrição de estudos em função do método e delineamento de pesquisa. Foram incluídos estudos que oferecessem evidências no que diz respeito aos aspectos psicológicos envolvidos na recidiva da obesidade, mesmo que também oferecessem outras causas e explanassem a respeito da multifatoriedade envolvida no ganho.

Foram excluídos estudos que abordavam somente causas orgânicas para o ganho de peso – tais como dilatação do estômago, alterações hormonais, excesso de pele, doenças orgânicas –, ou somente causas nutricionais – tais como piores preferências alimentares, beliscar – sem que fizessem alguma menção aos aspectos emocionais ou comportamentais envolvidos no fenômeno. De uma forma geral, não foram selecionados estudos cujas temáticas não apresentavam relação com a Psicologia ou com o enfoque desta investigação. Foram excluídos também os artigos indexados em periódicos que não estavam disponíveis na íntegra.

Em relação ao período de publicação, foram selecionados artigos datados de janeiro de 2005 e agosto de 2016. Em relação à língua, restringiu-se a busca aos estudos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol. Os artigos duplicados, isto é, que apareceram em mais de uma base indexadora, a partir de diferentes combinações de descritores, foram computados uma única vez.

A busca foi iniciada pela base de dados PubMed, na qual foi encontrado um total de 86 artigos a partir dos diferentes agrupamentos dos descritores, sendo que nove foram selecionados pela pertinência em relação aos critérios de inclusão e exclusão. A seguir procedeu-se à busca na base de dados SpringerLink, na qual foram encontrados 47 artigos a partir dos diferentes agrupamentos dos descritores, sendo que dois foram selecionados. A

base de dados consultada a seguir foi o Elsevier ScienceDirect, no qual foram encontrados 108 artigos, sendo selecionados quatro. Seguindo, a próxima base de dados consultada foi o LILACS, no qual foram encontrados 10 artigos, sendo selecionados dois. Por fim, no EBSCOhost foram encontrados 9 artigos, mas nenhum foi selecionado tendo em vista os critérios de seleção pré-estabelecidos deste estudo. Esses dados podem ser melhor visualizados na Tabela 4. Nota-se que, do ponto de vista dos artigos encontrados, a base que mais contribuiu com artigos relacionados à temática investigada foi a PubMed.

Tabela 4. *Distribuição dos artigos segundo as bases de dados bibliográficos consultadas*

Base de dados	Artigos encontrados	Artigos selecionados
PubMed	86	9
SpringerLink	47	2
Elsevier ScienceDirect	108	4
LILACS	10	2
EBSCOhost	9	0
Total	260	17

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e do descarte dos artigos repetidos em mais de uma base indexadora, 16 publicações foram selecionadas, compondo o corpus de análise.

De acordo com a Tabela 5, percebe-se que a partir de 2010 houve uma tendência de crescimento de pesquisas relacionadas aos aspectos psicológicos do reganho de peso em cirurgia bariátrica. Curiosamente no ano de 2015 não foi encontrado nenhum estudo.

Tabela 5. *Distribuição dos artigos selecionados segundo o ano de publicação*

Ano de publicação	Número de artigos selecionados
2005	-
2006	-
2007	1
2008	-
2009	1
2010	3
2011	1
2012	2
2013	3
2014	3
2015	-
2016	2
Total	16

No que se refere ao local de publicação, definido pelo país do primeiro autor do artigo, a maior parcela dos artigos é oriunda dos Estados Unidos (n=6), Brasil (n=3), seguidos de dois estudos portugueses e dois chilenos. Canadá, Alemanha e Áustria são países de origem de uma publicação selecionada.

É possível visualizar, por meio da Tabela 6, a caracterização dos artigos recuperados. O delineamento dos estudos foi definido com base nos critérios propostos por Sousa, Driessnack e Mendes (2007) e Driessnack, Sousa e Mendes (2007a, 2007b). A maior parte corresponde a estudos empíricos não experimentais, descritivos e correlacionais (n = 6). Foram identificados estudos qualitativos fenomenológicos (n=2), exploratórios, descritivos e de reflexão teórica (n=2), não experimentais e correlacionais (n=2). Além disso, houve estudo exploratório e descritivos (n=1), não experimental e exploratório (n=1), exploratório e de reflexão teórica (n=1) e não experimental e descrito (n=1). Não foram encontrados estudos com delineamento experimental.

Tabela 6. Caracterização dos artigos recuperados segundo título, população estudada, delineamento do estudo, objetivos, instrumentos e principais resultados (n=16)

Autores e ano de publicação	População estudada	Delineamento do estudo	Objetivos	Instrumentos/ Procedimentos	Principais resultados
Bond, Phelan, Leahey, Hill, & Wing (2009)	105 pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica e 210 pacientes que não operaram, de ambos os gêneros.	Não experimental, exploratório	Comparar a quantidade de reganho de peso, características comportamentais e psicológicas nos participantes que, igualmente, tiveram sucesso em perder e manter grandes quantidades de peso por meio da cirurgia ou métodos não cirúrgicos.	Roteiro pela internet, Block Food Frequency Questionnaire, Paffenbarger Activity Questionnaire, Eating Inventory, Centers for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) e Perceived Stress Scale.	Apesar de ambos os grupos reportarem altos níveis de atividade com gasto energético, o reganho de peso ocorreu. Ambos os grupos relataram aumento nos sintomas depressivos do começo do estudo para um ano de acompanhamento. Pacientes cirúrgicos tiveram maiores níveis de depressão. Maiores níveis de desinibição acima de um ano de acompanhamento foi o único preditor significativo de reganho de peso em ambos os grupos.
Carvalho Jr, Turato, Chaim, & Magdarelo Jr (2014)	8 mulheres que tiveram reganho de peso após a cirurgia bariátrica.	Qualitativo, fenomenológico	Analisar os significados do reganho de peso e como eles influenciam o próprio reganho.	Entrevista semiestruturada	Foram identificadas quatro categorias de significados: (1) reganho de peso - derrota e fracasso; (2) ausência de arrependimento e certeza do sucesso; (3) experiência de abandono; e (4) perda de autoestima - risco de isolamento social. Estes pacientes tendem a sentir-se ansiosos, excluídos e discriminados e se estabelece um novo círculo vicioso que envolve baixa autoestima, ansiedade e aumento da fome.
Conceição & cols. (2014a)	176 pacientes do pré-operatório, 110 pacientes com menos de 2 anos de operados e 53 pacientes com mais de 2 anos, de ambos os gêneros.	Não experimental, descritivo, correlacional	Investigar a frequência de episódios de perda de controle alimentar ( <i>loss of control eating</i> LOC) em três grupos em diferentes tempos de avaliação, bem como explorar a associação de comportamentos alimentares problemáticos e resultados de peso e características psicológicas.	Entrevista semiestruturada, versão modificada do Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) para pacientes bariátricos, Body Shape Questionnaire (BSQ) e Beck Depression Inventory (BDI).	Tanto os pacientes com LOC quanto os não LOC apresentaram importante recuperação de peso no grupo a longo prazo (2 anos), sugerindo que o reganho do peso pode ser um fenômeno multifatorial, não exclusivamente relacionado a episódios de perda de controle alimentar. As variáveis psicológicas avaliadas, incluindo a sintomatologia relacionada ao comer desordenado e imagem corporal, parecem ter um maior impacto negativo para pacientes com LOC do que os não LOC no grupo a longo prazo.

Autores e ano de publicação	População estudada	Delineamento do estudo	Objetivos	Instrumentos/ Procedimentos	Principais resultados
Conceição & cols. (2014b)	61 pacientes do pré-operatório e 303 pacientes do pós-operatório (grupo seis meses, grupo um ano e grupo dois anos), de ambos os gêneros.	Não experimental, descritivo, correlacional	Descrever a presença de diferentes comportamentos alimentares maladaptativos no pré e pós para diferentes procedimentos cirúrgicos; testar a associação entre comportamentos alimentares, perda de peso e reganho de peso para cada procedimento cirúrgico.	Eating Disorder Examination (EDE-BSV), Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), Outcome Questionnaire (OQ45.2), Beck Depression Inventory (BDI), Obesity Disordered eating Questionnaire (ODE), Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) e Body Shape Questionnaire (BSQ).	Medidas comportamentais e níveis de impulsividade, que têm sido relacionados com distúrbios alimentares, parecem ter um papel no reganho de peso. A presença de <i>picking</i> ou <i>nibbling</i> (beliscar e/ou petiscar contínuos) e não episódios de perda do controle alimentar foi associado com reganho de peso. Além disso, reganho de peso foi relacionado com IMC (índice de massa corporal) pré-operatório, aumento do <i>distress</i> psicológico, comer maladaptativo, impulsividade, pensamentos intrusivos e acelerados.
Karmali, Brar, Shi, Sharma, Gara, & Birch (2013)	4.864 pacientes, de ambos os gêneros.	Exploratório, descritivo, de reflexão teórica	Revisar sistematicamente a literatura existente para avaliar os fatores de incidência e causais associados com o reganho de peso após a cirurgia bariátrica.	—	O estudo afirma que não há um consenso sobre qual número absoluto define reganho de peso após a cirurgia bariátrica. No entanto, fatores causais do reganho foram categorizados como: (1) não adesão às recomendações nutricionais; (2) desequilíbrio hormonal/metabólico; (3) saúde mental (transtornos mentais não controlados, depressão, uso de álcool, compulsão por comida, traços impulsivos); (4) inatividade física e (5) fatores anatômicos/cirúrgicos.
Kofman, Lent, & Swencionis (2010)	497 pacientes do pós-operatório, de ambos os gêneros.	Não experimental, correlacional	Caracterizar os resultados de peso, padrões alimentares e qualidade de vida em pacientes após o <i>bypass</i> gástrico (de 3 a 10 anos de cirurgia) e avaliar as relações entre eles.	Roteiro pela internet, Questionnaire on Eating and Weight Patterns Revised (QEWP-R) e Moorehead–Ardelt Quality of Life Questionnaire II.	Frequência de compulsão alimentar, perda de controle ao comer e beliscar foram significativamente correlacionados com maior reganho de peso e menor perda do excesso de peso. Além disso, pior qualidade de vida foi associada com o transtorno de compulsão alimentar e o ato de beliscar duas ou mais vezes por semana. Os autores sugerem que distúrbios alimentares e perda do controle nas refeições ocorrem significativamente no pós-operatório e são fatores de risco para piores resultados de perda de peso.

Autores e ano de publicação	População estudada	Delineamento do estudo	Objetivos	Instrumentos/ Procedimentos	Principais resultados
Odom & cols. (2010)	203 pacientes operados a partir de um ano pelo <i>bypass</i> , de ambos os gêneros.	Não experimental, descritivo, correlacional	Compreender a influência dos comportamentos no reganho de peso pós-operatório.	Roteiro enviado por e-mail, Beck Depression Inventory (BDI) e Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18).	Daqueles participantes que relataram reganho de peso, 15% ganharam $\geq 15\%$ do total do peso perdido, o que os autores definiram como “significativo reganho de peso”. O estudo demonstrou que falta de controle sobre os impulsos alimentares, preocupações em relação aos comportamentos aditivos, diminuição do bem-estar global no pós-operatório, falta de automonitoramento e menos acompanhamento pós-operatório com equipe estão associados ao reganho de peso.
Rutledge, Groesz, & Savu (2011)	60 pacientes que fizeram <i>bypass</i> ou banda gástrica, de ambos os gêneros.	Não experimental, correlacional	Avaliar a relação entre o número de condições psiquiátricas e resultados de perda de peso pós-operatório, bem como de reganho de peso.	Banco de dados da instituição.	Observou-se uma associação significativa entre o número de condições psiquiátricas dos pacientes e reganho de peso ou a ausência de peso após 12 meses de cirurgia. Esta relação foi mais forte entre aqueles com duas ou mais condições psiquiátricas. Os autores não identificaram relação significativa entre fatores psiquiátricos e perda de peso ao longo do primeiro ano, mas encontraram que saúde psiquiátrica mais pobre predisse menor perda de peso após o primeiro ano.
Steinig, Wagner, Shang, Dölemeyer, & Kersting (2012)	—	Exploratório, descritivo, de reflexão teórica	Examinar a literatura que compara perda de peso após a cirurgia bariátrica em indivíduos abusados sexualmente com os não abusados.	—	A revisão corroborou em parte com a hipótese dos autores, que acreditam que indivíduos com história de abuso sexual perdem menos peso se comparados aos indivíduos sem história de abuso. As taxas de prevalência de abuso sexual em pacientes bariátricos variaram de 15,5 a 32,1%, com mais casos relatados por mulheres. Embora uma história de abuso sexual possa ter influência na perda de peso após a cirurgia bariátrica – ao menos com relação à perda de peso inicial após o procedimento – os autores não veem razão para excluir indivíduos com histórico de abuso sexual da possibilidade de realizar a cirurgia. Aparentemente, a população dos que são abusados aumenta a perda de peso ao longo do tempo no pós.

Autores e ano de publicação	População estudada	Delineamento do estudo	Objetivos	Instrumentos/ Procedimentos	Principais resultados
Kinzl (2010)	—	Exploratório, de reflexão teórica	Refletir acerca da importância do tratamento psicológico após a cirurgia bariátrica, bem como razões para a baixa adesão à essa especialidade e suas implicações.	—	Pacientes com transtorno de personalidade podem frequentemente mostrar mais dificuldades em adaptar-se às fortes exigências de comportamento alimentar controlado imposto pela cirurgia, e tendem a ter piores resultados de perda de peso. A partir de dois anos de cirurgia, principalmente, o seguimento às recomendações diminui e muitos paciente tendem a voltar a padrões antigos de comportamento, tais como beliscar, compulsão alimentar e inatividade física. Somente em torno de 10% dos pacientes operados continuam com suporte psicológico ao longo do pós-operatório.
Fischer e cols. (2007)	144 pacientes que realizaram o <i>bypass</i> gástrico.	Não experimental, descritivo, correlacional	Descrever padrões alimentares emocionais pré-cirúrgicos em indivíduos obesos mórbidos, e determinar se esses indivíduos eram comedores compulsivos. Além disso, avaliar o efeito deste comportamento alimentar na perda de peso após a cirurgia.	Emotional Eating Scale (EES), Beck Depression Inventory (BDI), Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ), Questionnaire on Eating and Weight Patterns e Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWPR) and QEWPR).	Em torno de 8 meses após a cirurgia não houve diferenças entre <i>high</i> comedores emocionais e <i>low</i> comedores emocionais no IMC, níveis de depressão ou na tendência em comer diante de estímulos externos. Isso provavelmente ocorreu porque não houve tempo suficiente para determinar se os hábitos alimentares pré-cirúrgicos ressurgiram para sabotar a perda de peso. Segundo os autores, estudos indicam que o ganho de peso após a cirurgia não ocorre até 18-24 meses.
Alvarez e cols. (2016)	40 pacientes que realizaram o <i>sleeve</i> e ganharam peso (20 maior ganho, 20 menor ganho), de ambos os gêneros.	Não experimental, descritivo, correlacional	Avaliar diferentes fatores etiológicos associados ao ganho de peso em um grupo de pacientes submetidos ao <i>sleeve</i> , pelo menos dois anos após o procedimento.	Banco de dados da instituição, exames clínicos, Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire, Binge Eating Scale e Hospital Anxiety and Depression scale.	Pacientes com maior ganho de peso tiveram um volume gástrico residual maior em comparação com aqueles com menor ganho, e também apresentaram uma prevalência significativa maior de ansiedade. Pacientes com maior ganho tenderam a ter um maior consumo calórico, bem como maior consumo de gordura. Em relação aos fatores avaliados no pré-operatório e primeiro ano pós-operatório não foram detectadas diferenças significativas.

Autores e ano de publicação	População estudada	Delineamento do estudo	Objetivos	Instrumentos/ Procedimentos	Principais resultados
Faden, Leonard, O'Reardon, & Hanson (2013)	Uma mulher, que havia sofrido abuso sexual na adolescência, submetida ao <i>bypass</i> .	Qualitativo, fenomenológico	Explorar possíveis relações entre abuso sexual e desenvolvimento da obesidade, bem como com problemas emocionais e orgânicos no pós-operatório.	Banco de dados da instituição, análise da história de vida (psicoterapia psicodinâmica breve), farmacoterapia.	O caso demonstra a relação entre abuso sexual e desenvolvimento da obesidade. A paciente pode ter inicialmente ganhado peso como uma defesa para afastar maiores avanços sexuais, e por sua vez, ter encontrado conforto na comida e na subsequente transformação de seu corpo, como uma espécie de escudo. Então, a perda destes mecanismos de defesa com o emagrecimento provocado pela cirurgia fez surgir queixas somáticas no pós-imediato e pode comprometer os resultados de perda de peso.
Silva, Gomes, & Carvalho (2016)	80 pacientes submetidos ao <i>bypass</i> (19 que reganharam peso e 61 com peso estável), de ambos os gêneros.	Não experimental, descritivo, correlacional	Investigar os fatores associados ao reganho de peso após o <i>bypass</i> gástrico a partir de dois anos de cirurgia.	Banco de dados da instituição, entrevista semiestruturada, Healthy Eating Index (HEI), Physical Activity Questionnaire e Three-factor Eating Questionnaire (TFEQ-R21).	Maior tempo pós-operatório e pior qualidade da dieta foram preditores independentes para o reganho de peso. Os pacientes que reganharam peso tinham mais episódios de vômitos, sugerindo mal adaptação do comportamento alimentar. As autoras enfatizaram a necessidade do monitoramento clínico sistemático no pós-operatório.
Bastos, Barbosa, Soriano, Santos, & Vasconcelos (2013)	64 pacientes operados de cirurgia bariátrica há pelos menos dois anos, de ambos os gêneros.	Não experimental, descritivo	Identificar fatores determinantes do reganho de peso ponderal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.	Banco de dados da instituição, entrevista semiestruturada e adaptação do Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS).	O reganho de peso ponderal significativo foi observado após cinco anos de cirurgia. Constatou-se que o tempo pós-operatório, a atividade laboral dos pacientes, estimulando alimentação fora de casa, foram os fatores determinantes para a ocorrência do reganho de peso.
Papapietro (2012)	—	Exploratório, descritivo	Explorar os fatores associados ao reganho de peso após a cirurgia bariátrica.	—	Entre os fatores associados ao reganho, a autora citou a técnica cirúrgica (com a banda gástrica em primeiro lugar), aspectos hormonais, aumento progressivo da ingesta calórica, consumo frequente de carboidratos, comer por impulso, doenças psiquiátricas e, de forma mais relevante, a perda do controle alimentar. Mal-estar psicológico, eventos estressores, transtornos de personalidade tendem a ser características das pessoas que reganham peso.



A partir da revisão integrativa da literatura, percebe-se que os estudos encontrados buscam relações entre medidas comportamentais e a recidiva da obesidade, com destaque para depressão e impulsos alimentares. Piores preferências alimentares ou pior qualidade da dieta tiveram alta descrição nos estudos, como padrão de comportamento relacionado ao reganho de peso.

Além disso, dois estudos buscaram explorar possíveis relações entre abuso sexual e desenvolvimento da obesidade, de forma a aprofundar um pouco mais possíveis causas psicológicas envolvidas no fenômeno reganho de peso, estando mais próximos de compreender obesidade como sintoma.

Nesse sentido, percebe-se uma tendência à execução de estudos quantitativos na área de reganho de peso, interessados em estabelecer correlações entre comportamentos relatados e o reganho, bem como indicadores emocionais como mais ou menos responsáveis pela recidiva da obesidade sem, necessariamente, aprofundar as dinâmicas psicológicas implicadas no aumento de peso ao longo dos anos após a cirurgia.

## 2 MÉTODO

### 2.1 Delineamento do estudo

O presente estudo foi desenvolvido segundo as abordagens quantitativa e qualitativa de pesquisa. Os métodos mistos combinam os métodos predeterminados das pesquisas quantitativas com métodos emergentes das qualitativas, assim como questões abertas e fechadas, com formas múltiplas de dados contemplando todas as possibilidades, incluindo análises estatísticas e análises textuais. Neste caso, os instrumentos de coleta de dados podem ser ampliados com observações abertas, ou mesmo, os dados censitários podem ser seguidos por entrevistas exploratórias com maior profundidade. No método misto, o pesquisador baseia a investigação supondo que a coleta de diversos tipos de dados garanta um entendimento melhor do problema pesquisado (Creswell, 2007). O pressuposto central que justifica a abordagem multimétodo é o de que a interação entre os métodos qualitativo e quantitativo fornece melhores possibilidades analíticas (Creswell & Plano Clark, 2011).

Buscando obter maior rigor metodológico, o presente estudo seguiu as diretrizes propostas pelo COREQ – Consolidate Criteria for Reporting Qualitative Research (Tong, Sainsbury & Craig, 2007), que oferece um *checklist* de 32 itens que devem ser seguidos para garantir o detalhamento e possível reprodução dos passos metodológicos das pesquisas qualitativas, possibilitando que os leitores possam compreender a forma como o estudo foi delineado e conduzido, assim como o modo como os dados foram acessados, codificados e analisados (ver Apêndice VI).

Também foi adotado o delineamento de estudo série de casos (Carey & Boden, 2003), uma vez que o objetivo deste estudo envolve, de modo geral, a descrição e a

caracterização dos principais aspectos psicológicos relacionados ao fenômeno reganho de peso em um grupo de pacientes com diagnóstico similar ou submetidos ao mesmo procedimento, acompanhados ao longo do tempo. Segundo Carey e Boden (2003), o tamanho de uma série de casos pode variar de dois ou três casos para centenas ou mesmo milhares. As séries de casos também podem ser valiosas para descrever a história de uma doença ou a recuperação e complicação após um tratamento ou procedimento.

O delineamento da pesquisa também pode ser caracterizado como transversal, já que os participantes foram abordados em um momento específico da sua trajetória de vida, ainda que esse momento estivesse inserido em um contexto mais amplo (Polit, Beck & Hungler, 2004); bem como descritivo, uma vez que apresentou e discutiu indicadores comportamentais coletados por meio de escalas, gerando algumas hipóteses para estudos futuros (Sousa, Driessnack & Mendes, 2007).

## **2.2 Referencial teórico de investigação**

Os dois principais referenciais teóricos utilizados neste estudo são as propostas acerca do sintoma psicossomático desenvolvido pela psicanalista Joyce McDougall no livro *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise* (2013), e da psicologia da alimentação explorado por Jane Ogden em seu livro *The psychology of eating: from healthy to disordered behavior* (2010). Entende-se que ambos são complementares para que haja melhor compreensão e análise do fenômeno reganho de peso, no que se refere às questões psicológicas e bem como socioculturais.

## **2.3 COREQ, Domínio I: Equipe de pesquisa e reflexão**

### **2.3.1 Caracterização do campo de pesquisa**

Buscando elucidar as características profissionais da pesquisadora e sua relação com os participantes da pesquisa (COREQ, Domínio I: *Research team and reflexivity*), o serviço de saúde no qual o estudo foi conduzido será descrito a seguir.

A coleta de dados do presente estudo foi empreendida em serviço de saúde privado localizado em Brasília/DF. Trata-se de uma clínica composta por uma equipe de saúde multidisciplinar, na qual a pesquisadora responsável por este estudo atua como psicóloga prestadora de serviço desde o ano de 2012, além de atualmente coordenar a psicologia. A clínica tem em torno de 30 profissionais da saúde atuantes.

O serviço tem como objetivo geral oferecer tratamento clínico convencional e cirúrgico a indivíduos com sobrepeso e obesidade. Esse tratamento envolve consultas com a equipe, composta por médicos cirurgiões, endocrinologista, cardiologista, pneumologista, nutricionista, psicóloga, entre outros, além de contar com o apoio da equipe de recepção ao paciente. Cada profissional, dentro de sua especialidade, atua para melhorar a qualidade de vida e a saúde do paciente, de acordo com sua necessidade individual.

A clínica conta com seis consultórios adaptados para o melhor conforto do paciente obeso. A psicologia conta com um consultório, com condições adequadas em termos de privacidade, conforto e acústica; apresenta boas condições de iluminação, ventilação e ausência de ruídos. Todos os profissionais envolvidos nos atendimentos ao paciente são estimulados a realizarem pesquisas científicas na área seguindo as recomendações éticas necessárias, e a presente pesquisa é fruto desse apoio.

## 2.4 COREQ, Domínio II: Detalhamento do estudo

### 2.4.1 Participantes

Participaram deste estudo 18 pessoas com reganho de peso, com idades variando entre 28 e 55 anos (Média=39,89±8,6; n=18). A maioria dos participantes eram do gênero feminino (83,33%; n=15). Com relação à escolaridade, 72,22% (n=13) tinham ensino superior, 22,22% (n=4) ensino médio e 5,56% (n=1) ensino fundamental. Com relação ao estado civil, 55,56% (n=10) eram solteiros, 38,89% (n=7) casados/união estável e 5,56% (n=1) divorciados. Com relação à etnia, 55,56% (n=10) se declararam de etnia branca, 38,89% (n=7) etnia parda e 5,56% (n=1) etnia negra. Sobre a orientação sexual apenas 11,11% (n=2) declararam ser homossexuais. Com relação ao tempo de cirurgia, ele variou de 36 a 132 meses (Média=80,72±33,71). A média do IMC reganhado foi 6,61 (±4,04), cujo início do reganho de peso variou de 07 a 72 meses (Média=35,39±18,93). Todos os participantes tinham realizado a técnica cirúrgica *Bypass* gástrico.

Os 18 participantes responderam a entrevista semiestruturada e as escalas de indicadores psicológicos (Etapa 1). Desses, 12 participantes – 11 mulheres e um homem – estiveram presentes nos grupos operativos em pelo menos um encontro (Etapa 2).

O convite à participação da pesquisa foi feito tanto via e-mail e telefone para os pacientes da clínica que tinham reganhado peso (base de dados da clínica), quanto por meio das redes sociais, oferecido então também para pacientes de outros cirurgões bariátricos e clínicas da região.

Os critérios de inclusão para convite de participação da pesquisa foram os seguintes: (1) pacientes terem realizado a cirurgia de *Bypass* gástrico ou *Sleeve* há pelo menos 36 meses; (2) apresentarem reganho de, no mínimo, 10% de peso mínimo alcançado

após a cirurgia; (3) terem escolaridade equivalente ou superior a, pelo menos, cinco anos de estudo; e (4) terem idade entre 21 e 65 anos e disponibilidade para participar do estudo.

Com relação aos critérios de exclusão do estudo: (1) o paciente não poderia ter reganhado peso exclusivamente em função de doença endógena ou doença grave; (2) não poderia estar internado; (3) não estar em uso de corticoides ou outra medicação que poderia levar ao ganho ponderal significativo; (4) não ter diagnóstico de doença congênita e/ou história de problemas psiquiátricos que poderiam comprometer a capacidade de compreensão e escrita.

#### **2.4.2 Instrumentos e materiais**

##### *Entrevista semiestruturada individual (Apêndice I)*

A técnica de entrevista semiestruturada foi eleita para ser utilizada na coleta de dados por permitir o aprofundamento em determinado tema de pesquisa, indo além de uma conversa superficial para uma rica discussão a respeito de pensamentos e sentimentos (Maykut & Morehouse, 1994). Em se tratando de uma relação entre duas pessoas (entrevistador e entrevistado), a entrevista pode ser compreendida como um diálogo dinâmico e mútuo, no qual ocorrem interações e trocas entre as partes, e de onde podem surgir os sentidos e significados para o indivíduo da experiência investigada.

Essa modalidade de coleta de dados implica em compor um roteiro de perguntas elaboradas de forma a atender os objetivos da investigação, adotando uma formulação flexível, de modo que a sucessão das questões e os detalhes deverão ficar por conta do discurso das participantes e da dinâmica da entrevista (Minayo, 2008).

O objetivo da entrevista semiestruturada foi colher dados sociodemográficos dos participantes, além de questões relacionadas à história e vida, à cirurgia, ao reganho de

peso e aos hábitos de vida. O roteiro elaborado foi traduzido e adaptado para essa pesquisa a partir do estudo de Odom e cols. (2010). A entrevista foi realizada anteriormente aos encontros grupais e ao final dela os participantes responderam roteiros e escalas que visaram coletar dados de indicadores psicológicos, a saber: ansiedade, depressão, compulsão alimentar e imagem corporal.

#### *Escala de Compulsão Alimentar (ECAP) (Apêndice II)*

A Escala de Compulsão Alimentar (ECAP) é uma escala *Likert*, composta por 16 itens que avaliam as manifestações comportamentais e os sentimentos e cognições envolvidos num episódio de compulsão alimentar periódica (CAP). O instrumento fornece o resultado em três categorias, a saber: CAP grave (escore  $\geq 27$ ), moderado (escore entre 18 e 26) e ausência de CAP (escore  $\leq 17$ ). Para este estudo, foi utilizada a versão em português de Freitas, Lopes, Coutinho e Apollinario (2001), validada (versão original *Binge Eating Scale – BES*), com adequadas propriedades psicométricas que indicam sua utilização, no ponto de corte 17, para o rastreamento do Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) em indivíduos obesos que procuram tratamento para emagrecer.

#### *Inventário Beck de Ansiedade e Depressão (BAI, BDI)*

O BAI e o BDI (do inglês *Beck Anxiety Inventory* e *Beck Depression Inventory*, desenvolvidos por Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988) é um instrumento autoaplicável, traduzido para o português e adaptado à população brasileira por Cunha (2001), que possibilita a investigação de níveis e intensidade de manifestações de ansiedade e depressão. O BAI contém 21 itens, cada um com 4 alternativas, indicando graus crescentes de cada sintoma. Os itens são referentes à dormência ou formigamento, sensação de calor, tremores nas pernas, incapacidade de relaxar, medo que aconteça o pior, atordoamento ou

tontura, palpitação ou aceleração do coração, dificuldade de equilíbrio, sentimento aterrorizado, nervosismo, sensação de sufocação, tremores nas mãos, tremores no corpo, medo de perder o controle, dificuldade de respirar, medo de morrer, comportamento assustado, indigestão ou desconforto no abdômen, sensação de desmaio, rosto afogueado e suor. O nível de ansiedade é classificado como: de 0 a 10 = mínimo, 11 a 19 = leve, 20 a 30 = moderado, 31 a 63 = grave. O BDI compreende uma escala de 21 itens, cada um com 4 alternativas, indicando graus crescentes de depressão, centrando-se em assertivas que expressam, além de sintomas físicos, cognições típicas de pacientes deprimidos. Os itens se referem à tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, culpa, punição, autoaversão, autoacusações, ideias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, mudança na autoimagem, dificuldade de trabalhar, insônia, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupações com a saúde, perda da libido. O nível de depressão é classificado de acordo com a pontuação total obtida: de 0 a 11 = mínimo, de 12 a 19 = leve, de 20 a 35 = moderado e de 36 a 63 = grave.

#### *Body Shape Questionnaire (BSQ-34) (Apêndice III)*

Para avaliar a insatisfação com a imagem corporal foi utilizado o *Body Shape Questionnaire-BSQ* (versão original de Cooper, Taylor, Cooper & Fairbun, 1987). Este instrumento foi traduzido e validado em universitários no Brasil por Di Pietro e Silveira (2009), apresentando uma consistência interna de 0.97 e uma solução da escala fatorial de quatro dimensões, representando 66.4% da variabilidade total dos dados. O BSQ-34 é um questionário autoaplicável do tipo escala *Likert*, composto por 34 perguntas, com seis opções de resposta (nunca, raramente, às vezes, frequentemente, muito frequentemente e sempre) que pontuam de um a seis, sendo a maior pontuação conferida àquelas respostas que refletem maior preocupação com a imagem corporal e maior autodepreciação devido à



aparência física, especialmente no sentido de sentir-se com excesso de peso. Resultado entre 111 e 138 pontos é classificado como leve distorção da imagem corporal; entre 139 e 167 é classificado como moderada; e acima de 167 pontos a classificação é de presença de grave distorção da imagem corporal.

### *Grupo operativo*

O trabalho em grupo com os participantes que reganharam peso baseou-se na técnica de Grupo Operativo de Pichon-Rivière (2009). Trata-se de uma técnica não-diretiva, que transforma uma situação de grupo em um campo de investigação-ativa. Foram executados no total 12 encontros grupais, de periodicidade quinzenal, com duração em média de duas horas, com discussão de um ou mais temas-geradores por encontro, a depender da necessidade e demanda dos participantes. Os encontros foram realizados entre outubro de 2015 e maio de 2016. Os temas-geradores, por sua vez, foram definidos durante a entrevista semiestruturada com os participantes e ao longo dos próprios encontros grupais, e tiveram relação com o fenômeno reganho de peso após a cirurgia bariátrica.

A técnica de Grupo Operativo foi desenvolvida por Pichon-Rivière (2009). Ela é não-diretiva e transforma uma situação de grupo em um campo de investigação-ativa. Para isso, o coordenador tem a função de facilitar a comunicação entre os integrantes, a fim de que o grupo seja operativo, isto é, que ultrapasse os obstáculos na resolução da tarefa (Pereira, 2013). Segundo Van Acker (2008) e Esbrogeo (2008) a técnica do grupo operativo se pauta na dimensão psicossocial do sujeito e de suas possibilidades de aprendizagem, sendo utilizado como uma tecnologia no sentido de desenvolver no grupo a gestão do conhecimento, do pensamento crítico e de ações transformadoras.

No grupo operativo, instrumentaliza-se um processo que passa fundamentalmente pela diminuição dos medos básicos, com o fortalecimento do Eu e uma adaptação ativa à

realidade. Hierarquiza-se, como tarefa grupal, a construção de um Esquema Conceitual, Referencial e Operativo (ECRO) comum, condição necessária para a comunicação e a realização da tarefa. A tarefa depende, portanto, do campo operativo do grupo: sua percepção, sua interação, sua linguagem (Soares & Ferraz, 2007).

No processo do grupo, há os momentos da pré-tarefa, da tarefa e do projeto. A pré-tarefa é o momento em que predominam mecanismos de dissociação, com a finalidade de defender os sentimentos de culpa e ambivalência, a situação depressiva básica, as dificuldades de tolerância, a frustração e a postergação. A tarefa é o momento em que se rompe a estereotipia e se elabora a pré-tarefa, avançando na elaboração de seu objetivo. Nesse momento, alcança-se maior operatividade e criatividade, podendo-se sistematizar objetivos e realizar tarefas propostas e/ou novas. No momento do projeto, uma vez alcançado um nível de operatividade, o grupo pode se planejar (Soares & Ferraz, 2007).

Enrique Pichon-Rivière (1907-1977), psiquiatra e psicanalista argentino - suíço de nascimento - começou a elaborar suas teorias sobre grupos terapêuticos a partir da década de 1940. Ele a intitulou de Grupos Operativos e, para a elaboração deles, fez uma articulação entre as teorias de Moreno, Kurt Lewin e as teorias psicanalíticas de Freud, Melaine Klein e Bion, além de outras áreas do conhecimento, tais como a Sociologia e Antropologia. Os fundamentos da tarefa grupal são superar e resolver situações fixas e estereotipadas, possibilitando sua transformação em situações flexíveis, que permitam questionamentos, favorecendo o debate, o diálogo numa lógica dialética.

O grupo operativo se une em torno de uma tarefa, que é compreendida em nível consciente, mas que também implica uma dimensão afetiva que existe no inconsciente do grupo. Assim, um nível de funcionamento do grupo é lógico e relacionado à tarefa e outro está envolvido com as emoções e a dinâmica psíquica do grupo, seus medos e fantasias. Os objetivos conscientes do grupo delimitam a sua tarefa externa. Mas ele também tem uma

tarefa interna, que é trabalhar com os processos vividos, em nível consciente e inconsciente, que dificultam ou mesmo impedem a realização da tarefa externa (Pichon-Rivière, 2009).

O grupo operativo constitui uma modalidade de processo grupal que, em princípio, deve ser: dinâmico - permitindo-se o fluir da interação e da comunicação para fomentar o pensamento e a criatividade; reflexivo – uma parte da tarefa é a reflexão sobre o próprio processo grupal, particularmente quando se trata de compreender os fatores que obstruem a tarefa; e democrático quanto à tarefa – o grupo origina suas próprias ações e pensamentos, em um princípio de autonomia. Nesse sentido, a tarefa explícita dos grupos operativos refere-se à aprendizagem, diagnóstico e tratamento; a tarefa implícita, por sua vez, ao modo como cada integrante vivencia o grupo; e os elementos fixos referem-se ao tempo, duração, frequência, função do coordenador e do observador.

Os processos vividos no grupo geram uma ressonância, ou seja, o processo individual entra no campo grupal provocando identificações e reações em cadeia, conforme a distância psíquica entre os membros. Assim, um membro serve de suporte para processos psíquicos de outros membros e do grupo. Conseqüentemente, o trabalho com o grupo visa à integração de duas dimensões: a verticalidade, que se refere à história de cada participante, e que o leva a uma reatualização emocional no grupo e a um processo transferencial; e a horizontalidade, que se refere ao campo grupal, consciente e inconsciente, que vai sendo modificado pela ação e interação dos membros.

Como técnica de intervenção, afina-se com os paradigmas atuais em saúde e educação, que colocam o sujeito no centro de seu processo de aprendizagem, como sujeito ativo e protagonista na produção de sua saúde, na construção do conhecimento e dos sentidos que dão significado à sua experiência humana (Pereira, 2013; Soares & Ferraz, 2007). Os grupos operativos são ferramentas de incorporação do saber que torna o

indivíduo um agente ativo e responsável da mudança de hábitos. Além de serem instrumentos de acolhimento, vínculo, integralidade, corresponsabilidade e trabalho em equipe.

Pautando-se nos pressupostos referentes à técnica de Grupo Operativo de Pichon-Rivière, este estudo realizou um processo de intervenção psicológica com grupo de pacientes que reganharam peso após a cirurgia bariátrica. Foram explorados os aspectos psicológicos do fenômeno reganho de peso a partir da experiência de interação grupal, bem como da explicitação de situações não ditas/ocultas posteriormente analisadas a partir das gravações de voz.

#### *Diário de campo*

Os encontros grupais tiveram a presença de uma segunda psicóloga, além da pesquisadora. Essa profissional também atua na equipe da clínica e está familiarizada com o tema em questão. Sua tarefa como auxiliar da pesquisa foi ter tomado nota em uma caderneta de campo, durante os encontros grupais, de todas as suas observações e impressões para análise posterior.

Segundo Weber (2009), o diário de campo é um instrumento que o pesquisador se dedica a produzir dia após dia ao longo de toda a experiência investigativa, e que tem por base a realização de observações diretas dos comportamentos de um determinado grupo. Segundo Dalmolin, Lopes e Vasconcellos (2002), nos diários de campos são registradas as atividades desenvolvidas no campo de pesquisa, incluindo descrições, trechos de fala dos participantes, impressões e sentimentos da observadora.

## 2.5 COREQ, Domínio III: Análise e resultados

### 2.5.1 Procedimentos

Com relação aos procedimentos para coleta de dados, seguiu-se da seguinte maneira:

**FASE 1. Seleção dos participantes:** A pesquisadora solicitou ao cirurgião responsável sua lista de pacientes da clínica que haviam reganhado peso. Esta planilha tem sido alimentada há mais de 17 anos de atendimento e acompanhamento ao paciente bariátrico. Com esse material em mãos, pesquisou-se no banco de dados da instituição se os candidatos se encaixavam, inicialmente, nos critérios de inclusão/exclusão previamente mencionados.

Em seguida, selecionados os candidatos e com seus dados de contato capturados, foi feito o convite à participação no estudo via e-mail e telefone. Ao mesmo tempo, foram realizados *posts* em redes sociais convidando, portanto, pacientes bariátricos também de outras clínicas da região de Brasília/DF. Mediante o retorno positivo, foi agendando um horário de acordo com a disponibilidade de cada participante. Antes da entrevista semiestruturada o estudo foi explicado detalhadamente e foi pedido aos participantes que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – onde constava por escrito os objetivos, o método, a responsabilidade ética da pesquisadora em relação aos dados obtidos e a possibilidade de desistência do entrevistado a qualquer momento do processo de coleta de dados – e o Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz para participação na pesquisa.

**FASE 2. Aplicação dos instrumentos:** Os participantes foram entrevistados seguindo o roteiro de entrevista semiestruturada após todos formalizarem sua anuência mediante a assinatura do TCLE e do termo para gravação de voz. As entrevistas foram realizadas individualmente na sala da psicologia da clínica privada, com duração média de uma hora e trinta minutos, e com condições apropriadas de conforto e privacidade. Após a realização das entrevistas, a pesquisadora explicou a respeito do preenchimento das escalas de indicadores psicológicos e convidou os participantes a respondê-las ou em outra sala da clínica que estivesse disponível naquele momento, ou na sala de espera, onde preferissem.

**FASE 3. Execução dos grupos operativos:** Após a realização de todas as entrevistas, a pesquisadora agendou o primeiro encontro em grupo. E seguiu com os encontros grupais quinzenalmente, totalizando 12, os quais ocorreram entre outubro de 2015 e maio de 2016. Em cada um deles, foram discutidos temas-geradores relacionados ao assunto obesidade e reganho de peso, cujos principais foram: (1) falta de apetite sexual; (2) causas do reganho de peso; (3) cirurgia revisional; (4) relação com a comida; (5) autocuidado, autocontrole e autoconhecimento; (6) troca de experiências de vida; (7) vícios – comida, bebida e compras; (8) peso ideal *versus* peso real; (9) percepção corporal; (10) tristeza e depressão; (11) frustração com resultados pós-cirúrgicos; e (12) expectativa e cobrança social. A Tabela 7 a seguir explica os encontros grupais de forma um pouco mais detalhada. Os tema-geradores tanto foram solicitados previamente pelos participantes nas entrevistas semiestruturadas (Apêndice I – questão 18), quanto sugeridos pela pesquisadora, bem como ocorreram espontaneamente ao longo dos encontros grupais.

Tabela 7

*Tabela explicativa dos encontros dos grupos operativos*

Grupo	Temas-geradores	Nº. Participantes	Aspectos interventivos percebidos
1	Expectativa e cobrança social; causas do reganho de peso	Cinco	Compartilhamentos com forte apoio mútuo; expectativa pela possibilidade de um espaço de real compreensão de seu sofrimento psíquico.
2	Frustração com resultados pós-cirúrgicos; peso ideal <i>versus</i> peso real; cirurgia revisional; percepção corporal	Quatro	Identificação entre os membros; sensação de não estar só; ansiedade sobre possibilidade de submeterem-se a técnicas de cirurgia revisional; caráter instrutivo da pesquisadora.
3	Causas do reganho de peso; cirurgia revisional; vícios – comida, bebida e compras; relação com a comida	Três	Compartilhamento de vivência de dependência com o doce/chocolate. Liberdade para expressão de comportamentos sem que houvesse julgamento. Diminuição da sensação de culpa.
4	Troca de experiências de vida; relação com a comida; expectativa e cobrança social	Cinco	Necessidade de ser verdadeiro/autêntico. Identificação de que querer agradar os outros é gatilho para a superalimentação.
5	Autocuidado, autocontrole e autoconhecimento; relação com a comida; expectativa e cobrança social	Cinco	Identificação entre os membros; compartilhamento com forte apoio mútuo; percepção de sintomas psicossomatizantes.
6	Relação com a comida	Uma	Percepção da necessidade de expressão saudável de sentimentos hostis.
7	Causas do reganho de peso; relação com a comida; vícios – comida, bebida e compras	Três	Atualização de significados sobre o ganho de peso, o formato corporal e sobre a comida.
8	Tristeza e depressão	Quatro	Compartilhamentos com forte apoio mútuo; necessidade de ser verdadeiro/autêntico.
9	Troca de experiências de vida; expectativa e cobrança social	Duas	Percepção da necessidade de expressão saudável de sentimentos hostis.
10	Relação com a comida; percepção corporal	Duas	Atualização de significados sobre o ganho de peso, o formato corporal e sobre a comida.
11	Expectativa e cobrança social	Quatro	Compartilhamentos com forte apoio mútuo; diminuição da sensação de culpa.
12	Falta de apetite sexual; frustração com resultados pós-cirúrgicos; percepção corporal	Seis	Melhor aceitação de si; compartilhamentos com forte apoio mútuo; expressão de agradecimento pelo espaço de troca proporcionado.

**FASE 4. Análise dos dados:** Os dados dessa pesquisa foram analisados em duas etapas.

**Análise de dados quantitativos.** Inicialmente foi feita uma análise exploratória para verificar se havia dados ausentes, *outlines*, padrão da distribuição dos dados. Em seguida foi realizada a extração dos escores da Escala de Compulsão Alimentar, *Body Shape Questionnaire*, Inventário Beck de Depressão e Ansiedade. O reganho de peso (Re) foi calculado por meio da diferença entre o IMC atual (IA) e o menor IMC após a cirurgia (MI) (IA – MI). O percentual de reganho é a relação entre o Re e a diferença do IMC no dia da cirurgia (IC) e o MI multiplicado por 100  $\left(\frac{Re}{IC - Mi} \times 100\right)$ . Para as variáveis escalares do estudo foram realizadas análises de tendências centrais (média) e variância (desvio padrão), e para as variáveis categóricas foi levantada a frequência absoluta e relativa.

Para verificar as relações entre escores de BAI, BDI, disfunção da imagem corporal, compulsão alimentar e as variáveis sobre o reganho de peso foram realizadas correlações de Pearson (r).

Para verificar se havia diferenças entre os participantes que apresentavam comportamentos positivos para manutenção do peso para as medidas do percentual de reganho e tempo de início de reganho de peso foi realizado o teste não paramétrico U de Mann-Whitney. Apesar das variáveis possuírem aderência à curva normal, a escolha do teste não paramétrico se deu pelo número de participantes e distribuição desproporcional entre os grupos. A mesma análise foi realizada para os comportamentos negativos.

As análises foram realizadas por meio do pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão Windows 22.0. Foi aceito significância estatística onde  $p < 0,05$ , para todos os testes parâmetros bicaudais.



**Análise de dados qualitativos.** Visando responder o principal objetivo deste estudo, os encontros grupais foram audiogravados por um Smartphone Motorola Moto G, posteriormente transcritos na íntegra para língua portuguesa e também traduzidos para a língua inglesa. O material audiogravado foi analisado e interpretado, juntamente com o diário de campo, e constituíram o *corpus* dos dados qualitativos. Esse material foi submetido à Análise Temática (Braun & Clarke, 2006), procedimento que visa a ultrapassar o alcance descritivo da mensagem, excedendo os conteúdos manifestos até alcançar os conteúdos latentes. Os dados foram organizados em categorias temáticas, levando-se em conta a variedade e regularidade das respostas e os padrões convergentes de conteúdo dos relatos.

Segundo Braun e Clarke (2006), a análise temática deve ser considerada um método indispensável na realização de pesquisas qualitativas, que envolvem a análise de dados bastante diversos, complexos e subjetivos. Trata-se de um método para identificar, analisar e reportar padrões (temas) encontrados no *corpus* de pesquisa. Busca-se organizar e descrever os conjuntos de dados (entrevistas) de maneira detalhada, e interpretá-los de acordo com os objetivos da pesquisa.

As autoras mencionadas enfatizam o papel ativo do pesquisador na identificação, descrição e interpretação dos dados obtidos. Não se trata de “temas que emergem dos dados” e aos quais o pesquisador apenas “dá voz”, mas sim de um esforço contínuo por parte do pesquisador para observar e refletir sobre os dados coletados e desenvolver ligações com a abordagem teórico-metodológica adotada. Nesse sentido, é importante que sejam tomadas decisões a respeito da abordagem adotada, que esta seja coerente com o objeto de pesquisa e com o que o pesquisador deseja saber.

O processo de realização da análise temática é iniciado quando o pesquisador começa a procurar e perceber padrões convergentes de significados e questões de potencial

interesse nos dados, tanto durante quanto após a finalização da coleta de dados. O fim do processo envolve reportar o conteúdo e significado dos temas. No entanto, esse processo não é linear: o pesquisador “vai e volta” inúmeras vezes ao conjunto inteiro de dados, aos trechos de entrevistas analisadas e à interpretação dos dados que está sendo produzida (Braun & Clarke, 2006). Os passos metodológicos envolvidos no processo de análise temática proposto por Braun e Clarke (2006) e adotados no presente estudo serão descritos a seguir:

(1) **Familiarização com os dados:** consiste na imersão do pesquisador nos dados, até o ponto de se perceber familiarizado com a profundidade e extensão dos conteúdos. Envolve leituras repetitivas e ativas, buscando significados e padrões.

(2) **Criação de elementos de análise iniciais:** desenvolvimento de uma lista inicial de ideias sobre os principais elementos de análise que constam nos dados e que são relevantes para a pesquisa em questão. Os elementos iniciais servem para identificar características dos dados (conteúdos semânticos ou latentes) que o pesquisador considera relevantes, e que sejam referentes a segmentos “brutos” dos dados, mas que podem ser avaliados de maneira significativa para a compreensão do objeto de pesquisa.

(3) **Procurando temas:** quando todo o conjunto de dados tiver sido codificado e coligido, parte-se para a criação de temas maiores, que englobam os elementos de análise iniciais e os une de forma combinada, a partir da convergência temática. Para ilustrar os temas desenvolvidos, é possível utilizar-se de diagramas, *mind maps*, tabelas, entre outros.

(4) **Revisando temas:** esta fase se inicia quando o pesquisador houver desenvolvido um conjunto de potenciais temas, e envolve o refinamento dos mesmos. Os temas são reorganizados: combinados, divididos em dois ou mais temas ou mesmo excluídos.

(5) **Definindo e nomeando temas:** quando o pesquisador tiver um mapa temático satisfatório, deve-se definir e refinar novamente os temas a serem analisados. Por “definir, refinar”, as autoras enfatizam a importância de identificar a essência do que trata cada tema, e determinar qual aspecto dos dados cada tema aborda.

(6) **Produzindo o manuscrito:** esta fase se inicia no momento em que o pesquisador tem um conjunto definitivo de temas, e envolve a análise final e escrita do manuscrito. Nesse momento, é importante que a análise ofereça uma visão concisa, coerente, lógica, não repetitiva e relevante a respeito dos dados obtidos. A escrita final deve fornecer evidências suficientes dos temas oriundos dos dados, por exemplo, trechos de entrevistas que demonstrem a prevalência do tema em questão.

### **Análise horizontal dos dados qualitativos**

Esta forma de análise dos dados é dedicada à interpretação das convergências e divergências encontradas nos relatos dos participantes, sendo que os resultados serão apresentados e discutidos a partir das audiografações dos encontros grupais. Os pontos em concordância e que estivessem relacionados ao objetivo principal do estudo foram considerados para a discussão, permitindo descrever em detalhes os conteúdos e sentidos recorrentes que surgiram, buscando-se com esse enfoque colocar em relevo a densidade e a riqueza discursiva do material coligido.

Particularmente, as categorias temáticas foram estruturadas durante o estágio de doutoramento da pesquisadora na Universidade de Surrey na Inglaterra, sob coorientação da PhD Jane Ogden. Durante o estágio naquele país, a pesquisadora apresentou à coorientadora as transcrições na língua inglesa de todos os encontros grupais realizados. A partir de então foram sendo construídas planilhas pela pesquisadora seguindo os passos metodológicos de análise temática descritos acima (Braun e Clarke, 2006), e apresentados

à coorientadora para que então os temas e subtemas fossem sendo definidos e redefinidos a cada supervisão individual – foram seis ao total – até se chegar ao corpo final. Ao retornar para o Brasil, a partir das supervisões com a orientadora, os temas e subtemas foram sutilmente adaptados um pouco mais próximos à perspectiva teórica deste estudo, considerando sobretudo que a pesquisa foi realizada no Brasil.

## **2.6 Considerações éticas**

Para assegurar o cumprimento de normas éticas na condução de pesquisas com seres humanos, constantes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (CEP-FM/UnB), credenciado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado em 26 de junho de 2015 sob o protocolo número 1.126.657 (Anexo II). Os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos e a relevância científica e social do projeto. A participação foi voluntária e a inclusão no estudo ocorreu mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE) (Apêndice IV) e Termo de Gravação de Voz pelos participantes (Apêndice V).

### 3. RESULTADOS

O presente estudo buscou compreender os aspectos psicológicos e também socioculturais relacionados ao ganho de peso após a cirurgia bariátrica. Além disso, buscou caracterizar a amostra estudada em seus indicadores psicológicos, a saber: ansiedade, depressão, imagem corporal e compulsão alimentar; identificar as motivações para a tomada de decisão da cirurgia; e evidenciar diretrizes de intervenção psicológica para prevenção e tratamento da recidiva da obesidade. Para tanto, a apresentação dos resultados será feita em dois subitens. O primeiro (item 3.1), que se refere à análise quantitativa da coleta, pretende responder primordialmente aos objetivos específicos da pesquisa. O segundo (item 3.2), que corresponde à análise dos dados qualitativos, irá apresentar a análise temática dos grupos buscando responder sobretudo ao principal objetivo do estudo.

A Tabela 8, a seguir, expõe os dados antropométricos dos participantes, obtidos a partir da entrevista semiestruturada e do banco de dados da clínica.

Tabela 8

*Caracterização dos participantes segundo dados antropométricos*

Participantes	Idade	Tempo de cirurgia (meses)	Peso mais baixo pós (kg)	Peso atual (kg)	Porcentagem reganho de peso (%)	IMC dia da cirurgia (kg/m <sup>2</sup> )	IMC atual (kg/m <sup>2</sup> )
<b>1</b>	<b>52</b>	<b>124</b>	<b>92</b>	<b>109</b>	<b>18,4</b>	<b>40,4</b>	<b>36,4</b>
<b>2</b>	<b>36</b>	<b>36</b>	<b>49</b>	<b>59</b>	<b>20,4</b>	<b>46,3</b>	<b>25,5</b>
<b>3</b>	<b>47</b>	<b>40</b>	<b>70</b>	<b>81</b>	<b>13,5</b>	<b>37,9</b>	<b>31,6</b>
<b>4</b>	<b>39</b>	<b>52</b>	<b>84</b>	<b>104</b>	<b>23,8</b>	<b>38,3</b>	<b>36,8</b>
<b>5</b>	<b>55</b>	<b>84</b>	<b>78</b>	<b>93</b>	<b>19,2</b>	<b>37,6</b>	<b>35</b>
<b>6</b>	<b>41</b>	<b>108</b>	<b>64</b>	<b>85,7</b>	<b>33,9</b>	<b>45,8</b>	<b>35,7</b>
<b>7</b>	<b>37</b>	<b>45</b>	<b>70</b>	<b>80</b>	<b>14,2</b>	<b>43,7</b>	<b>33,3</b>
8	32	106	101	140	38,6	56,7	53,4
9	28	56	50	66	32	40,5	26,4
<b>10</b>	<b>34</b>	<b>48</b>	<b>77</b>	<b>86</b>	<b>11,7</b>	<b>37,8</b>	<b>31,5</b>
<b>11</b>	<b>48</b>	<b>132</b>	<b>93</b>	<b>105</b>	<b>13</b>	<b>46,7</b>	<b>39,4</b>
12	31	63	87	95	10,3	43,3	34,8
<b>13</b>	<b>35</b>	<b>86</b>	<b>80</b>	<b>115</b>	<b>43,7</b>	<b>49,8</b>	<b>44,3</b>
<b>14</b>	<b>49</b>	<b>126</b>	<b>65</b>	<b>85,7</b>	<b>31,8</b>	<b>41,2</b>	<b>30,7</b>
15	29	84	66	77	16,7	41,3	29,7
16	44	50	85	100	17,6	38,3	30,8
17	50	132	105	140	37	47,3	45,4
<b>18</b>	<b>31</b>	<b>81</b>	<b>89</b>	<b>104</b>	<b>16,8</b>	<b>45,2</b>	<b>39,1</b>

Nota: Os participantes destacados em **negrito** participaram dos encontros grupais, pelo menos uma vez, e irão compor o *corpus* da análise temática do estudo.

### 3.1 Resultados da análise quantitativa

Dezoito participantes compuseram os dados para a análise quantitativa do estudo. Quando perguntados com que frequência visitam a equipe multiprofissional após a cirurgia, a maioria (61,11%; n = 11) afirmou que raramente (ver Tabela 9).

Tabela 9

*Frequência de visitas à equipe multiprofissional (n=18)*

	<i>f</i>	%
Não visito de forma alguma	3	16,67
Raramente	11	61,11
Uma vez por ano	2	11,11
2-3 vezes por ano	2	11,11
Total	18	100,00

A Tabela 10, a seguir, apresenta a média dos dados antropométricos dos participantes e das variáveis psicológicas. De acordo com tabela, o percentual de ganho do IMC dos participantes teve média de 47,06 ( $\pm 22,82$ ; n = 18). Em média o ganho de peso dos participantes começou com 35,39 meses ( $\pm 18,93$ ; n = 18) após a cirurgia.

Em média, os participantes apresentaram índices leves de disfunção da imagem corporal (Média =  $132,11 \pm 41,14$ ; n = 18), compulsão alimentar moderada (Média =  $21,5 \pm 13,66$ ; n = 18), depressão moderada (Média =  $19,89 \pm 10,36$ ; n = 18) e ansiedade leve (Média =  $18,83 \pm 11,52$ ; n = 18) (ver Tabela 10).

Tabela 10

*Médias dos participantes segundo dados antropométricos e variáveis psicológicas*

Indicadores	Mínimo	Máximo	Média	Erro Amostrável (SE)	Desvio Padrão (s)
BSQ	45,00	185,00	132,11	9,70	41,14
ECAP	4,00	44,00	21,50	3,22	13,66
BDI Depressão	4,00	36,00	19,89	2,44	10,36
BAI Ansiedade	3,00	42,00	18,83	2,71	11,52
IMC (atual)	25,50	53,40	35,54	1,64	6,97
IMC (dia da cirurgia)	37,60	56,70	43,23	1,19	5,06
Menor IMC após a cirurgia	20,00	37,70	28,93	1,12	4,76
IMC perdido	8,20	25,10	14,29	1,19	5,04
IMC reganhado	1,70	17,20	6,61	0,95	4,04
Percentual do reganho do IMC	17,13	86,62	47,06	5,38	22,82
IMC do reganho relativizado pelo dia da cirurgia	3,64	30,34	14,86	1,72	7,28
Início do reganho (meses)	7,00	72,00	35,39	4,46	18,93

Nota: BSQ – *Body Shape Questionnaire*; ECAP – Escala de Compulsão Alimentar Periódica; BDI – *Beck Depression Inventory*; BAI – *Beck Anxiety Inventory*; IMC – Índice de Massa Corporal.

A Tabela 11, a seguir, apresenta os resultados das correlações entre as variáveis do presente estudo com o reganho de peso.



Tabela 11

*Correlação das variáveis do estudo com reganho de peso (n=18)*

Indicadores	Média	Desvio Padrão	1	2	3	4	5	6	7
1 IMC (dia da cirurgia)	43,23	5,06							
2 IMC (atual)	35,54	6,97	0,724*						
3 Percentual do reganho do IMC (%)	47,06	22,82	0,273	0,728*					
4 Início do reganho após a cirurgia (meses)	35,39	18,93	0,243	0,160	-0,063				
5 BSQ	132,11	41,14	0,136	-0,056	-0,006	-0,516**			
6 ECAP	21,50	13,66	0,098	0,004	0,177	-0,703*	0,742*		
7 BDI Depressão	19,89	10,36	0,073	0,191	0,333	-0,645*	0,815*	0,787*	
8 BAI Ansiedade	18,83	11,52	0,039	-0,141	-0,056	-0,419	0,489**	0,579**	0,546**

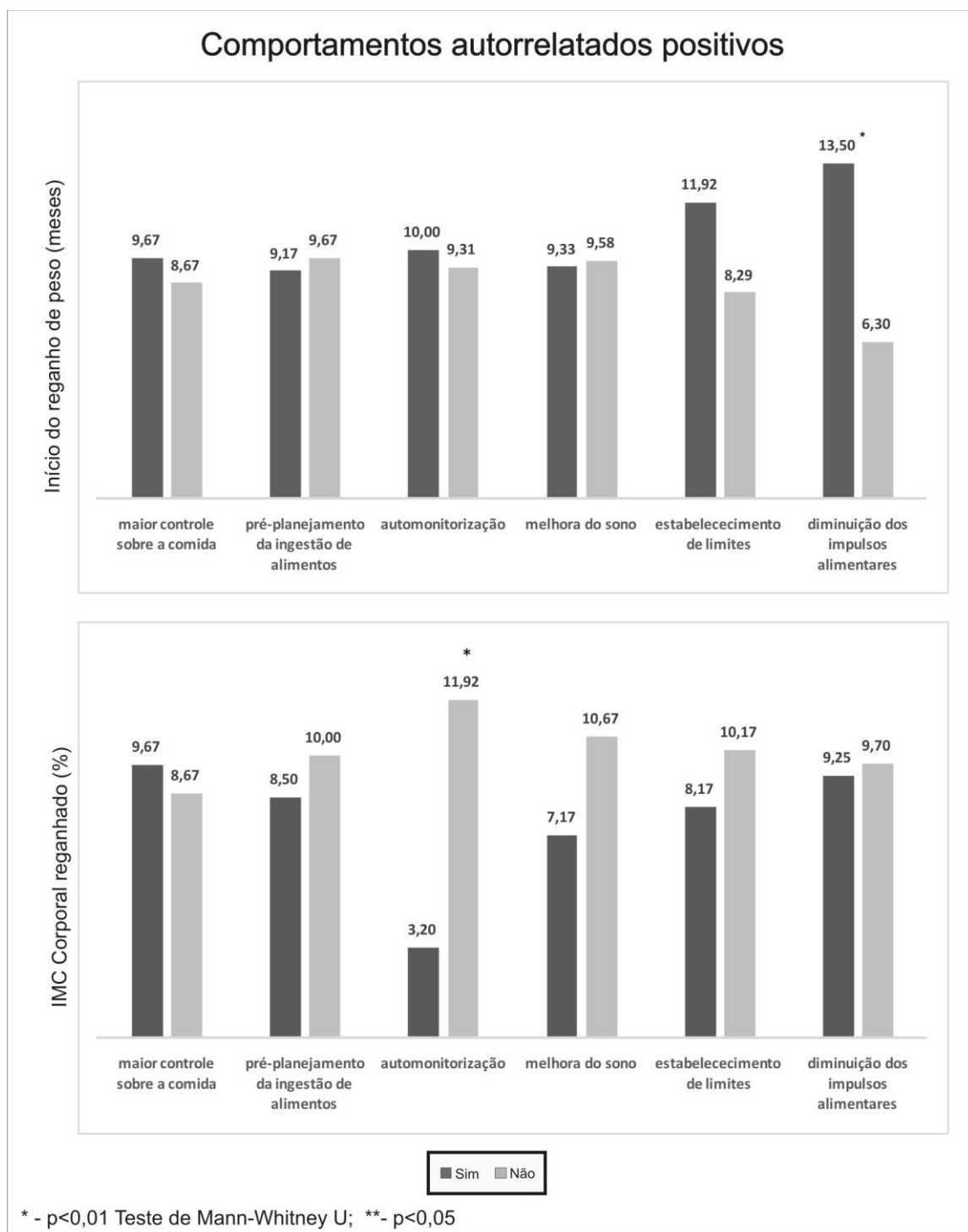
Nota: \*Correlação de Person significativa  $p < 0,01$ ; \*\*Correlação de Person significativa  $p < 0,05$ ; BSQ - *Body Shape Questionnaire*; ECAP – Escala de Compulsão Alimentar Periódica; BDI - *Beck Depression Inventory*; BAI - *Beck Anxiety Inventory*; IMC – Índice de massa corporal.

A partir da análise da Tabela 11, pode-se afirmar que houve correlação positiva significativa entre IMC atual e IMC do dia da cirurgia ( $r = 0,724$ ;  $p < 0,01$ ); bem como correlação positiva significativa entre percentual de IMC reganhado e IMC atual ( $r = 0,728$ ;  $p < 0,01$ ). O início do reganho de peso teve correlações negativas significativas entre o escore de disfunção na imagem corporal ( $r = -0,516$ ;  $p < 0,05$ ), escore de compulsão alimentar ( $r = -0,703$ ;  $p < 0,01$ ), e com o escore de depressão ( $r = -0,645$ ;  $p < 0,01$ ). O escore de disfunção na imagem corporal teve correlação positiva significativa entre o escore de compulsão alimentar ( $r = 0,742$ ;  $p < 0,01$ ), escore de depressão ( $r = 0,815$ ;  $p < 0,01$ ) e escore de ansiedade ( $r = 0,489$ ;  $p < 0,05$ ). O escore de compulsão alimentar também teve correlação positiva significativa entre o escore de depressão ( $r = 0,787$ ;  $p < 0,01$ ) e escore de

ansiedade ( $r = 0,579$ ;  $p < 0,01$ ). Também houve correlação positiva significativa entre o escore de depressão e o escore de ansiedade ( $r = 0,546$ ;  $p < 0,05$ ).

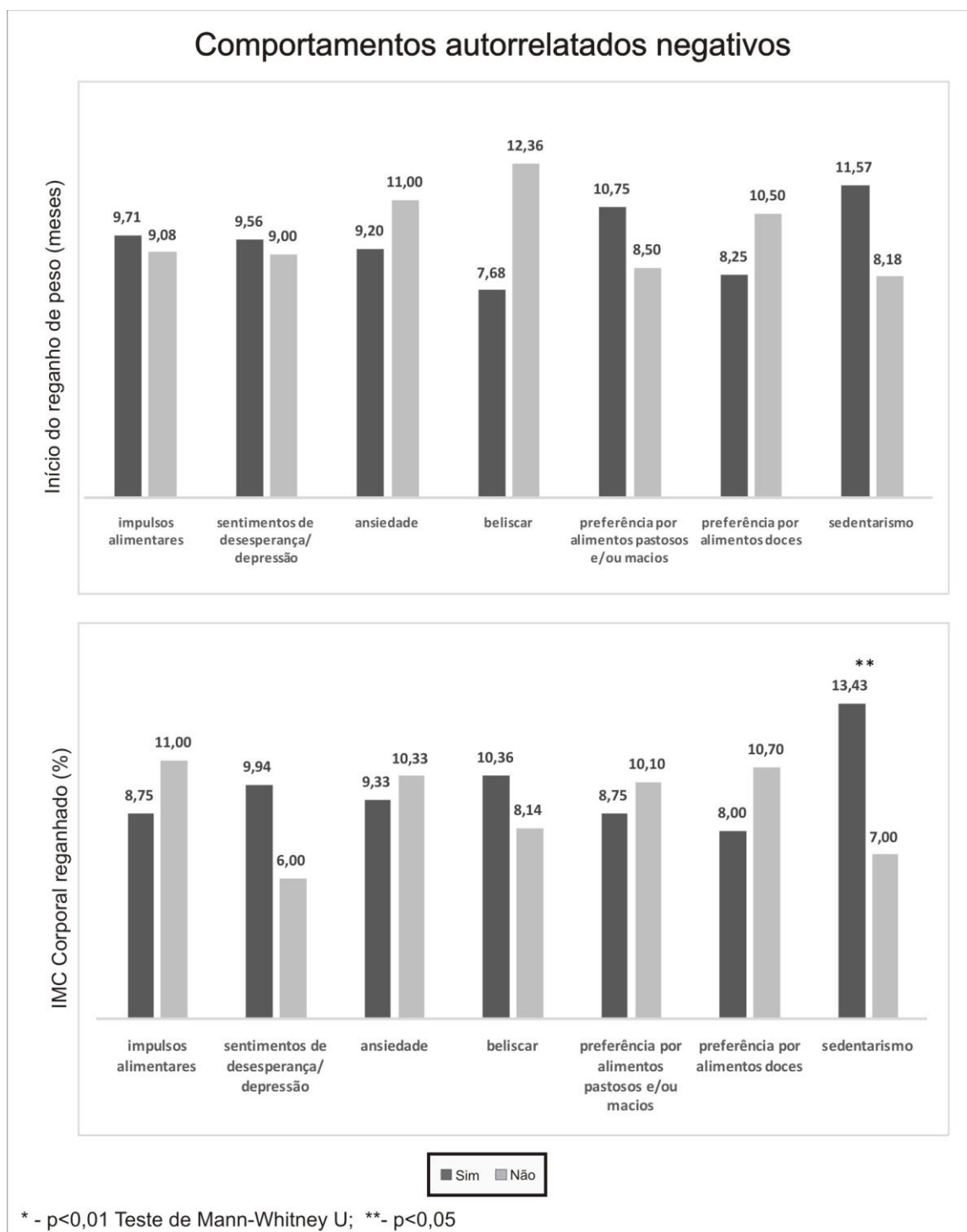
A Figura 2, a seguir, apresenta a relação dos comportamentos autorrelatados positivos com o início do ganho de peso e com o IMC percentual reganhado.

Com relação aos comportamentos autorrelatados positivos, os participantes que relataram diminuição nos impulsos alimentares tiveram diferença significativa em relação aos que não relataram, sendo que os que diminuíram os impulsos alimentares tiveram ganho de peso tardio ( $U=8,00$ ;  $Z=2,86$ ;  $p=0,004$ ). Foi significativo o maior percentual de IMC do ganho dos que relataram que não faziam automonitorização ( $U=1,00$ ;  $Z=3,10$ ;  $p=0,002$ ) (ver Figura 2).



*Figura 2.* Preditores comportamentais positivos do início do ganho de peso e do IMC percentual reganhado.

A Figura 3, a seguir, apresenta a relação dos comportamentos autorrelatados negativos com o início do ganho de peso e com o IMC percentual reganhado.



*Figura 3.* Preditores comportamentais negativos do início do reganho de peso e do IMC percentual reganhado.

Com relação aos comportamentos autorrelatados negativos, os participantes que relataram serem sedentários tiveram diferença significativa em relação aos que não

relataram, sendo que os que eram sedentários tiveram maior percentual de IMC do ganho ( $U=11,00$ ;  $Z=2,49$ ;  $p=0,013$ ) (ver Figura 3).

A Tabela 12, a seguir, apresenta a frequência das motivações que levaram os participantes a tomarem a decisão de realizar a cirurgia na época.

Tabela 12

*Frequência das motivações da tomada de decisão pela cirurgia bariátrica pelos participantes*

Motivações	<i>f</i>	%	% casos
1 Qualidade de vida/saúde	9	36,0	50,00
2 Estética	4	16,0	22,22
3 Pressão social/familiar	3	12,0	16,67
4 Milagre/proteção contra obesidade	2	8,0	11,11
5 Sentir-se desejado(a) sexualmente	2	8,0	11,11
6 Arrumar trabalho	2	8,0	11,11
7 Medo de morrer muito cedo	2	8,0	11,11
8 Não soube dizer	1	4,0	5,55
Total	25	100,00	138,88

Metade dos participantes apontaram que ‘qualidade de vida/saúde’ (50,00%;  $n=09$ ) foi a motivação para a realização da cirurgia. O segundo motivo mais apontado foi a ‘estética’ (22,22%;  $n=04$ ). Apenas um participante não soube apontar os motivos que o levou a fazer a cirurgia (ver Tabela 12).

### 3.2 Resultados da análise qualitativa

Devido ao caráter exploratório desta pesquisa, a coleta de dados foi interrompida ao contatar-se a recorrência (saturação) dos dados, de acordo com Fontanella, Ricas e Turato (2008). Nesta etapa foram analisados os relatos dos 12 participantes dos grupos, destacados em negrito na Tabela 8, anteriormente descrita.

A partir da análise das transcrições dos encontros grupais, foram estabelecidas categorias temáticas referentes à síntese dos temas convergentes e divergentes nos relatos dos participantes. No mapa de resultados a seguir (Figura 4) serão apresentadas as três principais categorias temáticas identificadas na análise dos grupos, bem como suas subcategorias.

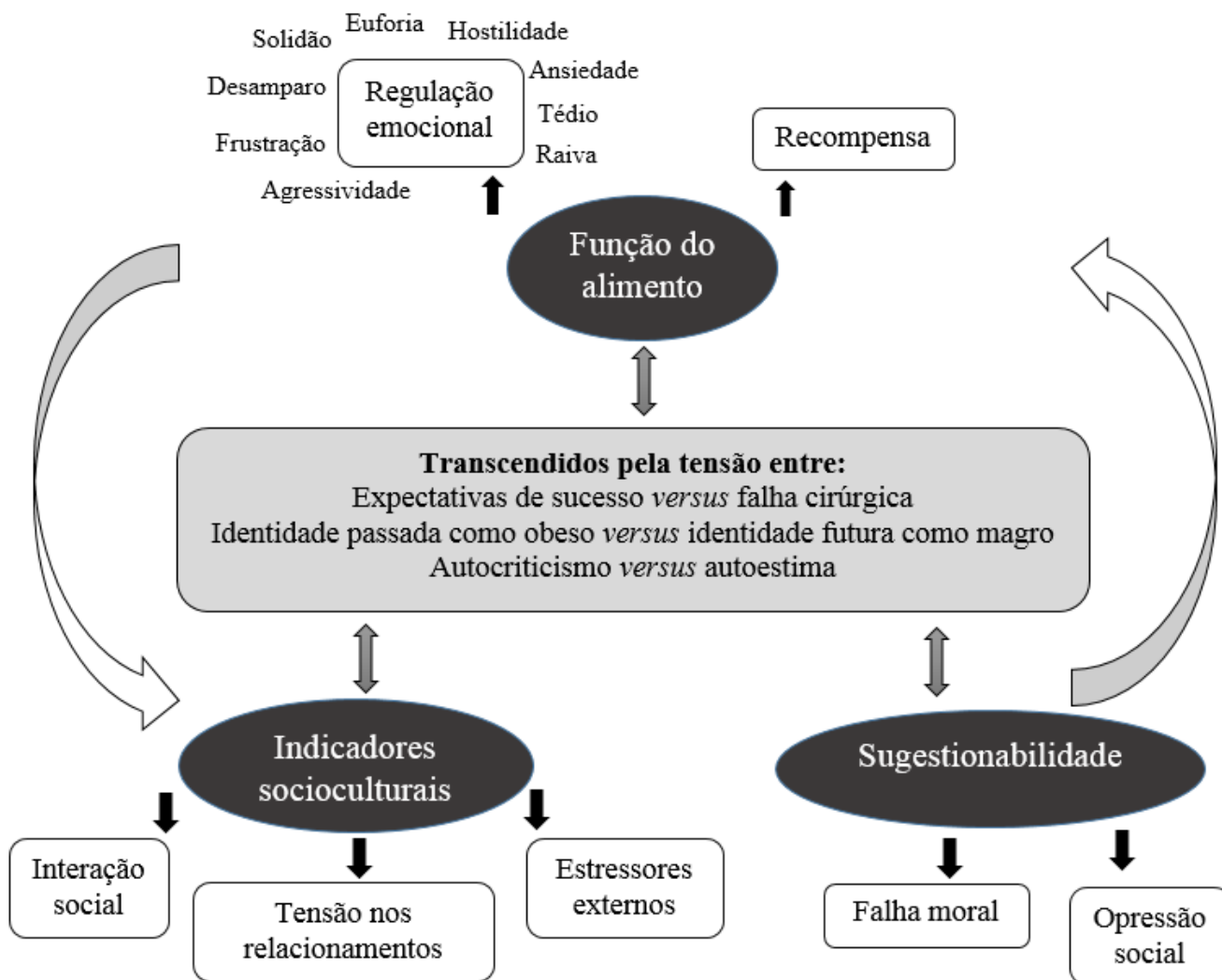


Figura 4. Mapa de resultados confeccionado a partir da análise temática dos grupos.

A análise temática desenvolvida a partir dos encontros grupais com pacientes que tiveram ganho de peso gerou três principais categorias, a saber: (1) a função do alimento na vida das pessoas; (2) os indicadores socioculturais que influenciam na recidiva da

obesidade; e (3) a sugestionabilidade exercida sobre os pacientes, dificultando a manutenção do peso perdido. Além disso, as três categorias responsáveis pela recuperação de peso foram transcendidas por tensão constante entre: (i) expectativas de sucesso *versus* falha cirúrgica; (ii) identidade passada como pessoa gorda *versus* identidade futura como pessoa magra; e (iii) autocrítica *versus* autoestima. A seguir será descrita cada categoria identificada.

Entretanto, é importante destacar que o mapa é somente uma forma didática de visualização das categorias, pois na prática elas se mostraram inter-relacionadas nos relatos dos participantes. Essa inter-relação poderá ser melhor compreendida na seção da discussão da presente pesquisa.

**Função do alimento.** Evidenciou-se que o alimento tivera a função de regular emoções nos pacientes e como forma de recompensa, ambos tendo papel fundamental na recidiva da obesidade. As emoções destacadas cujo papel do alimento foi de regulá-las foram: agressividade, frustração, desamparo, solidão, euforia, hostilidade, ansiedade, tédio e raiva.

**Indicadores socioculturais.** Evidenciou-se que houveram indicadores socioculturais que contribuíram para a relação disfuncional com o alimento, utilizando-o de maneira não regulada e não planejada. Entre eles destacou-se: interação social, tensão nos relacionamentos e estressores externos. Nesse sentido, a oferta abundante e o fácil acesso a alimentos de alto valor calórico e baixo valor nutricional, associados a estresse, facilitaram o reganho de peso.

**Sugestionabilidade.** Evidenciou-se que os pacientes sofreram opressão constante do meio social e de si próprios para que tivessem perda suficiente de peso e que mantivessem seu

peso perdido. Além disso, sofreram julgamento interno e externo de que o não controle sobre a comida fosse compreendido como falha moral, representada pela não vigilância constante e absoluta e possivelmente o aumento de peso após a cirurgia. A sugestionabilidade de que estão “aptos a falhar novamente” teve influência na recidiva da obesidade.



#### 4. DISCUSSÃO

Tendo em vista que o peso corporal é uma função complexa de fatores genéticos, comportamentais, psicológicos e ambientais (DiGiorgi, 2012), a presente pesquisa irá apresentar a discussão a respeito do ganho de peso após a cirurgia bariátrica focalizando, principalmente, nos aspectos emocionais e socioculturais envolvidos, propondo-se a integrar os principais resultados quantitativos e qualitativos encontrados.

Para fins didáticos, as categorias temáticas identificadas na análise dos grupos, bem como suas subcategorias serão realçadas em **negrito** e, sobretudo, discutidas sob a luz do referencial teórico da psicossomática psicanalítica de Joyce McDougall (2013) e da psicologia da alimentação de Jane Ogden (2010). Nesse sentido, a fim de ilustrar as teorias, serão feitos recortes das falas dos participantes destacadas em *itálico* ao longo do texto.

Segundo McDougall (2013), as afecções psicossomáticas graves, assim como as fragilidades psicossomáticas que afetam potencialmente qualquer pessoa, foram muitas vezes consideradas como um terreno duvidoso para a investigação psicanalítica. Nos primeiros anos de sua prática psicanalítica, McDougall não prestava muita atenção às incursões do corpo no processo, porém mais tarde ficou impressionada com o véu de silêncio que pesava sobre o fenômeno psicossomático. “Este silêncio tornou-se compreensível para mim quando comecei a perceber que as origens de tais fenômenos com frequência se enraizavam na primeira infância” (p.10).

Baseando-me nessa época nas minhas próprias observações, a princípio pensei que, devido à existência de uma clivagem nítida entre a psique e o soma, meus pacientes somatizantes não percebiam suas emoções em situações angustiantes: as ideias associadas a qualquer afeto conflituoso importante não eram recalçadas como nas neuroses, mas imediatamente apagadas do campo da consciência (o mecanismo que Freud em 1918 chamou de *Verwerfung* – forclusão – a propósito dos estados psicóticos. (McDougall, 2013, p.10, grifo da autora)

O fato de não perceber, não conseguir identificar, nomear as emoções em situações angustiantes apareceu com frequência nas falas dos participantes. Essa dificuldade de identificação do sentimento associada à angústia e ao desconforto estiveram relacionadas à **função do alimento** como **regulador de emoção**, no sentido de “dispersar imediatamente, sob a forma de ação, o impacto de determinadas experiências emocionais” (McDougall, 2013, p.106), como ilustrado em: *“Porque não adianta eu comer a caixa de chocolate. Por isso que é um desejo insaciável. Por que depois que eu comer a primeira caixa de chocolate, se eu não entrar em contato com o que me fez comer eu vou comer a segunda. E vou comer a terceira (...)”* (P7); e também em: *“A gente come como se a comida fosse a válvula de escape para alguma coisa. Parece que a gente engorda só de olhar para a comida”* (P11).

Na tentativa de explicar a matriz do psicossoma, McDougall (2013, p.38) arrisca dizer que

A fantasia fundamental é que o amor leva à morte e que só a ausência total de libido garante a sobrevivência psíquica; portanto, o indivíduo procura, através de um trabalho de desafetação, proteger sua sobrevivência mental, pois teme a perda não somente das barreiras psíquicas contra a implosão provocada pela outra pessoa, mas também a perda de seus próprios limites corporais. Torna-se então necessário manter uma barreira desvitalizada diante do investimento narcísico de seu próprio corpo e de seu próprio psiquismo.

A presente pesquisa parte do pressuposto de que a obesidade pode ser compreendida como um fenômeno psicossomático, na medida em que o ato repetido e impulsivo de comer refere-se à “descarga na ação quando a sobrecarga afetiva e a dor mental ultrapassam a capacidade de absorção das defesas habituais” (McDougall, 2013, p.17).

Ao invés de contermos nossas emoções e de refletirmos sobre elas para encontrarmos uma resposta adequada, somos levados a *fazer* alguma coisa: comer demais, beber demais, fumar demais, provocar uma briga com o namorado, destruir o automóvel... pegar uma gripe! Essas diferentes expressões-atraves-do-ato, cujo objetivo é *dispersar* o afeto tão depressa quanto possível, constituem frequentemente a origem de tratamentos analíticos intermináveis. (McDougall, 2013, p.17, grifos da autora)

As expressões através do ato as quais McDougall (2013) se refere podem ser ilustradas nas falas a seguir, onde o comer e o beber, por exemplo, buscam **regular a emoção** a fim de encontrar consolo: *“Uso a comida para me consolar com alguma coisa. Ou é remédio ou é cerveja ou é comida”* (P6); e também no sentido de buscar conforto: *“Eu buscava comida como uma forma de conforto, uma espécie de droga, de vício”* (P13).

A recidiva da obesidade após o procedimento cirúrgico pode ser compreendida como a manutenção da descarga na ação da sobrecarga afetiva, onde é sabido que a intervenção cirúrgica sozinha tem pouca ou nenhuma capacidade de atuação. “Nas afecções psicossomáticas, o dano físico é bem real, e sua descrição, durante uma análise, não revela à primeira vista qualquer conflito neurótico ou psicótico. O sentido é de ordem pré-simbólica e provoca um curto-circuito na representação da palavra” (McDougall, 2013, p.22).

Há pacientes que se submetem à bariátrica e conseguem manter o seu peso perdido ao longo dos anos após a cirurgia, e outros não conseguem. O fato de não conseguirem pode também estar relacionado à própria característica do sintoma psicossomático, ainda pouco compreendido.

Embora a angústia seja a principal fonte de todos nossos sintomas, a questão da “escolha” do sintoma enquanto tentativa de cura de si mesmo continua em aberto. Diante do mesmo conflito, um determinado indivíduo vai criar uma neurose e um outro desenvolverá uma perversão sexual, um delírio ou uma doença psicossomática. (McDougall, 2013, p.22, grifos da autora)

Segundo McDougall (2013), na prática, só a posteriori é que podemos determinar como cada pessoa vai “resolver” seu conflito. “No que se refere às afecções psicossomáticas, parece provável que determinados modos de funcionamento mental adquiridos nos primeiros meses de vida podem predispor mais às eclosões psicossomáticas do que às soluções neuróticas, psicóticas ou perversas” (p.23). “Precisei de tempo para postular a existência de uma sexualidade ainda primitiva, dotada de aspectos sádicos e fusionais, que podia estar na origem das regressões psicossomáticas que é possível considerar como *defesas contra vivências mortíferas*” (p.24, grifo da autora).

As eclosões somáticas coincidem, na maioria das vezes, com acontecimentos que ultrapassam a capacidade de tolerância habitual dos pacientes psicossomáticos. McDougall (2013) afirma que esses pacientes preservam inconscientemente a capacidade de adoecer, como se ela lhes permitisse uma saída, como se tivessem necessidade, em períodos de crise, de apalpar seus limites corporais e de garantir assim um mínimo de existência separada de qualquer outro objeto significativo.

A perspectiva da capacidade inconsciente dos pacientes psicossomáticos voltarem a adoecer em períodos de crise – adoecer aqui representado pela recidiva da obesidade, mas vai muito além disso – coloca em cena a questão do acompanhamento multidisciplinar, entre eles o psicológico, pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica. A presente pesquisa revelou que apesar do motivo principal da busca pelo procedimento cirúrgico ter sido ‘qualidade de vida/saúde’, 61,11% dos participantes raramente visitam a equipe multiprofissional, apesar das recomendações protocolares. Esse comportamento pode ser interpretado tanto pela perspectiva do paciente e seu modo de funcionamento, quanto pela forma como as equipes de saúde têm acolhido e tratado esse paciente.

Segundo McDougall (2013), as experiências com seus analisandos que descarregavam na ação ou sobre o ambiente só se tornavam acessíveis à palavra por

intermédio de uma preocupação contratransferencial<sup>1</sup>. Porém, estabelecer a relação da experiência afetiva forcluída e as manifestações somáticas não era fácil para a autora. “Além disso, esses analisandos se queixavam frequentemente de um sentimento de vazio, de uma ausência de contato com as outras pessoas, ou achavam que a vida não tinha sentido” (p.27). “Foram necessários longos anos de análise com determinados pacientes para compreender que era nas situações de stress que eles se revelavam alexitímicos ou operatórios<sup>2</sup>” (p.27), como na ilustração a seguir: *“Eu tinha perdido minha mãe recentemente e disparei a engordar (P11).*

Com relação ao sentimento de vazio e ausência de contato com as outras pessoas dos quais fala McDougall (2013), podemos ver na fala a seguir um exemplo **do alimento como função de regular emoção**, como provável substituto do afeto: *“Meus pais eram alcoólatras. Eles bebiam muito (...). Me lembro que minha mãe cozinhava costela, aí eu comia e às vezes até vomitava, passava mal. Eu já tinha jantado, mas ia escondido pegar mais nas panelas, ninguém podia ver (...). Eu não tinha diálogo com meus pais” (P13).* Parece haver um sentimento de desamparo e solidão nessa criança-adulta.

Na minha opinião (que é compartilhada pela maioria de meus colegas psicossomatistas), qualquer tentativa de desfazer essas defesas sem o consentimento e a cooperação do paciente pode revelar-se perigosa porque pode aumentar seus problemas somáticos e psíquicos. (McDougall, 2013, p.28)

Vejamos a fala a seguir: *“Meu pai era imenso. Minha mãe também era gorda (...). Ele cumpriu seu papel de pai, mas acho que o amor dele era dar comida pra gente. A maneira dele amar era dar comida, era prover (...) Meu pai não deixava faltar comida e*

---

<sup>1</sup> Laplanche e Pontalis (2001) definem contratransferência como o conjunto de reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e, mais particularmente, à transferência deste.

<sup>2</sup> Diz-se, de forma geral, da dificuldade em verbalizar emoções e descrever sentimentos, bem como sensações corporais (McDougall, 2013).

*quando tinha, tinha muito. Acho que é essa proteção: 'se faltar comida, estou faltando como pai', deve ser isso"* (P1). É possível perceber na ilustração o que McDougall (2013) fala anteriormente sobre o perigo de desfazer o sintoma – neste caso, retirar a comida bruscamente por meio da redução do estômago (sobretudo no primeiro mês), – sem trabalho psicológico prévio –, correndo o risco de aumentar os problemas somáticos e psíquicos da paciente, dado o significado afetivo do alimento. A comida parece ter representado a presença desse pai falecido até hoje.

Segundo McDougall (2013), é possível perceber nos tratamentos analíticos um discurso de pacientes em que as palavras não têm sua função de ligação pulsional e se apresentam como estruturas congeladas, esvaziadas de substância e de significação, o que McDougall nomeou de palavra desafetada. Sem a capacidade de reflexão sobre sua experiência afetiva, não conseguem distinguir um afeto do outro. Sobretudo a partir dessa economia psíquica, o que resta ao sujeito é a ação. Porém, a ação, como defesa contra a dor mental, aumenta a vulnerabilidade psicossomática, como podemos ver na ilustração: *"Se eu tirar comida da minha vida, tudo piora. Comida me acalma"* (P4).

McDougall, ao preferir o uso da palavra desafetação, referindo-se ao sujeito afastado de sua própria realidade psíquica, leva em consideração o prefixo latino "des", que traz a ideia de separação ou de perda e pode expressar metaforicamente o sujeito psiquicamente separado de suas emoções ou de suas realidades psíquicas. O termo "desafetado" remete à pessoa que se "desafeiçoa" de alguém ou de alguma coisa quando dela se desapega ou lhe retira sua afeição (McDougall, 2013, p. 104, grifos da autora).

É difícil não chegar à conclusão de que uma estrutura tão hermeticamente fechada sobre si mesma deve estar a serviço de uma função de defesa extremamente vigorosa, mesmo que os pacientes não percebam isso e mesmo que o analista disponha somente de um material de observação limitado para escorar suas hipóteses. (McDougall, 2013, p.106)

Na visão de McDougall (2013), somos todos capazes de descarregar nossas tensões através da ação quando as circunstâncias são particularmente geradoras de estresse e, então, comemos, bebemos, fumamos. Mas aqueles que empregam continuamente a ação como defesa contra a dor mental – quando a reflexão e a elaboração mental seriam mais adequadas – correm o risco de ver sua vulnerabilidade psicossomática crescer.

Essa vulnerabilidade da qual a autora fala, pode ser vista com frequência nas falas dos participantes, como em outro exemplo: *“Eu sei porque engordei, estou comendo errado. Estou passando por estresse em casa e eu como mesmo. Tem horas que estou com ódio no coração. Aí eu pego e como chocolate para baixar a emoção”* (P6). Esse trecho ilustra a **função do alimento** como **regulador de emoção**, percebida como ameaçadora, e também **indicador sociocultural de tensão em relacionamento**, pois ela estava se referindo a problemas na relação com a mãe.

“O fato de ejetar a parte psíquica de uma emoção permite à parte fisiológica exprimir-se como na primeira infância, o que leva à *ressomatização do afeto*. O sinal do psiquismo reduz-se a uma mensagem de ação não-verbal” (McDougall, 2013, p. 107, grifo da autora). Assim, os indivíduos que tratam a emoção dessa maneira são presas potenciais de explosões somáticas de todos os tipos, quando determinados acontecimentos (acidentes, nascimentos, luto, divórcio, abandono) ocorrem, como podemos ver na ilustração: *“Esse processo voltou novamente. Voltei a ficar ansiosa e a procurar a comida para compensar a ansiedade, aí com isso vem o reganho de peso, a decepção, me sinto meio fracassada”* (P10).

Na fala acima, é possível perceber a **função do alimento** para **regular emoção** desagradável, bem como a **sugestionabilidade** de que o retorno à ação do comer desmedido seja vivenciado como fracasso, **falha moral** e há o retorno da sensação de vulnerabilidade. Além disso, é importante destacar que essa ilustração está inserida num

contexto mais amplo da participante no qual há **indicador sociocultural** de **estressor externo** que desencadeou novamente a ressomatização.

Segundo McDougall (2013), os pacientes psicossomáticos podem dedicar-se àquilo que a autora chama de “atividade-adicção”, isto é, uma relação com seu trabalho (como a de outros com drogas) ou uma tendência a se consagrar a muitas atividades (às vezes até desinteressantes para eles) com o objetivo inconsciente de não deixar espaço para o não fazer nada ou para o devaneio. São indivíduos constantemente voltados para o “fazer” e não para o “ser” (grifos da autora).

É claro que os indivíduos que buscam auxílio psicoterápico para problemas de adições não são totalmente alexitímicos: mesmo se sua angústia é rapidamente dispersada graças à utilização da solução adictiva (em particular no caso de abuso de substâncias), eles permanecem conscientes do sofrimento que procuram fazer desaparecer tanto quanto daquele que sua adicção lhes impõe. (McDougall, 2013, p.109)

É possível afirmar que a comida na obesidade pode ser uma forma de adição, principalmente nos obesos com maior peso, dada a maneira a qual se estabelece a relação, como na ilustração: *“Estou viciada em docinho e refrigerante. Parece que o doce me sacia, a massa complementa minha frustração”* (P4). Nesse exemplo, o doce e o carboidrato têm a **função de regular sentimento**, e são percebidos como uma espécie de vício onde não há controle sobre o ato, restando ao sujeito a ação de comê-lo e bebê-lo. McDougall (2013) arrisca interpretar tal significado dizendo que

As adições são também tentativas mágicas de preencher o vazio do mundo interior, onde falta uma representação internalizada de uma instância materna reconfortante, e para restaurar, ainda que fugazmente, o ideal didático primitivo onde cessa qualquer excitação afetiva (p. 90).

Entretanto, McDougall (2013) enfatiza que há o paradoxo apresentado pelo objeto aditivo, no qual



Apesar de seu potencial às vezes letal, está sempre investido como objeto bom por esta ou por aquela parte da mente. Qualquer que seja esse objeto, tem sempre o efeito de tornar a vítima de adicção capaz de reduzir rapidamente, embora de forma fugaz, seu conflito mental e sua dor psíquica. Do mesmo ponto de vista, podemos compreender por que os afetos de prazer, quando sentidos como proibidos ou perigosos, podem despertar nesses analisandos uma sensação de necessidade premente do objeto adictivo, assim como uma criancinha em estado de excitação tem necessidade de que sua mãe funcione como tela de pára-excitações que a protege e a impede de submergir em suas emoções. Como nenhum objeto real pode substituir o objeto fantasístico (que está faltando ou sofreu danos) no mundo interno, a substância materna-tranquilizadora tem que ser constantemente buscada no mundo externo e, habitualmente, em quantidades crescentes (p. 109).

Dessa forma, as doenças psicossomáticas, mesmo aquelas que ameaçam a vida biológica, podem representar, paradoxalmente, uma luta pela sobrevivência psíquica. Entretanto, os fatores responsáveis pela produção de modificações psíquicas continuam escapando à nossa compreensão. “Nossas teorias para explicar essas mudanças serão inevitavelmente incompletas e parciais” (McDougall, 2013, p.190).

Além dos aspectos emocionais implicados no aumento de peso, atualmente, também é importante considerar o papel do contexto, do nosso ambiente obesogênico. Segundo Ogden (2010), dada a alta prevalência e crescimento da obesidade, é importante considerar, por exemplo, o impacto da indústria dos alimentos e do estilo de vida na compreensão do fenômeno.

Na presente pesquisa, observou-se que os pacientes que relataram ser sedentários e não se automonitorar tiveram maior percentual de IMC reganhado. O estilo de vida sedentário, por si só, não explica o aumento de peso, mas pode influenciar maior ganho de peso ao longo dos anos. Além disso, embora exercício físico seja recomendado como meio de aumentar a taxa metabólica, somente exercício intenso e prolongado parece ter efeito benéfico para perda e manutenção de peso (Ogden, 2010). A autora ainda afirma que “a

falta de exercício pode representar uma parte da manutenção da obesidade, mas pode não ser a sua causa original” (p.169).

Com relação a não automonitorização, pressupõe-se que a baixa percepção das próprias necessidades biopsicossociais (e consequentemente baixo retorno ao acompanhamento multiprofissional) seja, em certa medida, característica dos sujeitos desafetados, os quais inconscientemente tendem a manter-se afastados de suas próprias realidades psíquicas ao longo de sua vida, como mostra a ilustração: *“A gente sabe exatamente onde mexe, né! Então é mais fácil você deixar quietinho. Então eu saí daqui e mandei uma mensagem pra um amigo meu dizendo: doeu pra ‘caralho’! Eu tinha comentado com ele que eu viria dar a cara a tapa, que eu odeio psicólogo. Mentira! (...). Aí meu amigo perguntou: você quer que eu te ligue? Aí eu disse: não! Essa dor é minha! Eu que tenho que me virar”* (P1).

Ademais, a baixa adesão dos pacientes aos cuidados pós-operatórios da bariátrica tem sido motivo de preocupação entre as equipes há anos. A resistência em buscar ajuda profissional para seus problemas, além de refletir uma característica do paciente psicossomático, pode também ser de responsabilidade dos próprios profissionais de saúde que assistem essas pessoas. Influenciados pelos significados culturais sobre a obesidade, somos poucos tolerantes às falhas dos pacientes operados e pouco compreendemos seu modo de funcionamento. Não sabemos como ajudar e transferimos essa nossa frustração no paciente, cobrando dele algo que ele não pode nos dar, tampouco a ele próprio.

Vejamos a fala abaixo que expressa a dificuldade da participante de se permitir ser cuidada e o sofrimento envolvido: *“Às vezes eu me sinto acolhida, mas eu também tenho muita dificuldade em me deixar ser cuidada por outras pessoas. Então eu não sei se sábado eu venho, não sei se quero ser cuidada. Parece que é uma coisa assim de sempre estar me punindo. As vezes em que fui magra, não me senti merecedora de certas coisas, aí*

*deixo tudo desandar de novo. Às vezes eu penso: estou tão feliz que quero morrer! Como você está feliz e quer morrer? Então as vezes que eu experimento isso, eu abandono. Eu peço socorro, mas quando ele vem eu penso: estou incomodando... eu deixo o barco desandar de novo e abandono”* (P1). Não se trata, por outro lado, de deixar os pacientes à própria sorte de seus sintomas, mas ter sobre eles expectativas realistas, a partir da melhor compreensão do seu funcionamento no mundo.

Outro assunto importante sobre o reganho de peso diz respeito a escolha e significado dos alimentos. Por meio do relato dos participantes, percebemos que outra **função do alimento** de destaque foi de **recompensa**, como mostram as ilustrações: *“Aí no final do dia sempre tinha uma questão de merecimento para tudo. Se estou alegre, mereço comer; se consegui fazer regime, mereço comer”* (P7). *“Mas sabe o que me acontece é que quando eu resolvo alguma coisa eu tenho vontade de comer chocolate, eu penso que eu mereço”* (P4). *“É Comfort food! Antes de fazer a operação, tudo era motivo para eu comer. Hoje eu controlo um pouco mais isso. Se eu estava triste, eu comia. Se eu estava feliz, eu merecia comer. Se eu tive um dia cansativo, então eu mereço. Tudo era recompensado”* (P7). Os alimentos privilegiados como recompensa foram aqueles relacionados ao prazer, tais como açúcares e gorduras.

O ato de comer, segundo Ogden (2010), além de ser um comportamento inerentemente social, é carregado de afeto, é um ato comunicativo e sofre influência do estresse. É possível perceber nos **indicadores socioculturais**, que as **interações sociais** após a cirurgia bariátrica podem se tornar problemáticas, como mostram as ilustrações: *“(...) E isso torna a vida muito mais difícil. Se você não come ou não bebe como todo mundo numa confraternização, por exemplo, você é o chato e não está na confraternização”* (P7). *“A gente fica antissocial. Às vezes você tem que se justificar para as pessoas que continua sendo um ser normal, comendo coisas normais, só que menos”*

(P10). Dessa forma, alguns participantes preferem evitar contatos sociais e acabam se isolando mais; outros têm dificuldade em lidar com a pressão social e comem e bebem de uma maneira que se sentem culpados depois.

Outro fator de influência no reganho de peso foi a tensão decorrente da vigilância constante sobre o comportamento dos participantes. Vejamos a seguinte ilustração: *“Eu fui tomar 1 picolé e meu namorado me disse: nossa, você não para de comer! Aí comecei a chorar... e eu tinha passado o dia sem comer”* (P11). É possível perceber **opressão do meio social** sobre o comportamento alimentar da paciente, **sugestionando** que é provável que esteja **falhando moralmente**, fracassando, que não consegue ser mais forte que a comida. É possível perceber essa cobrança do contexto social, como na fala: *“As cobranças são imensas. Tem mais de 1 ano que não viajo na casa da minha sogra. A última vez que eu fui lá as pessoas me diziam: ‘nossa, o que aconteceu? Você estava tão magra’. Eu me sentia no chão. ‘Nossa, você tá horrorosa. Você só come isso? E como você tá gorda?’ (...)”* (P5); e a cobrança do próprio participante: *“Essa semana eu estou comendo muito (...). Aí digo para mim mesma: tá vendo, você é fraca mesmo! Aí fico nessa briga comigo. Quero tentar entender o que está acontecendo comigo, de onde vem esse apetite voraz. Eu tenho pensado em comida, falando de comida o tempo todo”* (P7).

A obesidade é vista como um estigma, que caracteriza um estilo de vida desregrado (Ogden & Clementi, 2010). Em muitos casos, a doença é entendida como um problema moral, uma falha de conduta ou como sinal de desorganização da vida pessoal. Somos mais tolerantes com as doenças ditas inevitáveis. Encaramos o câncer como uma fatalidade, as doenças cardíacas como decorrentes do estresse da vida moderna, mas somos implacáveis com a obesidade. Tratamos o obeso como um ser que carrega a culpa pelo seu mal. E o pior é que ele passa a assumir essa culpa e a agir como um grande vilão da doença.

A presente pesquisa constatou que os participantes que apresentaram piores indicadores de disfunção da imagem corporal, da compulsão alimentar e da depressão, mais cedo tiveram reganho de peso após a cirurgia. Além disso, também identificou que aqueles que tiveram diminuição dos impulsos alimentares tiveram reganho de peso tardio. Ademais, em média, os participantes apresentaram escores moderados de compulsão alimentar e depressão.

Parece haver, como já vimos, uma relação entre ocorrência de episódios de perda de controle alimentar ou maior descontrole alimentar no pós-operatório com reganho de peso (Bond, Phelan, Leahey, Hill & Wing, 2009; Kalarchian & cols., 2002; Kofman, Lent & Swencionis, 2010; Odom & cols., 2010). A presente pesquisa compreende que os impulsos alimentares são uma manifestação do sintoma psicossomático, onde o ato impulsivo de comer representa uma descarga na ação a partir da sobrecarga afetiva. Nesse sentido, o comportamento alimentar nos dá indícios da necessidade de tratar o sintoma mais profundamente, na perspectiva de um funcionamento somático. Até porque, a ação, como defesa contra a dor mental, aumenta a vulnerabilidade psicossomática e não parece ser apropriado retirar o alimento ou diminuir drasticamente sua ingestão sem trabalho psicoterapêutico concomitante.

Com relação aos indicadores de depressão, a associação entre depressão pré-cirúrgica e alteração de peso após a cirurgia bariátrica ainda não é completamente compreendida (Odom & cols, 2010). A partir dos resultados da presente pesquisa, parece haver uma relação positiva entre depressão e reganho de peso, e podemos elencar algumas hipóteses. A questão do estigma da obesidade, da compreensão de que estão falhando novamente enquanto sujeitos tende a levar ao isolamento social, à maior autodepreciação e à tristeza.

Por outro lado, a vulnerabilidade do sintoma psicossomático, na qual o sujeito se sente preso em seu funcionamento com a comida, é indicativo de intenso sofrimento emocional – mesmo que, paradoxalmente, fugazmente reconfortante – e tende a levar ao aumento de peso. Vejamos esse paradoxo na ilustração: *“E isso hoje é mais difícil, quando eu tenho desejo de comer algo imediato e eu não consigo entender porque. Essa é a hora que eu como. Porque aquela ansiedade naquela hora foi resolvida. Daqui a pouco vai voltar novamente, eu sei, mas resolveu por um tempo”* (P7).

A imagem corporal é outro aspecto relevante a ser discutido, apesar do escore de disfunção da imagem corporal, na presente pesquisa, ter sido leve na média. Segundo Ogden (2010), insatisfação com o corpo pode ser conceitualizado como distorção da imagem corporal comparada a uma medida objetiva da realidade, como uma diferença do tamanho corporal percebido e do ideal, ou simplesmente como um sentimento negativo sobre o corpo. Após a cirurgia bariátrica, continua havendo uma **opressão social**, uma cobrança grande que **sugestiona** que as pessoas devam continuar se encaixando dentro dos atuais padrões corporais estabelecidos, como na ilustração: *“Quando eu era mais gordinha eu era mais feliz. Agora a cobrança é maior. Eu me cobro muito. Você passou por tudo aquilo, pela cirurgia e você vai voltar a engordar? Não que eu queira engordar, ninguém quer engordar. O que as pessoas irão pensar? Quando eu ouço as pessoas me dizendo que engordei, é como uma apunhalada no meu coração, quero morrer”* (P2).

Outro aspecto que impacta na imagem corporal no pós-operatório é o excesso de pele durante o emagrecimento. Os participantes da presente pesquisa do gênero feminino, em sua maioria, disseram se sentir incomodados com o excesso de pele e consideraram alta a possibilidade de uma cirurgia reparadora, caso já não tivessem realizado. Vejamos a ilustração: *“A cirurgia me deu um empoderamento. Quando emagreci me achei poderosa, e comecei a gastar e a comer. E depois que eu fiz as plásticas reparadores, me achei mais*

*poderosa ainda*” (P1). O corpo, ao que parece, sinaliza empoderamento e sucesso quando está dentro dos padrões estabelecidos; por outro lado, representa fracasso e descontrole quando está fora dos mesmos padrões.

As falas demonstraram que há um conflito na vida dos participantes, presente a todo momento, sobre quem eles eram, quem eles são e quem eles desejam ser. Há uma tensão constante entre as expectativas de sucesso que eles visualizam com a cirurgia *versus* a possibilidade de falha do procedimento e deles próprios; bem como identidade passada como pessoa obesa *versus* identidade futura como pessoa magra; e também autocrítica *versus* autoestima. É possível identificar essas tensões na seguinte ilustração: *“Eu tenho 10 anos de operada, eu achava que a cirurgia seria um milagre pra mim, que não foi. Eu achava assim: eu vou tirar meus problemas. Então nestes 10 anos eu experimentei de tudo: alegria por ser magra. Eu cheguei a arrasar, a vestir M, calça jeans, coloquei silicone. Eu tive depressão, síndrome do pânico, eu me separei, experimentei de tudo. E o melhor destes 10 anos foi o pouco que eu me senti magra. Que legal, eu consigo! Eu vou ser magra, vou parar de ser referência! Então, está muito ruim.... E penso: será que vou dar conta? O que que eu vim fazer aqui? [referindo-se ao grupo] Será mais um fracasso, será o que? Então para mim tá assim: tudo muito misturado, sem direção, tá ruim”* (P1).

O emagrecimento rápido provocado pela cirurgia faz despertar conflitos de identidade, de reconhecimento social, nas relações interpessoais, muitas vezes difíceis de lidar; porém, paradoxalmente, o emagrecimento é vivenciado como muito prazeroso e excitante. Ao que parece, a recidiva da obesidade começa a frustrar as muitas conquistas que tiveram com o corpo mais magro, plenas de significado sociocultural. Vejamos algumas ilustrações dessa problemática: *“Quer dizer que eu não sou capaz porque eu sou gorda?”* (P10). *“Eu quero ficar magra para reconquistar meu ex-marido. Ele disse que não queria mais ficar comigo porque eu estava gorda”* (P4). *“A minha vida inteira fui*

*gordinha (...). Meu namorado nunca falou nada do meu corpo, mas olhava para as magrinhas. A gente sabe: quem não gosta de uma mais magrinha? A sociedade impôs isso pra gente” (P3).*

Por fim, nossa busca pela melhor compreensão psicológica do fenômeno obesidade e sua recidiva é o que nos leva a pesquisar e a nos envolvermos com o tema e principalmente com as pessoas. Nossas incompletas teorias não dão conta de compreender as diferenças subjetivas, as históricas de vida únicas. Porém, novamente, a presente pesquisa quer destacar o paradoxo do paciente psicossomático, aqui representado pelo indivíduo que reganhou peso: o qual, ao mesmo tempo em que apresenta comportamentos que podem ameaçar sua vida biológica, seu funcionamento também representa uma luta pela sua sobrevivência psíquica. *“Porque quando você substitui uma necessidade emocional por comida, você não fica saciada nunca” (P7).*

Nesse sentido, a comida significa uma tentativa de lidar com um vazio que não é preenchido nunca, a não ser fugazmente, a fim de restaurar uma figura materna-reconfortante falha dos seus primeiros meses de vida. *“Aí no outro dia, meu chefe me perguntou porque a gente come sem estar com fome, em uma palavra. Aí eu falei: É PARA PREENCHER!! É para preencher alguma coisa que você não sabe lidar. Quanto melhor você está, menos você tem que preencher, menos você come” (P7).* Ainda assim, esse paradoxo continua escapando à nossa compreensão.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo compreender os aspectos psicológicos relacionados ao reganho de peso após a cirurgia bariátrica, bem como as questões socioculturais envolvidas no fenômeno. Além disso, buscou caracterizar a amostra estudada em determinados indicadores psicológicos, identificar as motivações para a tomada de decisão da cirurgia; e evidenciar diretrizes de intervenção psicológica para prevenção e tratamento da recidiva da obesidade.

A partir da análise dos dados, de maneira geral, evidenciou-se que o reganho de peso esteve relacionado à função dos alimentos na vida das pessoas, indicadores socioculturais e sugestibilidade. Os indivíduos operados, sobretudo, flutuam entre a tensão de quem eles eram, o que eles são e o que eles querem ser, mas não conseguem avançar, pois sentem-se presos, principalmente, pela função dos alimentos como regulador de suas emoções.

Sob a perspectiva psicológica, a cirurgia bariátrica pode representar uma ambivalência para os pacientes. Ao mesmo tempo em que é buscada como uma forma de “resolver” seu conflito inconsciente ilustrado na relação com a comida, também poderá aumentar sua vulnerabilidade psicossomática à medida em que novas situações de estresse ocorram. O reganho de peso, sobretudo, representa que seu modo de funcionamento continua fazendo-se presente, no qual as palavras se apresentam como estruturas congeladas, esvaziadas de substância e de significação, restando ao sujeito a ação, ao ato de comer, de beber.

Nesse sentido, de uma forma geral, é difícil falarmos em prevenção do reganho de peso naqueles pacientes que apresentam um conflito emocional de ordem inconsciente representado na relação com a comida e revivido em situações estressoras. O sintoma,

inclusive, pode ser a melhor forma que a pessoa tenha “encontrado” para sobreviver psiquicamente, e o foco psicoterapêutico pode dirigir-se muito mais na tentativa de compreendê-lo em seus sinais e significados junto ao paciente, a fim de aprender a lidar com ele e, assim, sofrer menos ao longo da vida. Não estamos, no entanto, desconsiderando os possíveis aspectos de saúde física que podem piorar com o ganho de peso e necessitam de intervenção da medicina. Porém, compreendemos que mente e corpo estão em interação o tempo todo, e consideramos a influência das emoções no desenvolvimento de doenças.

Sob a perspectiva sociocultural, ambientes favoráveis ao ganho de peso também são responsáveis pela recidiva da obesidade. A ampla oferta de alimentos calóricos e de fácil acesso e nosso estilo de vida sedentário facilitam o aumento de peso. Além disso, o significado que existe sobre o ganho e reganho de peso como um problema moral, uma falha de conduta ou como sinal de desorganização pessoal pressiona os pacientes operados a se manterem a todo custo dentro dos padrões vigentes, além de intensificarem seu sentimento de desproteção e desamparo. Esse controle excessivo da cultura, inserida nela as equipes de saúde, aumenta sua sensação de não-pertencimento, autocrítica e autodepreciação, que é revivido ao reganharem peso.

Ademais, apesar dos avanços na assistência em saúde, percebe-se que as equipes que assistem os pacientes bariátricos ainda atuam sobretudo a partir da perspectiva do modelo biomédico de atenção em saúde em detrimento do modelo biopsicossocial. O cuidado em saúde preconizado pelo paradigma biopsicossocial envolve a contínua reconstrução de significados a respeito de si, do outro e do mundo, incluindo também significados sobre saúde, doença, qualidade de vida, autonomia, que torna necessária a criação de um espaço relacional que vá além do saber-fazer científico/tecnológico. Isso permite o olhar para a pessoa além da doença que apresenta, considerando-se o

conhecimento que possui sobre si mesma, sobre o adoecer e a saúde, como focos essenciais na reconstrução conjunta de sentidos em direção a uma vida saudável nos seus diversos aspectos.

A presente pesquisa ilustra, assim como muitos outros estudos na área, o quanto o fenômeno reganho de peso é complexo e pouco compreendido em seus aspectos emocionais. Importante ressaltar que buscar compreender fenômenos subjetivos (significados culturais e/ou psicológicos) não significa adotar uma postura “subjetivista”, que chega a desconsiderar triviais aspectos metodológicos e procedimentais sob o argumento de serem meras preocupações positivistas. Este estudo de abordagem mista intencionou fornecer melhores possibilidades analíticas do fenômeno reganho de peso. Apesar disso, é importante ter parcimônia diante dos resultados encontrados e cuidado em generalizações.

Esse estudo avança quando dá voz àqueles que pela situação de reganho de peso estão passando e tenta compreendê-los. Acredita-se que toda a discussão feita aqui reforça o quanto é necessário um psicólogo capacitado nas equipes que assistem os pacientes obesos, desde o pré-operatório da bariátrica. Além disso, reforça a necessidade das equipes de assistência em saúde voltarem seus atendimentos para um encontro entre o profissional e o usuário no qual envolva a escuta compartilhada de si mesmos, sempre se refletindo em ambos.

Quanto às diretrizes psicológicas para prevenção e tratamento do reganho de peso, a pesquisa por ela própria apresentou possibilidades de compreensão dessa problemática. Ademais, a partir desse estudo, também percebemos que quanto mais nós profissionais da saúde significamos reganho de peso como um problema a ser evitado a todo custo, mais afastamos o paciente que está reganhando peso de nós e de possibilidades de assistência às suas dificuldades. Uma rica possibilidade de intervenção com os pacientes que se

submeteram à cirurgia bariátrica, incluindo aqueles que tiveram recidiva da obesidade, pode ser o trabalho com os grupos operativos, nos quais os processos vividos no grupo geram uma ressonância, provocando identificações e reações em cadeia e servem de suporte para processos psíquicos de outros membros e do grupo, gerando fatores preventivos e curativos em saúde.

Finalmente, gostaríamos de reforçar alguns pontos para discussões futuras. O primeiro, refere-se à necessidade do trabalho multidisciplinar com o paciente bariátrico, onde haja interlocução entre os profissionais da saúde. O segundo, diz respeito à necessidade de acompanhamento psicológico desde o pré-operatório sem prazo de término no pós-operatório, dada a vulnerabilidade psicossomática do paciente evidenciada em situações estressoras. O terceiro, sugere constante qualificação dos psicólogos e equipes de saúde que atuam na área, para melhor compreender o funcionamento psíquico dos seus pacientes obesos e, simultaneamente, de si próprios.

## REFERÊNCIAS

- Abreu-Rodrigues, M. A. (2014). *Apoio social e reganho de peso pós cirurgia bariátrica: efeitos de intervenção comportamental com cuidadores* (Tese de doutorado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília.
- Almeida, G. A. N., Santos, J. E., Pasian, S. R., & Loureiro, S. R. (2005). Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicologia em Estudo, 10*, 27-35.
- Alvarez, V., Carrasco, F., Cuevas, A., Valenzuela, B., Muñoz, G., Ghiardo, D., ... Maluenda, F. (2016). Mechanisms of long-term weight regain in patients undergoing sleeve gastrectomy. *Nutrition 32*, 303–308.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2017). *Brasil assume metas para frear o crescimento da obesidade*. Retirado de <http://www.abeso.org.br/noticia/brasil-assume-metas-para-frear-o-crescimento-da-obesidade>
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2016). *Diretrizes brasileiras de obesidade 2016*. Retirado de <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fcc403e5da.pdf>
- Barham, K., Dayyeh, A., Lautz, D. B., & Thompson, C. C. (2011). Gastrojejunal stoma diameter predicts weight regain after roux-en-y gastric bypass. *Clinical Gastroenterology and Hepatology, 9*, 228–233.
- Bastos, E. C. L., Barbosa, E. M. W. G., Soriano, G. M. S., Santos, E. A., & Vasconcelos, S. M. L. (2013). Fatores determinantes do reganho de peso ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, 26*, 26-32.

- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety. Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Berlinck, M. T. (2000). *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta.
- Berti, L. V., Campos, J., Ramos, A., Rossi, M., Szego, T., & Cohen, R. (2015). Posição da SBCBM: nomenclatura e definições para os resultados em cirurgia bariátrica e metabólica. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 28, 2.
- Braun V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Broome, M. E. (2000). Integrative literature reviews for the development of concepts. Em B. L. Rodgers & K. A. Knafl (Org.). *Concept development in nursing* (pp. 231-250). Philadelphia: Saunders
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, Anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Bond, D. S., Phelan, S., Leahey, T. M., Hill, J. O. & Wing, R. R. (2009). Weight loss maintenance in successful weight losers: Surgical versus non-surgical methods. *International Journal of Obesity*, 33, 173-180.
- Cambi, M. P. C., & Marchesini, S. D. (2014). *Recuperei peso. Por quê?: uma análise das causas do reganho de peso*. Curitiba: CRV
- Carey, T. S., & Boden, S. D. (2003). A critical guide to case series reports. *Spine Journal* 28 (15), 1631–1634.
- Carvalho Jr., A., Turato, E. R., Chaim, E. A., & Magdarelo Jr., R (2014). Weight regain among women after metabolic and bariatric surgery: a qualitative study in Brazil. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36, 140-146.

- Colles, S. L., Dixon, J. B., & O'Brien, P. E. (2008). Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery. *Obesity, 16*, 615-622.
- Conceição, E., Bastos, A. P., Brandão, I., Vaz, A. R., Ramalho, S., Arrojado, F., ... Machado, P. P. P. (2014a). Loss of control eating and weight outcomes after bariatric surgery: A study with a Portuguese sample. *Eating and Weight Disorders, 19*, 103–109.
- Conceição, E., Mitchell, J. E., Vaz, A. R., Bastos, A. P., Ramalho, S., Silva, C., ... Machado, P. P. P. (2014b). The presence of maladaptive eating behaviors after bariatric surgery in a cross sectional study: Importance of picking or nibbling on weight regain. *Eating Behaviors, 15*, 558–562.
- Conselho Federal de Medicina (2016a). *Resolução CFM nº 2.131/2015*. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe. Retirado de [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2131\\_2015.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2131_2015.pdf)
- Conselho Federal de Medicina (2016b). *Parecer CFM nº 39/16*. Plasma de argônio para tratamento do ganho de peso pós cirurgia bariátrica. Retirado de [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2016/39\\_2016.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2016/39_2016.pdf)
- Conselho Federal de Medicina (2010). *Resolução 1.942/2010*. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe. Retirado de [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1942\\_2010.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1942_2010.htm)
- Cooper, P.J., Taylor, M., Cooper, Z., & Fairbun, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders, 6*, 485- 494.

- Copat, J. A. (2013). *Cirurgia bariátrica: a trama dos significados prévios à tomada de decisão* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (L. O. Rocha, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dalmolin, B. M., Lopes, S. M. B., & Vasconcellos, M. P. C. (2002). A construção metodológica do campo: Etnografia, criatividade e sensibilidade na investigação. *Saúde e Sociedade, 11*, 19-34.
- Deram, S. (2014). *O peso das dietas: emagreça de forma sustentável dizendo não às dietas!* São Paulo: Sensus.
- DiGiorgi, M. (2012). *Factors associated with long-term weight regain after bariatric surgery* (Unpublished doctoral dissertation). Columbia University, United States.
- Di Pietro, M., & Silveira, D. X. (2009). Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 31*, 21-24.
- Donato, A., Osorio, M. G. F., Paschoal, P. V., & Marum, R. H. (2004). Obesidade. Em S. R. Busse (Org.). *Anorexia, Bulimia e Obesidade* (pp. 329-366). São Paulo: Manole.
- Driessnack, M., Sousa, V. D., & Mendes, I. A. C. (2007a). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15*(4).



- Driessnack, M., Sousa, V. D., & Mendes, I. A. C. (2007b). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 3: métodos mistos e múltiplos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(5).
- Esbrogeo, M. C. (2008). *Avaliação da Orientação Profissional em grupo: o papel da informação no desenvolvimento da maturidade para a escolha da carreira* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Faden, J., Leonard, D., O'Reardon, J., & Hanson, R. (2013). Obesity as a defense mechanism. *International Journal of Surgery Case Reports*, 4, 127-129.
- Fischer, S., Chen, E., Katterman, S., Roerhig, M., Bochierrri-Ricciardi, L., Munoz, D., ... Grange, D. (2007). Emotional eating in a morbidly obese bariatric surgery-seeking population. *Obesity Surgery*, 17, 778-784.
- Flancbaum, L., Choban, P. S., Bradley, L. R., Burge, J. C. (1997). Changes in measured resting energy expenditure after Roux-en-Y gastric bypass for clinically severe obesity. *Surgery*, 122, 943-949.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. *Caderno de Saúde Pública*, 24, 17-27.
- Freire, R. H., Borges, M. C., Alvarez-Leite, J. I., & Correia, M. I. T. D. (2012). Food quality, physical activity and nutritional follow-up as determinant of weight regain after Roux-en-Y gastric Bypass. *Nutrition*, 28, 53-58.
- Freitas, S., Lopes, C. S., Coutinho, W., & Appolinario, J. C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 215-220.

- Freud, S. (1894). Rascunho. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 235-241.
- Freud, S. (1915). Os instintos e suas vicissitudes. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 117-146.
- Freud, S. (1920). Além do princípio de prazer. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 13-72.
- Gomes, D. L. (2015). *Efeitos metabólicos e nutricionais da suplementação proteica em mulheres com reganho de peso após 24 meses de cirurgia bariátrica: um ensaio clínico randomizado* (Tese de doutorado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília.
- Heber, D., Greenway, F. L., Kaplan, L. M., Livingston, E., Salvador, J., & Still, C. (2010). Endocrine and nutritional management of the post-bariatric surgery patient: An endocrine society clinical practice guideline: *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 95, 4823-4843.
- Heinberg, L. J., Ashton, K., & Coughlin, J. (2012). Alcohol and bariatric surgery: Review and suggested recommendations for assessment and management. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 8, 357-363.
- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A. M., Hebebrand, J., & Senf, W. (2004). Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obesity Research*, 12(10), 1554-1569.
- Hollywood, A., Ogden, J., & Pring, C. (2012). The impact of a bariatric rehabilitation service on weight loss and psychological adjustment. *BMC Public Health*, 1-5.

- Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Wilson, G. T., Labouvie, E. W., Brolin, R. E. & LaMarca, L. B. (2002). Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. *Obesity Surgery*, *12*, 270-275.
- Karlsson, J., Sjoostrom, L., & Sullivan, M. (1998). Swedish Obese Subjects (SOS) - an intervention study of obesity: two-year follow-up of health – related quality of life (HRQL) and eating behaviors after gastric surgery for severe obesity. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, *22*(2), 113-127.
- Karmali, S., Brar, B., Shi, X., Sharma, A. M., Gara, C., & Birch, D. W. (2013). Weight recidivism post-bariatric surgery: A systematic review. *Obesity Surgery*, *23*, 1922–1933.
- Kiesewetter, S., Köpsel, A., Köpp, W., Kallenbach-Dermutz, B., Pfeiffer, A. F. H., Spranger, J., & Deter, H. C. (2010). Psychodynamic mechanism and weight reduction in obesity group therapy – first observations with different attachment styles. *GMS Psycho-Social-Medicine*, *7*, 1-9.
- King, W. C., Chen, J. Y., Mitchell, J. E., Kalarchian, M. A., Steffen, K. J., Engel, S. G., ... Yanovski, S. Z. (2012). Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *JAMA*, *307*(23), 2516-2524.
- Kinzl, J. F. (2010). Morbid obesity: Significance of psychological treatment after bariatric surgery. *Eating and Weight Disorders*, *15*, e275-e280.
- Kofman, M. D., Lent, M., R., & Swencionis, C. (2010). Maladaptive eating patterns, quality of life, and weight outcomes following gastric bypass: Results of an internet survey. *Obesity*, *18*(10), 1938–1943.
- Korner, J., Bessler, M., Cirilo, L. J., Conwell, I. M., Daud, A., Restuccia, N. L., Wardlaw, S. L. (2005). Effects of Roux-en-Y gastric bypass surgery on fasting and postprandial

concentrations of plasma ghrelin, peptide YY, and insulin. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 90, 359–365.

Lake, A., & Townshend, T. (2006). Obesogenic environments: Exploring the built and food environments. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(6):262-267.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário de Psicanálise* (P. Tamen, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1987)

Lazzarini, E. R., Batista, C. F., & Viana, T. C. (2013). Transtornos alimentares, o corpo e a clínica psicanalítica contemporânea. Em T. C. Viana, & I. Leal (Org.). *Sintomas alimentares, corpo e obesidade: questões clínicas e de avaliação* (pp. 73-91). Lisboa: Placebo Editora.

Leonidas, C. (2016). *Das (im)possibilidades do feminino: A sexualidade de mulheres com transtornos alimentares na perspectiva das adolescentes, suas mães e seus pais* (Tese de Doutorado não publicada). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Leonidas, C. & Santos, M. A. (2014). Social support networks and eating disorders: An integrative review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 915-927.

Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., Parikh, J. A., Dutson, E., Mehran, A., ... Gibbons, M. M. (2012). Preoperative predictors of weight loss following bariatric surgery: Systematic review. *Obesity Surgery*, 22, 70-89.

Loli, M. S. A. (2000). *Obesidade como sintoma: uma leitura psicanalítica*. São Paulo: Vetor.

- Magro, D. O., Geloneze, B., Delfini, R., Pareja, B. C., Callejas, F., & Pareja, J. C. (2008). Long-term weight regain after gastric bypass: A 5-year prospective study. *Obesity Surgery, 18*, 648-651.
- Machado, M. G. (2016). *Obesidade mórbida na contemporaneidade: entre o excesso do corpo e o silêncio das palavras*. Retirado de [http://www.ocal-candidatos.org/relocal/articulo\\_completo\\_relocal\\_cartagena2016.php?ID=247](http://www.ocal-candidatos.org/relocal/articulo_completo_relocal_cartagena2016.php?ID=247)
- Machado, M. G. (2011). *A obesidade para o obeso: uma leitura psicanalítica* (Dissertação de mestrado não publicada). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Machado, V., Leonidas, C., & Santos, M. A. (2012). Psychiatric readmission: An integrative review of the literature. *International Nursing Review, 59*(4), 447-457.
- Maykut, P., & Morehouse, R. (1994). *Beggining qualitative research: A philosophic and practical guide*. Londres: Farmer Press Teacher's Library.
- McDougall, J. (2013). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise* (P. H. B. Rondon, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1989)
- Minayo, M. C. S. (2008). *O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec.
- Mensorio, M. S. (2013). *Análise de estratégias de enfrentamento, ansiedade e hábitos em pacientes elegíveis à cirurgia bariátrica, com e sem acompanhamento psicológico* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília.
- Ministério da Saúde (2013a). *Portaria do Ministério da Saúde nº 424*. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas. Retirado de

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424\\_19\\_03\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html)

Ministério da Saúde (2013b). *Portaria do Ministério da Saúde nº 425*. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade. Retirado de

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425\\_19\\_03\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html)

Moorehead, M. K. (2011). A cirurgia bariátrica é uma cirurgia comportamental e um milagre terrestre: perspectiva de uma psicóloga clínica. Em A. R. M. Franques, & M. S. Arenales-Loli (Org.). *Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade* (pp. 171-207). São Paulo: Vetor.

Napoli, T. F. (2015). A ação do endocrinologista nos casos de ganho de peso. Em C. Benedetti, & L. Theodoro (Org.). *Depois de magro: a ação do psicólogo na manutenção do peso após o emagrecimento induzido por cirurgia* (pp. 99-104). São Paulo: Vetor.

Odom, J., Zalesin, K. C., Washington, T. L., Miller, W. W., Hakmeh, B., Zaremba D. L., ... McCullough, P. A. (2010). Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 20, 349-356.

Ogden, J. (2010). *The psychology of eating: From healthy to disordered behavior*. United Kingdom: Blackwell Publishing.

Ogden, J., & Clementi, C. (2010). The experience of being obese and the many consequences of stigma. *Journal of Obesity*, 1-9.

Ogden, J., Avenell, S., & Ellis, G. (2011). Negotiating control: Patient's experiences of unsuccessful weight-loss surgery. *Psychology and Health*, 26(7), 949,964.

Otto, A. F. N., & Ribeiro, M. A. (2012). Unidos em torno da mesa: a dinâmica familiar na obesidade. *Estudos de Psicologia*, 17(2), 255-263.

- Pai, M., McCulloch, M., Gorman, J. D., Pai, N., Enanoria, W., Kennedy, G., ... Colford Jr, J. M. (2004). Systematic reviews and meta-analyses: an illustrated, step-bystep guide. *National Medical Journal of India*, 17, 86–95.
- Papapietro, K. (2012). Reganancia de peso después de la cirugía bariátrica. *Revista Chilena de Cirugía*, 64, 83-87.
- Pataky, Z., Carrard, I., & Golay, A. (2011). Psychological factors and weight loss in bariatric surgery. *Current Opinion in Gastroenterology*, 27, 167-173.
- Pereira, T. T. S. O. (2013). Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para a pesquisa e intervenção. *Revista da SPAGESP*, 14, 21-29.
- Peres, R. S. (2006). O Corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. *Revista Psicologia Clínica*, 18, 165-177.
- Pichon-Rivière, E. (2009). *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1983)
- Pincock, S. (2011). Profile. Boyd Swinburn: combating obesity at the community level. *The Lancet*, 378, 761.
- Polit, D. F., Beck, C. T., Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre, Artmed.
- Rascovsky, A., Rascovsky, M. W., & Schlossberg, T. (1950). Estructura psíquica básica del obeso. Trabalho apresentado no XVI Congresso Internacional de Psicanálise em Zurique e publicado no *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 141-151.
- Ribeiro, C. C. & Cremasco, M. V. F. (2014a). Comer para morrer: a obesidade sob a ótica da psicanálise. *Anais do VI Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental*, Belo Horizonte.

- Ribeiro, C. C. & Cremasco, M. V. F. (2014b). Quando a cirurgia falha: as implicações da melancolia no tratamento cirúrgico da obesidade. *Anais do VI Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental*, Belo Horizonte.
- Rocha, F. J. B. (1988). A psicanálise e os pacientes somatizantes: introdução às ideias de Joyce McDougall. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 22, 27-41.
- Rutledge, T., Groesz, L. M., & Savu, M. (2011). Psychiatric factors and weight loss patterns following gastric bypass surgery in a veteran population. *Obesity Surgery*, 21, 29-35.
- Sallet, P. C., Sallet, J. A., Dixon, J. B., Collis, E., Pisani, C. E., Levy, A., ...Cordás, T. A. (2007). Eating behavior as a prognostic factor for weight loss after gastric bypass. *Obesity Surgery*, 17(4), 445-451.
- Saunders, R. (2004). “Grazing”: a high-risk behavior. *Obesity Surgery*, 14, 98–102.
- Silva, F. B. L. (2012). *Fatores associados ao reganho de peso após 24 meses de gastroplastia redutora em Y-de-Roux* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília.
- Silva, F. B. L., Gomes, D. L., & Carvalho, K. M. B. (2016). Poor diet quality and postoperative time are independent risk factors for weight regain after Roux-en-Y gastric bypass. *Nutrition*, xxx, 1–4.
- Sjöström, L., (2013). Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial – a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *Journal of Internal Medicine*, 273(3):219-234.
- Slochower, J. (1987). The psychodynamics of obesity: A review. *Psychoanalytic Psychology*, 4(2), 145-159.



- Soares, S. M., & Ferraz, A. F. (2007). Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11, 52-57.
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) (2015). *Obesidade*. Retirado de <http://www.sbc.org.br/>
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) (2014). *Especialistas da SBCBM lançam consenso clínico inédito na área de psicologia*. Retirado de <http://www.sbc.org.br/wordpress/especialistas-da-sbc.org-br-lancam-consenso-clinico-inedito-na-area-de-psicologia/>
- Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. C. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3).
- Souza, N. P. P., & Oliveira, M. R. M. (2008). O ambiente como elemento determinante da obesidade. *Simbio-Logias*, 1, 157-173.
- Steinig, J., Wagner, B., Shang, E., Dölemeyer, R., & Kersting, A. (2012). Sexual abuse in bariatric surgery candidates – impact on weight loss after surgery: a systematic review. *Obesity Reviews*, 13, 892–901.
- Tayyem, R., Ali, A., Atkinson, J., & Martin, C. R. (2011). Analysis of health-related quality of life instruments measuring the impact of bariatric surgery: Systematic review of the instruments used and their content validity. *The Patient – Centered Outcomes Research*, 4, 73-87.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal of Quality of Health Care*, 19(6), 349-357.

- Van Acker, M. T. V. (2008) *A reflexão e a prática docente: considerações a partir de uma pesquisa-ação* (Tese de Doutorado não publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Van Gemert, W. G., Westerterp, K. R., van Acker, B. A., Wagenmakers, A. J., Halliday, D., Greve, J. M., Soeters, P. B. (2000). Energy, substrate and protein metabolism in morbid obesity before, during and after massive weight loss. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24, 711–718.
- Van de Sande-Lee, S., & Velloso, L. A. (2012). Disfunção hipotalâmica na obesidade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica*, 56(6), 341-350.
- Vigarello, G. (2012). *As metamorfoses do gordo. História da obesidade no Ocidente: da Idade Média ao século XX* (M. Penchel, Trad.). Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 2010)
- Walfish, S. (2004). Self-assessed emotional factors contributing to increased weight gain in pre-surgical bariatric patients. *Obesity Surgery*, 14(10), 1402-1405.
- Weber, F. (2009). A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo? *Horizontes Antropológicos*, 15, 157-170.
- Weineland, S., Arvidsson, D., Kakoulidis, T., & Dahl, J. (2012). Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obesity Research & Clinical Practice*, 6, 21-30.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553.
- World Obesity Federation (2015). *About obesity*. Retirado de <https://www.worldobesity.org/what-we-do/aboutobesity/>

Zavaroni, D. M. L. (2013). Amamentação, sintomas alimentares e constituição psíquica.

Em T. C. Viana, & I. Leal (Org.). *Sintomas alimentares, corpo e obesidade: questões clínicas e de avaliação* (pp. 108-119). Lisboa: Placebo Editora.

## ANEXOS

## Anexo I. Autorização formal do sócio proprietário da clínica privada para realização da pesquisa



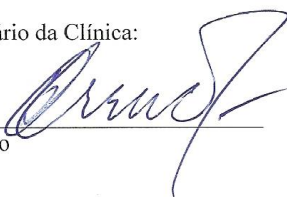
## TERMO DE CONCORDÂNCIA

O médico **Sérgio Lincoln de Matos Arruda**, sócio proprietário do **Centro de Vídeo Cirurgia e Cirurgia Geral LTDA**, está de acordo com a realização, nesta Clínica, da pesquisa **Uma compreensão do reganho de peso após a cirurgia bariátrica: contribuições da psicanálise**, de responsabilidade das pesquisadoras **Michele Daiane Birck** e Profa. Dra. **Terezinha de Camargo Viana**, para **melhor compreensão das questões emocionais implicadas no reganho de peso pós cirurgia bariátrica**, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília.

O estudo envolve **entrevista inicial e execução de grupos temáticos com pacientes operados de cirurgia bariátrica**. Tem duração de **sete meses**, com previsão de início para **junho de 2015**.

Brasília, 03 / junho / 2015

Médico - Sócio proprietário da Clínica:

  
 Assinatura e carimbo  
 Dr. Sérgio Arruda  
 Médico  
 CRM DF 5475

Pesquisadora Responsável pelo protocolo de pesquisa:

  
 Assinatura

**Anexo II. Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de  
Medicina da UnB**

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Uma compreensão do ganho de peso após a cirurgia bariátrica: contribuições da psicanálise **Pesquisador:** Michele Daiane Birck **Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 44660315.7.0000.5558

**Instituição Proponente:** Instituto de Psicologia -UNB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.126.657

**Data da Relatoria:** 24/06/2015

**Apresentação do Projeto:**

Vide parecer anterior

**Objetivo da Pesquisa:**

Vide parecer anterior

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Vide parecer anterior

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Todas as pendências foram resolvidas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Completos.

**Recomendações:**

Nenhuma

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A proponente atendeu 100% das recomendações contidas no parecer consubstanciado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

<b>Endereço:</b>	Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina		
<b>Bairro:</b> Asa Norte	<b>CEP:</b>	70.910-900	
<b>UF:</b> DF	<b>Município:</b>	BRASILIA	
<b>Telefone:</b>	(61)3107-1918	<b>E-mail:</b>	fmd@unb.br

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto apreciado na Reunião Ordinária do CEP-FM-UnB. Após apresentação do parecer do Relator, aberta a discussão para os membros do Colegiado. Após destaque de atendimento de 100% das recomendações, o projeto foi Aprovado por unanimidade.

BRASILIA, 26 de junho de 2015

---

**Assinado por:**  
**Florêncio Figueiredo Cavalcanti Neto**  
**(Coordenador)**

<b>Endereço:</b>	Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina		
<b>Bairro:</b>	Asa Norte	<b>CEP:</b>	70.910-900
<b>UF:</b>	DF	<b>Município:</b>	BRASILIA
<b>Telefone:</b>	(61)3107-1918	<b>E-mail:</b>	fmd@unb.br

## APÊNDICES

### Apêndice I – Roteiro de entrevista semiestruturada

Birck, M. D. (2017). “Comer para preencher”: uma compreensão psicológica do reganho de peso após a cirurgia bariátrica. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

Nome		Gênero	Orientação sexual	Data de nascimento
Idade	Escolaridade	Etnia	Estado civil	Profissão

1. Data do dia da entrevista \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Data da cirurgia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. Peso pré-operatório (dia da cirurgia) \_\_\_\_\_ kg

4. Peso atual \_\_\_\_\_ kg

5. Peso mais baixo alcançado com a cirurgia \_\_\_\_\_ kg

6. Você reganhou peso desde a cirurgia? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não

6a. Quantidade de peso reganhado desde o menor peso alcançado com a cirurgia \_\_\_\_ kg

6b. Após a cirurgia, quando você começou a reganhar? \_\_\_\_\_

7. Você se sente atualmente sob muito estresse? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não

Se sim, qual é a fonte? Por favor, verifique todas as fontes de estresse

\_\_\_\_ Família    \_\_\_\_ Financeiro

\_\_\_\_ Social    \_\_\_\_ Saúde

\_\_\_\_ Trabalho    \_\_\_\_ Outras, cite-as: \_\_\_\_\_

8. O seu consumo de álcool aumentou / diminuiu desde a cirurgia bariátrica?

\_\_\_\_ Aumentou    \_\_\_\_ Nenhuma mudança

\_\_\_\_ Diminuiu    \_\_\_\_ Eu nunca bebi álcool, nem antes nem depois

9. Alguém já expressou preocupação sobre seu uso de álcool ou drogas?

\_\_\_\_ Sim    \_\_\_\_ Não

Se sim, por favor descreva: \_\_\_\_\_

10. Por favor, avalie o seu bem-estar atual. Isto inclui questão física, psicológica, emocional, profissional, etc. Faça um círculo *Ruim 1 2 3 4 5 Bom*

11. Marque com um X nas mudanças de comportamento positivas desde a cirurgia:

\_\_\_\_ Maior controle sobre a comida. Posso parar com menos comida

\_\_\_\_ Pré-planejamento da ingestão de alimentos

\_\_\_\_ Automonitorização (me peso regularmente e mantenho registros)

\_\_\_\_ Melhora do sono

\_\_\_\_\_ Estabeleço limites / fronteiras em torno de comer alimentos gatilho

\_\_\_\_\_ Diminuição dos impulsos alimentares

\_\_\_\_\_ Outros, cite-os: \_\_\_\_\_

12. Marque com um X nos comportamentos alimentares e/ou sentimentos atuais

\_\_\_\_\_ Impulsos alimentares

\_\_\_\_\_ Sentimentos de desesperança/depressão

\_\_\_\_\_ Ansiedade

\_\_\_\_\_ Beliscar

\_\_\_\_\_ Preferência por alimentos macios e/ou pastosos

\_\_\_\_\_ Preferência por alimentos doces

\_\_\_\_\_ Sedentarismo

\_\_\_\_\_ Outros, cite-os: \_\_\_\_\_

13. Desde a data da cirurgia, com que frequência você visita a equipe multiprofissional?

\_\_\_\_\_ Não visito de forma alguma          \_\_\_\_\_ Uma vez por ano

\_\_\_\_\_ Raramente    \_\_\_\_\_ 2-3 vezes por ano

14. Para você, qual o significado do alimento na sua família? Me diga o que vêm à mente.

15. O que o alimento representa para você? Me diga o que vêm à mente.

16. Quais as principais causas que você atribui ao seu reganho de peso?

17. Você já sofreu abuso sexual ou assédio moral? Não \_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ (se sim comente brevemente como e quando aconteceu)

18. Sobre quais temas você gostaria de conversar no grupo? Temas que, na sua opinião, têm alguma relação com seu reganho de peso.

19. Qual dia e horário você prefere participar do grupo?

20. Quais problemas de saúde atuais você tem?

21. Seus problemas atuais de saúde existiam antes de você operar? Se sim, voltaram em que momento após a cirurgia?

22. Qual técnica cirúrgica você realizou?

23. Quais motivos levaram você a operar na época?

24. Quando iniciou seu sobrepeso e sua obesidade?

25. O que lhe motivou a participar desta pesquisa?



## Apêndice II – Escala de Compulsão Alimentar Periódica

Rev Bras Psiquiatr 2001;23(4):215-20

Tradução da "Binge Eating Scale"  
Freitas S et al.

### Anexo

#### ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

#### BES (BINGE EATING SCALE)

Autores: Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. (1982).

Tradutores: Freitas S, Appolinario JC. (2001).

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Lista de verificação dos hábitos alimentares

#### Instruções:

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

- # 1
- ( ) 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
  - ( ) 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
  - ( ) 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
  - ( ) 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, freqüentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.
- # 2
- ( ) 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
  - ( ) 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
  - ( ) 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
  - ( ) 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.
- # 3
- ( ) 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
  - ( ) 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
  - ( ) 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
  - ( ) 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.
- # 4
- ( ) 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
  - ( ) 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, freqüentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
  - ( ) 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.
  - ( ) 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.
- # 5
- ( ) 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
  - ( ) 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
  - ( ) 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.
  - ( ) 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha "fome na boca", em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.
- # 6
- ( ) 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
  - ( ) 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
  - ( ) 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- # 7
- ( ) 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
  - ( ) 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
  - ( ) 3. Freqüentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): "agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim". Quando isto acontece, eu como ainda mais.
  - ( ) 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser "uma festa" ou "um morrer de fome".
- # 8
- ( ) 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.
  - ( ) 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).
  - ( ) 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.
  - ( ) 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).
- # 9
- ( ) 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
  - ( ) 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
  - ( ) 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
  - ( ) 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de "festa" ou de "morrer de fome".
- # 10
- ( ) 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando "já chega".
  - ( ) 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
  - ( ) 3. Freqüentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
  - ( ) 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

Tradução da "Binge Eating Scale"  
Freitas S et al.

Rev Bras Psiquiatr 2001;23(4):215-20

#11

- 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
- 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
- 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.
- 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

#12

- 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).
- 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.
- 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
- 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

#13

- 1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
- 2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.
- 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
- 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

#14

- 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão "pré-ocupados" com tentar controlar meus impulsos para comer.
- 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
- 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão "pré-ocupadas" por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

#15

- 1. Eu não penso muito sobre comida.
- 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
- 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
- 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar "pré-ocupados" com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

#16

- 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
- 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
- 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria idéia alguma de qual seria a quantidade "normal" de comida para mim.

## Apêndice III – Questionário de Imagem Corporal

### ANNEX I

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos      Peso: \_\_\_\_\_ kg      Altura: \_\_\_\_\_ cm      IMC: \_\_\_\_\_

BODY SHAPE QUESTIONNAIRE – BSQ

Adaptado e validado para uso no Brasil por Mônica Cristina Di Pietro, Evelyn Doering Xavier e Dartiu Xavier da Silveira  
PROAD / Departamento de Psiquiatria – UNIFESP / EPM

Responda as questões abaixo em relação à sua aparência nas últimas 4 semanas. Usando a seguinte legenda:

- |              |                   |                         |
|--------------|-------------------|-------------------------|
| 1. Nunca     | 3. Às vezes       | 5. Muito frequentemente |
| 2. Raramente | 4. Frequentemente | 6. Sempre               |

01. Sentir-se entediada(o) faz você se preocupar com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
02. Sua preocupação com sua forma física chega ao ponto de você pensar que deveria fazer uma dieta?	1	2	3	4	5	6
03. Já lhe ocorreu que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
04. Você tem receio de que poderia engordar ou ficar mais gorda(o)?	1	2	3	4	5	6
05. Você anda preocupada(o) achando que o seu corpo não é firme o suficiente?	1	2	3	4	5	6
06. Ao ingerir uma refeição completa e sentir o estômago cheio, você se preocupa em ter engordado?	1	2	3	4	5	6
07. Você já se sentiu tão mal com sua forma física a ponto de chorar?	1	2	3	4	5	6
08. Você deixou de correr por achar que seu corpo poderia balançar?	1	2	3	4	5	6
09. Estar com pessoas magras do mesmo sexo que você faz você reparar em sua forma física?	1	2	3	4	5	6
10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem ocupar muito espaço quando você senta?	1	2	3	4	5	6
11. Você já se sentiu gorda(o) mesmo após ingerir uma pequena quantidade de alimento?	1	2	3	4	5	6
12. Você tem reparado na forma física de outras pessoas do mesmo sexo que o seu e, ao se comparar, tem se sentido em desvantagem?	1	2	3	4	5	6
13. Pensar na sua forma física interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como, por exemplo, assistir televisão, ler ou acompanhar uma conversa)?	1	2	3	4	5	6
14. Ao estar nua(nu), por exemplo, ao tomar banho, você se sente gorda(o)?	1	2	3	4	5	6
15. Você tem evitado usar roupas mais justas para não se sentir desconfortável com sua forma física ?	1	2	3	4	5	6
16. Você já se pegou pensando em remover partes mais carnudas de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
17. Comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda(o)?	1	2	3	4	5	6
18. Você já deixou de participar de eventos sociais (como por exemplo, festas) por se sentir mal com relação à sua forma física?	1	2	3	4	5	6
19. Você se sente muito grande e arredondada(o)?	1	2	3	4	5	6
20. Você sente vergonha do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
21. A preocupação frente à sua forma física a(o) leva a fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
22. Você se sente mais contente em relação à sua forma física quando seu estômago está vazio (por exemplo, pela manhã)?	1	2	3	4	5	6
23. Você acredita que sua forma física se deva à sua falta de controle?	1	2	3	4	5	6
24. Você se preocupa que outras pessoas vejam dobras na sua cintura ou estômago?	1	2	3	4	5	6
25. Você acha injusto que outras pessoas do mesmo sexo que o seu sejam mais magras do que você?	1	2	3	4	5	6
26. Você já vomitou para se sentir mais magro(a)?	1	2	3	4	5	6
27. Quando acompanhada(o), você fica preocupada(o) em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentada(o) num sofá ou no banco de um ônibus)?	1	2	3	4	5	6
28. Você se preocupa com o fato de estar ficando cheia(o) de “dobras” ou “banhas”?	1	2	3	4	5	6
29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?	1	2	3	4	5	6
31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários e banheiros)?	1	2	3	4	5	6
32. Você já tomou laxantes para se sentir mais magra(o)?	1	2	3	4	5	6
33. Você fica mais preocupada(o) com sua forma física quando em companhia de outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
34. A preocupação com sua forma física leva você a sentir que deveria fazer exercícios?	1	2	3	4	5	6

Nenhuma:	≤ 110
Leve:	> 110 e ≤ 138
Moderada:	> 138 e ≤ 167
Grave:	> 167

#### Apêndice IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa denominado “*Uma compreensão do reganho de peso após a cirurgia bariátrica: contribuições da psicanálise*”. O nosso objetivo é discutir fatores emocionais relacionados ao reganho de peso após a cirurgia, bem como contextualizar as consequências emocionais deste fenômeno. Queremos, com isso, ampliar a discussão relacionada ao preparo psicológico pré-cirúrgico e também o acompanhamento da mesma especialidade no pós-operatório.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo de seus dados pessoais através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Pretendemos fazer a pesquisa da seguinte forma: um encontro para uma entrevista semiestruturada e aplicação de questionários (com duração de 1 hora), e doze encontros semanais em grupo com discussão de temas relacionados ao reganho (com duração aproximada de 2h).

Os benefícios da pesquisa para você estão relacionados aos possíveis efeitos colaterais das atividades propostas com redução de ansiedade e melhoria da sua participação nas atividades de acompanhamento pós-cirurgia.

Informamos que você pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa, em qualquer momento, sem prejuízo nenhum. A sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento pela colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Caso sejam identificados sintomas de depressão, ansiedade ou outro indicador de sofrimento emocional decorrente de sua participação na pesquisa, a pesquisadora disponibiliza-se a atendê-lo(a) em consultas psicológicas tantas quantas forem necessárias, gratuitamente, na clínica onde você participará da pesquisa, ficando às custas da clínica e da pesquisadora quaisquer despesas decorrentes destes cuidados.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com Michele (o número consta ao final deste documento) ou envie um e-mail para micheledaianepsi@yahoo.com.br.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1918 ou do e-mail cepfm@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Desde já agradecemos pela confiança e colaboração.

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisadora Responsável: Michele Daiane Birck (CRP 01/14917). Fone: (61) 98206 6625

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Apêndice V – Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz para fins de pesquisa**

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a utilização do meu som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “*Uma compreensão do reganho de peso após a cirurgia bariátrica: contribuições da psicanálise*”, sob responsabilidade de Michele Daiane Birck, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

Meu som de voz pode ser utilizado apenas para análise de dados desta pesquisa. Tenho ciência de que não haverá divulgação do meu som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto na atividade vinculada ao ensino e a pesquisa explicitada acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação aos sons de voz são de responsabilidade da pesquisadora responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, do meu som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Apêndice VI**  
**Consolidated criteria for reporting qualitative studies**  
**(COREQ): 32-item checklist**

Developed from:

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

No. Item	Guide questions/description	Reported on Page #
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>		
<i>Personal Characteristics</i>		
1. Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?	Mai Duong
2. Credentials	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	Mai Duong, BSc.Pharm,BHSc(Hons), RPh, M.Phil Candidate  Rebekah J. Moles, PhD,DipHPharm,BPharm, Senior Lecturer  Betty Char, PhD,MHL,BPharm, Senior Lecturer  Timothy F. Chen, PhD,DipHPharm,Pharm, MPS,MSHP,Associate Professor
3. Occupation	What was their occupation at the time of the study?	Pharmacist, M.Phil student, Teaching Assistant
4. Gender	Was the researcher male or female?	Female
5. Experience and training	What experience or training did the researcher have?	Methods - The researcher gathered data from hospital interviews in Costa Rica in a study at the University of Toronto in 2006. She participated in ACSPRI qualitative research methods training courses in Australia in 2013.
<i>Relationship with participants</i>		

6. Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?	No
7. Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	Participant information sheet and Consent Form
8. Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	Methods
<b>Domain 2: study design</b>		
<i>Theoretical framework</i>		
9. Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	Methods
<i>Participant selection</i>		
10. Sampling	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	Methods
11. Method of approach	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	Methods
12. Sample size	How many participants were in the study?	Methods
13. Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	Methods
<i>Setting</i>		
14. Setting of data collection	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	Methods
15. Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	No
16. Description of sample	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	Methods
<i>Data collection</i>		
17. Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Methods
18. Repeat interviews	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	No
19. Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Methods
20. Field notes	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	Methods
21. Duration	What was the duration of the inter views or focus group?	Methods
22. Data saturation	Was data saturation discussed?	Methods
23. Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or	Methods

	correction?	
<b>Domain 3: analysis and findings</b>		
<i>Data analysis</i>		
24. Number of data coders	How many data coders coded the data?	Methods
25. Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?	Methods
26. Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?	Methods
27. Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	Methods
28. Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?	Methods
<i>Reporting</i>		
29. Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	Results
30. Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	Discussion
31. Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	Results
32. Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Results