**ESCOLA DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

ESTELA KORTCHMAR

**A EXPERIÊNCIA DE REGANHO DE PESO APÓS A CIRURGIA
BARIÁTRICA: UM ENFOQUE FENOMENOLÓGICO**

**SÃO PAULO
2018**

ESTELA KORTCHMAR

**A EXPERIÊNCIA DE REGANHO DE PESO APÓS A CIRURGIA
BARIÁTRICA: UM ENFOQUE FENOMENOLÓGICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem EEUSP-PPGE da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Cuidados em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Miriam Aparecida
Barbosa Merighi

SÃO PAULO

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Kortchmar, Estela

A experiência de reganho de peso após a cirurgia bariátrica: um enfoque fenomenológico, 2018.

105 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Miriam Aparecida Barbosa Merighi

Área de concentração: Cuidados em saúde.

1. Cirurgia Bariátrica. 2. Reganho de peso.3. Obesidade. 4. Equipe multidisciplinar. 5. Pesquisa qualitativa. I. Título.

Nome: Estela Kortchmar

Título: A experiência de reganho de peso após a cirurgia bariátrica: um enfoque fenomenológico.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem EEUSP-PPGE da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.:	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____

Prof. Dr.:	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____

Prof. Dr.:	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____

Prof. Dr.:	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____

Prof. Dr.:	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____

Dedico este trabalho a minha mãe Nair Klinger pelo exemplo de luta e superação.

Obrigada pelo apoio e incentivo em todos os momentos desta trajetória.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Miriam Aparecida Barbosa Merighi, pela valiosa orientação, dedicação e por compartilhar comigo o seu conhecimento e experiência na construção deste estudo.

À Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Pinto de Jesus pelo apoio, incentivo e inestimáveis contribuições em todas as etapas desta pesquisa.

À minha querida família, em especial à Daniela e ao Ailton, pelo amor incondicional e por ter me apoiado em todos os momentos da vida.

Ao meu pai Gerson Kortchmar pelo carinho e incentivo de sempre.

Ao Prof. Dr. Marco Aurélio Santo pela cordialidade em autorizar a coleta de dados na Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do HCFMUSP.

Ao Prof. Dr. Daniel Riccioppo pela indicação de pacientes do Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HCFMUSP para as entrevistas.

À Prof.^a Dr.^a Deise Moura de Oliveira pelas reflexões que contribuíram para o aprimoramento do manuscrito.

Aos membros da banca por aceitarem o convite de contribuir valiosamente para este trabalho.

À Claudete, companheira de doutorado, pelas trocas, incentivo e amizade.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Enfermagem com abordagens fenomenológicas pelas contribuições e acolhimento.

Aos participantes deste estudo pela disposição e confiança em compartilhar as suas experiências.

Kortchmar E. A experiência de reganho de peso após a cirurgia bariátrica: um enfoque fenomenológico [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

Introdução: a cirurgia bariátrica destaca-se como o método mais eficaz no tratamento da obesidade em longo prazo, acarretando remissão significativa das enfermidades associadas ao excesso de peso. Ocorre que os resultados da cirurgia nem sempre são duradouros. Estima-se que 20% a 30% das pessoas que são submetidas ao procedimento bariátrico irão apresentar reganho de peso passados os dois primeiros anos. **Objetivo:** compreender a experiência de reganho de peso para as pessoas que foram submetidas à cirurgia bariátrica. **Método:** pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica, realizada em um hospital público de São Paulo. A Amostra foi composta de 17 participantes que apresentaram reganho de peso após a cirurgia bariátrica. Para obtenção dos dados, utilizou-se a entrevista aberta com as seguintes questões norteadoras: Como é para você se perceber ganhando peso novamente? O que você acredita que esteja contribuindo para o seu ganho de peso? Como você lida com o reganho de peso? Como você se vê daqui a alguns anos em relação ao seu peso corporal? A organização e a análise dos depoimentos foram realizadas seguindo os passos preconizados por estudiosos da fenomenologia social de Alfred Schütz. **Resultados:** o típico da ação vivida pela pessoa que apresenta recidiva de peso após a cirurgia bariátrica mostrou-se como aquela que: atribui o reganho de peso à instabilidade emocional, que a leva a dificuldades no controle do comportamento alimentar; afirma que o estresse, a ansiedade e a solidão contribuem para o reganho de peso; associa a recidiva de peso a alterações anatômicas relacionadas à cirurgia; expressa sentimentos como derrota, culpa e tristeza; refere consequências físicas, psíquicas e sociais advindas da recuperação de peso, medo de engordar demais e ficar sem saída; relata consumo excessivo de álcool; tem como expectativa controlar o peso com vistas a impactar positivamente sua qualidade de vida, para tanto, necessita suporte multidisciplinar para as questões físicas e emocionais envolvidas no reganho de peso; almeja se submeter a uma nova cirurgia bariátrica e a cirurgia plástica para melhorar a autoestima. **Conclusões:** os achados ilustram o quanto o fenômeno reganho de peso é complexo em seus aspectos biopsicoemocionais e necessita uma escuta individualizada e qualificada, acolhendo as questões subjetivas vividas por aqueles que foram submetidos à cirurgia bariátrica e estão passando pela situação de recuperação de peso. Acredita-se que a discussão proporcionada por esta investigação reforce a necessidade de as equipes de saúde investirem nos encontros com o paciente bariátrico, pautados na relação intersubjetiva que respeite e considere o outro, compartilhando decisões e contribuindo para que os pacientes se tornem ativos na produção de sua saúde e responsáveis pelo êxito no alcance e manutenção do peso desejado.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia bariátrica. Reganho de peso. Obesidade. Período pós-operatório. Equipe multidisciplinar. Pesquisa qualitativa.

Kortchmar E. The experience of weight regain after Bariatric Surgery: a phenomenological approach [thesis]. Sao Paulo: School of Nursing, University of Sao Paulo; 2018.

ABSTRACT

Introduction: bariatric surgery stands out as the most effective method in the long-term treatment of obesity, leading to significant remission of diseases associated with overweight. However, the results of the surgery are not always long lasting. It is estimated that 20% to 30% of the people who undergo the bariatric surgery will regain weight after the first two years. **Aim:** to understand the experience of weight regain to people who were subjected to bariatric surgery. **Method:** qualitative research with a phenomenological approach, conducted in a public hospital of Sao Paulo. The sample was composed of 17 participants who presented weight regain after bariatric surgery. To collect the data, an open interview was used with the following guiding questions: How is it to you, to notice yourself gaining weight again? What do you believe is contributing to your weight gain? How do you deal with the weight regain? How do you see yourself in a few years, in relation to your body weight? The organization and analysis of the interviews were conducted following the steps recommended by scholars of the social phenomenology of Alfred Schütz. **Results:** the typical action experienced by people with weight regain after bariatric surgery showed up as one that: assigns the weight regain to an emotional instability that leads them to difficulties in the control of eating behaviour; states that stress, anxiety and loneliness contributes to weight regain; associates the recurrence of overweight to anatomical changes related to the surgery; expresses feelings of defeat, guilt and sadness; points out physical and mental consequences arising from the weight regain; fears gaining too much weight and losing control; report excessive alcohol consumption; has the expectation of controlling the weight gain in order to positively impact the quality of life, thus, requires multidisciplinary support for issues regarding weight regain; intend to undergo another bariatric surgery and a plastic surgery to improve self-esteem. **Conclusions:** the findings illustrate how the phenomenon of weight regain is complex in its bio-psycho-emotional aspects and requires an individualized and qualified attention, welcoming of the subjective issues experienced by those who were submitted to a bariatric surgery and are going through a situation of weight regain. It is believed that the discussion on this research reinforces the need of the healthcare teams to invest on a follow-up of bariatric patients, based on an intersubjective relationship that respects and considers the other, sharing decisions and contributing to the patients becoming active in the production of their health and partners in the success of reaching and maintaining their desired weight.

KEYWORDS: Bariatric surgery. Weight regain. Obesity. Postoperative period. Multidisciplinary team. Qualitative research.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Perguntas, objetivo e justificativa do estudo. São Paulo, 2018.	18
Figura 2 - Tipo de estudo, cenário, participantes e questões da entrevista. São Paulo, 2018.	40
Figura 3 - Esquema representativo da análise compreensiva. São Paulo, 2018.....	41
Figura 4 - Categorias concretas emergentes dos depoimentos. São Paulo, 2018.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACE	American Association of Clinical Endocrinologists
ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
ASMBC	American Society for Metabolic & Bariatric Surgery
CAPPesq	Comissão de Ética para Análise dos Projetos de Pesquisa
CB	Cirurgia Bariátrica
EUA	Estados Unidos da América
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IBC	International Bariatric Club
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
kg	Quilograma
OMS	Organização Mundial da Saúde
SBCBM	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
SOS	Swedish Obese Subjects
TOS	The Obesity Society
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	SITUANDO A TEMÁTICA DO ESTUDO.....	13
1.2	PERGUNTAS, OBJETIVO E JUSTIFICATIVA DA INVESTIGAÇÃO.....	16
2	REGANHO DE PESO APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA: O ENCONTRO COM A LITERATURA	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	28
3.1	A OPÇÃO PELA PESQUISA QUALITATIVA DE ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA.....	28
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	35
4.1	CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO	35
4.2	OBTENÇÃO DOS DEPOIMENTOS.....	37
4.3	ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS.....	38
4.4	ASPECTOS ÉTICOS	39
5	RESULTADOS.....	43
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	43
5.2	CATEGORIAS DO VIVIDO	46
5.3	TÍPICO DA AÇÃO SOCIAL ESTUDADA: EXPERIÊNCIA DE REGANHO DE PESO APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA.....	55
6	DISCUSSÃO.....	57
7	IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL	77
8	CONCLUSÕES.....	82
	REFERÊNCIAS.....	85
	APÊNDICES.....	94
	ANEXOS	99

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 SITUANDO A TEMÁTICA DO ESTUDO

A obesidade é um fenômeno global, cuja prevalência vem aumentando nas últimas décadas, atingindo tanto países desenvolvidos como países em desenvolvimento. Devido às morbidades associadas, é considerada uma doença complexa, na qual a hereditariedade representa um importante marcador, somado ao consumo de alimentos altamente calóricos, além de atividade física reduzida e aspectos psicológicos e sociais (WHO, 2017a).

De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 1,9 bilhão de adultos apresentam excesso de peso e, destes, pelo menos 650 milhões são obesos. Os números são preocupantes, principalmente porque o sobrepeso e a obesidade podem acarretar sérias consequências para a saúde, entre elas, doenças cardiovasculares, diabetes, alguns tipos de câncer, apneia e hipertensão arterial sistêmica (WHO, 2017b).

Conforme projeção da OMS, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos apresentarão sobrepeso e mais de 700 milhões, obesidade. Caso não haja nenhuma intervenção, O número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo poderá chegar a 75 milhões (ABESO, 2017).

No Brasil, os dados da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) revelaram que a prevalência da obesidade passou de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016, atingindo quase um em cada cinco brasileiros. O número de pessoas com excesso de peso também cresceu neste período. Em 2006, 42,6% dos entrevistados foram considerados com excesso de peso, em 2016 esse índice subiu para 53,8% (Brasil, 2017).

Os dados levantados pela mesma pesquisa evidenciam que o país passa por uma transição no que diz respeito às questões nutricionais. Se antes o quadro preponderante era de desnutrição, atualmente o Brasil está entre os países que apresentam alta prevalência de obesidade (Brasil, 2017).

Nesse cenário, é crescente a procura pela cirurgia bariátrica (CB), também conhecida como cirurgia da obesidade. A CB é indicada para casos de obesidade

mórbida e controle de morbidades associadas ao excesso de peso. Atualmente configura-se como o tratamento mais efetivo e duradouro para perda de peso e controle das doenças associadas, nos casos de obesidade grave (Colquitt et al., 2009; Natvik et al., 2015; Sjöström et al., 2013; Chaim et al., 2017).

A CB vem sendo realizada nos Estados Unidos (EUA) desde a década de 1950 e atualmente o país lidera o *ranking* mundial nesta modalidade de cirurgia. Na segunda posição, aparece o Brasil, que introduziu o tratamento cirúrgico 20 anos mais tarde e que, atualmente, realiza 100 mil operações bariátricas por ano (SBCBM, 2017).

O procedimento cirúrgico bariátrico destaca-se como o método mais eficaz no tratamento da obesidade em longo prazo, acarretando também remissão significativa das enfermidades associadas ao excesso de peso (Oliveira, 2016). Os resultados mais expressivos são observados na remissão do diabetes tipo 2, diminuição das doenças cardiovasculares, bem como redução de risco de certos tipos de câncer, entre outros (Kim et al., 2016).

Contudo, alguns pacientes não experimentam perdas de peso significativas ou apresentam reganho de peso após um tempo de operados. Uma das razões para a variabilidade na perda de peso pode ser a dificuldade em fazer e sustentar mudanças na ingestão alimentar e atividade física (Kalarchian, Marcus, 2015).

Passados cerca de dois anos da cirurgia, uma recuperação de 10% do peso mínimo atingido pode ser considerada normal. Caso ocorra um aumento de peso maior ou se os fatores de risco antes controlados retornarem, este ganho ponderal será considerado problemático. No entanto, ainda não há consenso sobre qual tratamento é o mais indicado para estes casos (Berti et al., 2015).

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) enfatiza que a reincidência de peso é um problema importante de saúde pública. Considerando que, em 2016, foram realizadas no Brasil cerca de 100 mil cirurgias, este problema impacta hoje uma média de 20 mil pessoas que não estão tendo sucesso em seu tratamento (Saúde Metabólica, 2017).

Uma revisão sistemática conduzida com o intuito de investigar a incidência e os fatores associados ao reganho de peso após a CB demonstrou que a recidiva é multifatorial e varia de acordo com o tempo de realizada a cirurgia, tipo de

procedimento cirúrgico empregado, inatividade física, fatores de saúde mental, hábitos alimentares inadequados, entre outros (Karmali et al., 2013).

No que se refere aos fatores psicossociais associados à perda de peso após a CB, a literatura aponta como principais preditores o Índice de Massa Corporal (IMC), a perda de peso pré-operatória e os transtornos alimentares ou psiquiátricos. Como fator positivo para perda de peso, ganha destaque o emagrecimento do pré-operatório. Já como fatores com associação negativa, estão incluídos um IMC alto antes da cirurgia, super obesidade e transtornos psiquiátricos. A partir da identificação de fatores preditivos para a perda de peso, podem ser desenvolvidas intervenções junto aos pacientes, no sentido de evitar o reganho de peso após a CB (Livhits et al., 2012; Carvalho Jr. et al., 2014).

Uma outra revisão sistemática concluiu que nem todos os pacientes bariátricos experimentam melhoria da saúde mental, provavelmente devido aos resultados insatisfatórios, incluindo o peso recuperado. Para melhor compreensão sobre as dificuldades a serem enfrentadas após a CB, o estudo alerta para a importância de se conhecer a expectativa anterior dos pacientes sobre o impacto da CB em suas vidas (Kubik et al., 2013).

Sobre os efeitos psicológicos que a CB acarreta à vida dos pacientes, um estudo de revisão de literatura verificou que, apesar de os resultados positivos de perda de peso e a melhora das comorbidades após a cirurgia não serem imediatos, os distúrbios psicológicos apresentados pelos pacientes na fase pré-operatória foram amenizados. No entanto, no pós-cirúrgico, foram detectados resultados como depressão e alterações na imagem corporal dos pacientes operados em relação a grupos de controle. Os resultados apontaram a necessidade de acompanhamento profissional visando à compreensão das razões que levam a esses resultados (Jumbe, Hamlet, Meyrick, 2017).

O ressurgimento das doenças associadas à obesidade é outra questão a ser considerada no reganho de peso. O risco de reincidência das comorbidades deve ser cuidadosamente estudado ao se avaliar a significância do reganho. As diretrizes da *American Association of Clinical Endocrinologists* (AACE) em conjunto com *The Obesity Society* (TOS) e *American Society for Metabolic & Bariatric Surgery* (ASMBC) ressaltam a importância de se considerar o comprometimento da saúde decorrente da recuperação de peso (Mechanick et al., 2013).

Na análise da literatura, observou-se que a maior parte dos estudos sobre a CB está relacionada aos métodos e resultados do procedimento cirúrgico, com destaque para as pesquisas retrospectivas, que seguiram os participantes, no máximo, até dois anos. Por outro lado, foram encontrados estudos que discutiam as vivências das pessoas que realizaram procedimentos bariátricos, utilizando o método fenomenológico (Oliveira et al., 2016; Natvik et al., 2015; Geraci, Brunt, Marihart, 2014). No entanto, constatou-se que os efeitos da CB em longo prazo ainda não foram suficientemente estudados (Colquitt et al., 2009; Puzziferri et al., 2014), incluindo o reganho de peso após CB.

1.2 PERGUNTAS, OBJETIVO E JUSTIFICATIVA DA INVESTIGAÇÃO

Minha motivação para pesquisar questões relacionadas ao tema obesidade surgiu no curso de Pós-Graduação em Psicologia Hospitalar. Nessa ocasião, fiz o trabalho de conclusão do curso voltado para o desenvolvimento de hábitos alimentares na infância. Mais tarde, realizei atendimento psicológico com pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva por complicações do pós-operatório da CB, o que me trouxe ainda mais interesse em investigar o assunto.

Já com o direcionamento voltado para obesidade, foi no grupo de Pesquisa em Enfermagem com Abordagens Fenomenológicas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo que se delineou mais especificamente a temática relacionada ao reganho de peso pós-CB, no sentido de desvelar o significado da recidiva de peso para as pessoas que foram submetidas à CB. Para isso elaborou-se as seguintes perguntas de pesquisa: Como a pessoa que se submeteu à CB percebe o reganho de peso? Que aspectos ela considera estarem relacionados ao reganho de peso? Como ela lida com o reganho de peso? Como a pessoa que vivencia o reganho de peso imagina-se no futuro quanto ao seu peso? O estudo teve como objetivo compreender a experiência de reganho de peso após a CB.

Considerando o contexto social no qual as pessoas submetidas à CB apresentaram o reganho de peso após certo tempo de operadas, a relevância do presente estudo centra-se no aprofundamento dessa questão a partir da fenomenologia social. Este referencial possibilita a compreensão da experiência

humana vivida por um grupo social constituído de pessoas que foram submetidas à CB e apresentaram recidiva de peso.

Levando-se em conta que a obesidade é um problema de saúde pública e que a CB tem sido considerada uma estratégia importante no tratamento de obesos graves, espera-se que as evidências produzidas a partir deste estudo possam resultar em aprofundamento das discussões sobre a temática e subsidiar ações voltadas para prevenir e tratar o reganho de peso e suas consequências.

Ressalta-se que a literatura sobre a influência dos diversos fatores que afetam a manutenção dos resultados da CB ainda é restrita (Carvalho Jr. et al., 2014). A maior parte das pesquisas deriva de estudos retrospectivos, de curto prazo, o que dificulta conclusões mais bem fundamentadas sobre os resultados das cirurgias bariátricas. Para caracterizar totalmente a eficácia deste procedimento cirúrgico, é recomendado que as pesquisas relatem resultados com seguimento superior a dois anos (Colquitt et al., 2009; Puzziferri et al., 2014).

Observa-se ainda um maior número de pesquisas quantitativas na área de reganho de peso, focadas nas correlações entre os comportamentos relatados e a recidiva de peso, bem como indicadores emocionais como responsáveis pela recidiva em maior ou menor grau, sem aprofundar as questões psicológicas implicadas no aumento de peso após a cirurgia (Birck, 2017).

Evidencia-se, portanto, a necessidade de condução de investigações que destaquem a ótica do indivíduo em situação de reganho de peso no seguimento tardio após a CB, o que pode contribuir para a melhor compreensão acerca de suas necessidades e expectativas, possibilitando um cuidado mais qualificado e sensível a esta população.

A Figura 1 apresenta de modo esquemático, as perguntas, o objetivo e a justificativa deste estudo.

Figura 1 - Perguntas, objetivo e justificativa do estudo. São Paulo, 2018.

Fonte: a autora.

2 REGANHO DE PESO APÓS A
CIRURGIA BARIÁTRICA: O
ENCONTRO COM A LITERATURA

2 REGANHO DE PESO APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA: O ENCONTRO COM A LITERATURA

A cirurgia bariátrica é o tratamento mais indicado para os pacientes com obesidade mórbida, tendo em vista sua influência na redução do risco das doenças associadas, assim como no aumento na expectativa de vida. Ocorre que os resultados da CB nem sempre são duradouros (ABESO, 2016).

O reganho de peso relacionado à CB tem sido observado entre os pacientes após certo tempo de realizada a cirurgia. Estima-se que 20% a 30% das pessoas que são submetidas a CB irão experimentar o reganho de peso, principalmente passados os dois primeiros anos (Marino et al., 2012; Karmali et al., 2013; Stoklossa, Atwal, 2013; Nedelcu et al., 2016; Saúde Metabólica, 2017).

Embora este tema seja relevante, não há consenso sobre qual é o percentual de reganho de peso a ser considerado preocupante. Alguns estudos consideram que recuperações maiores que 20% do peso mínimo atingido no pós-operatório são expressivas (Pajecski et al., 2012; Bastos et al., 2013; Himes et al., 2015). Outros adotam um corte a partir de 15% para definir o reganho de peso importante (Odom, 2010; Jirapinyo, Abu Dayyeh, Thompson, 2017). Já as diretrizes da AACE/TOS/ASMBC estabelecem que uma recuperação de até 10% do peso mínimo atingido após a CB é aceitável em longo prazo. Ganho de mais de 10% é considerado sinal de alerta (Mechanick et al., 2013).

Uma revisão sistemática com artigos publicados no período de 1950 a 2012 identificou uma alta variabilidade no modo como o reganho de peso foi definido. A heterogeneidade dos métodos utilizados para esta definição dificultou a comparação entre estes. Alguns estudos usaram como parâmetros da recidiva mudança no IMC, que avalia a relação entre o peso e a altura; outros, o aumento do peso em quilogramas e há os que não se referem a números, apenas abordam o ganho ponderal e suas possíveis causas. Assim, não existe um consenso sobre o percentual exato que defina o reganho de peso significativo (Karmali et al., 2013).

Estudo do *International Bariatric Club* (IBC), realizado em 2016, salientou a necessidade de se estabelecer uma definição universal de reganho de peso excessivo

para que todos os países usem os mesmos critérios em suas avaliações e possam decidir os procedimentos a serem adotados. Apurou-se que o critério atual mais usado é o que estabelece como recidiva um aumento de peso de mais de 10 quilos do menor peso atingido depois da cirurgia. No entanto, ao procederem a uma votação entre cirurgiões de países como Estados Unidos, França e Inglaterra, o critério mais votado foi aquele que descreve como reganho de peso expressivo o retorno pós CB do IMC maior ou igual a 35 (Nedelcu et al., 2016).

No Brasil, um estudo transversal prospectivo realizado no Hospital Universitário de Maceió - AL, envolvendo 64 adultos que foram submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade há mais de dois anos, identificou 28,1% de casos de reganho ponderal. Evidenciou-se que o reganho de peso foi diretamente proporcional ao tempo de pós-operatório, sendo que, após cinco anos, este reganho foi mais significativo (Bastos et al., 2013).

Pesquisa conduzida em Brasília, Brasil, mostrou que os pacientes submetidos à CB, alcançaram, após dois anos, o menor peso pós-operatório. No entanto, após este prazo, 23% apresentaram reganho superior a 10%. Os dados encontrados sugerem que o risco de recidiva de peso aumenta com o maior tempo de cirurgia e com a pior qualidade da dieta (Silva, 2012). O que os estudos deixam claro é que, apesar da eficácia da CB, a recuperação do peso pode ocorrer com o passar do tempo.

O reganho de peso no pós-operatório da CB é uma questão complexa que envolve aspectos físicos e psicossociais. As causas da recidiva da obesidade remetem a questões comportamentais que incluem hábitos alimentares, realização de atividade física, capacidade de autocontrole e tratamento de transtornos psiquiátricos, entre outros (Karmali et al., 2013; Geraci, Brunt, Marihart, 2014).

Um estudo brasileiro com pacientes bariátricos buscou compreender os aspectos psicológicos e sociais relacionados ao reganho ponderal e destacou como principais fatores preditores comportamentais para a recuperação de peso os impulsos alimentares, sentimentos de desesperança/depressão, ansiedade, comportamento beliscador e preferência por alimentos macios e doces (Birck, 2017).

O reganho de peso após a CB pode ser também atribuído às adaptações hormonais e fatores relacionados à saúde mental (Pajacki et al., 2012), ao

sedentarismo, IMC inicial muito elevado, à monotonia alimentar e ingestão alimentar como antes da CB (Bastos et al., 2013). O modo como esses fatores vão interagir determinará os resultados em curto e longo prazo do aumento ou não do peso.

Estudo norte-americano que investigou o significado da relação dos pacientes com a alimentação após a CB evidenciou que a aderência pós-operatória à dieta e à prática de exercícios torna-se cada vez mais difícil com a diminuição da perda de peso ao longo do tempo (Geraci, Brunt, Marihart, 2014).

A história pregressa da pessoa que se submete à CB, incluindo o conhecimento sobre suas tentativas anteriores de emagrecimento, deve ser considerada na avaliação acerca do reganho de peso. Em geral, esta pessoa já tentou perder peso de diversas maneiras, buscando na CB sua última esperança para atingir o seu ideal de peso, e, portanto, atribui à CB a responsabilidade exclusiva pelo seu emagrecimento. Desse modo, não se mobiliza para fazer mudanças no seu estilo de vida e, em consequência, pode vivenciar, no período pós-operatório, o reganho de peso (Oliveira, Merighi, Jesus, 2014).

Outra questão que merece destaque são as expectativas não realistas de perda de peso após a CB. Estas estão diretamente relacionadas à dificuldade do paciente em seguir as orientações do tratamento após a cirurgia. Em determinados casos, a CB é percebida pelos indivíduos obesos como um procedimento mágico que irá transformar positivamente suas vidas sem exigir a sua participação. A este respeito, a literatura reitera que, para muitos pacientes, a obesidade parece ser uma característica que não pode ser modificada, o que os exime da responsabilidade de empreender qualquer esforço para alterar esta situação e transferem a incumbência de mudança para um fator externo, no caso a cirurgia (Silva, Costa Maia, 2012).

O emagrecimento após a CB é esperado, no entanto, certos pacientes podem experimentar um sentimento de estranhamento em relação a si mesmos, uma vez que o excesso de peso, embora prejudicial, constituía sua imagem corporal. As vivências relacionadas à perda de peso abrupta podem levar ao rompimento de um equilíbrio e a uma condição de desadaptação emocional que pode provocar o surgimento de transtornos psíquicos (Nascimento, Bezerra, Angelim, 2013).

Para certos pacientes, a CB proporciona alívio e mudança, mas não um corpo idealizado e necessariamente favorável. Na Noruega, um estudo com pacientes que

realizaram a CB há mais de cinco anos enfocou questões relacionadas ao corpo, mudanças de hábitos, interações sociais e como os pacientes viveram estas mudanças em longo prazo. As experiências relatadas pelos pacientes mostraram a tensão e ambivalência em relação ao corpo alterado (Natvik, Gjengedal, Raheim, 2013).

Ainda em relação à pesquisa mencionada, seus resultados mostraram que, inicialmente, a CB implicou perda de peso expressiva, com melhorias na saúde, nas atividades da vida diária e na interação social. Porém, todas estas mudanças interferiram na estabilidade emocional dos pacientes. Anos após a cirurgia, apresentaram reganho de peso, acarretando sentimentos de vergonha e autodesprezo (Natvik, Gjengedal, Raheim, 2013).

Enfocando a estrutura psicológica que sustenta a obesidade, pode-se considerar que aqueles pacientes que têm menos recursos para lidar com suas angústias têm mais chances de recuperação do peso e de complicações pós-cirurgia. Após a cirurgia, a ingestão de alimentos fica limitada, mas a sensação de saciedade não é alcançada e a pessoa não sente a satisfação alimentar, levando a sentimentos de vazio e fraqueza, que muitas vezes as conduzem a buscarem meios alternativos para obter satisfação (Magdaleno Jr., Chaim, Turato, 2010; Jumbe, Hamlet, Meyrick, 2017).

O acompanhamento psicológico emerge como uma forma de contribuir para a elaboração do processo de mudança que exige o ajuste da nova imagem física e psíquica do indivíduo submetido à cirurgia da obesidade (Nascimento, Bezerra, Angelim, 2013).

A obesidade envolve uma série de questões e não basta apenas intervir cirurgicamente com o objetivo de tratá-la. Ela está associada a uma relativa prevalência das condições psicopatológicas, principalmente os transtornos do humor, ansiedade e baixa autoestima. Obesos mórbidos são quase cinco vezes mais suscetíveis de passar por Transtorno Depressivo Maior do que indivíduos com peso mediano e isso pode ser agravado pelo preconceito e discriminação a que são sujeitos. Além disso, tentativas frustradas para perder peso antes da CB podem contribuir para a falta de esperança e baixa autoestima, conduzindo ao reganho de peso no futuro (Kubik et al., 2013).

A compulsão alimentar também deve ser considerada como um dos fatores relacionados à recuperação de peso no pós-operatório. Pesquisa brasileira realizada em Santa Catarina, com indivíduos que foram submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, mostrou que eles apresentaram limitações psicossociais significativas devido à insegurança quanto aos resultados da cirurgia, o que provocou o ressurgimento de alguns comportamentos anteriores, como a compulsão por alimentos. Foi enfatizado que o indivíduo se sente impedido de comer, mas continua compulsivo, o que faz com que desenvolva outros distúrbios afins, como transtornos alimentares, dependência química, alcoolismo, depressão, compulsão por jogos, compras ou sexo (Marcelino, Patrício, 2011).

Resultados de investigação realizada na capital do Rio Grande do Norte, Brasil, mostraram indicadores de compulsão alimentar periódica em 40 pacientes submetidos à CB, há pelo menos dois anos, que apresentaram reganho de peso. Houve presença de compulsão alimentar em 32,5% da amostra e os indivíduos foram avaliados como tendo menos controle cognitivo sobre as experiências afetivas, tendendo à impulsividade e perda de controle. Os episódios de compulsão alimentar foram associados a estressores emocionais gerados a partir das relações interpessoais (Venzon, Alchieri, 2014). Há indícios de que os indivíduos obesos mórbidos frequentemente apresentam o comportamento de compulsão alimentar e a literatura sugere que, em muitos casos, este comportamento melhora após a CB (Meany, Conceição, Mitchell, 2014).

Estudo conduzido no Reino Unido com 49 pacientes provenientes de hospitais particulares destacou a diminuição da compulsão alimentar relacionada à perda de peso no pós-operatório. No entanto, concluiu que não foi a presença ou ausência desta compulsão, por si só, que foi decisiva na perda de peso após a CB. Sugeriu-se que, em alguns casos, a cirurgia pode facilitar uma mudança na relação entre as emoções e a comida. Na medida em que os indivíduos, já no período pós-operatório, não conseguem consumir grandes quantidades de alimentos como antes da CB, em resposta a emoções negativas, eles são levados a desenvolver novas estratégias para enfrentar as dificuldades (Wood, Ogden, 2012).

Uma vez que o risco de reganho de peso aumenta com o passar do tempo, destaca-se que o monitoramento do paciente que se submete à cirurgia deve ser

considerado em longo prazo, antes e na vigência da recuperação de peso (Ogden, Hollywood, Pring, 2015).

Uma intervenção comportamental de grupo foi conduzida nos EUA, em um centro médico universitário, com 28 pacientes que foram submetidos à CB, em média, há quatro anos e tiveram reganho de peso maior ou igual a 15%. Os resultados mostraram uma diminuição de peso entre seus participantes de até quatro quilos, melhora dos sintomas depressivos e diminuição dos episódios compulsivos (Himes et al., 2015).

A necessidade de aconselhamento nutricional depois da CB, por sua vez, deve ser constantemente enfatizada. Este suporte é essencial para orientar e apoiar o paciente na sua tarefa de atingir a redução significativa de peso. Estudo realizado em Israel mostrou que as pessoas que fizeram acompanhamento com nutricionista no pós-operatório tiveram, em média, uma diminuição de 5% a mais no seu IMC (Endevelt et al., 2013).

Todavia, verifica-se alta evasão do acompanhamento nutricional no pós-operatório em longo prazo, sendo que é preocupante a alta desistência principalmente após dois anos. Estudo brasileiro realizado na capital paranaense destacou 85% de redução na frequência dos pacientes ao acompanhamento nutricional após 24 meses de CB. Este resultado reflete, entre outros fatores, a não compreensão do objetivo do acompanhamento, que é auxiliar no processo de reeducação alimentar e na prevenção de deficiências nutricionais e perda de peso inadequada (Menegotto et al., 2013).

Por outro lado, uma investigação que analisou 241 prontuários de adultos submetidos à CB em um Hospital Público da cidade de São Paulo, Brasil, identificou 56% de adesão às consultas nutricionais ambulatoriais no pós-operatório, prevalência semelhante ao percentual de 54%, encontrado em estudos americanos (Scabim, Eluf-Neto, Tess, 2012).

Quando todas as formas de tratamento clínico para o reganho de peso não alcançam os resultados esperados, existe a indicação para a cirurgia revisional que pode corrigir falhas técnicas ou mesmo mudar a técnica cirúrgica empregada (Buchwald, 2015).

Com o aumento expressivo da quantidade de cirurgias bariátricas realizadas a cada ano, a previsão é de que, como consequência, os índices dos procedimentos revisionais aumentem, o que pode levar ao alcance de uma perda de peso adicional satisfatória. Para se considerar um indivíduo como candidato à cirurgia revisional, no entanto, é importante determinar se o reganho ponderal se deve a algum problema anatômico ou se é resultado de comportamentos inadequados. Isso deverá contribuir para a indicação da melhor estratégia a ser empregada. A cirurgia de correção traz mais riscos de complicações do que a cirurgia primária e sua indicação deve ser cuidadosamente avaliada, levando-se em conta os riscos de complicações envolvidos (Shimizu et al., 2013).

Na tentativa de encontrar soluções que tragam menos riscos para os pacientes, estão sendo estudados novos medicamentos com objetivo de impedir a recidiva da obesidade em longo prazo após a CB. Em uma pesquisa brasileira conduzida com pacientes que realizaram a CB e tiveram perda de peso inferior a 50% após pelo menos dois anos de acompanhamento, ou com aqueles que tiveram reganho de, no mínimo, 15% do peso mínimo atingido, evidenciou que eles foram tratados com a substância liraglutide durante cerca de 17 semanas. Os pacientes relataram que, nesse período, sentiram melhora da saciedade e tiveram perda de peso que variou de 2 a 18kg (Pajacki et al., 2012).

A partir da literatura consultada, destaca-se que o reganho de peso é uma situação que compromete os resultados obtidos com a CB em longo prazo e que, para abordar este fenômeno, em toda sua dimensão, é preciso compreender a complexidade envolvida, buscando aspectos objetivos e subjetivos responsáveis por desencadear a recidiva de peso.

Os estudos que compõem essa revisão evidenciaram algumas das questões relacionadas às experiências vividas pelos indivíduos que foram submetidos à CB e apresentaram reganho de peso. Ressalta-se que questões subjetivas envolvidas na recidiva de peso, como já mencionadas, ainda são pouco exploradas e podem vir a subsidiar estratégias mais efetivas voltadas à prevenção e ao tratamento do reganho de peso no seguimento pós-operatório tardio da CB.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 A OPÇÃO PELA PESQUISA QUALITATIVA DE ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA

Ao buscar compreender a experiência de reganho de peso em adultos que foram submetidos à CB, optou-se pela abordagem qualitativa, que propicia a compreensão, descrição e análise da realidade por meio da dinâmica das relações sociais. Aborda o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, percepções, opiniões, interpretações a respeito de como as pessoas vivem, constroem a si mesmas, sentem e pensam. Permite compreender o ser humano em sua complexidade e profundidade, proporciona a aproximação entre o ensino e a prática e desenvolve uma assistência em saúde por meio de vivências, experiências e relações sociais (Kinalski et al., 2017; Minayo, 2013).

No que concerne à área da saúde, as contribuições da pesquisa qualitativa são de grande valia, isso porque permitem que os dados emergidos sejam analisados em profundidade, a partir de uma análise crítica e reflexiva, bem como a sua compreensão possibilita a mobilização de conhecimento a partir do fenômeno desvelado, fundado na vivência pessoal, com impacto no grupo social em que o indivíduo se encontra (Ribeiro, Souza, Costa, 2016; Contreras-de-la-Fuente, Castillo-Arcos, 2016).

A natureza da investigação qualitativa se centra na procura de significados, na medida em que os fenômenos, os sentimentos e os assuntos moldam as vivências humanas. Os significados desvelados passam também a ser partilhados culturalmente e assumem-se como estruturadores do grupo social estudado (Ribeiro, Souza, Costa, 2016).

Entre as abordagens qualitativas, neste estudo, elegeu-se a Fenomenologia como opção metodológica a ser seguida, já que possibilita a investigação do fenômeno no mundo de senso comum, com vistas à compreensão do sentido das coisas, tal como se mostram à consciência. Nessa abordagem, os fenômenos são conhecidos em seu caráter subjetivo, no contexto das relações entre os indivíduos. Foi a fenomenologia que contestou o paradigma filosófico positivista que separa

sujeito e objeto e destaca a relevância da noção da intencionalidade e do significado como inerentes ao ser humano (Guimarães, 2013).

Salienta-se que as relações humanas são permeadas pelo significado que é atribuído pelo indivíduo à realidade, de acordo com o modo como se coloca no mundo. A intencionalidade define a estrutura significativa do comportamento humano, que é existencial e não racional. Portanto, a consciência é sempre voltada para algo. Assim, atribuir significado é, no âmbito individual e social, uma atividade inerente à experiência humana (Sokolowski, 2014).

Para captar a intencionalidade diante das experiências vivenciadas, é necessário questionar a pessoa acerca das mesmas, sendo que este questionamento ocorre na entrevista fenomenológica. Esta é realizada a partir de pergunta norteadora que possibilita ao entrevistado um encontro com o fenômeno que está sendo vivenciando, pois, por meio do discurso, o indivíduo consegue expressar aquilo que está na sua consciência. Esta modalidade de entrevista tem peculiaridades que devem ser distinguidas pelo pesquisador, como a abstenção de juízos morais e preconceitos, para que possa se constituir como base de análise fenomenológica (Guerrero-Castañeda, Menezes, Ojeda-Vargasa, 2017).

A convivência com o reganho de peso após a CB, objeto desse estudo, está contextualizada no âmbito social, considerando que não se restringe a um único indivíduo, mas a um grupo que vivencia esta experiência. Nesse sentido, adotou-se como referencial teórico filosófico a Fenomenologia Social de Alfred Schütz, que permite ao pesquisador acessar a consciência da pessoa que vivencia o fenômeno, salientando a relação social como elemento fundamental na interpretação dos significados humanos (Schütz, 2012).

Alfred Schütz, sociólogo, nasceu em Viena, Áustria, em 1899. Foi influenciado pela obra de Max Weber e Edmund Husserl. Em 1938, Schütz emigrou para Paris e, no ano seguinte, foi para os Estados Unidos, onde sempre dividiu suas atividades entre as questões acadêmicas e sua atuação no campo dos negócios. Junto com Marvin Farber, ele fundou a *International Phenomenological Society* e passou a fazer parte do conselho editorial da Revista *Philosophy and Phenomenological Research* desde seu início, em 1941. Morreu em 1959, aos 60 anos de idade (Schütz, 2012).

Dos escritos de Schütz, foram utilizados alguns pressupostos teóricos como fio condutor do desvelamento do fenômeno estudado. Entre eles, cita-se mundo vida, atitude natural, intersubjetividade, relação face a face, situação biográfica, acervo de conhecimento, ação social, “motivos porque”, “motivos para” e tipificação.

O **mundo vida** constitui-se no espaço cultural do indivíduo. É nele que os seres humanos convivem e se vinculam em diferentes relações sociais. Trata-se do mundo de senso comum que se encontra estruturado antes do nascimento, portanto, a princípio, é evidente e inquestionável para o homem (Schütz, 2012).

A realidade experienciada no mundo da vida cotidiana pelo homem adulto é palco das ações conscientes sobre seus semelhantes mediante uma **atitude natural** que lhe permite interagir e interpretar suas ações e a dos outros baseado em seu estoque de experiências prévias (Schütz, 2012).

Nesse mundo, o homem influencia e é influenciado, o que o torna capaz de transformar-se continuamente, bem como as estruturas sociais. Considerando seu caráter cultural, os indivíduos compreendem e são compreendidos em diferentes tipos de relações sociais. Nesta perspectiva, inscreve-se a **intersubjetividade**, que está presente como dado intramundano, que revela a consciência humana como essencialmente similar. O ambiente comum às pessoas permite o intercâmbio de experiências que confere ao mundo o caráter intersubjetivo e social (Schütz, 2012).

O reganho de peso após a CB é experimentado por pessoas obesas que buscaram fazer este procedimento cirúrgico como alternativa para alcançar o peso desejado. Esta experiência não se limita ao individual, pois se trata de um evento vivenciado por um número expressivo de pessoas, o que caracteriza um grupo típico inserido no contexto das relações sociais permeadas pela intersubjetividade.

As pessoas que apresentam reganho de peso após o tratamento cirúrgico da obesidade relacionam-se com seus familiares, comunidade, profissionais de saúde, por meio da **relação face a face**. É nessa relação que a experiência de um alcança a do outro. Ela só acontece quando duas ou mais pessoas compartilham o mesmo tempo e espaço. É nela que se dá o intercâmbio social e a compreensão genuína entre as pessoas (Schütz, 2012).

Cada indivíduo se coloca no mundo social de maneira específica, segundo a experiência que constrói ao longo da vida. A **situação biográfica**, portanto, é definida

segundo sua história, que inclui suas experiências subjetivas prévias, envolvendo o lugar que ocupa na sociedade, seu papel e suas posições ideológicas (Schütz, 2012).

O conhecimento é socialmente distribuído e o homem toma contato com ele, inicialmente, tendo como mediadores os pais, mestres, amigos que transmitem dados da cultura e influenciam sua visão de mundo. Somam-se a este conhecimento suas experiências vivenciadas ao longo da vida, que são continuamente reestruturadas e formam o que se denomina de **acervo de conhecimentos** (Schütz, 2012).

O modo como a pessoa que se submeteu à CB percebe o reganho de peso está relacionado à sua situação no mundo social. Assim, suas crenças, valores, hábitos alimentares e importância dada à imagem corporal podem influenciar o modo como ela percebe este reganho. Ressalta-se a cobrança pelo corpo magro imposta aos indivíduos pela sociedade, que impulsiona a busca em direção à manutenção do emagrecimento obtido com a CB. Nesse sentido, o reganho de peso remete a uma reafirmação do fracasso do alcance do objetivo almejado com a realização da CB.

Por outro lado, o alimento é revestido de significados que são incorporados pelo indivíduo desde o nascimento. Ele guarda relação com o meio familiar e com os afetos tecidos neste contexto, podendo ser utilizado como recurso para o indivíduo lidar com as situações/emoções vividas. Assim, a relação do homem com o alimento é complexa e traduz no acervo de conhecimentos as individualidades e um sentido social que explicita tal complexidade.

O lugar ocupado pelo indivíduo na cena social e seu acervo de conhecimentos dão sentido à **ação** – conduta humana projetada pelo indivíduo de modo intencional para alcançar um dado propósito. A ação humana envolve motivos existenciais que estão relacionados ao lugar que o indivíduo ocupa no mundo social (situação biográfica) e às experiências por ele vividas, considerando o acervo de conhecimentos. Nesse sentido, a ação nunca está isolada, vincula-se sempre a outra ação, tem um propósito e pode ser positiva ou negativa, manifesta ou latente. Abster-se de atuar é o que se pode chamar de ação negativa (Schütz, 2015).

No processo de reganho de peso, o indivíduo pode ou não estabelecer ações para que a situação outrora vivida, a de obesidade mórbida, não venha a fazer parte novamente de sua vida. Entretanto, esta situação precisa ser repensada e

estabelecidas ações que, no fluxo do processo, configurem motivos para o agir em prol da não recuperação do peso.

A submissão à CB é o único ato passivo desse processo. A partir de então, a pessoa torna-se sujeito ativo do sucesso ou insucesso do ato cirúrgico. A ação está aí inscrita, como o fluxo entre os motivos porque e para da ação social que conduzem ao reganho de peso. Dessa forma, a pessoa pode deixar de definir projetos para atingir o peso que deseja e para que não volte a ganhar peso. Isso vai ao encontro dos escritos de Schütz que menciona que a conduta que é prevista deve ser chamada de ação social (Schütz, 2012).

O reganho pode se dar devido ao fato de o indivíduo não inserir as suas atitudes no contexto das ações necessárias para o emagrecimento e manutenção do peso. Para que consiga atingir a meta inicialmente idealizada, é necessária a consciência de que deve desenvolver um fluxo de ações contínuas que permeiem todo o contexto físico e sociocultural do indivíduo. Schütz separa a ação realizada da idealizada. O ato realmente realizado é irrevogável e é preciso lidar com suas consequências, quer ele tenha sido bem-sucedido, quer não (Schütz, 2012).

Os “**motivos porque**” estão estruturados tendo como base a situação biográfica e o acervo de conhecimentos do indivíduo. Estes traduzem a objetividade dos atos realizados e são acessíveis ao pesquisador por meio da reflexão retrospectiva da experiência vivenciada e revelada pelos participantes. Os “**motivos para**” têm a natureza subjetiva, são fundamentados nos “motivos porque” e revelam os projetos a serem atingidos pelo homem. A motivação “porque” e “para” traduz o fluxo da ação em pauta, constituindo-se no fio condutor da ação do homem no mundo social (Schütz, 2012).

Nesta investigação, salienta-se a busca pelo significado de vivenciar o reganho de peso após a CB (ação humana estudada). Ao ser interrogada, a pessoa se voltou conscientemente para refletir sobre o reganho de peso, fazendo emergir “motivos existenciais” os quais revelaram o contexto social vivido, que influencia a relação do indivíduo com o alimento, com o corpo e com outras pessoas de seu convívio – “motivos porque”. Emergiram também os “motivos para” da ação, possibilitando a compreensão de seus projetos em relação ao aumento do seu peso.

O pesquisador, para compreender a experiência humana, afasta-se do vivido e constrói o esquema conceitual que permite objetivar as questões subjetivas emergidas do vivido (Schütz, 2012). A tipificação inclui características de costumes, hábitos e comportamentos de um grupo no mundo social que compõe o que Schütz denomina de Tipo Ideal Pessoal (Schütz, 2012).

A tipificação para Schütz se refere a um tipo pessoal que vive em uma dada realidade e que realiza um ato típico. A tipificação é elaborada a partir de construtos de segundo grau, organizados pelo pesquisador. Esta destaca os aspectos significativos dos depoimentos dos participantes que remetem às experiências vividas (Schütz, 2012).

Desse modo, a **tipologia da ação vivida** se constitui a partir da organização teórica composta por características que permitem a representação da ação dos atores sociais na vida social.

Assim, as pessoas que vivenciam o **reganho de peso após a CB** constituem-se em um grupo social inserido no mundo da vida com características sociais típicas que, após análise e interpretação, foram compreendidas.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa teve como cenário a Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Este é considerado um dos maiores complexos hospitalares da América Latina e atende pessoas com indicação de cirurgia de redução de estômago, nas fases do pré e pós-operatório. Nele são realizadas cerca de 400 cirurgias da obesidade por ano.

O hospital disponibiliza também atendimento ambulatorial voltado para obesidade, no qual uma equipe multidisciplinar atende pessoas com obesidade na fase preparatória para realizar a CB e depois no acompanhamento pós-operatório, que tem a duração média de um ano. Recebe ainda pessoas obesas que realizaram a CB e que apresentam algum tipo de problema relacionado à cirurgia e aquelas que apresentam recidiva da obesidade, após certo tempo de se submeterem ao referido procedimento cirúrgico.

Pacientes com obesidade mórbida, candidatos à cirurgia da obesidade e que apresentam o IMC superior a 60kg/m², dependendo de avaliação médica, podem ser indicados para internação prévia no Hospital Auxiliar de Suzano, onde ficam internados por períodos prolongados e recebem assistência para a necessária perda de peso pré-operatória.

Para o acesso aos potenciais participantes, recorreu-se primeiramente à Diretoria da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do HCFMUSP, que forneceu as orientações relacionadas aos trâmites burocráticos para a autorização da pesquisa na Unidade e emitiu declaração preliminar, autorizando a coleta de dados na Unidade.

Após a obtenção do parecer favorável de dois comitês de ética para dar continuidade à pesquisa, a pesquisadora fez novo contato com a Diretoria da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do HCFMUSP. Em reunião, ficou acertado que a pesquisadora receberia lista com o nome e telefone de pacientes bariátricos que apresentaram reganho de peso após a cirurgia.

Assim sendo, foram realizadas ligações telefônicas para os pacientes que constavam na lista. Alguns atenderam e concordaram em conceder a entrevista, no entanto, a maioria dos pacientes listados não foi localizada ou os telefones da lista não estavam atualizados.

As indicações de pacientes foram rareando, o que mais tarde foi fazendo sentido para a pesquisadora. Entende-se que, na medida em que não existe política pública clara para o atendimento aos pacientes com reganho de peso após certo tempo de realizada a cirurgia, inexistente também um programa formal específico para pessoas com recidiva da obesidade pós CB. Mesmo grandes centros especializados que realizam a CB não contam com um programa de acompanhamento sistematizado desses pacientes após um ano de realizada a cirurgia.

Frente à necessidade de obter as entrevistas, iniciaram-se visitas semanais ao Ambulatório de Obesidade e, por meio dos médicos que atendem as pessoas que foram submetidas à CB, alcançaram-se indicações de possíveis pacientes para participar das entrevistas.

Concomitantemente, foram abordados os pacientes na fila de atendimento do referido ambulatório a fim de conseguir novos participantes para o estudo que atendessem aos critérios de inclusão especificados.

Destaca-se a dificuldade para conseguir entrevistar pessoas do sexo masculino, pois a maioria dos pacientes bariátricos pertence ao sexo feminino, fato que ficou claro durante as visitas ao ambulatório, conversa com os médicos e ante as listas de pacientes a serem atendidos. Devido a estes percalços, o período de entrevistas se estendeu de setembro de 2016 a maio de 2017.

Dessa forma, fizeram parte deste estudo pessoas que realizaram a CB há mais de um ano, que apresentaram um reganho de peso de mais de 10% do valor perdido após a CB, de ambos os sexos, com idade a partir de 18 anos, residentes na Grande São Paulo.

O critério de entrevistar pacientes com no mínimo um ano de realizada a CB está embasado no estudo *Swedish Obese Subjects* (SOS), da Suécia (Sjöström, 2008). Este estudo é a maior referência no campo da CB e acompanhou mais de 2 mil pacientes de CB durante dez anos, observando que a maior perda de peso ocorre entre um e dois anos de realizada a cirurgia e que já, a partir de um ano, pode ser

observado reganho de peso. Quanto ao percentual de mais de 10% de reganho ponderal, este valor é o limite estabelecido como aceitável segundo as diretrizes da AACE/TOS/ASMBC e, acima desse valor, o reganho passa a merecer mais atenção (Mechanick et al., 2013).

Foram desconsiderados os pacientes que não atenderam aos critérios anteriormente definidos.

4.2 OBTENÇÃO DOS DEPOIMENTOS

Os depoimentos foram obtidos por meio da entrevista fenomenológica. Esta modalidade de entrevista estabelece como essencial a relação face a face entre o pesquisador e o entrevistado (Jesus et al., 2013).

As entrevistas tiveram início após a aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e pela Comissão de Ética para Análise dos Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da USP. As mesmas foram realizadas nas dependências do HCFMUSP ou em locais públicos escolhidos pelos entrevistados.

Para a condução das entrevistas, foram utilizadas as seguintes questões norteadoras:

- ✓ Como é para você se perceber ganhando peso novamente?
- ✓ O que você acredita que esteja contribuindo para o seu ganho de peso?
- ✓ Como você lida com o reganho de peso?
- ✓ Como você se vê daqui a alguns anos em relação ao seu peso corporal?

As entrevistas tiveram a duração média de 60 minutos e foram gravadas mediante autorização dos participantes e transcritas pela pesquisadora de modo a preservar a organização das ideias, a linguagem utilizada e todos os detalhes dos depoimentos.

Quando o conteúdo dos depoimentos se mostrou convergente no que diz respeito aos significados, sem ocorrências de novos conteúdos e com a clareza de

que os objetivos do estudo e as indagações do pesquisador foram respondidas, a coleta de depoimentos foi encerrada. Dessa forma, 17 pessoas com reganho de peso após a CB foram entrevistadas e participaram desta pesquisa (Minayo, 2017).

Questões sobre amostragem são das mais frequentes em pesquisa qualitativa. Procura-se entender até que ponto uma quantidade pequena de entrevistas, realizadas com um grupo restrito, pode ser considerado científica. O fato é que pesquisas qualitativas e quantitativas se complementam, embora sejam de natureza diversa. A primeira trata da magnitude dos fenômenos e a segunda trata da sua intensidade. Uma busca aquilo que se repete e pode ser tratado em sua homogeneidade, a outra versa sobre as singularidades e os significados emergidos dos fenômenos sociais (Minayo, 2017).

No roteiro de entrevista (Apêndice B), foram incluídas informações pessoais, tempo de realização da CB, comorbidades associadas, peso em quilogramas antes da cirurgia, peso perdido após a cirurgia e de reganho, a fim de caracterizar os participantes, isto é, situá-los biograficamente.

O sigilo e o anonimato foram garantidos aos participantes. Para identificar os fragmentos das falas, foi utilizada a letra E de “Entrevista”, seguida de algarismos arábicos, de acordo com a ordem de realização das entrevistas (E1 a E17).

4.3 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

Para a organização e análise dos significados oriundos dos depoimentos de adultos que tiveram reganho de peso após a CB, adotaram-se os passos indicados por pesquisadores da fenomenologia social (Jesus et al., 2013).

- ✓ Inicialmente foram realizadas criteriosas leituras de cada depoimento na íntegra, no sentido de possibilitar a apreensão do sentido global da experiência vivenciada por pessoas que tiveram reganho de peso após a CB.
- ✓ Em seguida, foram selecionados e sublinhados trechos de cada depoimento que continham os aspectos significativos que respondiam ao objetivo deste estudo.

- ✓ Os trechos sublinhados foram reescritos e agrupados segundo a convergência de sentidos, possibilitando a composição das categorias identificadas. Essas categorias revelarão os “motivos porque” e “motivos para” da ação social em pauta.
- ✓ O conjunto das categorias – tipologia do vivido foi discutida tendo como fio condutor a fenomenologia social e a literatura sobre a temática.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos logo no início do encontro com a pesquisadora sobre o objetivo do estudo, importância da participação, manutenção do sigilo das informações em relação à gravação, utilização dos depoimentos somente para fins científicos e normas de divulgação, de modo a assegurar a ausência de prejuízos para os mesmos.

Informou-se ainda sobre a garantia de anonimato, caráter voluntário da pesquisa e o direito de participarem ou desistirem da mesma a qualquer momento, conforme previsto na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013).

Anteriormente à realização da entrevista, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi apresentado e lido com os participantes, que assinaram as duas vias (ficando uma de posse do participante e uma com a pesquisadora).

As entrevistas foram iniciadas somente após aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP-EEUSP), sob o parecer nº 1.553.416, CAAE 55667516.9.0000.5392, aprovado em 20 de maio de 2016 (Anexo 3), e pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo (CEP-HCFMUSP) sob o parecer nº 1.595.409, CAAE 55667516.9.3001.0068, aprovado em 17 de junho de 2016 (Anexo 2).

As Figuras 2 e 3 apresentam a síntese do método do estudo.

Figura 2 - Tipo de estudo, cenário, participantes e questões da entrevista. São Paulo, 2018.

Fonte: A autora

Figura 3 - Esquema representativo da análise compreensiva. São Paulo, 2018.

Fonte: A autora

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Para compreensão acerca dos participantes do grupo social, pessoas que tiveram reganho de peso após a CB, apresentam-se a seguir as principais características que definem a situação biográfica de cada um dos 17 entrevistados:

- Entrevista 1:** mulher, 36 anos, graduada em pedagogia, solteira, com uma filha de 13 anos. Ajuda no restaurante da família, porém é dependente financeiramente da mãe. Fez CB em 2007, pesava 137kg e atingiu 69kg. Tem alta estatura. Fez cirurgia plástica no abdome, mama e braços. Peso atual 109kg; relata hipertensão arterial sistêmica. No momento, não tem acompanhamento profissional.
- Entrevista 2:** mulher, 42 anos, ensino médio completo, casada e tem dois filhos. Aposentada por problemas de saúde, apresenta bexiga neurogênica. Fez CB em 2007, pesava 135kg, conseguindo atingir 65kg. Tem alta estatura. Peso atual 98kg. No momento, não tem acompanhamento profissional.
- Entrevista 3:** mulher, 63 anos, quarto ano do ensino fundamental, solteira, não tem filhos, está aposentada. Tem baixa estatura. Fez CB em 2004, pesava 182kg, conseguindo atingir 100kg. Peso atual 140kg. Relata hipotireoidismo e lesão nos joelhos que a incapacita de caminhar. Refere acompanhamento por nutricionista.
- Entrevista 4:** mulher, 49 anos, terceiro ano do ensino fundamental, casada e tem três filhos, é comerciante. Tem média estatura. Fez CB em 2009, pesava 160kg, conseguindo atingir 94kg. Peso atual 144kg. Relata epilepsia, depressão e hipertensão arterial sistêmica. Refere consultas esparsas com a nutricionista da Unidade de Saúde que se localiza perto de sua casa.
- Entrevista 5:** mulher, 47 anos, solteira, sem filhos, curso superior completo, bancária. Apresenta baixa estatura. Tem diabetes tipo 2. Fez CB em 2004, pesava 97kg, conseguindo atingir 52kg. Peso atual 72kg. Fez

plástica nos braços e mamas. No momento, não tem acompanhamento profissional.

Entrevista 6: mulher, 60 anos, segundo grau completo, separada, com dois filhos, é aposentada, relata não ter renda e ser sustentada pela filha e pela neta. Tem baixa estatura. Fez CB em 2004, pesava 142kg, conseguindo atingir 76kg. Peso atual 88kg. Relata lesão nos joelhos, hipertensão arterial sistêmica e colesterol elevado. Refere uso de medicamentos ansiolíticos. Relata acompanhamento com psiquiatra e endocrinologista.

Entrevista 7: mulher, 35 anos, curso superior incompleto, casada, dois filhos, trabalha como cabelereira. Tem alta estatura. Fez CB em 2011, pesava 157kg, atingindo 90kg. Peso atual 107kg. Relata tratamento de leucemia crônica há oito anos, refluxo esofágico, hérnia de disco. Refere uso de medicamentos ansiolíticos.

Entrevista 8: mulher, 58 anos, primeiro grau completo, casada, três filhos, dependente da aposentadoria do marido. Tem baixa estatura. Fez CB em 2006, pesava 152kg, atingindo 80kg. Peso atual 103kg. Relata hipertensão arterial sistêmica, colesterol elevado e diabetes. Refere acompanhamento psiquiátrico.

Entrevista 9: homem, 42 anos, ensino superior incompleto, solteiro. É empresário (dono de três academias de ginástica). Fez CB em 2004, pesava 155kg, atingindo 86kg. Peso atual 125kg. Relata não apresentar comorbidades.

Entrevista 10: mulher, 62 anos, ensino fundamental completo, separada, três filhos, é doceira. Tem baixa estatura. Fez CB em 1998, pesava 150kg, atingindo 86kg. Peso atual 110kg. Relata cirurgia plástica no abdome, braços e membros inferiores. Apresenta lesões no joelho. Não faz acompanhamento profissional.

Entrevista 11: homem, 59 anos, ensino superior completo (curso de administração). Separado, tem uma filha. Trabalhou em empresas e hoje é autônomo. Fez CB em 2002, pesava 174kg e atingiu 74kg. Peso atual: mais de 100kg. Relata infarto agudo do miocárdio recente. Por este motivo voltou para ser avaliado no serviço.

- Entrevista 12:** mulher, 69 anos, ensino superior completo. Solteira, sem filhos. Aposentada. Fez CB em 2004, pesava 153kg, atingindo 78kg. Peso atual 95kg. Relata hipertensão arterial sistêmica, diabetes e insuficiência venosa dos membros inferiores. Refere controle com a médica geriátrica.
- Entrevista 13:** homem, 53 anos, 2º grau incompleto, separado. Foi taxista. Aposentado por invalidez. Fez CB em 2012, pesava 277kg, atingindo 172kg. Peso atual 205kg. Relata pressão arterial sistêmica, colesterol elevado, má circulação e edema de membros inferiores, erisipela, dispneia. Não faz acompanhamento profissional.
- Entrevista 14:** mulher, 59 anos, 1º grau completo, separada. Dona de casa, cuida da mãe de 90 anos. Tem 1,59 de altura. Fez CB em 2009, em hospital particular, via convênio de saúde. Pesava 99 quilos, atingindo 77kg. Peso atual mais de 100kg. Relata problemas nos meniscos, hérnia de disco, lesão degenerativa. Não faz acompanhamento profissional.
- Entrevista 15:** homem, 40 anos, média estatura, 2º grau completo, casado, dependente da esposa, sem renda. Apresenta artrose do quadril, faz uso de próteses e andador. Fez CB em 2006, pesava 214kg, atingindo 107kg e atualmente está pesando 130kg. Refere consultas esporádicas com endocrinologista.
- Entrevista 16:** homem, 40 anos, 1º grau completo, solteiro. Nunca trabalhou. Aposentado por invalidez. Fez CB em 2006, pesava 136kg, atingindo 95kg. Peso atual 109kg. Relata desgaste nos quadris, uso de próteses e muletas, hipertensão arterial sistêmica, doença celíaca, necessitando de alimentação sem glúten. Refere acompanhamento para problemas dos quadris e nutricionista uma vez por ano.
- Entrevista 17:** homem, 59 anos, 2º grau completo, casado, representante comercial. Fez CB em hospital particular em 1999. Pesava 186kg, atingindo 124kg. Peso atual 146kg. Relata hipertensão arterial sistêmica e falta de vitaminas. Refere consulta com nutricionista uma vez por ano.

5.2 CATEGORIAS DO VIVIDO

Com a fundamentação da fenomenologia social de Alfred Schütz, desvelaram-se os depoimentos das pessoas que apresentam reganho de peso após a CB em categorias concretas que possibilitaram a compreensão do objeto de estudo “experiência com o reganho de peso após CB”.

As seguintes questões da entrevista permitiram retratar os “motivos porque” e “motivos para” de pessoas que foram submetidas a CB e se encontram em situação de reganho de peso: Como é para você se perceber ganhando peso novamente? O que você acredita que esteja favorecendo você ganhar peso? Como você lida com o reganho de peso? Como você se vê daqui a alguns anos em relação ao seu peso corporal?

Assim sendo, foram desveladas três categorias envolvendo os significados relacionados ao tempo passado e presente (motivos porque): Sentimento de fracasso frente ao reganho de peso; Aspectos emocionais que contribuem para o reganho de peso e Impacto do reganho de peso na saúde física e mental.

Categoria 1: Sentimento de fracasso frente ao reganho de peso

Os participantes expressaram sentimentos emergidos a partir do reganho de peso. Entre eles, salientaram sentimentos de derrota, vergonha, culpa, tristeza, desespero, entre outros:

É frustrante. Eu me sinto derrotada, penso que não consegui [...], eu ganhei a CB [...] e fiquei muito agradecida. E hoje eu tenho muita vergonha [...] tenho a minha parcela de culpa, [...] no primeiro ano, eu fiz tudo, fazia bastante caminhada [...]. (E1)

Eu tenho medo de voltar a pesar 135 quilos de novo, tenho muito medo. Agora estou com 98 quilos [...] quando eu comecei a engordar de novo, a cabeça parece que dá um giro, que dá um nó. Eu pensei: por quê? Será que a culpa é minha? O que eu estou fazendo de errado? Como eu estou fazendo isso de novo? Eu não estou gostando. (E2)

Me sinto péssima. Não é isso que eu quero para mim, eu queria emagrecer para viver. Eu gosto de viver. [...] eu não limpo a casa, não faço comida, não faço mais nada. Dói meu quadril. (E3)

É triste ganhar peso novamente [...] acho que vai de paciente para paciente, nem todo organismo é igual. (E4)

Me incomoda ganhar peso, me deixa muito triste e chateada, deprimida, porque meu sonho era ficar entre 55/60 kg. E isso só seria possível se eu tivesse mantido meu peso magra e tivesse feito cirurgia plástica. (E6)

[...] é deprimente, porque são objetivos não alcançados. Então você se frustra porque, no momento que você está imaginando que está emagrecendo, de repente você chega numa balança e você volta a engordar ou a manter aquele peso [...]. (E15)

Eu como gorda me vejo uma pessoa inútil, porque a gente, quando perde peso, parece que fica leve... E gorda eu me sinto uma pessoa sem muita utilidade. [...] Me sinto culpada de não ter conseguido, como se alguém tivesse me cobrando: “você não conseguiu, você não conseguiu” [...]. Eu me sinto fracassada. Eu fiz algo que para mim ia ajudar muito, e eu não consegui. Não consegui manter, levar à frente o tratamento que eu estava fazendo. [...] eu fico me perguntando porque eu não consigo controlar, porque eu tenho que comer, porque eu tenho que ser gorda? Aí as perguntas vêm e eu estou comendo. (E8)

Para mim ganhar peso de novo foi um pouco estranho, porque eu sempre consegui controlar. Sempre mantive o peso treinando e tudo isso. [...] e agora parece que explodiu, o des controle voltou igual antigamente. [...] Como eu fui um esportista, campeão mundial você fala: “Caramba, não é possível que eu não consiga ganhar de mim mesmo nisso”. [...] só que com alimentação eu não consigo ganhar. Você tem várias vitórias, aí chega uma coisa que é mais forte que você, e você perde. Ainda mais que, na minha vida, é tudo um campeonato interno comigo mesmo. (E9)

A gente mal se olha no espelho [...] eu olho só o rosto, porque você fala: “nossa, ganhei”, porque quando você engordou como eu engordei muito não fica mais um corpo legal. (E10)

Me sinto muito mal por ter engordado de novo. Feia, toda hora olho no espelho, toda hora vou me pesar e me cobro muito. (E12)

[...] estou vivendo uma dificuldade. Como é que se diz quando a coisa está parada? Pensando muito e agindo pouco. É frustrante quando você volta no médico depois daquela dedicação toda e você chega lá e não perdeu nada ou, às vezes ganhou um ou dois quilos, três...é um negócio complicado. (E 13)

É um tanto decepcionante para mim, porque eu corri muitos riscos e tive consequências com a cirurgia. E tive que me internar e operei de novo. Tive infecção generalizada, tive que operar de novo e foi ruim para mim. (E14)

É uma sensação de desespero por conta de todo o histórico de sofrimento que você já teve no passado por ser obeso, obeso mórbido, na realidade. Então isso te traz um desconforto, muito embora a saúde já não é boa, por conta da minha situação. Eu, especificamente, sou uma pessoa sedentária, sofro de coxartrose bilateral e para mim me trouxe um desconforto muito grande em saber que eu poderia voltar para a cama novamente. [...] vem a ansiedade, um momento depressivo, e isso provoca muito mal a qualquer cidadão que passa por essa cirurgia e que tem a desventura de voltar a engordar [...] um desespero total. (E15)

Fico um pouco frustrado [...] A gente pensa assim: “Fizemos de tudo para perder peso e de repente começa a dar errado”. Dá a impressão que foi feito um trabalho todo em vão. Dá essa sensação. (E16)

É uma sensação estranha, porque você faz uma cirurgia que é uma agressão contra você mesmo e você tem esperança de que aquilo pode resolver o problema. Realmente, você come menos, e muitas vezes você percebe que você

começa a ganhar peso e não consegue retroceder. É uma sensação bem ruim. (E17)

Categoria 2: Aspectos emocionais que contribuem para o reganho de peso

Os participantes salientaram que a ansiedade afeta a sua estabilidade emocional e os leva a buscar conforto na ingestão de alimentos:

Eu acho que é porque eu sou muito ansiosa e emocional [...] fui tendo perdas [...] perdi meu avô, meu namorado. Também tem a frustração de eu estar desempregada. [...] acontece algo, nos próximos dias, eu como muito [...] quando eu estou mais ansiosa, pode ser doce ou salgado. O que tiver eu como! Eu sou tão doce, que até meus perfumes são doces [...] eu sempre vou atrás das coisas mais doces possíveis. [...] eu pego açúcar puro, derreto e faço caramelo, tipo 'bala'. (E1)

[...] eu fico nervosa, me dá vontade de comer. Eu fico ansiosa, me dá vontade de comer. [...] eu comendo, parece que não me satisfaz, não me enche a barriga. Eu não fico satisfeita igual eu ficava. Eu como, aí, daqui a meia hora, me dá fome de novo. Não sei se é fome, eu preciso comer. Eu belisco o dia inteiro, eu posso não sentar e comer arroz, feijão, carne e legumes no almoço, mas eu estou comendo uma bolacha, uma banana. (E2)

[...] acho que o que mais me faz ganhar são os problemas que eu tenho, quando você pensa que está tudo resolvido [...] acho que é nervoso. Como mais do que o meu limite e sem poder me mexer. (E3)

Eu não sei o que me fez engordar de novo. Ansiedade, hábitos [...] se hoje eu olhasse e pudesse mudar alguma coisa, eu mudaria muito o hábito de alimentação incorreta. Na minha família, minha mãe é obesa, minha irmã é obesa, eu não quero ser. (E4)

Eu sou chocalatra, quando minha ansiedade não está atacada, eu como dois tabletinhos e estou satisfeita. Agora, quando a ansiedade vem, vai o chocolate inteiro [...]. (E5)

[...] foi só largar o cigarro que aí eu comecei comendo "gordice". Mas agora estou fazendo tratamento para ansiedade, então não é uma coisa que me preocupa. (E7)

[...] quando eu me sinto só, e com esse problema, aí me dá vontade de sair comendo, beliscando. É a questão de beliscar, de eu não me controlar. Não é que eu sinto aquela fome, eu sinto necessidade de estar sempre comendo alguma coisa. Eu não tenho vontade de comer arroz e feijão, meu problema é beliscar uma coisa que eu acho que tampa esse vazio que fica. [...] o café e o pão não consigo controlar. [...] antes de operar era o chocolate. (E8)

[...] acho que eu sou um pouco ansiosa, porque eu moro sozinha. [...] até às 4-5 horas da tarde, eu sou bem normal para comer. Tomo café, almoço, não tomo lanche da tarde, não tenho costume, mas às vezes eu como uma fruta. Mas, depois das 5 horas, eu fico caçando alguma coisa para beliscar, abrindo e fechando a geladeira. Fim de semana eu belisco mais. Porque eu falo: "Não vou fazer comida, vou fazer um lanche", aí como besteira". (E10)

[...] a morte da minha mãe contribuiu para eu engordar. [...] é um vazio que nada preenche. Acho que foi essa tristeza que eu tive, fiquei com depressão. E daí

comecei a ganhar peso. [...] eu comia mesmo, porque todo obeso fala que come pouco. [...] eu comia muito [...] uma coisa leva a outra, você sofre bullying desde criança, fica mais chateada, sozinha, e o que vai te saciar, te fazer bem é comer [...]. (E12)

Alguns participantes mencionam estratégias substitutivas relacionadas à ingestão de doces, hábito de fumar e beber, estresse do trabalho e permanecer na solidão que contribuíram para o reganho de peso:

Cada vez que eu tinha vontade de fumar, eu comia uma bolacha. Eu troquei o cigarro pelo doce. Eu acredito que isso me faz engordar, porque eu não mudei nada na minha dieta, eu só introduzi o doce para controlar a ansiedade do cigarro. (E7)

Eu tenho três academias de ginástica, e o negócio ficou muito feio, nesse último ano. [...] você tem que trabalhar que nem um doido para tapar buracos. E aí eu desconto muito na bebida. [...] o que me engorda é a bebida. Eu não sou nenhum cara que fica bebendo sozinho. Eu não chego em casa, ligo a televisão e abro uma lata de cerveja. Mas, se eu tiver uma pessoa, virou festa. E você não vai tomar uma cerveja e pedir alface com tomate, infelizmente parece que os petiscos vêm junto. (E9)

[...] durante o tempo que eu estava em Manaus (15 anos), como eu estava sozinho, comia fora todo dia; o calor levava gente para tomar uma cervejinha. Então vai deteriorando a coisa, o tipo de vida. Há uns dois anos e meio, eu parei de fumar, e eu fumava muito, 3-4 maços de cigarro por dia. Tomava muito café e a alimentação totalmente desregrada. E a bebida também influenciou bastante. (E11)

O tempo foi passando e eu fui comendo diferente. Não como muito, mas como o que não devo. Tipo massa, não me importo de comer fritura [...] eu não bebia e hoje, eu bebo [...] eu gosto de cerveja e caipirinha, é como se eu passei a gostar disso. Eu bebo mais do que devia, não fico embriagada, mas nunca dei vexame (riso) [...] acho que o fato de hoje estar participando desta entrevista é importante, porque eu me nego a falar disso com qualquer médico [...] E já tenho preocupação, porque eu já sinto falta. (E14)

Outros participantes associaram o reganho de peso a alterações anatômicas relacionadas à cirurgia:

[...] eu consigo comer um pão inteiro, antes eu não conseguia. Me assusta a quantidade que eu consigo comer, deve ter dilatado alguma coisa. (E2)

[...] você come o que cabe e não o que tem que comer, porque, se eu for comer arroz, eu já ponho arroz com um caldinho de feijão. O arroz puro entala [...] acho que a passagem da comida também ficou mais larga. (E10)

Categoria 3: Impacto do reganho de peso na saúde física e mental

Os participantes referiram as consequências físicas advindas do reganho de peso:

[...] me alimento e fico aqui sentada [...] minhas pernas estão inchadas. [...] eu tinha mais mobilidade, podia andar de muleta, com o carrinho [...] E agora não, ficou tudo encostado [...]. (E3)

Meu corpo está pesado. Difícil de andar. Minhas pernas não aguentam mais o meu peso. [...] não é fácil. Eu já estou apresentando problema muito sério no joelho e eu estou fazendo dieta dura mesmo para poder emagrecer. (E4)

Com o aumento do peso, o dia a dia fica muito complicado, porque eu não saio de casa, eu não me movimento, eu sinto muita dor. [...] eu sinto muita dor e na rua tem escadão, lugar ruim de subir e de descer [...] então eu estava até fazendo hidroginástica, mas eu volto ou não, porque é muito sofrido, o joelho dói demais, os quadris, cervical, cóccix. Antes eu saía, dançava, mesmo gorda e com algumas limitações. Agora, eu não consigo me imaginar saindo de casa para lugar nenhum. (E6)

[...] o que me incomoda é o refluxo, o peso não me incomoda, só a dor do refluxo. (E7)

[...] porque eu tenho dor no joelho, ando cansada. Então a gente quase não se sente bem. A gente se sente meio assim [...]. (E10)

Estou me sentindo mal, porque, no começo do ano, eu tive um infarto, fiquei 75 dias internado, porque eu estava sozinho em Manaus, então você não tem uma alimentação regrada. É alimentação totalmente errada que a gente faz, e não tem ninguém para cozinhar. (E 11)

[...] sou aposentado por invalidez. Trabalhava como taxista. Chegou a um ponto que não dava mais para dirigir [...] se eu fico muito tempo sentado, os pés vão inchando [...] tenho problema de circulação nas pernas, varizes, problemas de colesterol, falta de ar, pressão alta [...]. (E13)

De me olhar, eu não me importo. Mas me importo pela saúde, pois os problemas que eu tinha estão todos de volta e eu pesada e só piorando a minha situação de saúde [...] estar pesada tem me afetado, eu cuidando da minha mãe com 90 anos, acaba sendo muito trabalho [...]. (E14)

Os participantes referem medo de engordar demais, perder o controle, ficar sem saída:

[...] eu já engordei 50% daquilo que eu emagreci. [...] eu sei que eu como, então eu teria que controlar essa minha vontade de comer, mas eu não consigo. (E2)

[...] na raça, eu não estou conseguindo. Eu vou falar uma coisa: “se eu olhar para comida, eu estou engordando”, e não é normal isso. Quando tenho vontade de comer, eu como e ninguém me impede. Eu mesma estou me arruinando e me afundando [...]. (E3)

Eu sou uma pessoa que eu não falo o que eu sinto, não consigo desabafar, gritar, jogar as coisas igual certas pessoas fazem, então fico guardando dentro de mim. [...] me sinto incapaz, parece ter um vazio dentro de mim [...]. Até agora, eu não

consegui encontrar a saída para eu mesma conseguir me ajudar. Aí eu me recolho e vou comer. (E8)

[...] eu não estava nem pensando no aumento do meu peso, mas, nesse último mês, eu falei: “as coisas têm que mudar, eu tenho que me mexer porque, daqui a pouco, vou ter que operar de novo. Sabe quando você fala assim: ou vai ou racha, porque tem que tomar uma atitude antes que fique uma distância muito grande da solução. Uma coisa é você falar: vou controlar a boca, vou controlar bebida, vou voltar a treinar melhor [...] num prazo de 3 ou 4 meses, dá para dar uma boa diferença e outra coisa é você falar: “nossa, só operando de novo. [...] eu estou 50 quilos acima”. [...] eu tenho um amigo que já operou duas vezes e continua gordo. (E9)

Estou vendo, estou consciente, mas não estou conseguindo fazer muita coisa. Primeiro que, nessa época de dezembro, tem aniversário todos os dias. Mas tem esse lado do sofrimento, porque você acaba comendo. (E12)

Por outro lado, alguns participantes apresentaram sentimentos ambivalentes quanto ao reganho de peso. Emergiu em suas falas uma contradição entre querer emagrecer e o medo de ficar com uma aparência feia, de pessoa doente, criticada socialmente.

[...] eu não gosto de mulher magra. Então, para mim ganhar um pouco do peso foi bom. [...] quando eu usei calça 38, eu pensei que não queria ficar magra daquele jeito, porque eu achei que eu fiquei com aparência de doente, com rosto chupado. (E5)

Quando eu comecei a emagrecer e emagreci 22 quilos, eu comecei a me achar muito feia e eu não queria mais emagrecer [...] eu tive isso em mim e algo brigava dentro de mim. Eu falava “não quero mais emagrecer” [...] eu não gostava de ver como eu estava ficando [...]. (E14)

A quarta categoria mostra os projetos, expectativas dos participantes frente ao reganho de peso e diz respeito aos “motivos para” do grupo social estudado. Emergiu a partir da questão da entrevista: “como você se vê daqui a alguns anos em relação ao seu peso corporal?”

Categoria 4: Expectativas frente ao reganho de peso

Os participantes desejam perder e controlar o peso com vistas a impactar positivamente sua qualidade de vida:

Se eu continuar do jeito que estou, vou parar numa cama, mas não é isso que eu quero para mim. O futuro que eu quero é terminar de viver minha vidinha até quando Deus quiser. Viajar, fazer o que eu gosto, ficar livre, mais magra. Não quero ficar elegante com 70 kg, minha idade não está mais para isso; quero ficar com 100 kg. (E3)

Eu não quero mais ser obesa. Não quero mais ser gorda. Quero ser uma velha bem mais alegre, bem doidona mesmo. [...] praticando tudo o que eu gosto. (E4)

[...] estou tentando começar a fazer uma atividade física para ver se eu seguro o peso, para não ganhar mais. Eu me vejo no futuro com menos quilos, já estou começando a focar neles, já que eu decidi que vou fazer academia. (E5)

Eu pretendo chegar aos 90 kg, com este peso, fico ótima, me sinto bem com 90 kg, não preciso perder mais. (E7)

[...] se eu não emagrecer, não me vejo num futuro muito longo não. [...] a partir da hora que o doutor me ligou e me deu uma esperança de que ele pode me ajudar, aí eu me animei mais. (E8)

Eu me vejo tendo que voltar a um peso saudável de 95 kg até 110 kg. No meu caso, treinando e estando saudável, praticando o esporte que eu gosto, eu me sinto bem, não preciso estar magrelo. E aí com o peso de 100-105kg, no máximo, estourando 110 kg, eu consigo controlar. Eu acho que com treinamento eu vou estar saudável, vou ser uma pessoa feliz com meu peso. [...] minha meta é para depois do carnaval as coisas estarem regularizadas. (E9)

[...] espero uma vida mais saudável, que eu possa andar sem tanta dor, possa sair mais, porque antes eu fazia caminhada, agora eu não aguento. Então, se eu emagrecer um pouco e tiver menos dores, eu acho que eu vou conseguir sair mais, fazer mais coisas. (E10)

Eu estou convicto que eu consigo emagrecer só com reeducação alimentar, sem precisar fazer uma nova cirurgia. Tudo que eu aprendi esse tempo todo com relação ao emagrecimento é só voltar a aplicar novamente. (E11)

Eu tenho a maior confiança que eu vou perder esse peso, vou fazer de tudo para perder. [...] vou literalmente fechar minha boca porque não tem outro jeito. Não quero ter três dígitos no meu peso nunca mais. Então, só depende de mim. (E12)

[...] eu gostaria de não ter todos os problemas que o peso gera [...] eu acho que posso ter mais consequências por estar pesada. Mancando, usando bengala [...] dá para se cuidar, eu quero me cuidar [...] eu me tolero com uns 85 kg, gostaria de manter isso, porque eu não gosto da minha pessoa mais magra [...], mas eu acho que o peso, no futuro, pode me afetar fisicamente. (E14)

Eu estou lutando para chegar pelo menos aos 90 kg, estou lutando para isso [...] hoje eu quero realizar esse sonho [...] não quero mais voltar [...] eu preciso, no caso, manter esta meta, chegar aos 90 kg ou até menos, por conta do meu histórico anterior ter sido muito conturbado, eu ter feito a cirurgia e ter tido reganho... é aquela coisa de apanhar para depois, aprender. (E15)

Eu tento me imaginar sempre magro. Eu não penso em ficar tão magro, eu tenho essa consciência. Mas pelo menos tirar uns 78 kg, por aí [...]. Eu acredito que é possível. (E16)

Eu tenho certeza que eu vou me alinhar. A perspectiva é perder peso, entrar no programa de plástica, tirar tudo e ter uma vida [...] eu me conheço, eu consigo quase tudo o que eu quero. (E17)

Outra expectativa revelada diz respeito ao suporte profissional para as questões emocionais envolvidas no reganho de peso:

Já comentaram a respeito de sonoterapia. Me trancar numa jaula. Alguma coisa tem que ser feita por mim [...]. Preciso de ajuda [...] (E3)

[...] acho que eu preciso de ajuda psicológica, mais de perto, do que qualquer outra coisa. [...] porque eu não consigo falar nada da minha vida, pedir ajuda. [...] não tenho expectativa de sonhar com bens materiais, sonhar de ter algo. (E8)

Tem muitas pessoas que falam: “ah não, não vai conseguir! Mas eu acho que vou conseguir! Com os apoios certos. Sozinho, não consigo. [...] eu estava indo na psicóloga e perdendo peso, parei de ir porque ela não podia mais me atender [...] agora estou vendo um esquema para ver se consigo voltar pelo menos uma vez por mês, porque você cai naquela parte financeira [...]. (E13)

A experiência do reganho de peso leva os participantes a almejavem um novo procedimento cirúrgico bariátrico:

Eu fiquei animada com a possibilidade de ajuda profissional e eu estou esperando [...] criou-se mais uma expectativa de conseguir voltar a emagrecer. Eu sou desanimada para fazer as coisas, eu preciso de ajuda, de conversar bastante. [...] eu até toparia fazer outra redução de estômago. (E1)

[...] ver se tem alguma coisa que eu consiga fazer, algum tratamento que eu consiga fazer para poder manter novamente o peso que eu tinha. [...] eu pensei e falei para o meu marido que, se tivesse uma nova cirurgia, eu faria, e ele falou que não deixaria. Mas, se eu faço a nova cirurgia, emagreço. (E2).

Se eu vier a fazer novamente a CB, passar por tudo o que eu passei de novo, quero aproveitar. [...] quero uma nova oportunidade para corrigir o tempo que eu perdi engordando. E eu preciso operar o joelho, porque, para me sentar, eu me jogo. Só que o médico só me opera depois que eu emagrecer. Por isso eu estou com esse sonho de me internar, operar novamente (bariátrica), para depois eu conseguir a cirurgia do joelho. (E6)

Eu quero fazer um procedimento que eles estão vendo agora, ver se eu consigo emagrecer um pouco. [...] os médicos estão estudando e vendo o procedimento melhor, de menos risco. Da minha parte, estou tentando colocar na minha cabeça que o modo como me alimento é errado, que eu tenho que mudar para poder me ajudar. (E10)

[...] na hora que o médico falou, deu um leve impacto porque eu sei como é a cirurgia, eu já passei por ela [...] eu gostei da ideia, mas a gente sempre pensa no sofrimento da cirurgia em si [...], mas, quando falaram “você vai perder peso”, fiquei bastante animada. (E16)

O desejo de fazer a cirurgia plástica foi mencionado como possibilidade de melhoria da autoestima:

Não fiz cirurgia plástica na barriga e é algo que eu ainda quero fazer, pois acho que isso dá uma animada na vida e uma autoestima sensacional. Isso aconteceu quando eu fiz cirurgia plástica no seio e nos braços. (E5)

Queria fazer as plásticas, tenho esse sonho. A abdominoplastia e as plásticas para corrigir são tão necessárias quanto a CB. Eu me vejo operada e magra. Feita as minhas plásticas e feliz. [...] com as cirurgias, com o apoio dos médicos e do hospital, claro. (E6)

Minha expectativa é perder uns 50 quilos e fazer a plástica. Porque, como tem muita pele sobrando..., isso também atrapalha muito... higiene, visual, vida sexual... porque aí tudo fica mais fácil: mais fácil de andar, fazer exercícios. (E13)

[...] era para eu entrar no programa para fazer plástica. Eu não posso porque eu ganhei peso. Estou louco para fazer a plástica [...] (E17)

Por meio do conjunto de motivos para e porque foi possível a compreensão do fenômeno e elaborar um esquema conceitual, tendo por fundamento a objetivação da matriz subjetiva de sentido, agrupando as informações acerca do mundo do senso comum – a tipificação” (Jesus et al., 2013).

As categorias concretas emergentes dos depoimentos podem ser visualizadas na Figura 4.

Figura 4 - Categorias concretas emergentes dos depoimentos. São Paulo, 2018.

Fonte: a autora.

5.3 TÍPICO DA AÇÃO SOCIAL ESTUDADA: EXPERIÊNCIA DE REGANHO DE APESO APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA

A fim de constituir o típico da ação vivida pelos participantes do presente estudo, retornou-se a cada categoria em busca do que era comum. Assim sendo, o típico da ação vivida pela pessoa que apresenta reganho de peso após a cirurgia bariátrica mostrou-se como aquela que: atribui o reganho de peso à instabilidade emocional, que a leva a dificuldades no controle do comportamento alimentar; afirma que o estresse, a ansiedade e a solidão contribuem para o reganho de peso; associa a recidiva de peso a alterações anatômicas relacionadas à cirurgia; expressa sentimentos como derrota, culpa e tristeza; refere consequências físicas, psíquicas e sociais advindas da recidiva de peso, explicitamente marcadas pelo medo de engordar demais e ficar sem saída; relata consumo excessivo de álcool; tem como expectativa controlar o peso com vistas a impactar positivamente sua qualidade de vida, para tanto, necessita suporte multidisciplinar para as questões físicas e emocionais envolvidas no reganho de peso; almeja se submeter a uma nova cirurgia bariátrica e a cirurgia plástica para melhorar a autoestima.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Os entrevistados deste estudo vivenciam o reganho de peso após terem sido submetidos à CB. O modo como lidam com a recidiva de peso e a forma como se veem no futuro refletem a sua situação biográfica e bagagem de conhecimentos adquiridos ao longo de sua existência. Os relatos indicam que as expectativas em relação aos resultados da CB inicialmente são permeadas por características comuns a todas as pessoas que buscam esta cirurgia.

Esta compreensão é de origem social e vai sofrer modificações a partir da experiência vivida após a realização da cirurgia. De início, as pessoas que fizeram a CB são reconhecidas como vencedoras. Elas superaram os desafios da etapa anterior pré-cirúrgica, suportaram as restrições alimentares do período logo após a operação e obtiveram um emagrecimento rápido. Este período é conhecido como “lua de mel”, no qual a perda de peso conduz à melhora da autoestima e do funcionamento psicológico do paciente (Magdaleno Jr., 2011; Cambi, Marquesini, Baretta, 2015; ABESO, 2016).

Contudo, o sucesso experimentado nos primeiros tempos pode não ser duradouro. Passado um certo tempo da cirurgia, podem surgir sentimentos, como angústia, vazio e vontade de “beliscar” alguma coisa a todo o tempo. O indivíduo começa a questionar e a enfrentar sua nova realidade, não percebida anteriormente em decorrência da obesidade, que escondia seus conflitos, sonhos e ideais, o que faz com que a pessoa volte a recuperar peso (Mota, Costa, Almeida, 2014).

Além disso, as pessoas que realizam a CB experimentam um processo de adaptação após a cirurgia e as dificuldades decorrentes do emagrecimento surgem na medida em que o indivíduo está aprendendo a lidar com novas experiências. Caso não esteja preparado para enfrentá-las ou não tenha o apoio necessário para superá-las, podem ocorrer complicações como transtornos alimentares, compulsões e reganho de peso (Queiroz et al., 2011; Moncada et al., 2016).

Como explicitado nos resultados do presente estudo, a experiência do reganho de peso conduz a pessoa que foi submetida à CB a refletir sobre o contexto de significados que a colocou na situação de recidiva (motivos porque). Este inclui os

sentimentos que emergiram a partir da CB, a substituição do comportamento alimentar anterior pela adoção de hábitos nocivos à saúde como consumo excessivo de bebidas alcoólicas e fumo, além da percepção acerca do impacto do reganho de peso na saúde física e mental.

Ao serem questionados sobre como vivenciam o reganho de peso, os participantes do presente estudo expressam sentimentos de frustração e fracasso pelo fato de isso lhes ter acontecido. Eles dizem que têm necessidade de comer em várias situações, principalmente quando se sentem ansiosos, deprimidos ou nervosos. Frente à complexidade do processo de adaptação após a CB, relatam também o medo de engordar novamente.

Estes resultados são corroborados por um estudo fenomenológico conduzido na Noruega que evidenciou que a perda de controle que leva alguns pacientes submetidos à CB a consumirem grandes quantidades de alimentos calóricos está relacionada com o estresse emocional e as estratégias de enfrentamento de cada um. Os participantes referiram medo de perder o controle e voltar a ganhar peso e relacionam o reganho com sentimentos de derrota e vergonha (Natvik et al., 2015).

Nessa mesma linha, uma investigação de abordagem clínico-qualitativa realizada em hospital de Campinas, SP, teve como objetivo analisar os significados do reganho de peso depois da cirurgia. Os achados mostraram que a recidiva de peso é sentida como uma perda significativa, dando origem a sentimentos de derrota e fracasso. A recuperação do peso perdido após a CB dá lugar a uma sensação de desesperança que abala os pacientes e dificulta com que eles se mantenham motivados para dar conta da manutenção do peso conquistado e os contínuos cuidados que devem ser seguidos após o procedimento cirúrgico. Os pacientes sentem que estão “perdendo a batalha” contra a obesidade e como consequência sentem-se compelidos a utilizar a comida, mais uma vez, como compensação para conter a sensação de frustração (Carvalho Jr. et al., 2014).

Enfocando a estrutura psicológica que sustenta a obesidade, pode-se considerar que aqueles pacientes que têm menos recursos de lidar com suas angústias apresentam maiores chances de recuperação do peso e de complicações pós-cirúrgicas. Após a cirurgia, a ingestão de alimentos fica limitada, mas a sensação de saciedade pode não ser alcançada e a pessoa não sente a satisfação alimentar, levando a sentimentos de vazio e fraqueza, que muitas vezes a levam a buscar meios

alternativos para obter satisfação (Magdaleno Jr., Chaim, Turato, 2010; Justino, Barbosa, Pimentel, 2017).

Os participantes desse estudo referiram culpa por não terem conseguido manter o peso após a CB. Sentem como se os outros os recriminassem por isso, o que leva à sensação de fracasso. Ficam se perguntando por que não conseguem levar o tratamento adiante e por que não mantêm o controle diante da comida. Relacionam a recidiva de peso com sentimentos de derrota e vergonha.

A CB tem como objetivo o controle da obesidade, mas não trata da dinâmica psíquica que leva a pessoa a usar a comida como mediadora para lidar com os seus conflitos. A angústia que, no passado, se resolvia com a ingestão excessiva de alimentos, agora é foco de um novo campo de estudo da dinâmica biopsicológica do indivíduo. O corpo foi cuidado, mas as questões emocionais que levaram a pessoa ao comportamento alimentar disfuncional podem persistir. É preciso que estas novas experiências sejam compreendidas e que sejam definidas estratégias para o seu manejo, incluindo a instrumentalização dos pacientes para que possam lidar de forma mais adequada com os seus problemas, a fim de evitar a recidiva da obesidade (Magdaleno Jr., Chaim, Turato, 2010; Bardal, Ceccatto, Mezzomo, 2016).

Os resultados do *Swedish Obese Subjects* (SOS) destacam que uma maior vulnerabilidade em resposta a vários estímulos internos e externos logo após a cirurgia. Isso determina menor êxito nos resultados de peso em longo prazo e sugere a suscetibilidade ao descontrole na ingestão de alimentos no pós-operatório imediato como um indicador importante para o desenvolvimento de intervenções específicas com o objetivo de garantir os melhores resultados da CB (Konttinen et al., 2015).

Um estudo com mulheres submetidas à CB mostrou que aquelas que atingiram a marca de um ano ou mais de cirurgia trazem desafios referentes à manutenção do peso alcançado, uma vez que estão próximas da ou já alcançaram a perda ponderal desejada. A partir de então, passam a conviver com incertezas e medos relacionados à constante ameaça e/ou ocorrência de reganho de peso em razão da retomada de hábitos alimentares inadequados (Oliveira et al., 2016; Marchesini, Antunes, 2017).

De acordo com a fenomenologia social de Alfred Schütz, a compreensão no mundo da vida tem origem social e vai sofrendo modificações a partir da experiência vivida (Schütz, 2012). Considerando a CB, de início, as pessoas superaram os

desafios impostos pela cirurgia, como as restrições alimentares próprias ao pós-operatório imediato e experimentam um emagrecimento rápido (Magdaleno Jr., 2011; Marchesini, Antunes, 2017).

Destacam-se aqui a subjetividade inscrita na relação das pessoas com reganho de peso após a CB e os valores, hábitos alimentares e importância dada à imagem corporal adquiridos ao longo da vida. À medida que o tempo de operado vai se distanciando, essas pessoas vão retomando sua experiência no mundo de relações sociais. Neste, por meio da intersubjetividade, resgatam gradativamente não somente o peso, mas também os sentimentos envolvidos no reganho de peso.

Em seus depoimentos, os participantes deste estudo salientaram que a ansiedade e a depressão, entre outros, interferem no seu equilíbrio e acarretam dificuldades no controle do comportamento alimentar. Pontua-se que, além da alimentação inadequada e da inatividade física, quadros psicológicos e psiquiátricos também são fortes determinantes da recidiva de peso.

Uma metanálise com o objetivo de determinar a prevalência das condições de saúde mental entre os candidatos à CB identificou 59 publicações relatando a prevalência das condições de saúde mental no pré-operatório (65.363 pacientes) e 27 estudos destacando associações entre condições de saúde mental no pré-operatório e pós-operatório (50.182 pacientes). As condições de saúde mental mais comuns entre os candidatos à CB foram a depressão (19%) e o transtorno da compulsão alimentar (17%) (Dawes et al., 2016).

Estudo conduzido na região metropolitana de São Paulo teve como objetivo estimar a frequência de transtornos mentais numa amostra de indivíduos obesos candidatos à CB. Os resultados apontaram que 80,9% dos pacientes apresentaram algum tipo de transtorno mental ao longo da vida e que 57,8% destes apresentavam transtornos mentais no momento da entrevista. O estudo pontuou que os transtornos mentais são condições frequentes entre os pacientes obesos antes da CB (Duarte-Guerra et al., 2015; Duarte-Guerra et al., 2017).

Os resultados de uma investigação conduzida com pacientes obesos mórbidos na Noruega mostraram que transtornos psiquiátricos relacionados à depressão, ansiedade e comportamentos alimentares são os mais frequentes nos quadros de obesidade. Além disso, apontaram que os candidatos à CB com esses transtornos

apresentavam resultados inferiores na avaliação da qualidade de vida, o que pode influenciar os resultados no pós-operatório tardio (Sandberg et al., 2013).

A cirurgia resultou na perda de peso expressiva dos entrevistados, no entanto, essas mudanças não garantem a satisfação existencial e são, a todo momento, postas à prova pela instabilidade emocional relatadas por eles.

O comportamento alimentar é entendido pelos pacientes obesos como impulsivo e fora de controle e a possibilidade de mudar para um padrão saudável é vista como um sacrifício enorme, quase impossível de ser atingido. A comida parece ser um fator que controla e organiza suas vidas e tudo gira em torno dela. Há sempre motivos e ocasiões para comer, e a comida parece desempenhar um importante papel de mediação, regulando sentimentos negativos, atuando como estratégia de enfrentamento para as dificuldades que vão surgindo. Esse tipo de padrão é descrito na literatura como “fome emocional” ou “alimentação emocional”, que diz respeito ao hábito de se recorrer à comida para conforto, alívio do estresse, ou como uma recompensa, em vez de usá-la para satisfazer a fome (Silva, Costa Maia, 2012; Bardal, Ceccatto, Mezzomo, 2016).

Nos EUA, uma pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica realizada com indivíduos que foram submetidos à CB há no mínimo 24 meses mostrou que a comida ainda ocupava um lugar central nas suas vidas, embora em quantidades menores, mesmo anos após a cirurgia. Vários participantes relataram ter que lutar contra o ímpeto de usar a comida no enfrentamento de dificuldades emocionais, referindo situações de intolerância a alimentos e crises de *dumping* com reações desagradáveis como náuseas, vômitos, suor frio, cólicas intestinais e diarreia. Compararam o desejo pela comida com o vício de álcool ou drogas (Geraci, Brunt, Marihart, 2014).

Os participantes da presente pesquisa referiram dificuldade em administrar o equilíbrio emocional e o uso do alimento como uma válvula de escape para o estresse e a ansiedade. A solidão e a tristeza também foram mencionadas como fortes propulsores para a ingestão de alimentos calóricos em excesso. Citam os fatores psicológicos como determinantes para a recidiva de peso, mas a maioria não os menciona como fator a ser tratado.

Uma pesquisa transversal realizada no Brasil buscou avaliar os fatores de risco para a recidiva de peso em indivíduos submetidos à CB e concluiu que entre os motivos contributivos para o aumento de peso está a restrição cognitiva, conjunto de regras e proibições alimentares com o intuito de manter o peso saudável, presente em 52,17% dos participantes, bem como a alimentação emocional associada à restrição cognitiva com um índice de 8,69% (Bardal, Ceccatto, Mezzomo, 2016).

O modo como os participantes do presente estudo percebem a recidiva da obesidade e a associam aos fatores que contribuem para o reganho de peso está diretamente relacionado à situação biográfica e bagagem de conhecimentos que possuem (Schütz, 2012). Crenças, valores e hábitos alimentares experienciados desde o nascimento no seio familiar e equipamentos sociais refletem em sua experiência de beliscar, ingerir alimentos calóricos em excesso e, muitas vezes, extrapolar o limite alimentar.

Estudo qualitativo conduzido no Brasil apontou que os participantes reconheciam o caráter crônico e complexo da obesidade e a dificuldade de manutenção da dieta, ainda que o corpo não representasse mais a doença. Isso remete a uma mudança na natureza existencial das pessoas que inclui sua relação com os alimentos, seus padrões culturais e comportamentais, preditores do ganho ponderal que as conduziu à CB (Oliveira et al., 2016).

Entre os fatores de risco para a recidiva de peso, observa-se a baixa assiduidade às consultas nutricionais no pré-operatório, o que sugere que o paciente com maior frequência às consultas nutricionais antes da CB pode obter melhor educação nutricional, contribuindo para resultados mais duradouros de perda e manutenção de peso (Bardal, Ceccatto, Mezzomo, 2016).

Apesar de a CB estar associada à diminuição do descontrole alimentar e da alimentação emocional nos pacientes operados, estes comportamentos podem estar menos evidentes entre aqueles com tempo cirúrgico superior a cinco anos, especialmente naqueles que apresentaram reganho ponderal (Jesus et al., 2017).

Na Austrália, uma revisão da literatura examinou publicações do período de 1960 a 2014, relacionadas aos comportamentos alimentares e expectativas dos candidatos em relação à CB. Os resultados apontaram 4 a 45% dos candidatos à CB com transtorno da compulsão alimentar, 20 a 60% de pacientes com comportamento

beliscador, 2 a 42% com síndrome da alimentação noturna, de 38 a 59% dos participantes comendo em resposta a algum tipo de estresse emocional e 17 a 54% com critérios para dependência alimentar. Os candidatos à CB analisados levantaram muitas expectativas quanto aos resultados da cirurgia e acreditavam que a operação garantiria automaticamente uma melhoria no seu comportamento alimentar (Opolski, Chur-Hansen, Wittert, 2015).

Uma revisão integrativa brasileira agrupou publicações nacionais e internacionais, objetivando reunir dados sobre a presença e frequência de transtornos alimentares, bem como de comportamentos alimentares disfuncionais existentes antes ou depois da cirurgia. Os resultados mostraram a compulsão alimentar como comportamento mais frequente. Destacou-se, ainda, a bulimia, o comportamento beliscador e a síndrome da alimentação noturna como comportamentos frequentes. Alguns estudos da revisão indicaram melhoras no pós-cirúrgico, enquanto outros observaram surgimento ou piora dos sintomas, concluindo-se que comportamentos alimentares disfuncionais são muito frequentes em candidatos à CB e podem surgir ou piorar após a intervenção cirúrgica (Novelle, Alvarenga, 2016).

Qualquer que seja a origem dos transtornos alimentares, estes constituem-se em fator complicador no período pré e pós CB. Para seu tratamento, deve ser elaborado planejamento terapêutico que tenha em vista garantir os melhores resultados da cirurgia. Um estudo brasileiro envolveu 40 pacientes que foram submetidos à cirurgia do tipo Bypass Gástrico há pelo menos dois anos, com IMC maior que 40 antes do procedimento cirúrgico. Os pacientes foram divididos em dois grupos: grupo 1 – dos que mantiveram a perda de 50% do peso excedente inicial e grupo 2 – dos que perderam menos de 50% do peso inicial. A incidência da presença de indicadores de compulsão alimentar foi de 32,5%. Concluiu-se que a presença de compulsão no pós-operatório pode ser um indicador de reganho de peso (Venzon, Alchieri, 2014).

Constata-se que o principal desafio do tratamento da obesidade não é apenas relacionado à perda de peso, mas a sua manutenção em longo prazo, pois a recuperação de peso aumenta os riscos à saúde dos indivíduos, inclusive no âmbito emocional, e os custos em saúde. Ressalta-se que a pessoa que adere a um programa prévio à cirurgia tende a ter maior motivação para um estilo de vida saudável, que é primordial para a manutenção do peso, envolvendo alimentação

saudável, atividade física e acompanhamento psicológico (Bardal, Ceccatto, Mezzomo, 2016).

Um estudo conduzido em Portugal, enfocou a presença da compulsão alimentar e do comportamento de comer de forma não planejada e repetitiva antes e depois da CB, em períodos de tempos diferentes, e a associação com os resultados de perda ou reganho de peso. Os resultados apontaram episódios de comer compulsivo no pré e pós-operatório e comportamentos alimentares disfuncionais nos primeiros dez meses após a CB. Comer entre as refeições foi altamente associado ao reganho de peso e variáveis não comportamentais foram relacionadas à menor perda de peso após a CB. O estudo alertou que a detecção precoce desses hábitos alimentares pode ser importante na prevenção de resultados problemáticos após a realização da cirurgia (Conceição et al., 2014).

Os participantes da presente pesquisa referiram que se alimentam de forma equivocada, beliscando muito e ingerindo alimentos calóricos como doces, frituras, bolachas, chocolate e massas. Também apontaram sua dificuldade de comer carnes, alimentos secos e vegetais. Verbalizaram a substituição do cigarro por alimentos e admitiram não conseguir manter uma dieta equilibrada. Alguns depoentes mencionaram ingestão de álcool em doses maiores do que o desejável.

Estudo retrospectivo realizado em Brasília com 80 pacientes investigou os fatores associados ao reganho de peso após o Bypass Gástrico. Cerca de 24% dos pacientes apresentaram um significativo reganho de peso após 24 meses. Entre os principais fatores que causaram o reganho, foi destacada uma dieta alimentar de baixa qualidade. Foi constatado que os pacientes que apresentaram reganho de peso consumiram menos frutas, feijão e grãos (Silva, Gomes, Carvalho, 2016).

Investigação conduzida no Brasil com pessoas que foram submetidas à CB e apresentaram reganho de peso mostrou que o grupo estudado reduziu sensivelmente o IMC após a cirurgia, mas, ao longo do tempo, recuperou o peso perdido. As principais causas foram retorno aos hábitos alimentares anteriores, aumento no consumo de álcool e sedentarismo. Os pacientes verbalizaram consumir alimentos ricos em calorias, chocolates e doces, além da ingestão excessiva de bebidas alcoólicas (Cambi, Marchesini, Baretta, 2015).

O aumento da sensibilidade ao álcool, principalmente após a cirurgia do tipo Bypass gástrico, também tem sido alvo de investigações. Estudos indicam que o consumo abusivo de álcool parece ter relação com o reganho de peso no pós-operatório. Altamente calórico e de fácil ingestão, o álcool em doses excessivas, além de provocar problemas de ordem social e nutricional, pode dificultar a manutenção da perda de peso (Heinberg, Ashton, Coughlin, 2012; King et al., 2012).

O estudo SOS da Suécia também investigou a associação entre a CB e os problemas com álcool. Um grupo de 2.010 pacientes submetidos à cirurgia foi monitorado no período de 8 a 22 anos após a cirurgia. Destes, 93,1% relataram o consumo de álcool. Os resultados mostraram que, embora o consumo de álcool descrito por estes pacientes tenha sido classificado como de baixo risco pela OMS, foi constatado o aumento do risco do consumo abusivo de álcool em relação aos grupos que não realizaram o procedimento cirúrgico (Svenson et al., 2013; King et al., 2017).

Um outro estudo sueco constatou que pacientes que realizaram o Bypass Gástrico apresentam mais que o dobro do risco de internação por abuso de álcool no período pós-operatório, em comparação com pacientes submetidos a outros métodos cirúrgicos restritivos, como Sleeve e Banda Gástrica. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de os profissionais de saúde estarem alertas quanto a este risco para a detecção precoce e tratamento (Ostlund et al., 2013).

A CB pode alterar o metabolismo do álcool e implicar mudanças no estilo de vida e no nível de estresse do paciente operado. Estes fatores associados aos efeitos prazerosos gerados pela ingestão de alimentos ou substâncias que minimizem o desprazer da privação da comida, como irritabilidade, podem contribuir para o surgimento de padrões abusivos de consumo de bebidas alcoólicas. Por isso, é imprescindível que sejam avaliados os riscos potenciais de aumento do consumo de álcool em pacientes que realizaram o procedimento cirúrgico da obesidade com acompanhamento prolongado no seguimento tardio (Santos, Cruz, 2016; Svensson et al., 2013).

Investigação brasileira, envolvendo 119 pacientes (45 no pré-operatório e 74 no pós-operatório) que utilizaram a técnica do *Bypass* Gástrico, verificou que, no período pré-operatório, 26,6% dos pacientes ingeriam bebida alcoólica e, no pós-operatório, 35,1%. A classificação de risco para o uso de álcool mostrou que a maioria

dos pacientes era de baixo risco de dependência em ambos os grupos. No entanto, na amostra, foi encontrada uma prevalência de etilismo superior à detectada na população brasileira (Amorim et al., 2016). Também uma revisão integrativa salientou que o Bypass Gástrico apresentou maior associação com o aumento do consumo de álcool durante o pós-operatório da CB. Isso alerta para o fato de que o consumo de álcool é um problema que deve ser enfrentado no contexto da CB (Gregório et al., 2016).

Outro aspecto a ser considerado no que diz respeito às alterações ocorridas no metabolismo após a CB envolve a dificuldade de ingestão de alimentos que trazem alta saciedade como proteínas, fibras com baixa densidade calórica, frutas e vegetais, que podem não ser bem tolerados após a cirurgia. Uma fruta precisa ser bem mastigada para ser digerida, enquanto o suco dessa mesma fruta, que apresenta mais calorias, não demanda nenhum esforço. Assim, os pacientes após a cirurgia dão preferência aos alimentos mais macios e fáceis de ser ingeridos, contudo estes são os mais calóricos (Stoklossa, Atwal, 2013).

A atividade laboral relacionada à alimentação, alimentação desregrada, falta de aderência ao tratamento e aos problemas psicológicos pode ter papel fundamental no reganho de peso ao longo dos anos. O conhecimento prévio desses aspectos pode alertar os pacientes sobre os riscos do reganho ponderal após o procedimento cirúrgico e sobre a possibilidade de ressurgimento das comorbidades existentes antes da realização da cirurgia (Bastos et al., 2013).

Sobre o retorno das comorbidades após a CB, estudo brasileiro com candidatos à CB mostrou que os fumantes tiveram maior ansiedade e menor controle sobre a alimentação do que os não fumantes. Esses resultados apontam a necessidade do encaminhamento desses pacientes para o tratamento voltado para a cessação do hábito de fumar já antes da cirurgia, de forma a prevenir o tabagismo no pós-cirúrgico tardio e consequentes efeitos nocivos à saúde (Mombach et al., 2016).

Em seus depoimentos, alguns participantes reforçaram a crença de que o ganho de peso após a CB se deve a complicações relacionadas à cirurgia. Insistem que deve haver algo físico que os está prejudicando e buscam ajuda dos profissionais de saúde na esperança de uma solução definitiva.

A perda de peso insuficiente e o reganho de peso são as indicações mais comuns para a cirurgia revisional. Apesar de, em alguns casos, terem origem em complicações da cirurgia primária, comportamentos alimentares inadequados e dificuldades de mudanças no estilo de vida são as causas mais comuns do reganho de peso (Pinto-Bastos et al., 2017).

Um estudo conduzido no Kuwait comparou retrospectivamente cirurgias revisionais de *Bypass* Gástrico, realizadas entre 2011 e 2013. Os pacientes operados devido a falhas da cirurgia primária foram comparados e analisados, constatando-se 170 procedimentos de cirurgia revisional, sendo a maioria para resolver a dilatação da bolsa gástrica após o *Bypass* Gástrico. O estudo concluiu que o procedimento laparoscópico é seguro, mas sugeriu o acompanhamento em longo prazo para determinar a eficiência e a durabilidade deste procedimento (Al-Bader et al., 2015).

Os pacientes que apresentam perda de peso insuficiente ou reganho de peso podem se beneficiar do tratamento cirúrgico revisional, porém devem passar antes por uma equipe multidisciplinar a fim de que sejam determinadas as causas potenciais dessa perda de peso insuficiente e reganho. Podem ser realizadas avaliações psicológicas e nutricionais, avaliação da saúde geral e avaliação anatômica do procedimento cirúrgico primário (Brethauer et al., 2014).

No entanto, para além das complicações anatômicas que podem influenciar o reganho de peso, é preciso levar em consideração a possibilidade de o paciente ter falhado no controle de peso e apresentar dificuldades em aceitar que seu comportamento alimentar inadequado é o agente causador da recidiva do peso. Ele pode crer que o emagrecimento não depende de seu empenho pessoal e passa a ter a expectativa de que um novo procedimento mágico, no caso a cirurgia de revisão, resolva seus problemas com a balança, transferindo assim a incumbência de mudança para um fator externo (Silva, Costa Maia, 2012).

Consequências físicas e psicológicas também foram referidas pelos participantes como fatores que contribuíram para o reganho de peso. Evidências sugerem que a dor e a obesidade estão significativamente relacionadas e que queixas de dor são comuns entre indivíduos obesos. Na obesidade mórbida é comum encontrar condições de dor crônica, e a perda de peso relativa à CB pode ser um aspecto importante da reabilitação da dor, porém, quando se constata reganho de peso, as dores voltam (Okifuji, Bradford, 2015).

Nos EUA, uma investigação conduzida por um centro de pesquisa da dor destacou que a associação entre obesidade e dor nas articulações deve ser valorizada no ganho de peso. O número de cirurgias para substituição total do joelho se eleva a cada ano e a obesidade desponta como um dos principais fatores para a necessidade de intervenções cirúrgicas. Além disso, a obesidade mórbida está relacionada à dor articular crônica, o que acarreta maior consumo de analgésicos e parece estar relacionado também ao tempo de internação hospitalar e a maiores complicações pós-cirúrgicas (Okifuji, Bradford, 2015).

Ressalta-se que o ganho de peso pode ocorrer como resultado de dor crônica e que a limitação funcional decorrente da obesidade mórbida pode ocasionar um comportamento alimentar disfuncional. Outros efeitos adversos comuns na dor crônica, tais como estilo de vida sedentário, distúrbios do sono e efeitos colaterais dos medicamentos, podem também contribuir para o ganho de peso (Okifuji, Bradford, 2015).

O receio de ganhar peso causa sofrimento mental e leva os participantes a experimentarem sentimentos conflitantes, ora considerando-se sem perspectiva, ora aceitando a sua condição de obeso. Nesse sentido, alguns participantes relataram que não gostaram de se ver magros após a cirurgia, que pareciam doentes, com os rostos envelhecidos e por isso desejavam perder apenas o peso suficiente para manter sua saúde.

O emagrecimento após a CB é esperado, no entanto, certas pessoas podem experimentar um sentimento de estranhamento em relação a si mesmas, uma vez que o excesso de peso, embora prejudicial, constituía sua imagem corporal. As vivências relacionadas à perda de peso abrupta podem levar ao rompimento do equilíbrio e consequentemente à desadaptação emocional (Nascimento, Bezerra, Angelim, 2013). Aponta-se que a obesidade é muitas vezes usada como defesa psicológica e que, ao emagrecer, a pessoa se confronta com o fato de que nem todas as suas dificuldades são causadas apenas por ser obeso.

Para certos pacientes, a CB proporciona alívio e mudança, mas não um corpo idealizado e necessariamente favorável. Na Noruega, um estudo com pacientes que realizaram a CB há mais de cinco anos enfocou questões relacionadas ao corpo, mudanças de hábitos, interações sociais e vivências destas mudanças a longo prazo. As experiências relatadas pelos pacientes mostraram a tensão e ambivalência em

relação ao corpo alterado. Inicialmente, a CB implica perda de peso expressiva, com melhorias na saúde, nas atividades da vida diária e na interação social. Porém, todas estas mudanças interferiram na estabilidade emocional dos pacientes. Anos após a cirurgia, experimentaram reganho de peso, acarretando sentimentos de vergonha e autodesprezo (Natvik, Gjengedal, Raheim, 2013; Oliveira et al., 2016).

A CB cria uma dicotomia entre a vida psicossocial dos pacientes antes e depois do procedimento cirúrgico, implicando alterações tanto positivas quanto negativas. A capacidade do paciente operado em lidar com a tensão dessas mudanças pode ter um forte impacto nos resultados em longo prazo (Natvik et al., 2015).

Salienta-se a importância do diálogo sistemático e a cooperação entre a equipe de saúde para lidar, de uma forma mais assertiva, com estes pacientes bariátricos que estão submetidos a altos níveis de estresse devido ao ganho de peso e suas consequências (Natvik et al., 2015).

Em relação às expectativas das pessoas submetidas à CB e que estão vivenciando o reganho de peso (motivos para), constata-se que estas desejam controlar o peso e com isso ter uma vida saudável. Contudo, construir uma vida mais saudável é um processo complexo que envolve a interligação dos aspectos físicos, psíquicos e sociais e varia de acordo com cada indivíduo. Para tanto, é preciso que haja um acompanhamento multiprofissional e sistemático para apoiar os pacientes bariátricos nesta tarefa contínua de enfrentamentos, com desafios para reaprender a viver o cotidiano e resgatar a saúde integral (Marcelino, Patrício, 2011; Jesus et al., 2017).

Uma revisão sistemática identificou estudos que mostraram a efetividade da CB na melhoria da qualidade de vida dos operados em longo prazo, principalmente relacionada aos aspectos físicos. No que diz respeito aos aspectos psicossociais, foi observado que, após dois anos da cirurgia, os resultados de melhora foram modestos e, dez anos depois, a qualidade de vida dessas pessoas pode ser comparada à das pessoas que fizeram tratamento convencional para a obesidade. A revisão reforçou o quanto persistente são os fatores psicossociais que afetam a obesidade, enfatizou a necessidade de oferecer suporte psicológico em longo prazo após a cirurgia e recomendou mais pesquisas enfocando como estes fatores influenciam a qualidade de vida e o bem-estar do indivíduo que realizou a CB (Jumbe et al., 2016).

Também outra revisão sistemática conduzida na Austrália analisou o impacto da CB na qualidade de vida de adultos obesos. Estudos que compararam a qualidade de vida de operados e não operados apontaram que aqueles que passaram pela CB tiveram melhores resultados de qualidade de vida. Os achados indicaram que os resultados da CB impactaram a qualidade de vida principalmente nos dois primeiros anos após a intervenção cirúrgica e que as condições físicas foram mais beneficiadas com a cirurgia do que as condições psicológicas (Hachem, Brennan, 2016).

Uma investigação brasileira, ao avaliar a qualidade de vida em pacientes no pré e pós-cirúrgico, verificou que, após a cirurgia, 82,2% dos pacientes consideraram sua qualidade de vida como boa, enquanto que, no pré-operatório, apenas 40% consideraram a qualidade de vida da mesma forma. Esses resultados confirmam que a melhora da qualidade de vida é essencial para o sucesso da CB (Moraes, Caregnato, Schneider, 2014).

Obter o suporte de profissional que apoie em questões emocionais foi outra expectativa que merece destaque como “motivo para” da ação de pacientes bariátricos frente ao reganho de peso.

No grupo estudado, o suporte emocional foi pontuado como prioritário no tratamento, sendo que vários entrevistados manifestaram a necessidade de acompanhamento psicológico para apoiá-los no enfrentamento das situações decorrentes da cirurgia e do reganho de peso. No entanto, ficou evidenciada a dificuldade de estas pessoas terem acesso ao atendimento psicológico, principalmente passado o período de acompanhamento pós-operatório de um ano, seja pela pouca oferta nos serviços de saúde, seja pelas dificuldades financeiras para acessar profissionais capacitados fora destes serviços. Os entrevistados expressaram sentimentos de insegurança quanto à manutenção do tratamento pós-cirúrgico e a realização plena de suas expectativas.

O grupo-tarefa da ASMBS destacou ainda que, por ser a obesidade uma doença crônica, os pacientes necessitam do suporte das equipes multidisciplinares de saúde em longo prazo e destacaram a importância de se apoiar a realização de cirurgias para conversão de métodos cirúrgicos primários ou correção de complicações após a CB, incluindo os casos de reganho de peso e redução das comorbidades. Também pontuou que a obesidade deve ser considerada como uma doença crônica, que exige tratamento permanente ao longo da vida. E recomendou

que as políticas públicas e os planos de saúde revejam seus parâmetros para absorver a demanda de cirurgias revisionais, sem limitar previamente o número de cirurgias a serem realizadas (Brethauer et al., 2014).

Como algumas pessoas que realizaram a CB relutam em aceitar que fatores como seu estilo de vida e comportamento alimentar inadequado possam contribuir para o reganho de peso, um novo procedimento cirúrgico (motivos para) é desejado como alternativa para alcançar a perda do excesso de peso. Os participantes idealizam a cirurgia revisional como nova oportunidade para atingir e manter o peso desejado.

Por outro lado, os cirurgiões sinalizam que, na medida em que cresce a demanda para CB, aumenta o número de casos que requerem cirurgia revisional devido às complicações resultantes dos procedimentos bariátricos primários. A perda de peso insatisfatória, reganho de peso e complicações anatômicas são as razões mais comuns para a realização de cirurgia revisional (Shimizu et al., 2013). A recuperação de peso devido à dilatação da bolsa gástrica após certo tempo de realizado o *Bypass* Gástrico também tem sido um motivo frequente de busca por uma nova intervenção cirúrgica (Al-Bader et al., 2015; Nguyen et al., 2015).

Em um hospital universitário dos EUA, foi conduzido um estudo com 412 pacientes que realizaram inicialmente a cirurgia de *Bypass* Gástrico e apresentaram complicações após certo tempo de operados. Destes, 25 apresentaram reganho de peso. Para solucionar o problema, estes pacientes foram submetidos ao procedimento revisional laparoscópico e apresentaram perda de peso importante no primeiro ano após a segunda intervenção. Contudo, após este prazo, não foram observados mais resultados de perda de peso significativos (Hamdi et al., 2014).

Os resultados de uma revisão da literatura realizada em Portugal indicaram que as cirurgias revisionais são procedimentos tecnicamente desafiadores e apresentam um maior risco de morbidade e mortalidade em comparação com os procedimentos cirúrgicos primários. No entanto, os possíveis benefícios da nova CB podem ser mais significativos do que os riscos (Pinto-Bastos et al., 2017).

No que diz respeito à efetividade da CB de revisão, há ainda, no meio científico, muita controvérsia e pouca orientação baseada em evidências sobre os casos em que esta cirurgia deve ser indicada e os resultados que podem ser esperados (Hamdi et

al., 2014). Nesse sentido, foi convocada uma força tarefa da ASMBS para realizar uma revisão sistemática com o objetivo de identificar as indicações específicas do procedimento revisional da CB. Os resultados apontaram evidências que sustentam a eficácia da cirurgia revisional nas complicações agudas e crônicas e nos casos de falha na perda e no reganho de peso (Brethauer et al., 2014).

Também foram encontradas na literatura investigações com o objetivo de determinar a segurança e os ganhos das cirurgias de revisão. Contudo, as pesquisas destacaram que são necessários estudos adicionais para explorar os resultados dos procedimentos revisionais que visam solucionar os casos de reganho de peso em longo prazo (Shimizu et al., 2013; Hamdi et al., 2014; Al-Bader et al., 2015; Maleckas et al., 2016).

Uma outra questão a ser considerada quando se fala nas cirurgias revisionais é o pouco consenso sobre o que é considerado sucesso ou insucesso na CB. Na literatura, encontra-se que um mesmo resultado pode ser considerado como favorável por um autor e desfavorável por outro. E, além disso, também não há unanimidade sobre qual terapêutica seria mais adequada no resgate de uma falha cirúrgica (Mann et al., 2015; Berti et al., 2015).

Ocorre que, embora o tratamento cirúrgico bariátrico tenha apresentado importante evolução nas últimas décadas e seja considerado fundamental para o controle da obesidade severa em médio e longo prazo, ele está baseado em orientações que necessitam constantes ajustes e reformulações. Isso pode ser explicado pelo fato de as técnicas cirúrgicas apresentarem a cada dia novas e criativas formas de resolver as situações que vão surgindo com os pacientes. No entanto, esta velocidade não é seguida pelas orientações que regem os procedimentos bariátricos, pois estas precisam se cercar de evidências sólidas e consistentes (Karmali et al., 2013).

A Sociedade Brasileira de CB e Metabólica – SBCBM, em 2015, no esforço de criar uma normatização sobre os resultados em cirurgia bariátrica e metabólica, unificou termos e critérios para orientar os cirurgiões brasileiros quanto às condutas tomadas a fim de propiciar o melhor tratamento aos pacientes. No caso da recidiva de peso após a cirurgia, esta foi classificada como recuperação de 50% do peso perdido atingido em longo prazo ou recuperação de 20% do peso associado ao reaparecimento de comorbidades (Berti et al., 2015).

Faz-se necessário compreender que, há cerca de 25 anos, quando a CB começou a ser realizada no Brasil, havia o entendimento entre os cirurgiões de que a CB resolveria o problema da obesidade de forma definitiva. No entanto, a experiência mostrou resultados diferentes do esperado, entendendo-se que esta é uma doença crônica controlável, porém sem cura. E que esse controle não é feito apenas pelo cirurgião, mas também por uma equipe multidisciplinar que deve acompanhar o paciente em longo prazo após a cirurgia (Saúde Metabólica, 2017).

A demanda por cirurgias plásticas é uma expectativa dos participantes para reparar os impactos da perda de peso, fato que poderá possibilitar a melhoria da autoestima. Mesmo tendo ganhado peso após a CB, os participantes fazem referência aos impactos físicos da cirurgia primária que resultaram em flacidez e desordem na aparência física. Submeter-se à cirurgia plástica para correção de braços, pernas, abdômen e seios é outro desejo expresso pelos participantes como parte do processo bariátrico.

De acordo com o direcionamento da SBCBM, as cirurgias plásticas devem ser feitas quando ocorre a estabilização do peso após a CB ou quando a sobra de pele e o excesso gorduroso prejudicam em muito a locomoção do paciente ou podem causar complicações adicionais. Alguns aspectos devem ser considerados nesta opção. É necessário se calibrar as expectativas dos pacientes bariátricos quanto aos resultados da cirurgia plástica, que muitas vezes visa a um ideal de corpo magro socialmente estabelecido, mas impossível de ser atingido (site SBCBM). Há um longo caminho até o corpo idealizado e, mesmo após as cirurgias plásticas, não existem garantias do acesso à imagem corporal que foi idealizada no pré-cirúrgico (Marchesini, Antunes, 2017).

Após a perda de peso, a pessoa que se submeteu à CB apresenta flacidez cutânea em várias regiões do corpo, o que pode revelar a aparência de obesidade residual, além de limitações funcionais para movimentação e higiene pessoal, entre outras. Esses fatores podem contribuir para a ocorrência de distúrbios da imagem corporal e, dessa forma, torna-se necessário aprofundar as representações relativas ao corpo nesses indivíduos para realização de uma adequada intervenção da equipe multidisciplinar (Mota, Costa, Almeida, 2014).

Destaca-se a relevância da avaliação da imagem corporal em intervenções de saúde, em especial aquelas em que há mudanças bruscas na aparência. É preciso

refinar o entendimento de tal constructo, com o objetivo de identificar quais sujeitos sofrem impacto em sua imagem corporal como reação ao tratamento, pois não necessariamente todos os pacientes terão uma mesma resposta. E devem ser abordadas as expectativas dos pacientes quanto ao resultado esperado com as cirurgias plásticas. Desse modo, intervir no pós-cirúrgico pode significar um salto qualitativo no tratamento da pessoa submetida à CB (Castro et al., 2017).

A ação social imbricada na experiência de pessoas que foram submetidas ao procedimento cirúrgico da obesidade, expressa pelo desejo de controlar o peso para obter qualidade de vida, com apoio de profissionais especializados e se submetendo, se preciso for, a uma nova CB, revela os projetos que aqueles que apresentam recidiva de peso vislumbram alcançar.

De acordo com a teoria da ação inscrita na fenomenologia social de Alfred Schütz, as expectativas do ser humano estão vinculadas ao contexto de significados passados e presentes vivenciados na realidade social (Schütz, 2012). O comportamento alimentar fundamentado em suas crenças e valores tende a permanecer em oposição ao seu desejo de manter a perda do peso alcançada com a CB.

Os projetos dos participantes do presente estudo configuram-se, portanto, como possibilidades de mudança que ainda não conseguiram concretizar. Isso exige uma transformação contínua de si mesmos e da realidade vivenciada.

O presente estudo, ao usar um método qualitativo de pesquisa, possibilitou uma maior aproximação em relação aos significados subjetivos atribuídos à experiência de reganho de peso. No entanto, de acordo com a metodologia empregada, faz-se necessário restringir as conclusões às categorias identificadas pelo pesquisador. Portanto, diversas possibilidades de enfoque permanecem abertas para novas pesquisas sobre a temática.

Outras limitações foram identificadas na medida em que o estudo foi realizado com um grupo específico de pessoas que passaram pelo tratamento cirúrgico bariátrico e que apresentaram reganho de peso. Estas pertenciam a um único serviço assistencial e compartilhavam a mesma realidade social. Desse modo, é válido ressaltar que a condução de outros estudos com pessoas em contextos diferentes não

necessariamente convergirá para resultados similares, no entanto, os achados desta pesquisa poderão enriquecer a compreensão do reganho de peso após a CB.

7 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

7 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

A compreensão da experiência das pessoas que foram submetidas à CB e obtiveram reganho de peso possibilita destacar alguns aspectos importantes da prática que devem ser considerados pelos profissionais de saúde que lidam com este grupo social.

Em relação à frustração e ao fracasso experimentados pelos participantes deste estudo, ao terem recuperado peso após a CB, delineiam-se algumas implicações que remetem à importância de uma equipe qualificada para atuar junto a esses pacientes no que se refere às suas vivências a partir do procedimento cirúrgico bariátrico.

Para que estas experiências possam ser compreendidas e valorizadas por profissionais especializados da equipe de saúde, faz-se necessário que ofereçam suporte aos pacientes quanto às questões emocionais, contribuindo para a instrumentalização dos pacientes a fim de que tenham condições para lidar de modo mais adequado com seus problemas e, desta forma, evitar a recidiva da obesidade.

Recuperar peso após a CB implica uma situação psicológica complexa. Envolve, ao mesmo tempo, sentimentos de derrota e fracasso, bem como a memória de uma experiência de perda de peso recente. Esta vivência positiva pode servir como base para definição de condutas a serem utilizadas junto ao paciente no tratamento do reganho de peso.

O profissional de saúde das equipes de CB deve ter em mente que o objetivo principal desta cirurgia não é somente a perda de peso, mas também a melhoria da saúde e da qualidade de vida. Neste sentido, um dos pontos principais que garantem o sucesso do tratamento e prolongam os benefícios provenientes do procedimento cirúrgico, impedindo a recidiva do peso, é ter acompanhamento de uma equipe multidisciplinar especializada em obesidade e CB.

Os sentimentos de derrota e medo da perda de controle do peso exacerbam-se nos pacientes que fizeram a CB e obtiveram reganho de peso. Considera-se relevante valorizar estes sentimentos dos pacientes no sentido de apoiá-los no seu

enfrentamento e dar suporte na elaboração das questões que estão contribuindo para a recidiva. Os depoimentos deste estudo denotam que cada paciente enfrenta questões particulares de acordo com sua posição biográfica e bagagem de conhecimentos adquiridos no percurso de sua vida e que cada um necessita uma abordagem individualizada que contemple as suas necessidades e especificidades.

A intervenção da equipe multidisciplinar deve ter também foco preventivo e educativo, bem como de acompanhamento dos processos individuais, isto é, de como cada um vive sua experiência de emagrecimento, que se dá de forma geralmente rápida após a CB. Após a intervenção bariátrica, mesmo atingindo a perda de peso esperada, aspectos psicológicos podem influenciar na frustração em ter que aceitar um novo padrão de hábitos alimentares e comportamentais que devem ser seguidos por toda a vida do operado. A dificuldade desse seguimento em longo prazo dá espaço às complicações do pós-operatório tardio, como o reganho de peso. É preciso apoiar o paciente para que este encontre suas próprias formas de enfrentamento das situações que vão se colocando em seu cotidiano.

Destaca-se a importância de o paciente ser bem acompanhado e informado em todo processo antes e depois da cirurgia da obesidade. No entanto, ressalta-se que paciente informado não significa paciente preparado, pois, muitas vezes, a informação, por si só, não é suficiente para promover as mudanças de comportamento necessárias para enfrentar os desafios que vão surgindo.

Em seus relatos, alguns depoentes levantaram a necessidade de ter acompanhamento psicológico para ajudá-los no emagrecimento e na manutenção do peso, no entanto abordam dificuldades financeiras que inviabilizam a adesão às consultas psicológicas.

Demarca-se, nesse sentido, a importância de se incluir nas políticas de saúde que embasam o tratamento cirúrgico bariátrico a oferta de acompanhamento psicológico para os pacientes também no seguimento tardio. Deve ser disponibilizado tratamento psicológico no pós-operatório, sem restrições, tanto para pacientes do setor público como para os dos convênios de saúde, visto que a obesidade é considerada uma doença crônica e como tal deve ser acompanhada ao longo da vida.

Uma outra possibilidade de intervenção com os pacientes que foram submetidos ao tratamento cirúrgico bariátrico e apresentaram recidiva de peso pode

ser o trabalho com os grupos de apoio no pós-operatório. Os processos experienciados no grupo provocam identificações e servem de suporte para elaboração de processos psíquicos de outros membros e do grupo como um todo. Além disso, os processos individuais são fortalecidos no que diz respeito ao enfrentamento das questões relacionadas ao reganho de peso.

Os grupos de apoio criam a oportunidade de um espaço relacional, no qual os participantes podem compartilhar suas experiências e preocupações, além de receberem orientação e conteúdos de interesse dos pacientes bariátricos. Os grupos proporcionam também o seguimento de diversos profissionais, no âmbito ambulatorial, como os médicos, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, enfermeiros e todos aqueles que possam contribuir para o sucesso dos pacientes no seguimento tardio. Contribuem ainda para que os pacientes se tornem ativos na produção de sua saúde e corresponsáveis pelo êxito no alcance e manutenção do peso desejado.

Outra ação envolvendo a capacitação dos pacientes para melhor compreender as questões envolvidas no reganho de peso e possibilitar que eles se tornem protagonistas do próprio cuidado propõe a criação de um guia multidisciplinar dirigido ao paciente. Este material deve conter, entre outros, orientações sobre o desenvolvimento de competências individuais para promoção do autocuidado após a cirurgia, como prevenir a recidiva de peso, medidas para alcance e manutenção do peso almejado e sensibilização para adesão ao acompanhamento da equipe de saúde em longo prazo.

No que concerne aos hábitos alimentares deste grupo de pacientes, há a necessidade de se compreender melhor as dificuldades no comportamento alimentar e como estas influenciam no reganho de peso no período pós-operatório tardio. Para este fim, recomenda-se o acompanhamento nutricional em longo prazo, colaborando no processo de reeducação alimentar que deve ser seguido por toda a vida.

Consideram-se a ansiedade e a depressão relatadas pelos pacientes como fatores que interferem no seu equilíbrio e levam a comportamentos alimentares disfuncionais e, em alguns casos, à ingestão abusiva de álcool. Além da alimentação inadequada e da falta de atividade física, quadros psiquiátricos também são fortes determinantes da recidiva. A atuação da psiquiatria neste campo deve contar com o

desenvolvimento de planejamento terapêutico em longo prazo, com vistas a garantir os melhores resultados da cirurgia e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Vale destacar que também a enfermagem desempenha um papel relevante na equipe multidisciplinar. Atua desde a hospitalização até o acompanhamento ambulatorial do paciente. Seu papel inclui disponibilizar orientação sobre a importância do controle do peso e a necessidade do disciplinamento do paciente em relação à adesão ao tratamento e ao monitoramento da saúde.

No âmbito da educação continuada, faz-se necessário investir na qualificação dos profissionais de saúde que atuam nesta área para melhor compreender os aspectos biopsicossociais dos pacientes bariátricos. A saúde tem a missão de incorporar o processo educativo ao cotidiano de trabalho, estimulando a reflexão e senso crítico dos profissionais e contribuindo para melhorar a qualidade da assistência prestada a esta população.

A sistematização das ações de educação voltadas para os profissionais de saúde que prestam cuidados aos pacientes bariátricos é fundamental e, além disso, deve ser fomentada a interlocução entre os profissionais da saúde por meio de fóruns, congressos, pesquisas e cursos relacionados à problemática da obesidade e da CB, com especial atenção ao reganho de peso.

Os resultados do presente estudo podem contribuir para a melhoria e aperfeiçoamento da prática profissional em saúde. Os membros da equipe multidisciplinar devem aprofundar seus conhecimentos, trocar experiências e buscar constante qualificação nos diversos aspectos envolvidos na CB, dando especial atenção ao caráter subjetivo das questões envolvidas nessa temática. É necessário que esses profissionais elaborem um plano organizado e sistemático para subsidiar os pacientes bariátricos no enfrentamento dos problemas acarretados pelo reganho de peso.

8 CONCLUSÕES

8 CONCLUSÕES

O presente estudo teve como objetivo compreender a experiência de pessoas com reganho de peso após a CB. A abordagem da fenomenologia social de Alfred Schütz permitiu a compreensão do típico da ação de pacientes bariátricos frente à recuperação do peso, no seguimento tardio da cirurgia, trazendo elementos importantes para a reflexão acerca das dificuldades relacionadas à recidiva de peso.

Os resultados indicam que a vivência dessas pessoas em relação ao reganho de peso é atribuída à instabilidade emocional, o que as leva a ingerir mais alimentos calóricos, e, em alguns casos, ao consumo excessivo de álcool. Elas demonstram decepção pelo aumento de peso e expressam a expectativa de voltar a perder peso. Afirmam que o estresse, a ansiedade e a depressão contribuem para o aumento ponderal e referem o medo de perder o controle. Relatam a necessidade de suporte profissional e desejam realizar nova intervenção bariátrica e cirurgia plástica com vistas a impactar positivamente sua qualidade de vida.

Esta investigação sinaliza o quanto o fenômeno reganho de peso é complexo e pouco compreendido em seus aspectos biopsicoemocionais. Ela avança ao ressaltar a importância da escuta qualificada, que leva em conta a relação que cada paciente estabelece com a obesidade, com o alimento e com a CB, acolhendo as questões subjetivas vividas por aqueles que foram submetidos ao procedimento bariátrico e estão passando pela situação de reganho de peso.

Acredita-se que a discussão proporcionada por esta investigação reforce a necessidade de as equipes multiprofissionais de saúde investirem nos encontros com o paciente bariátrico, pautados na relação intersubjetiva que respeite e considere o outro, compartilhando decisões e promovendo autonomia do paciente com vistas a manutenção do peso. Destacam-se também aspectos relevantes da ação dessas pessoas que podem subsidiar a melhoria das práticas profissionais, o incremento do ensino e do conhecimento em saúde, sobretudo na área de CB e reganho de peso.

Salienta-se a necessidade de novas pesquisas qualitativas que abordem outros aspectos do reganho de peso após a CB, em ambientes diferenciados, no seguimento tardio da cirurgia e que estimulem a interlocução entre os profissionais de saúde das

diversas áreas. Investigações adicionais podem sinalizar quais são as melhores estratégias de intervenção para ajudar pacientes que sofrem problemas no pós-operatório, visando a melhorias em longo prazo na sua saúde física e mental.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Al-Bader I, Khoursheed M, Al Sharaf K, Mouzannar DA, Ashraf A, Fingerhut A. Revisional Laparoscopic Gastric Pouch Resizing for Inadequate Weight Loss After Roux-en-Y Gastric Bypass. *OBES SURG*. 2015. 25(7):1103-8. DOI: 10.1007/s11695-015-1579-9.

Amorim ABM, Landim ACC, Vieira AB, Pessoa VDM, Sousa MNA. Impactos da cirurgia bariátrica na qualidade de vida do paciente operado. *Revista COOPEX*. 2016;7(7).

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica - ABESO. Mapa da obesidade [atualizado 2017; citado 2017 jun. 20] - Disponível em: <http://www.abeso.org.br/coluna/cirurgia-bariatrica/reganho-de-peso-apos-cirurgia-bariatrica-o-que-fazer->.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica - ABESO. Reganho de peso após cirurgia bariátrica, o que fazer? [atualizado 2016; citado 2016 jun. 20] - Disponível em: <http://www.abeso.org.br/coluna/cirurgia-bariatrica/reganho-de-peso-apos-cirurgia-bariatrica-o-que-fazer->.

Bardal AG, Ceccatto V, Mezzomo TR. Risk factors for weight regain in the late postoperative of bariatric surgery. *Sci Med*. 2016;26(4):ID24224. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2016.4.24224>

Bastos ECL, Gusmão Barbosa EMWG, Soriano GMS, Santos EA, Vasconcelos SML. Determinants of weight regain after bariatric surgery. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2013;26(1)26-32.

Berti LV, Campos J, Ramos A, Rossi M, Szego T, Cohen R. Position of the SBCBM - Nomenclature and definition of outcomes of bariatric and metabolic surgery. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2015;28(1):2.

Birck MD. “Comer para preencher”: uma compreensão psicológica do reganho de peso após a cirurgia bariátrica. [tese]. Brasília: Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília; 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília. 13 jun. 2013; Seção 1:59.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

- Brethauer AS, Kothari S, Sudan R, Williams B, English WJ, Brengman M, et al. Systematic Review on Reoperative Bariatric Surgery. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Revision Task Force. *Surg Obes Relat Dis*. 2014;10(5):952-72. DOI: 10.1016/j.soard.2014.02.014. Epub 2014 Feb 22
- Buchwald H. Revisional Metabolic/Bariatric Surgery: a Moral Obligation. *Obes Surg*. 2015; 25(3):547-9. DOI: 10.1007/s11695-014-1458-9
- Cambi MPC, Marchesini SD, Baretta GAP. Reganho de peso após CB: avaliação do perfil nutricional dos pacientes candidatos ao procedimento de plasma endoscópico de argônio. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2015;28(1):40-43.
- Carvalho Jr. A, Turato ER, Chaim EA, Magdaleno Jr. R. Weight regain among women after metabolic and bariatric surgery: a qualitative study in Brazil. *Trends Psychiatry Psychoter*. 2014;36(3):140-6.
- Castro TG, Pinhatti MM, Rodrigues RM. Avaliação de imagem corporal em obesos no contexto cirúrgico de redução de peso: revisão sistemática. *Temas psicol*. 2017;25(1): 53-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-04Pt>.
- Chaim EA, Pareja JC, Gestic MA, Utrini MP, Cazzo E. Preoperative multidisciplinary program for bariatric surgery: a proposal for the Brazilian Public Health System. *Arq Gastroenterol*. 2017;54(1):70-4. DOI: dx.doi.org/10.1590/S0004-2803.2017v54n1-14
- Colquitt JL, Picot J, Loveman E, Clegg AJ. Surgery for obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009; 15(2): CD003641. DOI: 10.1002/14651858.CD003641.pub3.
- Conceição E, Mitchell JE, Vaz AR, Bastos AP, Ramalho S, Silva C, et al. The presence of maladaptive eating behaviors after bariatric surgery in a cross sectional study: Importance of picking or nibbling on weight regain. *Eating Behaviors*. 2014;15(4):558-62.
- Contreras-de-la-Fuente HS, Castillo-Arco LC. Fenomenología: una visión investigativa para enfermería. *Cultura de los Cuidados*. 2016;44:15-24.
- Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Mlake-Lye I, Beroes JM, et al. Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery. A Meta-analysis. *JAMA*. 2016;315(2):150-163. DOI:10.1001/jama.2015.18118.
- Duarte-Guerra LS, Coêlho BM, Santo MA, Lotufo-Neto F, Wang YP. Morbidity persistence and comorbidity of mood, anxiety, and eating disorders among preoperative bariatric patients. *Psychiatry Research*. 2017;257:1-6.
- Duarte-Guerra LS, Coêlho BM, Santo MA, Wang YP. Psychiatric Disorders Among Obese Patients Seeking Bariatric Surgery: Results of Structured Clinical Interviews. *Obes Surg*. 2015;25(5):830-7. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11695-014-1464-y>.
- Endevelt R, Ben-Assuli O, Klain E, Zelber-Sagi S. The role of dietician follow-up in the success of bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2013;9(6):963-8. DOI: 10.1016/j.soard.2013.01.006. Epub 2013 Jan 23.

- Geraci AA, Brunt A, Marihart C. The Work behind Weight-Loss Surgery: A Qualitative Analysis of Food Intake after the First Two Years Post-Op . ISRN Obesity. 2014;1-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/427062>.
- Gregório VD, Lucchese R, Vera I, Silva GC, Silva A, Moraes RC. O padrão de consumo de álcool é alterado após a cirurgia bariátrica? Uma revisão integrativa. Arq Bras Cir Dig. 2016;29(1):111-5. DOI: /10.1590/0102-6720201600S10027.
- Guerrero-Castañeda RF, Menezes TMO, Ojeda-Vargasa MG. Características de la entrevista fenomenológica en investigación en enfermeira. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(2):e67458. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.67458>.
- Guimarães AC. Uma aproximação aos conceitos básicos da fenomenologia Fenomenologia e Psicol.2013;1(1):36-46.
- Hachem A, Brennan L. Quality of Life Outcomes of Bariatric Surgery: A Systematic Review. Obes Surg. 2016;26(2):395-409. DOI: 10.1007/s11695-015-1940-z.
- Hamdi A, Julien , Brown P, Woods I, Hamdi A, Ortega G, et al. Midterm Outcomes of Revisional Surgery for Gastric Pouch and Gastrojejunal Anastomotic Enlargement in Patients with Weight Regain After Gastric Bypass for Morbid Obesity. Obes Surg. 2014; 24(8):1386-90. DOI: 10.1007/s11695-014-1216-z.
- Heinberg LJ, Ashton K, Coughlin J. Alcohol and bariatric surgery: review and suggested recommendations for assessment and management. Surgery for obesity surgery and related diseases. 2012;8(3):357-63.
- Himes SM, Grothe KB, Clark MM, Swain JM, Collazo-Clavell ML, Sarr MG. Stop regain: a pilot psychological intervention for bariatric patients experiencing weight regain Obes Surg. 2015;25(5):922-7. DOI: 10.1007/s11695-015-1926-x.
- Jesus AD, Barbosa KBF, Souza MFC, Conceição AMS. Comportamento alimentar de pacientes de pré e pós-cirurgia bariátrica. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. 2017;11(63):187-96.
- Jesus MCP, Capalbo C, Merighi MAB, Oliveira DM, Tocantins FR, Rodrigues B. MRD, et al. The social phenomenology of Alfred Schütz and its contribution for the nursing. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(3):736-44.
- Jirapinyo P, Abu Dayyeh BK, Thompson CC. Weight regain after Roux-en-Y gastric bypass has a large negative impact on the Bariatric Quality of Life Index. BMJ Open Gastro 2017;4(1):e000153. DOI:10.1136/bmjgast-2017-000153.
- Jumbe S, Bartlett C, Jumbe SL, Meyrick J. The effectiveness of bariatric surgery on long term psychosocial quality of life - A systematic review. Obes Res Clin Pract. 2016;10(3):225-42. DOI: 10.1016/j.orcp.2015.11.009. Epub 2016.
- Jumbe S, Hamlet C, Meyrick J. Psychological Aspects of Bariatric Surgery as a Treatment for Obesity. Curr Obes Rep. 2017;6(1):71-8. DOI: 10.1007/s13679-017-0242-2

- Justino Y, Barbosa APS, Pimentel F. Avaliação psicológica para submissão ao procedimento bariátrico sob um enfoque analítico comportamental. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2017;18(2):335-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180205>.
- Kalarchian MA, Marcus MD. Psychosocial Interventions Pre and Post Bariatric Surgery. *Eur Eat Disord Rev*. 2015;23(6):457-62. DOI: 10.1002/erv.2392. Epub 2015.
- Karmali S, Brar B, Shi X, Sharma AM, de Gara C, Birch DW. Weight recidivism post-bariatric surgery: a systematic review. *Obes Surg*. 2013;23(11):1922-33.
- Kim J, Eisenberg D, Azagury D, Rogers A, Campos GM. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery position statement on long-term survival benefit after metabolic and bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2016, 12(3):453-9. DOI: 10.1016/j.soard.2015.11.021. Epub 2015 Nov 27.
- Kinalski DDF, Paula CC, Padoin SMM, Neves ET, Kleinubing RE, Cortes LF. Focus group on qualitative research: experience report. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(2):424-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091>.
- King WC, Chen JY, Courcoulas AP, Dakin GF, Engel SG, Flum DR, et al. Alcohol and other substance use after bariatric surgery: prospective evidence from a U.S. multicenter cohort study. *Surg Obes Relat Dis*. 2017;13(8):1392-1402. DOI: 10.1016/j.soard.2017.03.021.
- King WC, Chen JY, Mitchel JE, Kalarchian MA, Steffen KJ, Engel SG, et al. Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *JAMA*. 2012;307(23):2516-25. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2012.6147>.
- Konttinen H, Peltonen M, Sjöström L, Carlsson L, Karlsson J. Psychological aspects of eating behavior as predictors of 10-y weight changes after surgical and conventional treatment of severe obesity: results from the Swedish Obese Subjects intervention study. *Am J Clin Nutr*. 2015;101(1):16-24.
- Kubik JF, Gill RS, Laffin M, Karmali S. The impact of bariatric surgery on psychological health. *J Obes*. 2013;(1):1-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/837989>.
- Livhits M, Mercado C, Yermilov I, Parikh JA, Dutson E, Mehran A, et al. Preoperative predictors of weight loss following bariatric surgery: systematic review. *Obes Surg*. 2012;22(1):70-89. DOI: 10.1007/s11695-011-0472-4.
- Magdaleno Jr. R, Chaim EA, Pareja, Turato ER. The Psychology of Bariatric Patient: What Replaces Obesity? A Qualitative Research with Brazilian Women. *Obes Surg*. 2011;21:336-9. DOI: 10.1007/s11695-009-9824-8.
- Magdaleno Jr. R, Chaim EA, Turato ER. Understanding the Life Experiences of Brazilian Women after Bariatric Surgery: a Qualitative Study. *Obes Surg*. 2010;20(8):1086-9.

- Maleckas A, Gudaitytė R, Petereit R, Venclauskas L, Veličkienė D. Weight regain after gastric bypass: etiology and treatment options. *Gland Surg.* 2016;5(6):617-624. DOI: 10.21037/gs.2016.12.02.
- Mann, JP, Jakes AD, Hayden JD, Barth JH. Systematic Review of Definitions of Failure in Revisional Bariatric Surgery. *Obes Surg.* 2015;25(3):571-4. DOI: 10.1007/s11695-014-1541-2.
- Marcelino LF, Patricio ZM. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Ciência&Saúde Coletiva.* 2011; 16(12):4767-76.
- Marchesini S, Antunes MC. A percepção do corpo em pacientes bariátricos e a experiência do medo do reganho do peso. *Interação em Psicologia.* 2017; 21(2):127-36.
- Marino JM, Ertelt TW, Lancaster K, Steffen K, Peterson L, da Zwaan M, et al. The Emergence of Eating Pathology after Bariatric Surgery: A Rare Outcome with Important Clinical Implications. *Int J Eat Disord.* 2012; 45:2 179-184.
- Meany G, Conceição E, Mitchell JE. Binge eating, Binge eating Disorder and Loss of Control Eating: Effects on weight outcomes after bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev.* 2014;22(2):87-91.
- Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Garvey WT, Hurley DL, McMahon M, et al. Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient-2013 Update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Obesity (Silver Spring)* 2013;21(1):S1-27.
- Menegotto ALS, Cruz MRR, Soares FL, Nunes MGJ, Branco-Filho AJ. Avaliação da frequência em consultas nutricionais dos pacientes após cirurgia bariátrica. *ABCD Arq Bras Cirg Dig.* 2013;26(2):117-9.
- Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa.* 2017;5(7):1-12.
- Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cien Saude Colet.* 2012;17(3):621-6.
- Minayo MCS. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva.* 2010;6(3):251-261.
- Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
- Mombach KD, de Souza Brito CL, Padoin AV, Casagrande DS, Mottin CC. Emotional and Affective Temperaments in Smoking Candidates for Bariatric Surgery. *PLoS One.* 2016;11(3):e0150722. DOI: 10.1371/journal.pone.0150722. eCollection 2016.
- Moncada R, Landecho MF, Valentí V, Frühbeck G. Surgical treatment of obesity: pros and cons. *An Real Acad Farm.* 2016;82(Special):225-33.

Moraes JM, Caregnato RCA, Schneider DS. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. *Acta Paul Enferm.* 2014;27(2):157-64.

Mota DCL, Costa TMB, Almeida SS Imagem corporal, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Revista Psicologia: Teoria e Prática.* 2014;16(3):100-113. DOI: <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n3p100-113>.

Nascimento CAD, Bezerra SMMS, Angelim EMS. Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia.* 2013;18(2):193-201.

Natvik E, Gjengedal E, Moltu C, Råheim, M. Translating weight loss into agency: Men's experiences 5 years after bariatric surgery. *Int J Qualitative Stud Health Well-being.* 2015;10:27729.

Natvik E, Gjengedal E, Raheim M. Totally changed, yet still the same: patients' lived experiences 5 years beyond bariatric surgery. *Qual Health Res.* 2013;23(9):1202-14. DOI: 10.1177/1049732313501888. Epub 2013 Aug 6.

Nedelcu M, Khwaja HA, Rogula TG. Weight regain after bariatric surgery-how should it be defined? *Surg Obes Relat Dis.* 2016;12(5):1129-30. DOI: 10.1016/j.soard.2016.04.028. Epub 2016 Apr 29.

Nguyen D, Dip F, Huaco JA, Moon R, Ahmad H, LoMenzo E, et al. Outcomes of revisional treatment modalities in non-complicated Roux-En-Y gastric bypass patients with weight regain. *Obes Surg.* 2015; ;25(5):928-34. DOI: 10.1007/s11695-015-1615-9.

Novelle JM, Alvarenga, MS. Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa. *J Bras Psiquiatr.* 2016;65(3):262-85.

Odom J, Zalesin KC, Washington TL, Miller WW, Hakmeh B, Zaremba DL, et al. Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. *Obes Surg.* 2010;20(3):349-56. DOI: 10.1007/s11695-009-9895-6.

Ogden J, Hollywood A, Pring C. The impact of psychological support on weight loss post weight loss surgery:a radomised control trial. *Obes Surg.* 2015;25:500-5.

Okifuji A, Bradford DH. The association between chronic pain and obesity a. *J Pain Res.* 2015; 8:399-408. DOI: 10.2147/JPR.S55598.

Oliveira DM, Merighi MAB, Jesus MCP. The decision of an obese woman to have bariatric surgery: the social phenomenology. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(6):970-6.

Oliveira DM, Merighi MAB, Kortchmar E, Braga VA, Silva MH, Jesus MCP. Vivência de mulheres no pós-operatório da cirurgia bariátrica: estudo fenomenológico. *Online Brazilian Journal of Nursing.* 2016;15(1):1-10.

Oliveira LSF. Repercussões da cirurgia bariátrica na qualidade de vida de pacientes com obesidade mórbida. [dissertação] Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/3083>.

- Opolski M, Chur-Hansen A, Wittert G. The eating-related behaviours, disorders and expectations of candidates for bariatric surgery. *Clinical Obesity*. 2015;5(4):165-197. DOI: 10.1111/cob.12104.
- Ostlund MP, Backman O, Marsk R, Stockeld D, Lagergren J, Rasmussen F, Näslund E. Increased Admission for Alcohol Dependence After Gastric Bypass Surgery Compared With Restrictive Bariatric Surgery. *JAMA Surg*. 2013;148(4):374–7. DOI:10.1001/jamasurg.2013.700.
- Pajecki D, Halpern A, Cercato C, Mancini M, Cleva R, Santos MA. Tratamento de curto prazo com liraglutide no ganho de peso após cirurgia bariátrica. *Rev Col Bras Cir*. 2012; 40(3):191-5.
- Pinto-Bastos, Conceição EM, Machado PPP. Reoperative Bariatric Surgery: a Systematic Review of the Reasons for Surgery, Medical and Weight Loss Outcomes, Relevant Behavioral Factors. *Obes Surg*. 2017;27(10):2707-2715. DOI: 10.1007/s11695-017-2855-7.
- Puzziferri N, Roshek III TB, Mayo HG, Gallagher R, Belle SH, Livingston EH. Long-term follow-up after bariatric surgery: a systematic review. *JAMA*. 2014;312(9):934-42.
- Queiroz ACM, Santos NO, Silva MM, Laham C, Garrido Jr. A, Lucia MCS. Crenças alimentares em indivíduos que se submeteram à cirurgia bariátrica. *Psicologia Hospitalar*. 2011;9(2):75-95.
- Ribeiro J, Neri de Souza D, Costa AP. Investigação qualitativa na área da saúde: por quê?. *Cien Saude Colet*. 2016;21(8): 2324. DOI: 10.1590/1413-81232015218.15612016.
- Sandberg RM, Dahl JK, Vedul-Kjelsås E, Engum B, Kulseng B, Mårvik R, et al. Health-Related Quality of Life in Obese Presurgery Patients with and without Binge Eating Disorder, and Subdiagnostic Binge Eating Disorders. *Journal of Obesity*. 2013; ID 878310, 1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/878310>.
- Santos JG , Cruz MS. Alcoolismo após cirurgia bariátrica: relato de caso. *J Bras Psiquiatr*. 2016;65(4):340-3.
- Saúde Metabólica. Presidente da SBCBM, Caetano Marchesini, sobre o 18 Congresso SBCBM 2017. Youtube, 09 out. 2017. [13:59min.]. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=Ayccz_Y3vW8>. Acesso em: 17 out. 17.
- Scabim VM, Eluf-Neto J, Tess BH. Adesão ao seguimento nutricional ambulatorial pós-CB e fatores associados. *Rev Nutr*. 2012; 25(4):497-506.
- Schütz A. El problema de la realidad social: escritos I. 3 ed. Buenos Aires: Amorrotu; 2015.
- Schütz A. Sobre fenomenologia e relações sociais: Alfred Schütz. Org. Wagner HTR. Petrópolis: Vozes; 2012.

Shimizu H, Annaberderdy S, Motamarry I, Kroh M, Schauer PR, Brethauer SA. Revisional bariatric surgery for unsuccessful weight loss and complications. *Obes Surg*. 2013;23(11):1766-73. DOI: 10.1007/s11695-013-1012-1.

Silva FBL, Gomes DL, Carvalho KMB. Poor diet quality and postoperative time are independent risk factors for weight regain after Roux-en-Y gastric bypass. *Nutrition*. 2016;32(11-12):1250-3. doi: 10.1016/j.nut.2016.01.018.

Silva FBL. Fatores associados ao reganho de peso após 24 meses de gastroplastia redutora em Y-de-Roux. [dissertação] Brasília: Universidade de Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.repositorio.unb.br/handle/10482/11644>.

Silva SSP, Costa Maia A. Obesity and treatment meanings in bariatric surgery candidates: a qualitative study. *Obes Surg*. 2012;22(11):1714-22. DOI: 10.1007/s11695-012-0716-y.

Sjöström L. Bariatric surgery and reduction in morbidity and mortality: experiences from the SOS study. *Int J Obes*. 2008;32(7):S93-7. DOI: 10.1038/ijo.2008.244.

Sjöström L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial – a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *J Intern Med*. 2013;273(3):219-34. DOI: 10.1111/joim.12012.

Sociedade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. História da Cirurgia Bariátrica no Brasil. [Internet]. 2017 [citado 2017 dez.09]. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/historia-da-cirurgia-bariatrica-no-brasil/>

Sokolowski R. Introdução à fenomenologia. Trad. Alfredo de Oliveira Moraes. São Paulo: Edições Loyola; 2014.

Stoklossa CJ, Atwal S. Nutrition care for patients with weight regain after bariatric surgery. *Gastroenterol Res Pract*. 2013; 1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/256145>.

Svensson PA, Anveden A, Romeo S, Peltonen M, Ahlin S, Burza MA, et al. Alcohol consumption and alcohol problems after bariatric surgery in the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *Obesity (Silver Spring)*. 2013; 21(12):2444-51. DOI: 10.1002/oby.20397. Epub 2013 May 3.

Venzon CN, Alchieri JC. Indicadores de compulsão alimentar e em pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Psico*. 2014;45(2):239-49.

Wood KV, Ogden J. Explaining the role binge eating behavior in weight loss post bariatric surgery. *Appetite*. 2012;59(1):177-80. DOI: 10.1016/j.appet.2012.04.019. Epub 2012 May 1.

World Health Organization (WHO). Controlling the global obesity epidemic. [Internet] 2017a [cited 2017 oct]. Available from: <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/>.

World Health Organization (WHO). Obesity and overweight. [Internet] 2017b [cited 2017 oct]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Estela Kortchmar, psicóloga, convido você para participar de pesquisa “Experiência de reganho de peso após a cirurgia bariátrica” que será desenvolvida sob a orientação da Professora Miriam Aparecida Barbosa Merighi da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. O estudo tem como objetivo compreender o reganho de peso em pessoas adultas que se submeteram à cirurgia bariátrica. O reganho de peso é verificado quando uma pessoa que se submeteu à cirurgia bariátrica e perdeu peso, volta a ganhar peso novamente.

Esta pesquisa possibilitará aos profissionais de saúde compreender as necessidades de cuidado requerido nesse momento de sua vida. Poderá ainda, propiciar a você a oportunidade de reflexão sobre as experiências vividas e a elaboração de ações a serem tomadas frente ao reganho de peso.

Sua participação é voluntária e, caso concorde em participar do estudo, farei uma entrevista a ser realizada em local de sua escolha com duração de cerca de 60 minutos e que será gravada em áudio para posterior transcrição e análise dos dados. O material gravado será arquivado por mim e os depoimentos serão utilizados apenas para fins científicos.

Assumo o compromisso de manter sigilo quanto à sua identidade durante o estudo e na divulgação dos resultados da pesquisa. As informações coletadas serão identificadas com um código fictício.

Você não terá nenhum gasto e nem receberá qualquer valor pela sua participação nesta pesquisa, mas se você tiver alguma despesa com transporte para chegar até o local da entrevista, o valor gasto será ressarcido. Haverá indenização para eventuais danos decorrentes da pesquisa comprovada legalmente.

A qualquer momento, você poderá pedir informações sobre o andamento da pesquisa, bem como interromper a sua participação no estudo, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo. No caso de apresentar algum constrangimento ou desconforto emocional durante a entrevista, estarei pronta a ouvi-lo e, se necessário e for do seu desejo, auxiliá-lo a buscar suporte psicológico no Serviço em que está inserido. Você poderá também fazer uma pausa ou se recusar a continuar a entrevista.

O presente termo será rubricado e assinado em duas vias. Uma ficará com você, e a outra ficará arquivada comigo. Se precisar de outras informações e esclarecimentos, entre em contato comigo pelo e-mail xxxx@usp.br. Para considerações ou esclarecimentos sobre aspectos éticos desta pesquisa poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo situado na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo – SP, cujo telefone é (11) 3061-8858, e-mail: cepee@usp.br e Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital da Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo situada na Rua Doutor Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar, prédio da Administração - 05403-010 – São Paulo – SP, cujo telefone é (11) 2661-7585 e email: cappesq@hc.fm.usp.br .

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Dados de Identificação do participante da pesquisa:

Nome: _____

Documento de Identidade nº: _____ Sexo: M ____ F ____

Data de nascimento: ____/____/____ Telefone: _____

Endereço: _____

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar voluntariamente do presente Projeto de Pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de ____.

Assinatura do participante da pesquisa

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação neste estudo.

São Paulo, ____ de _____ de ____.

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Primeiro momento: Caracterização dos participantes

Nome:

Código de Identificação:

Idade:

Escolaridade em anos:

Profissão:

Ocupação:

Renda média mensal:

Situação conjugal:

Filhos: sim () Não () Quantos? ____

Qual a motivação para a cirurgia:

Ano em que se submeteu à Cirurgia Bariátrica (CB):

Onde realizou a CB:

Peso antes da CB:

Peso perdido após a CB:

Peso atual:

Comorbidades antes da cirurgia e medicações:

Situação das comorbidades após a cirurgia e medicações:

Fez alguma outra cirurgia relacionada à CB?

Faz ou fez algum tipo de acompanhamento após a CB? (nutricionista, psicólogo, cirurgião, outros)

Segundo momento: Questões da entrevista

- Como é para você se perceber ganhando peso novamente?
- O que você acredita que esteja favorecendo você ganhar peso?
- Como você lida com o reganho de peso?
- Como você se vê daqui a alguns anos em relação ao seu peso corporal?

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1 - DECLARAÇÃO

DECLARAÇÃO

Eu, Marco Aurélio Santo, Diretor da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, autorizo a realização da coleta de dados da pesquisa intitulada "Experiência de reganho de peso após a cirurgia bariátrica" a ser conduzida pela aluna de Doutorado da EEUSP, Estela Kortchmar, n. USP 6749080, sob a orientação da Profa. Dra. Miriam Aparecida Barbosa Merighi e declaro que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da EEUSP para a referida pesquisa.

São Paulo, 11 de abril de 2016.

Prof. Dr. Marco Aurélio Santo
Diretor da Unidade de Cirurgia
Bariátrica e Metabólica
CRM: 52.911

Marco Aurélio Santo

Diretor da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do HCFMUSP

ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HC-FMUSP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DA
USP - HCFMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A experiência de reganho de peso após a cirurgia bariátrica: um enfoque da fenomenologia social

Pesquisador: estela kortchmar

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55667516.9.3001.0068

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.595.409

Apresentação do Projeto:

Os resultados da cirurgia bariátrica para o tratamento da obesidade nem sempre são satisfatórios ou duradouros: alguns pacientes não apresentam perdas de peso significativas ou têm reganho de peso decorrido algum tempo da cirurgia. Trata-se de estudo fenomenológico que objetiva compreender a experiência de reganho de peso após a cirurgia bariátrica. A coleta de dados, por meio de entrevistas fenomenológicas, será realizada na Unidade de Cirurgia Bariátrica do HCFMUSP, que autorizou o estudo. O projeto já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, que é a proponente. O estudo é relevante, dada a incidência crescente da obesidade mórbida e da procura cada vez maior da cirurgia bariátrica pelos afetados por este agravo. Também é atual, pois iniciam-se os estudos e publicações sobre o reganho de peso e o significado desta experiência, nacional e internacionalmente.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a experiência de reganho de peso após a Cirurgia Bariátrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: ampliação do debate sobre as dificuldades enfrentadas pelos pacientes no período pós-operatório, contribuindo para formulação de estratégias de acompanhamento, cuidado e

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DA
USP - HCFMUSP

Continuação do Parecer: 1.595.409

assistência das pessoas submetidas à cirurgia bariátrica. Riscos: constrangimento ou desconforto emocional durante as entrevistas. Nestes casos, se for preciso suporte psicológico, este poderá ser feito, no momento, pela pesquisadora que é psicóloga clínica e hospitalar e, se necessário e o participante desejar, poderá ser encaminhado para o serviço de psicologia da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do HC-FMUSP, onde já é acompanhado. O participante poderá também se recusar a continuar a entrevista ou fazer uma pausa. Assim, há medidas previstas para dar conta dos riscos prováveis.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, atual e que preenche lacuna do conhecimento, uma vez que o procedimento ainda pode ser considerado uma prática recente na assistência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Há aprovação do CEP da instituição proponente. Há anuência do serviço do HC-FMUSP para a realização do estudo. O TCLE está de acordo com as exigências da Resolução 466/12.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_691532.pdf	02/05/2016 11:54:38		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_691532.pdf	02/05/2016 10:57:42		Aceito

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DA
USP - HCFMUSP

Continuação do Parecer: 1.595.409

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.doc	02/05/2016 10:52:51	estela kortchmar	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	02/05/2016 10:52:32	estela kortchmar	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_691532.pdf	01/05/2016 21:50:30		Aceito
Orçamento	orcamento.docx	30/04/2016 20:11:28	estela kortchmar	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	30/04/2016 20:10:01	estela kortchmar	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_HCFMUSP.pdf	30/04/2016 20:09:38	estela kortchmar	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	30/04/2016 20:01:24	estela kortchmar	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 17 de Junho de 2016

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador)

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

ANEXO 3 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DA EEUSP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A experiência de reganho de peso após a cirurgia bariátrica: um enfoque da fenomenologia social

Pesquisador: estela kortchmar

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55667516.9.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.553.416

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utiliza como referencial teórico-metodológico a abordagem da Fenomenologia Social de Alfred Schütz, a ser conduzida com pessoas adultas que apresentam reganho de peso após a cirurgia bariátrica.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a experiência de reganho de peso após a Cirurgia Bariátrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Para a pesquisadora, a participação no estudo pode envolver riscos mínimos, por exemplo, algum constrangimento ou desconforto emocional que necessite de suporte psicológico. Neste caso, a pesquisadora que é psicóloga clínica e hospitalar oferecerá escuta e acolhimento e, se necessário e se o participante desejar, será encaminhado para o serviço de psicologia da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do HCFMUSP. O participante poderá

também se recusar a continuar a entrevista ou fazer uma pausa. Assim descreve a pesquisadora.

Benefícios:

Espera-se que este estudo revele a visão do paciente sobre o reganho de peso após a cirurgia bariátrica (CB), possibilite às equipes multidisciplinares a ampliação do debate sobre as

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.553.416

dificuldades que ocorrem no período pós-operatório e a necessidade de repensar o cuidado e prover melhor suporte aos pacientes a fim de contribuir para a manutenção dos resultados alcançados com a CB no longo prazo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos exigidos para a análise do projeto foram devidamente apresentados.

Recomendações:

Não há,

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há Pendências ou Inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_691532.pdf	02/05/2016 11:54:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.doc	02/05/2016 10:52:51	estela kortchmar	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	02/05/2016 10:52:32	estela kortchmar	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	30/04/2016 20:11:28	estela kortchmar	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	30/04/2016 20:10:01	estela kortchmar	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_HCFMUSP.pdf	30/04/2016 20:09:38	estela kortchmar	Aceito

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.553.416

Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	30/04/2016 20:01:24	estela kortchmar	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 18 de Maio de 2016

Assinado por:

Lisabelle Mariano Rossato
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br