

JOGILMIRA MACÊDO SILVA MENDES

**Aspectos psicológicos associados a reganho e excesso de peso
em pessoas submetidas a cirurgia bariátrica**

SÃO PAULO

2023

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
DINTER- UFCG/USP

JOGILMIRA MACÊDO SILVA MENDES

Versão Corrigida

**Aspectos psicológicos associados a ganho e excesso de peso
em pessoas submetidas a cirurgia bariátrica**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica PPGPC-DINTER da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Francisco Lotufo Neto

SÃO PAULO

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

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

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Mendes, Jógilmira Macedo Silva Mendes
Aspectos psicológicos associados a ganho e excesso de peso tardios em pessoas submetidas a cirurgia bariátrica / Jógilmira Macedo Silva Mendes Mendes; orientador Francisco Lotufo Neto Neto. -- São Paulo, 2023.
110 f.
Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2023.
1. Obesidade. 2. Cirurgia bariátrica. 3. Excesso de peso. 4. Ganho de peso.
5. Transtorno psicológico. I. Neto, Francisco Lotufo Neto, orient. II. Título.

FOLHA DE AVALIAÇÃO

MENDES, Jogilmira Macêdo Silva. **ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS A REGANHO E EXCESSO DE PESO EM PESSOAS SUBMETIDAS A CIRURGIA BARIÁTRICA.** 2023.107f. Tese (Doutorado em Psicologia clínica) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

Aprovado em:

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a minha mãe **Josefa Macêdo** pelo exemplo de luta e resiliência. Obrigada por ser minha incentivadora em todos os momentos da minha vida.*

AGRADECIMENTOS

A Deus por me permitir honrá-lo através do conhecimento, da ciência e da partilha;

Aos meus pais Gilberto Sinval da Silva (in memória) e Josefa Macêdo Silva, por serem sempre meus maiores incentivadores.

Ao meu esposo Djalma, meu incentivador, aquele que embarca nos meus sonhos e com quem compartilho todos os meus sentimentos;

Ao meu querido pequeno e amado João Vitor, que chegou em nossas vidas para mostrar o verdadeiro sentido do amor;

Ao meu querido orientador, Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto, por ter me aceitado e confiado em meu desempenho. Sempre disponível para esclarecer minhas dúvidas e me auxiliar no que fosse preciso, obrigada por tudo;

As professoras, Dr^a. Leorides Guerra e Dr^a. Fabiana Ferraz, pelas contribuições, pelo apoio e disponibilidade constante;

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

Aos meus queridos irmãos, Rosângela e Emanuel, fonte de motivação e incentivo;

A artista plástica, Beth Marques, pelo brilhante trabalho das figuras pintadas e que emolduram cada capítulo deste estudo, demonstrando com capricho suas obras de artes;

Aos amigos do DINTER, pela partilha de informações e pelo desempenho, amigos que levarei para vida;

A Débora e Ana Beatriz pelas contribuições, durante todo percurso.

*Só eu sei cada passo por mim dado
nessa estrada esburacada que é a vida,
passei coisas que até mesmo Deus duvida,
fiquei triste, capiongo, aperreado,
porém nunca me senti desmotivado,
me agarrava sempre numa mão amiga,
e de forças minha alma era munida
pois do céu a voz de Deus dizia assim:
- Suba o queixo, meta os pés, confie em mim,
vá para a luta que eu cuido das feridas.*

Bráulio Bessa

RESUMO

MENDES, Jogilmira Macêdo Silva. **ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS A REGANHO E EXCESSO DE PESO EM PESSOAS SUBMETIDAS A CIRURGIA BARIÁTRICA**. 2023.110f. Tese (Doutorado em Psicologia clínica) - Universidade de São Paulo - SP, 2023.

O reganho e excesso de peso em indivíduos bariátricos são considerados um grande desafio para os profissionais de saúde envolvidos na assistência. Este estudo objetivou analisar a relação entre os aspectos psicológicos de indivíduos submetidos a cirurgia bariátrica quanto ao reganho e ao excesso de peso. Trata-se de um estudo analítico correlacional de corte transversal, conduzido na abordagem quantitativa, que utilizou uma revisão integrativa, precedido por estudos descritivos. Para o desenvolvimento da revisão integrativa da literatura, foi feito um levantamento dos manuscritos nas seguintes bases de dados: MEDLINE/Pubmed, SCIELO, Index psicologia, CINAHL e EMBASE, abrangendo toda literatura acerca da temática, até julho de 2020. Foram encontrados 2815 manuscritos, após filtragem, selecionou-se 8 artigos. Em seguida, foram elaborados estudos analíticos correlacionais de corte transversal, conduzidos na abordagem quantitativa, desenvolvidos com indivíduos operados pela equipe de cirurgia bariátrica do Centro de Tratamento Médico e Obesidade do Hospital Samaritano. A população do estudo foi composta por 2000 indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. Constituíram a amostra 121 indivíduos selecionados por amostragem aleatória. A coleta de dados foi estruturada de forma online, com inclusão dos instrumentos na plataforma Google Forms e divulgada em plataformas digitais, no período de outubro de 2020 a setembro de 2022. Utilizou-se formulário estruturado para coleta de dados sociodemográficos e clínicos. Para avaliar os transtornos psicológicos, foram utilizadas algumas escalas, como a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - EHAD e a Escala de Audit. Os dados foram processados através do *software* JAMOVI (V2.3), baseado em análise descritiva, incluindo média e desvio padrão para as variáveis quantitativas, e frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas. A distribuição dos dados foi verificada pelo teste Shapiro Wilks e técnicas de exploração visual. Para comparar os desfechos entre os grupos das variáveis qualitativas, foram aplicados os testes não paramétricos U-Mann Whitney para dois grupos e o teste

de Kruskal Wallis para avaliação de três ou mais grupos. Para comparar a amostra, nas diferentes avaliações nos três momentos avaliados, foi utilizado o teste não paramétrico Friedman de medidas repetidas com as devidas comparações múltiplas pelo teste Wilcoxon para amostras dependentes e a correção nos testes *post-hoc* aplicada foi Holms. Para avaliar a relação entre os desfechos e os transtornos psicológicos foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. No estudo, foi considerado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Os resultados apontam a necessidade de acompanhamento multiprofissional, a longo prazo, a fim de controlar os principais fatores determinantes para o ganho de peso. Percebeu-se que a cirurgia bariátrica é bastante eficaz para perda de peso e controle das comorbidades associadas à obesidade, destacando-se a hipertensão, a apneia do sono e a ansiedade. Dentre as comorbidades psiquiátricas, apenas a compulsão alimentar apresentou uma associação com o ganho e excesso de peso. Nesse sentido, enfatiza-se que a cirurgia bariátrica pode promover benefícios físicos e sociais e deve ser aliada ao monitoramento contínuo do acompanhamento multidisciplinar, a longo prazo, focando-se nos aspectos psicológicos da obesidade, que impactarão no sucesso da cirurgia.

Palavras-chave: Obesidade; Cirurgia Bariátrica; Transtornos mentais.

ABSTRACT

MENDES, Jogilmira Macêdo Silva. **ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS A REGANHO E EXCESSO DE PESO EM PESSOAS SUBMETIDAS A CIRURGIA BARIÁTRICA**. 2023.110f. Tese (Doutorado em Psicologia clínica) – universidade de são Paulo - SP, 2023.

Late regain and excess weight in bariatric individuals is considered a major challenge for health professionals involved in care. This study aimed to analyze the relationship between the psychological aspects of bariatric individuals and late regain and excess weight. This is a cross-sectional correlational analytical study, conducted using a quantitative approach, which used an integrative review, preceded by descriptive studies. For the development of the integrative literature review, a survey of the manuscripts was carried out in the following databases: MEDLINE/Pubmed, SCIELO, Index Psicologia, CINAHL and EMBASE covering all literature on the subject until July 2020, 2815 manuscripts were found, after filtering, 8 articles were selected. Then, cross-sectional correlational analytical studies were carried out, conducted using a quantitative approach, developed with individuals operated on by the bariatric surgery team at the Center for Medical Treatment and Obesity at Hospital Samaritano. The study population consisted of 2000 individuals undergoing bariatric surgery. The sample consisted of 121 individuals selected by random sampling. Data collection was structured online, including instruments on the Google Forms platform and disseminated on digital platforms, from October 2020 to September 2022. A structured form was used to collect sociodemographic and clinical data. To assess psychological disorders, some scales were used, such as the Periodic Eating Compulsion Scale (ECAP), the Hospital Anxiety and Depression Scale - EHAD and the Audit Scale. Data were processed using the JAMOVI software (V2.3), based on descriptive analysis including mean and standard deviation for quantitative variables, and absolute and relative frequencies for qualitative variables. Data distribution was verified using the Shapiro Wilks test and visual exploration techniques. To compare the outcomes between the groups of qualitative variables, the non-parametric U-Mann Whitney tests were applied for two groups and the Kruskal Wallis test for the evaluation of three or more groups. To compare the sample in the different evaluations in the three evaluated moments, the non-parametric Friedman test of repeated measures was used with the appropriate multiple comparisons by the Wilcoxon test for dependent samples and the correction in the post-hoc tests applied was Holms. To assess the relationship between outcomes and psychological disorders, Spearman's correlation coefficient was used. In the study, a significance level of 5% was considered ($p < 0.05$). The results point to the need for multidisciplinary long-term monitoring in order to control the main determining factors for weight regain. It is noticed that bariatric surgery is quite effective for weight loss and control of

comorbidities associated with obesity, with emphasis on hypertension, sleep apnea and anxiety. Among the psychiatric comorbidities, only binge eating was associated with regaining weight and being overweight. In this sense, it is emphasized that bariatric surgery can promote physical and social benefits and should be combined with continuous monitoring of long-term multidisciplinary follow-up, focused on the psychological aspects of obesity, which will impact the success of the surgery.

Keywords: Obesity; Bariatric surgery; Mental disorders.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Técnicas cirúrgicas mais utilizadas no âmbito mundial

Figura 2 - Etapas da seleção dos artigos que compuseram a amostra, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2021.

Figura 3 - Instrumentos utilizados no estudo

LISTA DE QUADROS

Quadro 0.1 - Evolução da prevalência de excesso de peso e obesidade (%), segundo sexo, em adultos-VIGITEL-2011-2021.

Quadro 0.2 - Descrição dos objetivos e tipo de estudo

LISTA DE QUADROS ARTIGO 1

Quadro 1.1 - Distribuição dos artigos, segundo autor, ano de publicação e tipo de estudo n=8, 2021

Quadro 1.2 - Distribuição dos artigos, segundo título, objetivos e conclusões n=8, 2021

LISTA DE TABELAS ARTIGO 2

Tabela 2.1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa (n=121). Brasil, 2023.

Tabela 2.2 - Dados antropométricos dos participantes (n=121).

Tabela 2.3 - Comorbidade clínicas e psicológicas mais prevalentes (n=121), Brasil, 2023.

LISTAS DE ABREVIATURAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas e Técnicas

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

OMS - Organização Mundial de Saúde

ABESO - Associação Brasileira para Estudos da Obesidade e da Síndrome Metabólica

BYGR - Bypass Gástrico em Y-Roux

GV - Gastrectomia Vertical

PEP - Perda Excesso de Peso

DNT - Doenças Não Transmissíveis

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

IMC - Índice Massa Corporal

SBEM - Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo

CB - Cirurgia Bariátrica

PPY - Peptídeo -YY

GLP - Peptídeo Glucagon-Símile 1

TCA - Transtorno de Compulsão Alimentar

AACE – *Associação Americana de Endocrinologistas Clínicas*

TOS - *The Obesity Society*

ASNBC- *American Society for Metabolic and Bariatric Surgery*

IBC - *Internation Bariatric Club*

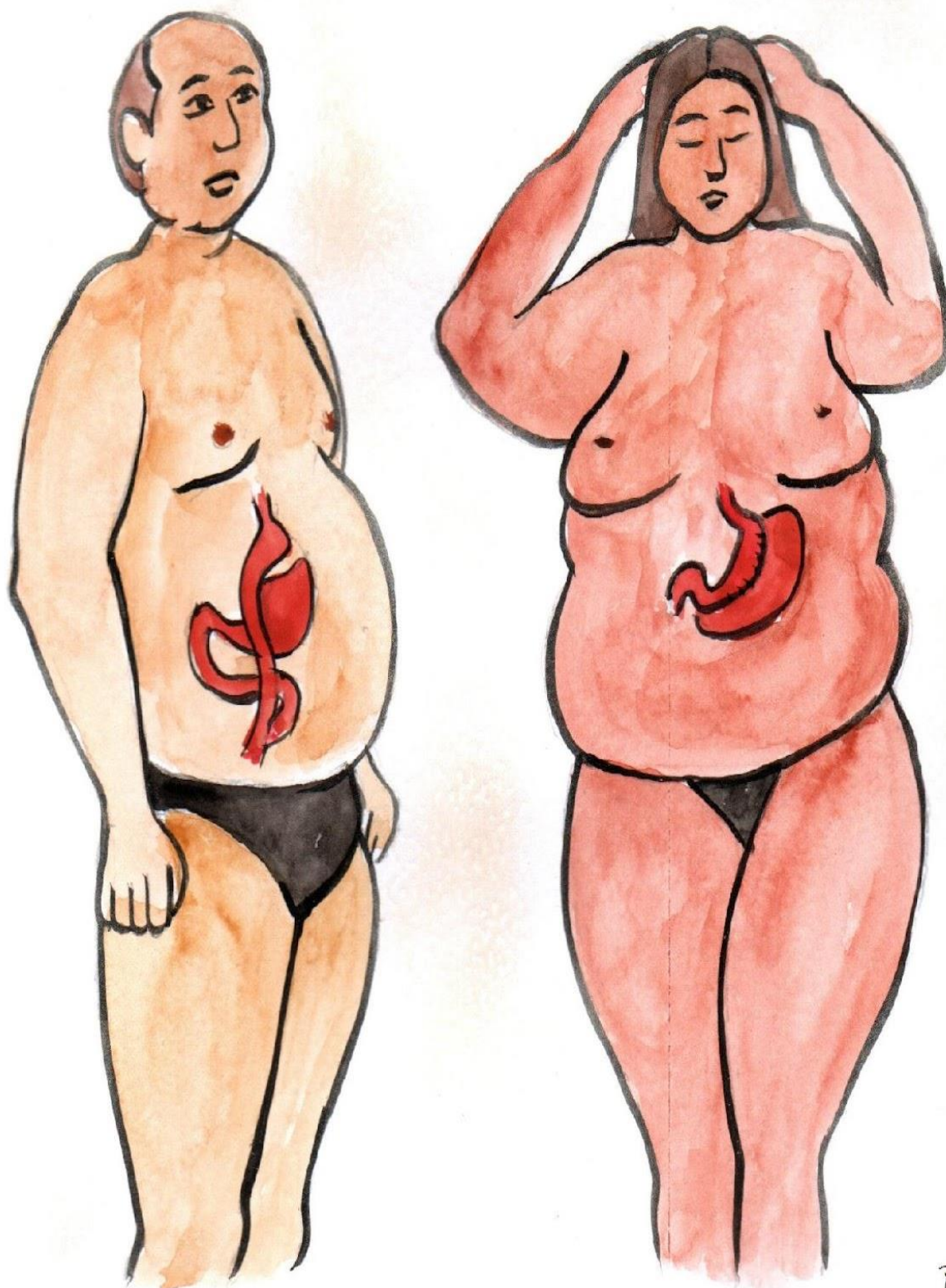
LOC - Loss-of-Control

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
1.1.1	OBESIDADE.....	17
1.1.2	CIRURGIA BARIÁTRICA.....	19
1.1.3	TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS	23
1.1.4	REGANHO DE PESO E EXCESSO DE PESO	25
1.1.5	HIPÓTESES	27
1.2	OBJETIVOS	28
1.2.1	OBJETIVOS GERAIS	29
1.2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
2	MATERIAL E MÉTODOS	30
2.1	TIPO DE ESTUDO	31
2.1.1	Tipo de estudo - Artigo 1	31
2.1.2	Tipo de Estudo - Artigos 2 e 3	32
2.2	CAMPO DE ESTUDO	32
2.2.1	Campo de estudo Artigo 1	32
2.2.2	Campo de estudo Artigos 2 e 3	32
2.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	33
2.3.1	População e amostra Artigo 1	33
2.3.2	População e amostra Artigos 2 e 3.....	34
2.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO e EXCLUSÃO	34
2.4.1	Critério de inclusão e exclusão Artigo 1.....	34
2.4.2	Critério de inclusão e exclusão Artigos 2 e 3.....	35
2.5	COLETA DE DADOS	35
2.5.1	Procedimento e instrumentos - Artigo 1.....	35
2.5.2	Procedimento e instrumentos Artigos 2 e 3	36
2.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	39
2.6.1	Análise dos dados Artigo 1	39
2.6.2	Análise dos dados Artigos 2 e 3	39
2.7	ASPECTOS ÉTICOS	40

2.7.1	Aspectos éticos Artigo 1	40
2.7.2	Aspectos éticos Artigos 2 e 3.....	40
3	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	41
3.1	ARTIGO 1 - PERFIL PSICOPATOLÓGICO DOS INDIVÍDUOS BARIÁTRICOS TARDIO E SUA ASSOCIAÇÃO COM O REGANHO DE PESO.....	43
3.1.1	RESUMO	44
3.1.2	ABSTRACT.....	44
3.1.3	RESUMEN.....	45
3.1.4	INTRODUÇÃO.....	46
3.1.5	METODOLOGIA.....	47
3.1.6	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	48
3.1.7	DISCUSSÃO.....	52
3.1.8	CONCLUSÃO	53
3.1.9	REFERÊNCIAS	54
3.2	ARTIGO 2 - PERFIL CLÍNICO TARDIO DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA	56
3.2.1	RESUMO	56
3.2.2	INTRODUÇÃO.....	57
3.2.3	MÉTODOS	58
3.2.4	RESULTADOS	59
3.2.5	DISCUSSÃO.....	62
3.2.6	CONCLUSÃO	65
3.2.7	REFERÊNCIAS	65
4	CONCLUSÃO	81
	REFERÊNCIAS.....	84
	APÊNDICES.....	90
	APÊNDICE A	91
	APÊNDICE B	93
	APÊNDICE C	94
	APÊNDICE D	95
	APÊNDICE E	96
	ANEXOS	97
	ANEXO A	98
	ANEXO B	102

1 INTRODUÇÃO



Beth Mangus

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é um problema de saúde pública crescente no âmbito mundial, que vem tomando proporções epidêmicas e atingindo pessoas de todas as idades e de diferentes classes sociais. Destaca-se que mais de 1,9 bilhões de adultos, com 18 anos ou mais, apresentam excesso de peso. Destes, pelo menos 650 milhões apresentam obesidade (World Health Organization - WHO, 2021).

No Brasil, dados de 2021 da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) revelaram que 22,4% da população adulta apresentava obesidade. Conforme projeção da OMS e World Obesity Federation, o Brasil deverá ter cerca de 30% de sua população adulta com o diagnóstico de obesidade, em 2030 (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica - ABESO, 2017).

De acordo com os dados de 2022 do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), a Paraíba apresenta, aproximadamente, 2 milhões de pessoas com obesidade, destes 192,020 (2,79%) com obesidade grau III. Vale ressaltar que das 27 capitais brasileiras, João Pessoa aparece em segundo lugar, em relação ao excesso de peso 65% e obesidade 25,1%, (BRASIL, 2022).

Compreendida pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, a obesidade atua como um dos principais fatores de risco para a morbimortalidade de indivíduos adultos, relacionando-se a 63% do total de mortes ocasionadas por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em todo o mundo (HSIUNG *et al.*, 2021).

Frente a esta realidade, a obesidade pode desencadear ou agravar outras DCNT como Diabetes Mellitus tipo II, Doenças cardiovasculares, Hipertensão Arterial e alguns tipos de câncer, além de causar prejuízos nas capacidades funcionais, diminuir a qualidade de vida e a expectativa de vida, bem como o aumento da mortalidade (BARROSO *et al.*, 2018). Além do adoecimento físico, a obesidade pode estar atrelada ao sofrimento psíquico, dado ao desequilíbrio emocional, como, alterações de humor, depressão, ansiedade, além de outros problemas, como a formação de um autoconceito negativo por parte do indivíduo (RODRIGUES *et al.*, 2021).

Várias terapias são empregadas para o tratamento da obesidade em todo seu espectro patológico, as quais incluem alteração dietética, prática de

atividade física, modificação comportamental, terapias farmacológicas e a cirurgia bariátrica (NISSEN et al., 2012; ABESO, 2017). Dentre estes tratamentos, destaca-se a procura pela cirurgia bariátrica no âmbito mundial, sendo uma opção mais rápida para a perda de peso e uma alternativa auxiliar para normalização das taxas metabólicas, melhorando as doenças relacionadas com a obesidade (CHAIM et al., 2017; FERREIRA, 2020; NÓBREGA et al., 2020).

Nas últimas décadas, devido ao aumento epidêmico desta enfermidade no Brasil, o número de cirurgias bariátricas e metabólicas apresentou um aumento considerável, nesse sentido, em 2019, foram realizados 68.530 procedimentos, 7% a mais que no ano anterior (RASPANTE et al., 2020).

Atualmente, duas técnicas cirúrgicas ganham destaque no cenário mundial, o Bypass Gástrico em Y-Roux (BGYR) e a Gastrectomia Vertical (GV), mais conhecida por Sleeve, que podem ser realizadas por via convencional ou laparoscópica, respectivamente. Essas técnicas têm por finalidade reduzir a forma original do estômago e sua capacidade de receber alimentos (NÓBREGA et al., 2020).

Nesse sentido, a redução do peso é o principal parâmetro adotado para avaliação do sucesso da cirurgia. A Associação Brasileira para Estudos da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), através das diretrizes brasileiras de obesidade, define sucesso como perda a partir de 50% do excesso de peso (PEP) da fase pré-cirúrgica e a saída da faixa de obesidade grave sustentada pelo período de cinco anos (ABREU-RODRIGUES, 2014; ABESO, 2017).

Entretanto, alguns indivíduos apresentam uma maior dificuldade para perder peso, enquanto outros apresentam um reganho de peso, depois de certo tempo, após o procedimento, girando em torno de 2 anos. Uma das razões para essas oscilações é a dificuldade em fazer e sustentar as mudanças na ingestão alimentar e manter a prática de atividade física (SOUSA et al., 2019).

Vale ressaltar que a cirurgia bariátrica 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. O corpo foi cuidado, mas as questões emocionais que levaram ao comportamento alimentar disfuncional podem persistir (BARDAL; CECCATTO; MEZZOMO, 2016).

Associada a estas alterações, destacam-se os transtornos neuropsiquiátricos, que assim como a obesidade, são um desafio para a saúde mundial. Dentre os transtornos neuropsiquiátricos, estão: depressão, ansiedade, compulsão alimentar, bipolaridade e o uso abusivo de álcool. Por isso, recomenda-se que todos os candidatos à cirurgia bariátrica sejam avaliados por um profissional de saúde mental licenciado, com experiência em tratamento multidisciplinar, como forma de selecionar os candidatos que reúnam as melhores condições para a eficácia do tratamento e, para adiar a cirurgia, no caso de indivíduos que apresentarem alterações psicológicas significativas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA, 2014; WHO, 2021).

Baseado neste contexto, surgiu o interesse em aprofundar melhor a correlação entre transtornos emocionais e ganho de peso, com a finalidade de buscar uma resposta terapêutica satisfatória para controlar os distúrbios apresentados.

A motivação para pesquisar questões relacionadas ao tema obesidade, provém da experiência com o mestrado profissional em Terapia Intensiva. Nessa ocasião, fiz minha dissertação voltada para a qualidade de vida de pessoas com obesidade grave submetidos à cirurgia bariátrica, tendo outras experiências como enfermeira assistencial de clínica cirúrgica, onde pude acompanhar o pós-operatório imediato e observar algumas mudanças, como hábitos alimentares e estilo de vida, além da experiência docente com a disciplina enfermagem cirúrgica que viabilizou ainda mais o desejo de aprofundar sobre esta temática.

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1.1- OBESIDADE

No Brasil, a obesidade cresce, assustadoramente, como já mencionado. Segundo dados recentes do VIGITEL, relativos ao conjunto da população adulta das vinte e seis capitais brasileiras e do Distrito Federal, evidenciam que a frequência de excesso de peso e obesidade cresce ao longo dos anos. Em 2021, este inquérito registrou a frequência de 57,2% de indivíduos com excesso de peso no Brasil, com frequência, ligeiramente, maior entre homens (59,9%) do que entre mulheres (55,0%) e com relação à obesidade, os dados indicam uma frequência de 22,4%, semelhante entre mulheres (22,6%) e homens (22,0%) (BRASIL, 2022) (Quadro 1).

Quadro 1 - Evolução da prevalência de excesso de peso e obesidade (%), segundo sexo, em adultos das capitais brasileiras e Distrito Federal. VIGITEL, 2011-2021

Variável	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Excesso de peso											
Feminino	44,7	48,1	47,4	49,1	50,8	50,5	51,2	53,9	53,9	56,2	55,0
Masculino	52,6	54,5	54,7	56,5	57,6	57,7	57,3	57,8	57,1	58,9	59,9
Obesidade											
Feminino	16,0	18,2	17,5	18,2	19,7	19,6	18,9	20,7	20,3	22,6	22,6
Masculino	15,6	16,5	17,5	17,6	18,1	18,1	18,9	18,7	20,3	20,3	22,0

Fonte: VIGITEL: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, 2011-2021.

Assim, sendo, a obesidade é conceituada como uma doença caracterizada pelo acúmulo crônico e excessivo de tecido adiposo devido ao desequilíbrio duradouro entre ingestão e gasto energético, que resulta, frequentemente, em sérios prejuízos à saúde (FUCHS *et al.*, 2017; RASPANTE *et al.*, 2020).

Diversos fatores atuam e interagem na regulação da ingestão de alimentos e de armazenamento de energia, contribuindo para o surgimento e a manutenção da obesidade. Destaca-se os peptídeos leptina e insulina como os dois maiores sinalizadores de adiposidade que informam ao cérebro a quantidade de energia corporal armazenada como excessiva (ABREU-RODRIGUES, 2014; VAN LEERSUM *et al.*, 2013).

Portanto, sua etiologia é multifatorial, classificada em dois grandes conceitos: exógena e endógena. A Exógena é influenciada por fatores externos de origem comportamental, dietética ou ambiental, como alimentação, que representa em torno de 95% dos casos. A endógena está relacionada a componentes genéticos, neuropsicológicos, neuroendócrinos, farmacológicos, genéticos e metabólicos, que representam, aproximadamente, 5% dos casos (AGUIAR et al., 2018).

Atualmente, a ferramenta mais aceita e utilizada como medida para diagnosticar a obesidade, é o Índice de Massa Corporal (IMC), calculado pelo peso dividido pela altura ao quadrado. A classificação do IMC varia entre: 19 a 24,9Kg/m² para normal, 25 a 30 para sobrepeso e 30 a 40 para obesidade. Já aqueles indivíduos com IMC acima de 40 são portadores de obesidade mórbida, caracterizada como uma doença endócrino-metabólica, com grande excesso de peso, que precisam de intervenção cirúrgica para promover a perda de peso (NÓBREGA et al., 2020).

Associado ao IMC, a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo (SBEM) e a ABESO propõem uma classificação para obesidade, usando o peso máximo alcançado na vida e a porcentagem de perda de peso alcançada para orientar o manejo clínico e a decisões individuais.

Um estudo sobre obesidade no mundo, realizado em 195 países, mostra que as DCNT atingem algumas regiões que, historicamente, tiveram escassez de alimentos, como a África. Dentre os países analisados, no período de 1980 a 2015, as taxas de pessoas obesas dobraram em pelo menos 73 deles, incluindo a Turquia e a Venezuela. Na maioria dos demais países, houve aumento contínuo de pessoas com obesidade (AIFSHIN *et al*, 2017).

Em estudo que compara a obesidade em diversos países, percebeu-se que mais de um em cada quatro adultos apresentam obesidade na Austrália, Canadá, Chile, África do Sul e no Reino Unido. Na China, o percentual de indivíduos com obesidade é de 15% da população, já na Europa e Japão chegam a 20%. Nos Estados Unidos, os dados são mais alarmantes, em torno de 40%. Fica clara, então, a relevância inquestionável de se estudar sobre esta doença que tem acometido, cada vez mais, pessoas na atualidade, bem como as suas implicações e tratamentos possíveis (Organization for Economic co-operation and development - OECD, 2017).

1.1.2- CIRURGIA BARIÁTRICA

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), o Brasil é o segundo colocado no ranking mundial de cirurgias bariátricas, perdendo apenas para os Estados Unidos (KIM *et al.*, 2016).

A cirurgia recomendada para tratamento do paciente com obesidade mórbida chama-se de bariátrica, que é um tipo de intervenção cirúrgica capaz de promover a restrição alimentar através de mudanças estruturais no trato gastrointestinal. Existem alguns tipos diferentes de bariátricas, podendo ser classificadas como restritivas, mal absorptivas ou um misto de ambas, e através destes mecanismos, promovem o emagrecimento substancial dos indivíduos operados.

Desta forma, a restrição da ingestão de alimentos ocorre por mecanismos que levam à saciedade. Os principais são: restrição mecânica, dificuldade de esvaziamento gástrico e as alterações hormonais (ABREU-RODRIGUES, 2014; VAN LEERSUM *et al.*, 2013).

Além da perda de peso, esta técnica cirúrgica promove uma expressiva melhora nas comorbidades associadas à obesidade, como diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, apneia obstrutiva do sono, doença cardiovascular e transtorno psicológicos, além da diminuição da mortalidade (COURCOULAS *et al.*, 2018; GAGNON; SCHAFER, 2018; TESS *et al.*, 2019).

As Cirurgias Bariátricas (CB) podem ser realizadas tanto por via convencional (aberta - laparotomia) quanto laparoscópica. Quanto às técnicas restritivas, destacam-se a Banda Gástrica ajustável e a GV ou Sleeve. A Banda Gástrica Ajustável é um tipo menos invasivo, que consiste na colocação de um balão inflável com um anel de silicone ajustável em torno da parte superior do estômago, a fim de gerar saciedade precoce nos indivíduos, após a ingestão de porções menores de alimento (FERREIRA, 2020; KEITH *et al.*, 2018; MESUREUR; ARVANITAKIS, 2017).

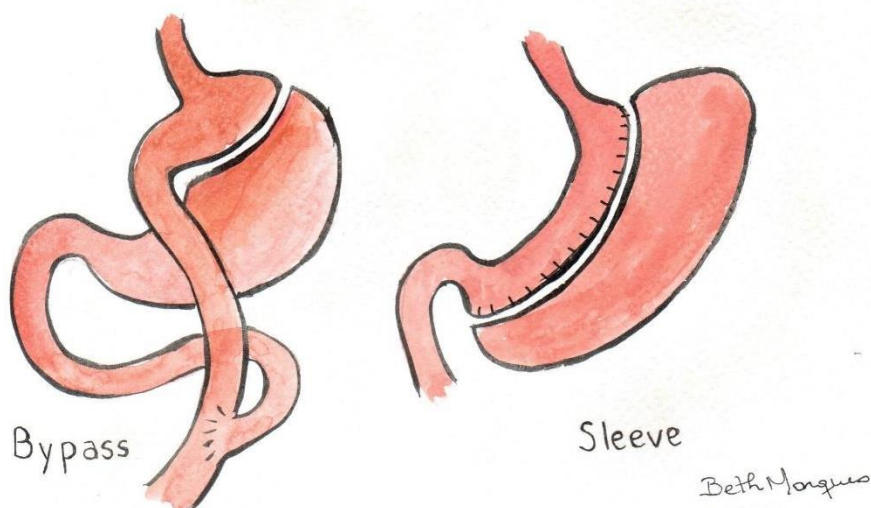
Já a GV consiste na excisão vertical do estômago, ao lado da curvatura menor, retirando parte do fundo gástrico, tecido responsável pela liberação de grelina, além de moldar o restante do estômago de forma a restringir sua capacidade de volume. Ambas limitam a ingestão alimentar pela redução do tamanho do estômago. Nessas condições, a ressecção de 80% do estômago,

como é comumente realizado, provoca a diminuição da acidez gástrica e, por consequência, prejudica a absorção óssea (INTERNATIONAL FEDERATION FOR THE SURGERY OF OBESITY AND METABOLIC DISORDERS - IFSO, 2021; MESUREUR; ARVANITAKIS, 2017).

Dentre as técnicas mistas, destaca-se o Bypass gástrico em Y de Roux-BGYR, que além de promover a redução do estômago, é considerada uma cirurgia metabólica, na qual ocorre uma associação entre o componente restritivo e o disabsortivo que modificam a anatomia e a fisiologia do estômago, causando uma importante diminuição da área de absorção intestinal (mais de 60%), isto leva à perda de peso substancial, e a melhora das comorbidades associadas à obesidade. No entanto, é um procedimento tecnicamente mais exigente, com uma curva de aprendizagem um pouco maior (IFSO, 2021; HUSAIN et al., 2018; LAURINO NETO et al., 2012; LEYBA; AULESTIA; LLOPIS, 2011).

Ao longo dos últimos anos, as técnicas cirúrgicas BGYR e a GV ganharam destaque no cenário mundial (KEITH *et al.*, 2018). A Figura 1 traz a imagem do estômago, após procedimentos cirúrgicos.

Figura 1 - Técnicas cirúrgicas mais utilizadas no âmbito mundial



Essas modificações provocam alterações neurais e hormonais, das quais destacam-se a diminuição da grelina e aumento do peptídeo-YY (PYY) e peptídeo glucagon símile 1 (GLP-1) que contribuem para a diminuição do apetite e conferem maior eficiência a esse tipo de procedimento (ABREU-RODRIGUES, 2014).

Com isso, a avaliação do sucesso da cirurgia é feita, usualmente, pela perda de, no mínimo, 50% PEP da fase pré-cirúrgica. Outro parâmetro utilizado é o IMC pós-operatório, em que são considerados adequados valores inferiores a 35 kg/m² para indivíduos com IMC pré-operatório menor que 50 kg/m². No caso de indivíduos com obesidade grave (IMC \geq 50 kg/m²), espera-se que seja atingido IMC inferior a 40 kg/m² no pós-operatório (ABREU-RODRIGUES, 2014; HUSAIN *et al.*, 2018).

Vale ressaltar que a CB envolve importantes mudanças anatômicas e funcionais no trato gastrointestinal e esses procedimentos podem levar a complicações pós-operatórias, de absorção de macro e micronutrientes, tanto precoces quanto em longo prazo (MESUREUR; ARVANITAKIS, 2017).

Dentre as complicações pós-operatórias mais comuns relacionadas às técnicas descritas, estão a deiscência da sutura, estenoses, fístulas, infecções e hemorragia (mais comuns no pós-operatório precoce), hérnia interna e obstrução intestinal (mais comuns no pós-operatório a longo prazo), além de tromboembolismo pulmonar (WU *et al.*, 2017).

A hérnia interna ou Hérnia de Petersen é uma complicação tardia do BGYR e ocorre em até 5% dos casos. Devido à mudança anatômica, após anastomose, a alça intestinal passa a cruzar o cólon transversal. O contato do meso do intestino grosso com o meso da alça intestinal, gerado na cirurgia, provoca o surgimento de um espaço, chamado de brecha (espaço de Petersen). Com isso, há o aumento dessa alça, quando passa uma grande quantidade de alimento por esse espaço, ocorre uma distensão ou aumento das alças, que, conseqüentemente, causa uma hérnia interna que pode acarretar sintomas ou até complicações (PERIM *et al.*, 2019).

Outra complicação comum, após a cirurgia bariátrica, é a colelitíase, que acomete entre 25% e 38% dos pacientes que perdem grande quantidade de peso. Apresenta manifestações clínicas como dor em hipocôndrio direito ou região epigástrica, cólicas de intensidade ascendente, dor de duração mais

prolongada que os episódios prévios de cólica biliar, cuja dor pode ser referida no ombro direito e irradiar-se para o dorso e pode ser relacionada à ingestão de alimentos, associada à febre, à anorexia, a vômitos e a náuseas, e em idosos, alteração do estado mental e icterícia, que ocorre em 20% dos casos (SANTOS *et al.*, 2018).

Dentre as complicações metabólicas mais comuns, a longo prazo, estão a desnutrição proteico-energética, a síndrome de dumping, o desequilíbrio eletrolítico, a hipocalcemia, as deficiências de vitaminas, excesso de pele, queda capilar, além de alterar os hormônios envolvidos na função de digestão e absorção, principalmente os produzidos, diretamente, no trato gastrintestinal. Tais eventos podem ocorrer pelo consumo limitado de alimentos, além do seguimento incorreto das recomendações da equipe multiprofissional (GAGNON; SCHAFER, 2018; PARROTT *et al.*, 2020).

Essas alterações são mais observadas nas cirurgias mistas que, além da restrição de volume ingerido, também interferem na absorção de nutrientes. Isso acontece devido à redução gástrica, que causa diminuição da digestão mecânica e da secreção de ácidos, o que, conseqüentemente, acarreta a má absorção de ferro e da vitamina B12. A exclusão da parte inicial do intestino delgado, por sua vez, causa má absorção de minerais, vitaminas lipossolúveis e hidrossolúveis, cálcio, magnésio, ferro e fator intrínseco. No BGYR, se a alça “Y” for longa, pode ocorrer deficiência de vitamina D e, nesse caso, o risco, a longo prazo, é de osteoporose (MOHAPATRA; GANGADHARAN; PITCHUMONI, 2020).

Por fim, a síndrome de dumping é vista, particularmente, após o BGYR, mas também pode ocorrer após a GV. Essa síndrome é observada em cerca de 75% dos indivíduos e é caracterizada por dor abdominal, náuseas, problemas vasomotores (afrotamentos, sudorese, palpitações e diarreia), recusa alimentar e sonolência. Ela se desenvolve 30–60 minutos após uma refeição, mas pode ocorrer de forma tardia (90–240 minutos), e está associada à ingestão de alimentos doces ou hiperosmolares (SCARPELLINI *et al.*, 2020).

1.1.3- TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Durante o período pós-operatório, o indivíduo passa por várias mudanças, dentre elas, as psicológicas. Nos primeiros 18 meses é a fase mais preocupante, conhecida "lua-de-mel", onde o indivíduo passa por várias mudanças. Nos três primeiros meses, o indivíduo perde muito peso em pouco tempo, porém, essa perda de peso termina em algum momento, então vem o enfrentamento de sua nova realidade, percebendo conflitos antes não visualizados. Com isso, ele percebe que nem todos os seus problemas serão resolvidos emagrecendo (SOUSA *et al.*, 2019).

Após esta vivência, vem uma nova fase de grande euforia com sua nova imagem corporal, compreendida do sexto ao oitavo mês, nos quais o indivíduo já perdeu por volta de 30% do seu peso e começa a ser visto pela família e sociedade (SOUSA *et al.*, 2019).

Já na terceira fase, quando se passa um ano, desde a cirurgia, e o peso estabiliza, alguns indivíduos se sentem insatisfeitos por não terem alcançado certos objetivos alheios à cirurgia, como metas profissionais, relacionamentos amorosos e satisfação de uma imagem positiva do corpo. Nesse momento, muitos procuram auxílio psicoterápico para reorganizar a vida e trabalhar alguns aspectos dessa nova identidade (OLIVEIRA 2006; SOUSA *et al.*, 2019).

Assim sendo, o ganho de peso e as mudanças na vida do indivíduo levam a um grande impacto, principalmente, psicológico. Estudos demonstram que os transtornos psiquiátricos são considerados comuns em pessoas com obesidade, destacando-se os transtornos de humor, ansiedade e transtorno de compulsão alimentar (ICETA *et al.*, 2022).

Analisando a estrutura psicológica que sustenta a obesidade, observa-se que aquele indivíduo que tem dificuldade para lidar com suas angústias tem mais chances de recuperação do peso e de complicações pós cirúrgicas. Além disso, após a ingestão de alimentos, os bariátricos podem sentir-se não saciados, levando a sentimentos de vazio e fraqueza, conduzindo-os a buscarem meios alternativos para obter satisfação (JUMBE; HAMLET; MEYRICK, 2017).

Dentre estas diferentes etiologias, encontra-se o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), caracterizado pelo comer compulsivo, ou seja, pela perda de controle sobre o quanto e o que se come (APA, 2013).

Entretanto, este transtorno é um exemplo de como a ânsia, por ingerir grandes quantidades de alimentos, especialmente, os ricos em carboidratos, interfere, significativamente, no ganho excessivo de peso (GARCÍA-GARCÍA *et al.*, 2017).

Por isso, é importante a intervenção na compulsão alimentar, para evitar a substituição da compulsão por outra, como o excesso do uso de álcool e medicações. Além disso, os transtornos alimentares estão associados ao aumento da mortalidade e pelas mortes por suicídio (SILVA; CRAHIM, 2019).

Neste cenário, os indivíduos bariátricos com TCAP, precisam de acompanhamento psicológico em todas as fases do processo, seja no pré quanto no pós-operatório, constituindo um fator adjuvante para o sucesso total da terapêutica, isso quando relacionado à perda de peso ideal como também para a manutenção de um peso satisfatório para o bem-estar do indivíduo. Dentre as técnicas de terapias psicoterápicas, a terapia cognitivo comportamental -TCC é a mais indicada para o indivíduo bariátrico, em que é possível promover um tratamento mais eficiente, em que ocorre significativa melhora da autoestima, do humor e da autoimagem (CELLA *et al.*, 2019; SARWER *et al.*, 2019).

Neste cenário, o psicólogo vai avaliar a adaptação e a evolução do indivíduo ao seu novo estilo de vida, como seus hábitos alimentares, a imagem corporal, autoestima e o emagrecimento. Estimular o autocuidado, a motivação e adesão ao tratamento e as orientações da equipe multidisciplinar, criar estratégias para lidar com problemas como a ansiedade e o estresse que podem estar ou não relacionados ao tratamento cirúrgico, auxiliar o indivíduo no desenvolvimento ou retomada de projetos de vida. (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica-SBCBM, 2015)

Um estudo de revisão sobre os efeitos psicológicos da CB identificou que, apesar dos resultados positivos para perda de peso e melhora das comorbidades, foram detectados distúrbios psicológicos no pós-operatório, tais como a depressão, o uso excessivo de álcool e as alterações na imagem corporal, confirmando a necessidade de acompanhamento profissional a fim de compreender as razões que levam a esses resultados (JUMBE; HAMLET; MEYRICK, 2017).

Já no estudo de Castanha *et al.* (2018), associaram a depressão no pós-operatório da cirurgia bariátrica à dificuldade desses indivíduos em aceitar sua nova imagem corporal devido ao excesso de pele, como também ao processo

de adaptação após a cirurgia. Nesse sentido, esses autores reforçam a importância do trabalho multiprofissional nas orientações do paciente em relação à cirurgia tanto no pré, como no pós-operatório, o que é benéfico a esses indivíduos.

1.1.4- REGANHO DE PESO E EXCESSO DE PESO

A cirurgia bariátrica é considerada o padrão ouro no tratamento da obesidade III, como também aos indivíduos com obesidade grau II que apresentam comorbidades associados. No entanto, observa-se reganho de peso em alguns indivíduos, a longo prazo. Tal fato deixa claro que a cirurgia isolada, principalmente para aquele com algum transtorno psiquiátrico prévio, pode não ser eficaz (ARHI *et al.*, 2021).

A recuperação do peso pode ocorrer devido a processos de adaptações fisiológicas no trato gastrointestinal. Os possíveis mecanismos envolvidos no reganho de peso são: aumento do consumo energético, dilatação da bolsa gástrica e da anastomose gastrojejunal, distúrbios alimentares, sedentarismo, diminuição da taxa de metabolismo basal, entre outros (FERREIRA, 2020).

O reganho de peso relacionado à CB tem sido observado entre os indivíduos, após certo tempo de operados. Estima-se que 20% a 30% irão experimentar o reganho de peso, após dois anos de operados. Apesar de sua relevância, não há consenso sobre qual o percentual de reganho de peso a ser considerado como preocupante. As diretrizes da AACE/TOS/ASMBC/ABESO, estabelecem que uma recuperação de até 10% do peso pré operatório é considerada aceitável a longo prazo (MARINO *et al.*, 2012; NEDELCO; KHWAJA; ROGULA, 2016, SAUDE METABOLICA, 2017).

Vale ressaltar que para cirurgia bariátrica, a maior perda de peso obtida após a cirurgia é comumente considerada como Nadir, ou seja, o ponto mais baixo observado no comportamento da curva do peso entre o pré e o pós-operatório (KING *et al.*, 2020).

De acordo com um estudo realizado, em 2016, pela Internacional Bariatric Club (IBC), evidenciou-se a necessidade de estabelecer uma definição universal de reganho de peso excessivo, padronizada para todos os países, utilizando os

mesmos critérios em suas avaliações. Averiguou-se que o critério atual mais utilizado estabelece como ganho um aumento de peso maior que 10kg do menor peso alcançado após cirurgia. Entretanto, ao realizarem uma votação entre alguns cirurgiões renomados, dos países Inglaterra, França e Estados Unidos, decidiram que um ganho de peso significativo, está relacionado com IMC, pós CB maior ou igual a 35 (NEDELCO; KHWAJA; ROGULA, 2016).

No entanto, diversos estudos demonstram que quando empregada a definição de ganho, baseada na máxima perda de peso, principalmente ao considerar a recuperação a partir de 20% do peso máximo perdido, são encontradas associações significativas tanto com os desfechos clínicos quanto com ressurgimento de comorbidades (EL ANSARI; ELHAG, 2021; KING *et al.*, 2018).

Já uma coorte retrospectiva que avaliou pacientes cirúrgicos e não cirúrgicos, ao longo de 10 anos, apontou uma redução na perda de peso total de 31% no 1º ano para 28,6% no ano 10, naqueles submetidos a BGYR (MACIEJEWSKI *et al.*, 2016).

Em um estudo de coorte prospectivo multicêntrico, com acompanhamento, a longo prazo, observou-se vários comportamentos e características relacionados a um maior ganho de peso após a CB. Com isso, é pertinente reforçar algumas das abordagens para diminuir o ganho de peso, como reduzir o comportamento sedentário, evitar fast food, identificar compulsão alimentar e tratá-la, além de outros comportamentos alimentares específicos, como comer continuamente e comer quando estiver cheio, e pesagem semanal (KING *et al.*, 2020).

Sendo assim, a origem do ganho, provavelmente, é multifatorial e inclui fatores pré e pós-cirúrgicos, a saber, IMC inicial, idade, sexo, deficiência de ferro, uso de medicações, tabagismo, abuso de álcool, hábitos alimentares, prática de atividade física, situação socioeconômica, além de questões anatômicas, tais como, construção da bolsa cardíaca e dilatação estomacal (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD), 2019; KEITH *et al.*, 2018).

Ao considerar a relação dos hábitos alimentares dos indivíduos bariátricos, um estudo identificou que 55% da população do estudo consome diariamente produtos processados e ultraprocessados e 53% têm o hábito de ingerir alimentos açucarados ou doces, sendo estes calóricos, ricos em gordura

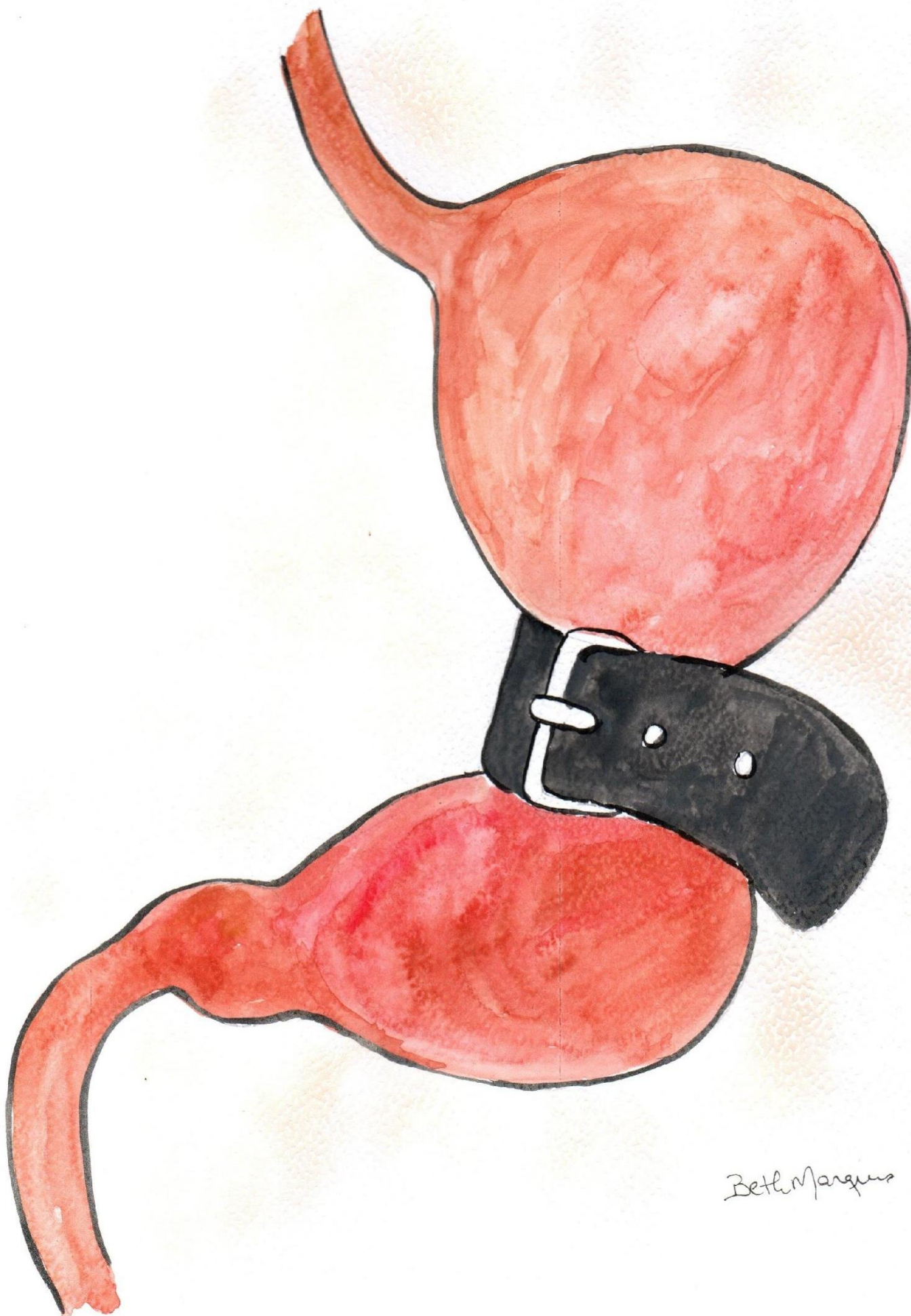
saturadas e trans, pobres em nutrientes e estão relacionados ao ganho de peso e gordura corporal (ROCHA; HOCIKO; OLIVEIRA, 2018).

Contudo, a comunidade científica precisa aprofundar melhores estratégias de prevenção ou intervenções que visem reduzir o risco de recuperação do peso, ou que conduza ações que minimizem e previnam o impacto desse reganho sobre os benefícios clínicos e de qualidade de vida alcançados após a intervenção cirúrgica (KEITH *et al.*, 2018).

1.1.5- HIPÓTESES

- O reganho e excesso de peso tardio em indivíduos bariátricos pode estar associado aos transtornos psicológicos (ansiedade, depressão, compulsão alimentar);
- Existe uma relação entre transtornos psicológicos com o reganho e excesso de peso;
- Há fatores sociodemográficos que influenciam o reganho e excesso de peso.

1.2. OBJETIVOS



Beth Marques

1.2.1- OBJETIVOS GERAIS

- Analisar a relação entre os aspectos psicológicos de indivíduos bariátricos e o ganho e excesso de peso tardio.

1.2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Artigo 1 – Identificar o perfil psicopatológico dos indivíduos bariátricos tardio e sua associação com o ganho de peso”;

Artigo 2 – Avaliar o perfil sociodemográfico e clínico de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica;

Artigo 3- Relacionar os transtornos mentais com ganho e excesso de peso em pacientes bariátricos tardio;

2. MATERIAL E MÉTODOS



2.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo analítico correlacional de corte transversal, conduzido na abordagem quantitativa, onde utilizou uma revisão integrativa, precedido por estudos descritivos.

O presente estudo utilizou múltiplos métodos de pesquisa que se adequam aos objetivos propostos conforme quadro 2.

Quadro 2- Descrição dos objetivos e tipos de estudos

Objetivos	Tipo de estudo
Artigo 1- Identificar se o perfil psicopatológico dos indivíduos bariátricos tardio está associado ao reganho de peso.	Revisão integrativa da literatura, nas bases de dados MEDLINE/Pubmed, SCIELO, Index psicologia, CINAHL e embase.
Artigo 2- Avaliar a relação entre os aspectos psicológicos de indivíduos bariátricos e o reganho e excesso de peso tardio	Exploratório descritivo, com abordagem quantitativa
Artigo 3- Relacionar os transtornos psicológicos com o reganho e excesso de peso tardio em indivíduos bariátricos	Exploratório descritivo, com abordagem quantitativa

Fonte: Elaborado para fins de estudo em 2023.

2.1.1- Tipo de estudo - Artigo 1

A revisão integrativa buscou estabelecer o nível de qualidade das evidências científicas sobre associação entre perfil psicopatológico dos indivíduos bariátricos e o desfecho com o reganho de peso.

A revisão integrativa, possui como finalidade reunir, sintetizar e resumir o conhecimento científico já existente, de forma que permita avaliar e comparar as publicações científicas sobre a referida temática (BUBLITZ *et al.*, 2012).

2.1.2- Tipo de Estudo - Artigos 2 e 3

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa. Os estudos exploratórios são executados diante de contextos em que há pouco conhecimento acumulado e sistematizado, apresentando-se geralmente como a primeira etapa para quem não conhece, consideravelmente, o campo que objetiva abordar. A pesquisa descritiva é aquela que expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno (MARCONI; LAKATOS, 2017).

2.2. CAMPO DE ESTUDO

2.2.1- Campo de estudo Artigo 1

O levantamento dos manuscritos foi realizado em bases de dados eletrônica, conforme os dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) de periódicos CAPES que contemplam bases de dados reconhecidas, a saber: MEDLINE/Pubmed, SCIELO, Index psicologia, CINAHL e EMBASE, abrangendo toda literatura acerca da temática até julho de 2020.

2.2.2- Campo de estudo Artigos 2 e 3

Inicialmente, a pesquisa seria desenvolvida, de forma presencial, e aleatória entre pacientes submetidos à cirurgia bariátrica pelo Centro de Tratamento Médico da Obesidade do Hospital Samaritano, localizado no município de João Pessoa, na Paraíba. Todavia, devido à pandemia do COVID-19, a coleta de dados foi estruturada, de forma online, com inclusão dos instrumentos na plataforma Google Forms e divulgada em plataformas digitais.

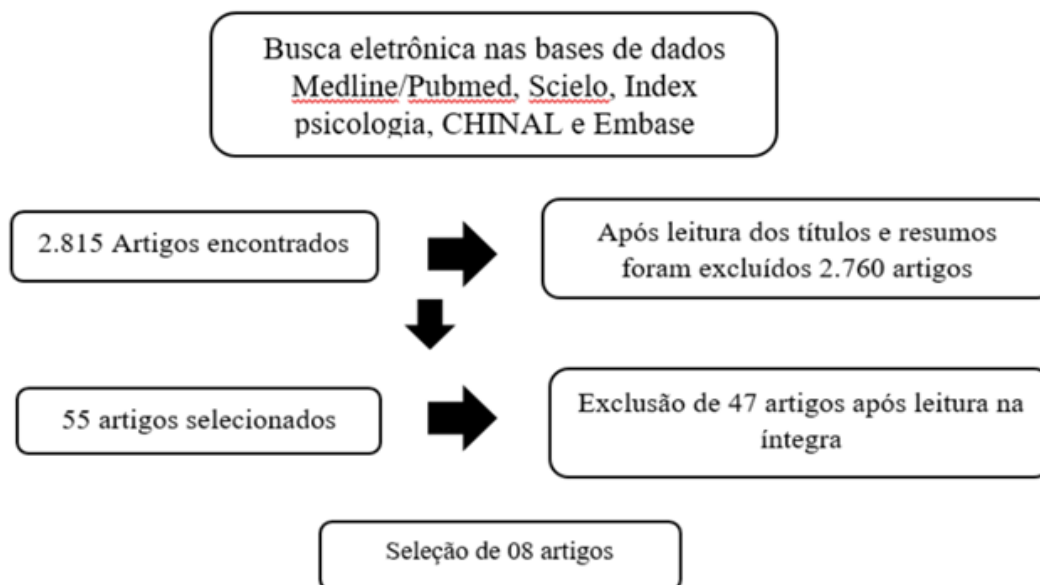
O Centro de Tratamento da Obesidade funciona como apoio aos pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica pela equipe dos cirurgiões do aparelho digestivo. A principal finalidade deste Centro é realizar um trabalho de conscientização aos indivíduos para uma melhor qualidade de vida. O acompanhamento é realizado através de encontros semanais pela equipe multiprofissional, sob a coordenação da psicóloga que traçam metas a serem trabalhadas. São realizadas, em média, 24 cirurgias por mês, em dias de sexta-feira e sábado.

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

2.3.1- População e amostra Artigo 1

A população constituída foi de 2.815 artigos e a amostra de 8 artigos, sendo selecionados através de três etapas. A primeira etapa foi feita por meio das palavras chaves e foram encontrados 2.815 artigos. A segunda etapa, ocorreu a partir da leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 55 artigos. Na terceira etapa, por meio da leitura dos textos na íntegra, foram selecionados 08 artigos. A Figura 1 descreve as etapas realizadas para identificação e seleção dos estudos que compuseram a amostra da pesquisa.

Figura 2 - Etapas da seleção dos artigos que compuseram a amostra, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2021.



Fonte: Elaborado para fins de estudo, 2023.

2.3.2- População e amostra Artigos 2 e 3

A população foi constituída por 2000 indivíduos bariátricos tardios, adotando desvio padrão populacional (σ) DE 0,5, um erro absoluto tolerável de 0,07 e um coeficiente de confiança de 95%, estimou-se uma amostra de 179 indivíduos, mas devido à coleta ter sido, de forma online, a amostra totalizou em 121 indivíduos.

2.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

2.4.1- Critério de inclusão e exclusão Artigo 1

Foram incluídos estudos com pessoas adultas, em pós operatório de cirurgia bariátrica, estudos que tivessem no título pelo menos uma combinação dos termos descritos na estratégia de busca, artigos escritos em língua inglesa, e portuguesa, artigos que abordassem as interfaces entre perfil psicopatológico e cirurgia bariátrica associado ao reganho de peso, estudos originais com texto integral acessível, através da BVS e do portal periódicos CAPES, estudos

epidemiológicos, casos clínicos, randomizados controlados, transversal analítico, coorte prospectivo e retrospectivo e longitudinal, relato de caso e caso controle e estudos publicados no período de dez anos.

E excluídos, estudos com crianças e adolescentes, estudo cuja amostra era animais, estudos de revisões, teses e dissertações. Os manuscritos repetidos em mais de uma base de dados, foram contabilizados uma única vez.

2.4.2- Critério de inclusão e exclusão Artigos 2 e 3

Foram incluídos aqueles em faixa etária entre 18 e 65 anos de ambos os gêneros, Obesidade Grau II e III (IMC acima de 35g/m²), tendo sido submetidos à cirurgia bariátrica, há pelo menos 36 meses; os que apresentaram um reganho de mais de 10% do valor perdido e estavam sendo acompanhados e participando das palestras de conscientização.

E excluídos os que apresentavam os seguintes fatores, presença de complicações decorrente do procedimento cirúrgico em si, obesidade de causas secundárias, uso de drogas ilícitas, tempo de seguimento pós-operatório menor do que 36 meses, desistência em participar do grupo, em uso de corticoterapia por um período de três meses.

2.5. COLETA DE DADOS

2.5.1- Procedimento e instrumentos - Artigo 1

A seleção dos artigos foi realizada, no período de janeiro a julho de 2020, de forma ampla, através dos seguintes descritores: *Impact Psychological; Bariatric Surgery; Weight regain*, (inglês e português). O período de levantamento na literatura foi de 01 de janeiro de 2010 a julho de 2020. A razão

pela delimitação deste período foi avaliar as publicações, nos últimos dez anos, sobre a referida temática.

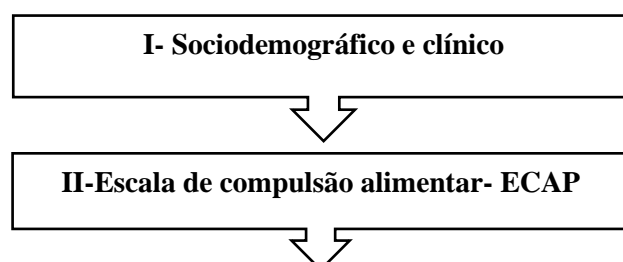
2.5.2- Procedimento e instrumentos Artigos 2 e 3

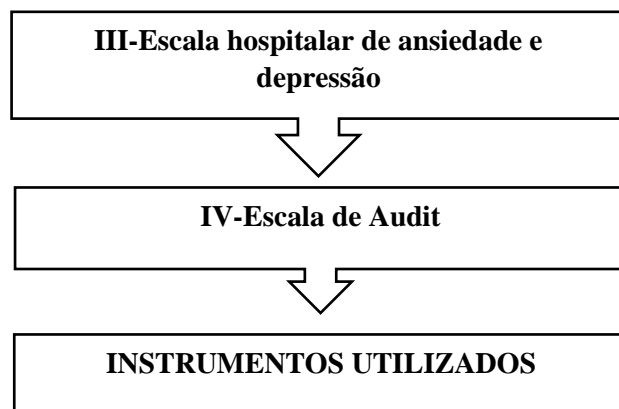
A coleta de dados foi estruturada de forma online, com inclusão dos instrumentos na plataforma Google Forms e divulgada em plataformas digitais, no período de outubro de 2020 a setembro de 2022.

Sendo, assim, após autorização da direção do Hospital Samaritano e liberação dos contatos telefônicos dos indivíduos assistidos pela equipe, foram realizados ligações e contatos por aplicativo de mensagem instantânea (WhatsApp) com indivíduos com mais de três anos de pós-operatório, apresentados os instrumentos de coleta de dados e discutida a importância do preenchimento correto, bem como a relevância da assinatura eletrônica do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Mediante contatos telefônicos, alguns atenderam as ligações e outros responderam as mensagens de áudios enviadas, concordando em participar da pesquisa, no entanto, houve muitos contatos que não obtiveram devolutiva, destacando-se os indivíduos que tiveram ganho de peso significativo, com isso, houve uma limitação no tamanho da amostra. Os instrumentos foram organizados por seções, conforme figura 3.

Figura 3 - Instrumentos utilizados no estudo.





Fonte: Elaborado para fins de estudo,2023.

Os dados sociodemográficos e clínicos, compuseram o **Artigo 2**, em que foram coletadas informações sobre idade, técnica cirúrgica, tempo de cirurgia, sexo, escolaridade, atividade laboral, renda familiar e presença de comorbidades pré e pós-operatória.

Além disso, foram coletados todos os dados antropométricos (Peso e IMC), referente aos três momentos distintos: pré, Nadir e recidiva.

Foram feitos os cálculos percentuais de Excesso de Peso (%EP), Perda de Excesso de Peso (%PEP) e Reganho de Peso (%RP), utilizando e cruzando os dados referentes a três momentos distintos: Peso pré-operatório (até 30 dias antes da cirurgia), peso nadir (quando atingido menor peso pós-cirurgia) e peso recidiva (quando observada recuperação acima de 50% do excesso de peso perdido).

Para verificar o reganho de peso (Re) foi calculado, por meio da diferença entre o IMC atual (IA) e o menor IMC, após a cirurgia (MI) $(IA - MI)$. O percentual de reganho é a relação entre o Re e a diferença do IMC no dia da cirurgia (IC) e o MI multiplicado por (100).

Os transtornos psicológicos foram avaliados através de algumas escalas, como a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), a Escala Hospitalar

de Ansiedade e Depressão - EHAD e a Escala de Audit. Importante ressaltar que estes dados compuseram o **Artigo 3**.

A Escala de Compulsão Alimentar (ECAP) é uma escala Likert, composta por 16 itens que avaliam as manifestações comportamentais e os sentimentos e cognições envolvidos num episódio de compulsão alimentar periódica (CAP). O instrumento fornece o resultado em três categorias, a saber: CAP grave (escore ≥ 27), moderado (escore entre 18 e 26) e ausência de CAP (escore ≤ 17).

Para esse estudo, foi utilizada a versão em português de Freitas, Lopes, Coutinho e Apolinário (2001), validada (versão original Binge Eating Scale – BES), com adequadas propriedades psicométricas que indicam sua utilização, no ponto de corte 17, para o rastreamento do Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) em indivíduos com obesidade grave que procuram tratamento para emagrecer.

Já a escala HADS é constituída de duas subescalas, sendo uma para ansiedade e outra para depressão. Cada subescala é composta por sete questões de sintomas depressivos e ansiosos, totalizando 14 perguntas. A pontuação varia de 0 a 3, sendo um total de 21 pontos para cada subescala e com ponto de corte 8 para ansiedade e 9 para depressão.

Por fim, para avaliação do consumo de álcool foi observada a frequência do consumo no pré-operatório, classificada em: socialmente, uma vez por semana, duas vezes por semana, três vezes por semana e diariamente. E, para avaliação pós-operatória, foi utilizada a escala de Audit, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) por BABOR et al (1992), compõe-se de 10 questões e tem por objetivo identificar possíveis dependentes de álcool. Foi traduzido e validado no Brasil por LIMA et al. (2001).

Essa escala possui um escore que varia de 0 a 40, com isso, sua pontuação pode ser classificada da seguinte forma: baixo risco ou abstêmios = 0 a 7 pontos, uso de risco = 8 a 15 pontos, uso nocivo = 16 a 19 pontos e provável dependência = 20 ou mais pontos (máximo = 40 pontos).

2.6. ANÁLISE DOS DADOS

2.6.1- Análise dos dados Artigo 1

Após a seleção dos estudos, iniciou-se a leitura completa e a categorização dos manuscritos. A leitura detalhada do material teve o objetivo principal de permitir a apreensão do tema estudado, a forma como este foi abordado, seus objetivos, que métodos foram utilizados no estudo e a quais resultados chegaram.

Desta forma, não só os resultados dos estudos foram de interesse para essa revisão, mas principalmente, a forma como chegaram aos resultados

2.6.2- Análise dos dados Artigos 2 e 3

Os dados foram descritos através da média e desvio padrão para as variáveis quantitativas, e frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas. A distribuição dos dados foi verificada pelo teste Shapiro Wilk e técnicas de exploração visual. Para comparar os desfechos entre os grupos das variáveis qualitativas, foram aplicados os testes não paramétricos U-Mann Whitney para dois grupos e o teste de Kruskal Wallis para avaliação de três ou mais grupos.

Para comparar a amostra nas diferentes avaliações, nos três momentos avaliados, foi utilizado o teste não paramétrico Friedman de medidas repetidas com as devidas comparações múltiplas pelo teste Wilcoxon para amostras

dependentes e a correção nos testes *post-hoc* aplicada foi Holms. Para avaliar a relação entre os desfechos e os transtornos psicológicos, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Os dados foram processados através do *software* JAMOVI (V 2.3). No estudo, foi considerado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

2.7. ASPECTOS ÉTICOS

2.7.1- Aspectos éticos Artigo 1

Para condução do estudo, que manipula dados de livre acesso, não apresentou necessidade de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, por não se enquadrar na definição de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

2.7.2- Aspectos éticos Artigos 2 e 3

Foram consideradas as observâncias éticas e recomendações contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa, envolvendo seres humanos - Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, especialmente, no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido dos participantes, sigilo e confidencialidade dos dados (BRASIL, 2012). Todos os participantes do estudo assinaram eletronicamente o TCLE.

Salienta-se que o projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, sob CAAE- 34261519.8.0000.5182, uma vez que o comitê do HUAC está vinculado à Universidade Federal de Campina Grande.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES



Beth Marques

Para apresentação dos resultados, atentou-se aos objetivos propostos pelo estudo. Para a apresentação dos dados, considerou-se a Resolução 8.407 do Colegiado de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia -IP da Universidade de São Paulo (USP), de 24 de abril de 2023, que “regulamenta o formato das teses e dissertações e estabelece os critérios para admissão à defesa de tese e de dissertação”, esta seção da tese será apresentada conforme Art. 1 “em formato de compilação de artigos”, § 2º “Como formato de compilação de artigos entende-se aquele constituído por capítulos, em forma de artigo, que apresentem resultados da pesquisa realizada”

As discussões dos resultados ocorrem por meio da apresentação de três artigos: Artigo 1 - “Perfil psicopatológico dos indivíduos bariátricos tardio e sua associação com o ganho de peso”; Artigo 2 - Perfil sociodemográfico e clínico de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica; Artigo 3 – Transtornos mentais com o ganho e excesso de peso em pacientes bariátricos tardios

3.1. ARTIGO 1 - PERFIL PSICOPATOLÓGICO DOS INDIVÍDUOS BARIÁTRICOS TARDIO E SUA ASSOCIAÇÃO COM O REGANHO DE PESO.

**Psychopathological profile of late bariatric individuals and it's
association with weight regain**

**Perfil psicopatológico de los individuos bariátricos tardios y su
asociación con la recuperación de peso**

Publicado na Revista Research, Society and Development, 2021; v. 10, n.

11

Jogilmira Macêdo Silva Mendes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7697-3007>

Universidade Federal de Campina Grande, Brasil

E-mail: miraenf.macedo@gmail.com

Francisco Lotufo Neto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2043-7643>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: franciscotelufo@gmail.com

Maria Cecília Queiroga dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7605-7300>

Universidade Federal de Campina Grande, Brasil

E-mail: queirogamariacecilia@gmail.com

Ana Beatriz Alves Correia de Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3301-7901>

Universidade Federal de Campina Grande, Brasil

E-mail: anabeatrizalvescdelima@gmail.com

Magaly Suênya de Almeida Pinto Abrantes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4823-8141>

Universidade Federal de Campina Grande, Brasil

E-mail: maga.enf@hotmail.com

Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6372-2332>

Universidade Federal de Campina Grande, Brasil

E-mail: emanuelnrf1975@gmail.com

3.1.1- RESUMO

A cirurgia bariátrica é a intervenção mais eficaz no enfrentamento à obesidade em todo o mundo. Os efeitos da cirurgia bariátrica têm repercussão clínica e psicossocial. Portanto, é necessário conhecer a forma como os indivíduos têm vivido esta experiência, considerando os significados individuais que estão relacionados ao contexto sócio-histórico nos quais estão inseridos. Objetivo: Saber se o perfil psicopatológico dos indivíduos bariátrico tardio está associado ao reganho de peso. Metodologia: Trata –se de uma revisão sistemática, com abordagem qualitativa. A seleção dos artigos foi realizada, no período de janeiro a julho de 2020. Foi realizada uma busca na literatura publicada, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) de periódicos CAPES, que contemplam bases de dados reconhecidas, a saber: MEDLINE/Pubmed, SCIELO, Index psicologia, CINAHL e embase, abrangendo toda literatura acerca da temática até o ano de 2020. Foram selecionados 8 artigos para compor a amostra do estudo, abordando os efeitos psicossociais da cirurgia bariátrica, utilizando metodologia, predominantemente, quantitativa e associada com o tema reganho de peso. Conclusão: Constatou-se através dos artigos que, para uma resposta clínica e terapêutica satisfatória, é importante o acompanhamento multiprofissional tardio. É importante destacar, como limitação do estudo, a precariedade de artigos na área de abrangência, destacando a importância de novos estudos relacionados com a temática.

Palavras-chave: Sofrimento emocional; Cirurgia bariátrica; ganho de peso.

3.1.2- ABSTRACT

Bariatric surgery is the most effective intervention in the fight against obesity worldwide. The effects of bariatric surgery have clinical and psychosocial repercussions. Therefore, it is necessary to know how individuals have lived this experience, considering the individual meanings that are related to the socio-historical context in which they are inserted. Objective: To know if the psychopathological profile of late bariatric individuals is associated with weight regain. Methodology: This is a systematic review with a qualitative approach. The selection of articles was carried out from January to July 2020. A search was carried out in the published literature, through the Virtual Health Library (VHL)

of CAPES journals, which include recognized databases, namely: MEDLINE/Pubmed , SCIELO, Index Psicologia, CINAHL and embase, covering all literature on the subject until the year 2020. Eight articles were selected to compose the study sample, addressing the psychosocial effects of bariatric surgery, using methodology, predominantly, quantitative and associated with the weight regain theme. Conclusion: It was found through the articles that, for a satisfactory clinical and therapeutic response, late multidisciplinary follow-up is important. It is important to highlight, as a limitation of the study, the precariousness of articles in the area covered, highlighting the importance of new studies related to the theme.

Keywords: Emotional suffering; Bariatric surgery; weight gain.

3.1.3- RESUMEN

La cirugía bariátrica es la intervención más eficaz en la lucha contra la obesidad en todo el mundo. Los efectos de la cirugía bariátrica tienen repercusiones clínicas y psicosociales. Por tanto, es necesario conocer cómo los individuos han vivido esta experiencia, considerando los significados individuales que se relacionan con el contexto socio-histórico en el que se insertan. Objetivo: conocer si el perfil psicopatológico de los individuos bariátricos tardíos se asocia con la recuperación de peso. Metodología: Se trata de una revisión sistemática con enfoque cualitativo. La selección de artículos se realizó de enero a julio de 2020. Se realizó una búsqueda en la literatura publicada a través de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) de revistas CAPES que incluyen bases de datos reconocidas, a saber: MEDLINE / Pubmed, SCIELO, Psychology Index, CINAHL y embase, abarcando toda la literatura sobre el tema hasta 2020. Para componer la muestra de estudio se seleccionaron ocho artículos que abordan los efectos psicosociales de la cirugía bariátrica utilizando una metodología predominantemente cuantitativa y asociada al tema de la recuperación de peso. Conclusión: Se encontró a través de los artículos que para una respuesta clínica y terapéutica satisfactoria es importante un seguimiento multiprofesional tardío. Es importante resaltar como limitación del estudio la precariedad de los artículos en el área de cobertura, destacando la importancia de nuevos estudios relacionados con el tema.

Palabras clave: Distrés psicológico; Cirugía bariátrica; Aumento de peso.

3.1.4- INTRODUÇÃO

A obesidade é uma enfermidade metabólica de etiologia multifatorial, cujo tratamento está relacionado ao desempenho do acompanhamento nutricional, exercício físico regular e o uso de alguns fármacos específicos (CROSATO & MARQUES, 2005). Todavia, quando os indivíduos não respondem bem ao tratamento convencional é recomendado o tratamento cirúrgico.

Entretanto, a cirurgia recomendada para tratamento do obeso mórbido chama-se de bariátrica que é um tipo de intervenção cirúrgica que promove a restrição alimentar, através de mudanças estruturais no trato gastrointestinal, como também a expressiva melhora das comorbidades associadas à obesidade, como a diabetes tipo 2 (SJÖSTRÖM, 2014).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2021), a cirurgia bariátrica foi introduzida, no Brasil, nos anos 1990, e vem passando por uma autêntica revolução, nas últimas duas décadas. O número de procedimentos, no país, pulou de 34 mil para quase 70 mil em oito anos. No caso do diabetes tipo 2, 90% dos pacientes conseguem controlar a doença, após a cirurgia bariátrica. Estudos mostram ainda que a cirurgia reduz em 60% o risco de desenvolvimento de câncer, a apneia obstrutiva do sono é reduzida em 85% dos pacientes e o risco de desenvolver doença arterial coronariana cai 56%.

Vale ressaltar, que alguns pacientes apresentaram resistência para perder peso e outros apresentaram reganho de peso, depois de um tempo de operado. Uma das razões para oscilações, na perda de peso, pode ser a dificuldade em fazer e sustentar as mudanças na ingestão alimentar e na atividade física (KARLARCHIAN & MARCUS, 2015).

Outra questão, possivelmente, relacionada ao reganho de peso é a ausência do acompanhamento multidisciplinar dos pacientes no pós-operatório. A perda de seguimento pode implicar o menor autocuidado do paciente, dificultar o monitoramento dos hábitos de vida e a detecção precoce de ganho ponderal (SILVA, 2016). Vários estudos demonstram que o reganho de peso está associado a alguma comorbidade psicológica, destacando-se a ansiedade,

transtorno de compulsão alimentar periódica, alterações de humor e depressão (OLIVEIRA *et al*,2013).

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo identificar se o perfil psicopatológico dos indivíduos bariátricos tardio, está associado ao ganho de peso.

3.1.5- METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, método que reúne, avalia e sintetiza os resultados de pesquisas sobre temáticas específicas. Foi realizada uma busca na literatura publicada através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) de periódicos CAPES que contemplam bases de dados reconhecidas, a saber: MEDLINE/Pubmed, SCIELO, Index psicologia, CINAHL e embase, abrangendo toda literatura acerca da temática até julho de 2020.

Possui como finalidade reunir, sintetizar e resumir o conhecimento científico já existente, de forma que permita avaliar e comparar as publicações científicas sobre a referida temática (Bublitz, de Azevedo Guido, Oliveira Freitas & Lopes, 2012).

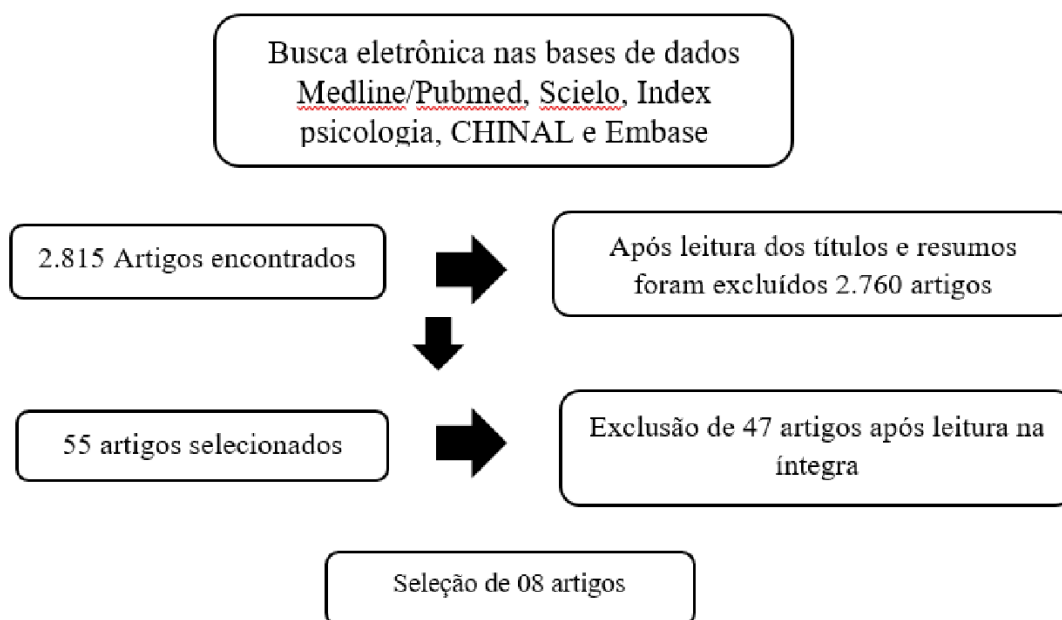
A seleção dos artigos foi realizada, no período de janeiro a julho de 2020, de forma ampla, através dos seguintes descritores: Impact Psychological; Bariatric Surgery; Weight regain, (inglês e português). Contudo o período de levantamento na literatura foi de 01 de janeiro de 2010 a maio de 2020. A razão pela delimitação deste período foi avaliar as publicações, nos últimos dez anos, sobre a referida temática.

A seleção dos manuscritos ocorreu, primeiramente, pela análise sucinta dos títulos e abstracts/ resumos. Após os artigos serem contemplados pelas estratégias de busca, foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: Estudos com pessoas adultas em pós operatório de cirurgia bariátrica; Estudos que tivessem no título pelo menos uma combinação os termos descritos na estratégia de busca; artigos escritos em língua inglesa, e portuguesa; artigos que abordassem as interfaces entre perfil psicopatológico e cirurgia bariátrica associado ao ganho de peso; Estudos originais com texto integral acessível, através da BVS e do portal periódicos CAPES; Estudos epidemiológicos; casos clínicos, randomizados controlados, transversal analítico, coorte prospectivo e

retrospectivo e longitudinal; relato de caso e caso controle; estudos publicados, no período de dez anos. Foram excluídos: Estudos com crianças e adolescentes; estudo cuja amostra era animais; Estudos de revisões, teses e dissertações. Os manuscritos repetidos em mais de uma base de dados, foram contabilizados uma única vez.

Com base nas publicações selecionadas, durante a busca e, obedecendo, rigorosamente, aos critérios de inclusão e exclusão apresentados, realizou-se a leitura dos artigos na íntegra. A Figura 1 descreve as etapas realizadas para identificação e seleção dos estudos que compuseram a amostra da pesquisa.

Figura 1 - Etapas da seleção dos artigos que compuseram a amostra, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2021.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

3.1.6- RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após critério, cada artigo selecionado foi lido, integralmente, e inserido em Quadros (1 e 2), contendo: autores, ano de publicação, revista, tipo de estudo, título, objetivos e conclusão.

Quadro1: Distribuição dos artigos, segundo autor, ano de publicação e tipo de estudo n=8, 2021.

Nº	Autor	Ano	Revista	Tipo de estudo
1	Ingela Lundin Kvaem; Irmelin Bergh; Stephanie Sogg & Tom Mala.	2014	Surgery for Obesity and Related Disease	Transversal Prospectivo
2	Ramona Burgmer; Tanja Legenbauer; Astrid Müller; Martina de Zwaan; Charlotte Fischer & Stephan Herpertz	2014	OBES.Surg	Longitudinal Prospectivo
3	Stephan Herpertz, M.D., Astrid Müller, M.D., Ph.D., Ramona Burgmer, Ph.D., Ross D. Crosby, Ph.D., Martin de Zwaan, M.D. & Tanja Legenbauer, Ph.D.	2014	Surgery for Obesity and Related Diseases	Prospectivo controlado
4	Jaqueline Driemeyer; Correia Horvath; Natália Luiza Kops ; Mariana Laitano Dias de Castro & Rogério Friedman	2015	Eating disorder	Transversal
5	Maria Francisca F. P. Mauro; José Carlos Appolinario; Marcelo Papelbaum; Marco Antônio Alves Brasil & João Regis Ivar Carneiro.	2017	Jornal Brasileiro de Psiquiatria	Relato de caso
6	Francisco Felipe de Araújo Rolim; Fernando Santa Cruz; Joseberg Marins Campos, TCBC-PE & Álvaro Antônio Bandeira Ferraz	2018	Rev Col Bras Cir.	Longitudinal, Retrospectivo e descritivo
7	Graziela Aparecida Nogueira de Almeida Ribeiro , Helenice Brizolla Giapietro , Lídia Barbieri Belarmino & Wilson Salgado-Junior	2018	ABCD Arq Bras Cir Dig	Transversal descritivo
8	Carla Barbosa Nonino, Bruno Affonso Parenti de Oliveira, Raiana Cássia Paixão Chaves, Luciana Tabajara Parreiras e Silva, Marcela Augusta de Souza Pinhel, Flávia de Campos Ferreira, Gabriela da Costa Rocha, Simara Paganini Donadelli, Julio Sergio Marchini, Wilson Salgado-Junior & Carolina Ferreira Nicolett	2019	ABCD Arq Bras Cir Dig	Longitudinal Retrospectivo

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021

Quadro 2: Distribuição dos artigos segundo, título, objetivos e conclusões, n=8, 2021.

(continua)

Nº	Título	Objetivo	Conclusão
1	Psychosocial characteristic associated with symptom perception 1 year after gastric bypass surgery- a prospective study	Explorar associações de afeto negativo pré-operatório e histórico de estresse e eventos traumáticos com frequência e intensidade de sintomas autorreferido 1 ano após Y em Roux bypass gástrico (RYGB)	O presente artigo relata que os participantes com um provável transtorno de ansiedade pré-operatória, obteve um maior impacto de fadiga, dor, dumping e diarreia após a cirurgia, enquanto os que apresentaram transtorno de humor e uma história sexual traumática/ eventos violentos relataram um maior impacto de dumping
2	Psychological outcome 4 years after restrictive bariatric surgery	Avaliar a relação entre o curso do peso e variáveis psicológicas, incluindo depressão, ansiedade, saúde e qualidade de vida (QVRS) e auto estima 4 anos após a cirurgia da obesidade	Neste artigo observa-se uma considerável perda de peso e melhora em vários aspectos psicológicos no primeiro ano após a cirurgia. Entretanto o IMC, depressão e a qualidade de vida após 4 anos de cirurgia melhoraram significativamente em comparação com o pré-operatório. No geral é importante um acompanhamento multidisciplinar no pré e pós-operatório para estabilizar o sucesso a longo prazo da cirurgia bariátrica
3	Health-related quality of life and psychological functioning 9 years after restrictive surgical treatment for obesity	Investigar o impacto do tratamento cirúrgico restritivo para obesidade na perda de peso, funcionamento psicológico e qualidade de vida 9 anos após a cirurgia.	A cirurgia bariátrica é um tratamento eficaz para obesidade. A redução de peso após a cirurgia também está associada à melhoria inicial significativa na saúde mental que pode ultrapassar o tempo. Portanto, a triagem psicossocial deve ser incluída em acompanhamentos, com profissionais de saúde mental.

Quadro 2: Distribuição dos artigos segundo, título, objetivos e conclusões, n=8, 2021.

(continuação)

4	Food consumption in patients referred for bariatric surgery with and without binge eating disorder.	Avaliar e comparar a ingestão de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica com e sem BED, utilizando para esse fim as ingestões dietéticas de referências.	Neste estudo, observou-se que os indivíduos com TCAP são mais depressivos e têm a medida superior da circunferência do braço (MUAC) maior do que os indivíduos sem o transtorno. Constatou que os indivíduos depressivos tendem a ter uma maior ingestão de carboidratos e menos ingestão de ácidos graxos.
5	Transtorno da compulsão alimentar (TCA) tem impacto no reganho de peso após a cirurgia bariátrica.	Discutir o possível impacto dos episódios de compulsão alimentar em pacientes submetidos à CB.	Neste artigo observa-se que o transtorno compulsão alimentar em pós-operatório tardio é frequente e a possível causa do reganho de peso pode estar associada a falta de acompanhamento psicológico.
6	Repercussões em longo prazo da derivação gástrica em Y de Roux em população de baixa renda: avaliação após dez anos de cirurgia	Avaliar a evolução ponderal, nutricional e a qualidade de vida de pacientes de baixa renda, após dez anos de derivação gástrica em Y de Roux (DGYR).	No presente estudo observou-se que, em uma população com diversas limitações socioeconômicas, a DGYR manteve resultados satisfatórios quanto à perda peso, mas o seguimento ineficiente pode comprometer o resultado final, especialmente no que diz respeito às deficiências nutricionais.
7	Depressão, ansiedade e compulsão alimentar antes e após cirurgia bariátrica: problemas que persistem	Avaliar o perfil psicológico de pacientes de um serviço público de cirurgia bariátrica antes e após o procedimento	Este estudo mostra a importância de avaliações psicológicas contínuas e a necessidade de intervenções multiprofissionais apropriadas para pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, mesmo após a perda de peso.
8	Características fenotípicas de pacientes com obesidade submetidos à derivação gástrica em y-de-roux: quais as reais mudanças comparando-se 5 a 10 anos de acompanhamento?	Investigar a evolução do estado nutricional de pacientes após cinco e 10 anos de pós-operatório	Observou-se que a comparação entre os períodos pós-operatórios de cinco e 10 anos mostrou que uma porcentagem de pacientes apresenta deficiências de vitaminas e minerais e reganho de peso significativo, evidenciando a necessidade do acompanhamento nutricional no período pós-operatório.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

3.1.7- DISCUSSÃO

Nos artigos analisados, observa-se que os indicadores psicossociais, apresentaram melhora significativa no pós-operatório de cirurgia bariátrica, destacando-se os primeiros vinte e quatro meses de pós-operatório, corroborando outros estudos, como (OLIVEIRA *et al* 2013; SMAID, 2016; TERRA,2017). Vale ressaltar que a prevalência de ansiedade e experiência de vida estressante, no período pré-operatório, refletem diretamente no relato de mais sintomas e em um maior impacto de dumping, dor e fadiga no pós-operatório.

Outro aspecto bastante relevante observado, no período pós-operatório de cirurgia bariátrica, é a considerável perda de peso, controle dos índices glicêmicos, controle de pressão arterial e controle e melhora em vários aspectos psicológicos. Entretanto, o acompanhamento nutricional, no pós-operatório de cirurgia bariátrica, visa favorecer a identificação e a intervenção precoce na perda de peso ou na recidiva de peso, contribuindo para uma melhor resposta clínica. BARDAL; CECCATTO & MEZZOMO, (2016) relata a importância do acompanhamento multiprofissional, no pós-operatório tardio, envolvendo médico, nutricionista, educador físico e psicólogo.

Em relação aos indicadores bioquímicos, o tratamento cirúrgico levou à melhora do perfil lipídico, da glicemia de jejum e redução do número de pacientes com inadequação dos exames referentes às enzimas hepáticas e ao ácido úrico, nos primeiros vinte e quatro meses de cirurgia. Entretanto, a operação também resultou no aumento do número de pacientes com deficiência de vitaminas e minerais, como ferro e vitamina B12. Além disso, estudos mostraram redução da esteatose hepática, após a cirurgia bariátrica. Chauhan, (2010), relata que os possíveis mecanismos responsáveis pela redução da incidência da doença hepática gordurosa não alcoólica nesses pacientes correspondem à melhora da sensibilidade periférica à insulina e à redução dos marcadores inflamatórios.

Em relação ao reganho de peso, muitas vezes, está associado ao tratamento de compulsão alimentar periódica- TCAP. Entretanto os indivíduos com TCAP tem uma tendência a serem mais depressivos e possuírem a medida superior da circunferência do braço maior. Vale ressaltar que os indivíduos depressivos tendem a ter uma maior ingestão de carboidratos e menos ingestão

de ácidos graxos. No entanto, o reganho de peso foi verificado, a partir do segundo ano de pós-operatório, como observado no estudo de (KRUGER RS, PRICOLO VE, STREETER TT, COLACCHIO DA & ANDRADE UA, 2014).

Outra questão, possivelmente, relacionada ao reganho de peso é a ausência do acompanhamento multidisciplinar dos pacientes no pós-operatório. A perda de seguimento pode implicar o menor autocuidado do paciente, dificultar o monitoramento dos hábitos de vida e a detecção precoce de ganho ponderal (SILVA, 2016).

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

Jesus *et al* (2017) apresentam um estudo que 33,3% dos indivíduos passaram pelo procedimento cirúrgico reganharam peso, foi observado que estes pacientes apresentavam mais descontrole alimentar associado à presença de fome.

Para evitar o reganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica, independente da classe social, é importante que os indivíduos sejam monitorados em relação aos seus hábitos alimentares errados, evitar o sedentarismo, praticar atividade física regularmente, evitar ingestão de bebidas alcoólicas e ser acompanhado por uma equipe multiprofissional.

Vale ressaltar que a cirurgia bariátrica não finaliza o tratamento da obesidade, é apenas uma ferramenta que só é eficaz quando associada às terapias auxiliares, por isso, faz-se necessária a monitoração regular por uma equipe multidisciplinar.

3.1.8- CONCLUSÃO

De acordo com a revisão, destaca-se que os objetivos foram alcançados de forma positiva, sendo relevante para o meio acadêmico e profissional. Constatou-se que os principais fatores identificados como determinantes do reganho de peso dos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica constituíram: o abandono do acompanhamento clínico, os hábitos alimentares, a falta de

atividade física, a presença de distúrbios psicológicos, fatores socioeconômicos e o estilo de vida dos indivíduos. Ao analisar estes fatores, conclui-se que é necessária uma abordagem multiprofissional tardia, com o objetivo de identificar possíveis riscos ao sucesso do procedimento e à saúde do indivíduo. Os estudos, sobre o tema revisado, apontam para a necessidade de mais colaborações científicas, voltada para o acompanhamento tardio.

3.1.9- REFERÊNCIAS

Bardal, A. G., Ceccatto, V., & Mezzomo, T. R. (2016). Fatores de risco para recidiva de peso no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. *Scientia médica*, 26(4), ID24224-ID24224.

Brasil, Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica; *Consenso brasileiro multissocietário em cirurgia da obesidade*. 2006. http://www.sbcbr.org.br/pacientes_consenso_bariatrico.php.

Berti, L. V., Campos, J., Ramos, A., Rossi, M., Szego, T., & Cohen, R. (2015). Position of the SBCBM-nomenclature and definition of outcomes of bariatric and metabolic surgery. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 28, 2-2.

Bublitz, S., de Azevedo Guido, L., de Oliveira Freitas, E., & Lopes, L. F. D. (2012). Estresse em estudantes de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2(3), 530-538.

Burgmer, R., Legenbauer, T., Müller, A., de Zwaan, M., Fischer, C., & Herpertz, S. (2014). Psychological outcome 4 years after restrictive bariatric surgery. *Obesity surgery*, 24(10), 1670-1678.

Chauhan, V., Vaid, M., Gupta, M., Kalanuria, A., & Parashar, A. (2010). Metabolic, renal, and nutritional consequences of bariatric surgery: implications for the clinician. *Southern medical journal*, 103(8), 775-83.

Crosato, E. M. & Marques, L. Z. (2005). *Qualidade de vida em pacientes portadores de obesidade mórbida submetidos à gastroplastia vertical com banda com derivação em Y de Roux*. Dissertação apresentada ao Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Oeste de Santa Catarina- UNOESC.

Herpertz, S., Müller, A., Burgmer, R., Crosby, R. D., de Zwaan, M., & Legenbauer, T. (2015). Health-related quality of life and psychological functioning 9 years after restrictive surgical treatment for obesity. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 11(6), 1361-1370.

Horvath, J. D. C., Kops, N. L., de Castro, M. L. D., & Friedman, R. (2015). Food consumption in patients referred for bariatric surgery with and without binge eating disorder. *Eating behaviors*, 19, 173-176.

de Jesus, A. D., Barbosa, K. B. F., de Souza, M. F. C., & dos Santos Conceição, A. M. (2017). Comportamento alimentar de pacientes de pré e pós-cirurgia bariátrica. *RBONE-Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento*, 11(63), 187-196.

Kalarchian, M. A., & Marcus, M. D. (2015). Psychosocial interventions pre and post bariatric surgery. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 457-462.

Kruger, R. S., Pricolo, V. E., Streeter, T. T., Colacchio, D. A., & Andrade, U. A. (2014). A bariatric surgery center of excellence: operative trends and longterm outcomes. *Journal of the American College of Surgeons*, 218(6), 1163-1174.

Kvalem, I. L., Bergh, I., Sogg, S., & Mala, T. (2017). Psychosocial characteristics associated with symptom perception 1 year after gastric bypass surgery—a prospective study. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 13(11), 1908-1913.

Mauro, M. F. F., Appolinario, J. C., Papelbaum, M., Brasil, M. A. A., & Carneiro, J. R. I. (2017). O transtorno da compulsão alimentar (TCA) tem impacto no reganho de peso após a cirurgia bariátrica? Relato de caso. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 66, 221-224.

Nonino, C. B., Oliveira, B. A. P. D., Chaves, R. C. P., Silva, L. T. P., Pinhel, M. A. D. S., Ferreira, F. D. C. & Nicoletti, C. F. (2019). Características Fenotípicas de Pacientes com Obesidade Submetidos a Derivação Gástrica em Y-de-Roux: Quais as Reais Mudanças Comparando-se 5 a 10 anos de Acompanhamento? *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 32.

de Oliveira, M. S., Lima, E. D. F. A., Leite, F. M. C., & Primo, C. C. (2013). Perfil do paciente obeso submetido à cirurgia bariátrica. *Cogitare enfermagem*, 18(1), 90-94.

Ribeiro, G. A. N. D. A., Giapietro, H. B., Belarmino, L. B. & Salgado-Júnior, W. (2018). Depressão, ansiedade e compulsão alimentar antes e após cirurgia bariátrica: Problemas que persistem. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 31.

Rolim, F. F. D. A., Cruz, F. S., Campos, J. M., & Ferraz, Á. A. B. (2018). Repercussões em longo prazo da derivação gástrica em Y de Roux em população de baixa renda: avaliação após dez anos de cirurgia. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 45.

Sjöström, L., Peltonen, M., Jacobson, P., Ahlin, S., Andersson-Assarsson, J., Anveden, Å. & Carlsson, L. M. (2014). Association of bariatric surgery with long-term remission of type 2 diabetes and with microvascular and macrovascular complications. *Jama*, 311(22), 2297-2304.

Smaid, K. (2016) Cirurgia bariátrica e seus aspectos psiquiátricos. *PSYCHIATRY ON LINE*, 21(1).

da Silva, F. B. L., Gomes, D. L., & de Carvalho, K. M. B. (2016). Poor diet quality and postoperative time are independent risk factors for weight regain after Roux-en-Y gastric bypass. *Nutrition*, 32(11-12), 1250-1253.

Terra, C. M. O., Simões, C. F., Mendes, A. A., Oliveira, R. P., Dada, R. P., Mendes, V. H. S. & Nardo-Junior, N. (2017). The relation among the physical activity level during leisure time, anthropometry, body composition, and physical fitness of women underwent of bariatric surgery and an equivalent group with no surgery. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 30, 252-255.

3.2. ARTIGO 2 - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA

Clinical profile of individuals undergoing bariatric surgery

RESUMO

Introdução: A prevalência de obesidade vem aumentando, notavelmente, no âmbito mundial. Com isso, houve um aumento considerável das doenças crônicas não transmissíveis e, conseqüentemente, um alto impacto na morbimortalidade. **Objetivo:** caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico tardio dos indivíduos bariátricos, associado ao reganho e excesso de peso. **Método:** Estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, com indivíduos maiores de 18 anos e que tenham vivenciado o pós-operatório, há mais de 60 meses. **Resultados:** Observou-se que a técnica cirúrgica e a atividade laboral exercida apresentaram uma relação estatística com o reganho de peso ($p= 0,001$ e $p= 0,025$), respectivamente. Em relação à melhora das comorbidades, destacam-se, apneia do sono (93%), diabetes (88%), hipertensão (76%) e depressão (71%). Verificou-se que a técnica mais utilizada foi por Gastroplastia em Y de Roux (98%). **Conclusão:** Os indivíduos, que realizaram a cirurgia bariátrica, eram, predominantemente, mulheres em idade fértil, com obesidade grau II e com pelo menos uma ou mais comorbidades associadas, sendo ansiedade, hipertensão e apneia do sono as mais prevalentes. **Palavras-chave:** Cirurgia bariátrica; reganho de peso e Comorbidades.

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of obesity has been increasing remarkably worldwide. As a result, there was a considerable increase in non-communicable chronic diseases and, consequently, a high impact on morbidity and mortality. **Objective:** to characterize the late sociodemographic and clinical profile of bariatric individuals, associated with regaining and excess weight. **Method:** Exploratory, descriptive study, with a quantitative approach, with individuals over 18 years old and who have experienced the postoperative period for more than 60 months. **Results:** It was observed that the surgical technique and the work

activity performed showed a statistical relationship with weight regain ($p= 0.001$ and $p= 0.025$), respectively. Regarding the improvement of comorbidities, sleep apnea (93%), diabetes (88%), hypertension (76%) and depression (71%) stand out. It was verified that the most used technique was Roux-en-Y Gastroplasty (98%). **Conclusion:** Individuals who underwent bariatric surgery were predominantly women of childbearing age, with grade II obesity and at least one or more associated comorbidities, with anxiety, hypertension and sleep apnea being the most prevalent.

Keywords: Bariatric Surgery; Weight regain and comorbidities

3.2.1- INTRODUÇÃO

A prevalência da obesidade vem aumentando, notavelmente, no âmbito mundial. No Brasil, dados de 2021 da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) revelaram que 22,4% da população adulta apresentava obesidade ^{1,2}.

Compreendida pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, a obesidade caracteriza-se como um dos principais fatores de risco para a morbimortalidade de indivíduos adultos, relacionada a 63% do total de mortes ocasionadas por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em todo o mundo ³.

As DCNT causam diversas doenças e problemas relacionados aos vários sistemas e aparelhos corporais, dentre eles, destacam-se o sistema respiratório, o sistema digestório, o sistema nervoso, a pele, a função sexual e reprodutora e a função psicossocial, além de estar associada a outras comorbidades, como o aumento do risco cirúrgico e anestésico ⁴.

Nesse sentido, o controle do peso traz inúmeros benefícios à saúde e é ideal para contribuir com a diminuição de doenças relacionadas ao sobrepeso. No entanto, devido ao fracasso nos tratamentos convencionais, como dietas, exercícios físicos e farmacológico, houve um aumento considerável na realização de cirurgias bariátricas no âmbito mundial ^{5,6}.

A cirurgia bariátrica tem como finalidade a redução do peso e uma expressiva melhora das comorbidades associadas à obesidade, como também mudanças drásticas nos hábitos e comportamentos sociais ^{1,7}. Dentre as comorbidades, destacam-se o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), dislipidemias,

apneia obstrutiva do sono, doença cardiovascular e transtornos psicológicos, além da diminuição da mortalidade ^{8,10}.

Diante do exposto, o presente estudo objetiva caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos indivíduos bariátricos tardios, associado ao reganho e excesso de peso, no contexto de subsidiar intervenções para uma melhor qualidade de vida dos indivíduos.

3.2.2- MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa, realizado em 121 indivíduos bariátricos tardios. A técnica de amostragem foi do tipo aleatória, não-probabilística, cuja população foi recrutada de forma online, através da plataforma Google Forms e divulgada em plataformas digitais, durante o período de outubro de 2020 a setembro de 2022. Foi utilizado como instrumento, um questionário semiestruturado com questões sociodemográficas e clínicas que contemplam o objetivo do estudo.

Foram feitos os cálculos percentuais de Excesso de Peso (%EP), Perda de Excesso de Peso (%PEP) e Reganho de Peso (%RP), utilizando e cruzando os dados referentes a três momentos distintos: peso pré-operatório (até 30 dias antes da cirurgia), peso nadir (quando atingido menor peso pós-cirurgia) e peso recidiva (quando observada recuperação acima de 50% do excesso de peso perdido).

Após a coleta, os dados foram digitados, em um banco de dados, no software JAMOVI (V2.3) ¹¹. Para análise dos dados, foram utilizadas médias, desvio padrão e porcentagem nas variáveis quantitativas e frequências absoluta e relativa para as variáveis qualitativas. Para comparar as médias entre os grupos das variáveis qualitativas, foi aplicado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para avaliação entre dois grupos e o teste de Kruskal Wallis para avaliação de três ou mais grupos, verificando a distribuição dos dados pelos testes de normalidade Shapiro Wilks e técnicas de exploração visual. Na pesquisa, foi adotado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Esta pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, de acordo com o parecer n 4.294.186 e

registro CAAE 34261519.8.0000.5182. Todos os princípios éticos contidos na resolução 466/12 foram respeitados.

3.2.3- RESULTADOS

Compuseram o estudo 121 indivíduos em pós-operatório de cirurgia bariátrica. A idade variou entre 22 e 66 anos, com média de $40,01 \pm 7,56$ anos, predominância do sexo feminino (70%), estado civil casado (61%), com filhos (72%), estabilidade empregatícia (82%) e renda familiar maior que 6 salários-mínimos (36%). Quanto à escolaridade, predominaram os indivíduos com pós-graduação a nível de especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado (48%), seguido do nível superior completo (30%). Predominaram as abordagens cirúrgicas pelas técnicas Bypass gástrico em Y de roux (BGYR) (82%) e Sleeve (18%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa (n=121). Brasil, 2023.

<i>(continua)</i>					
VARIÁVEL	N (%)	%PRP (n=121)	P (valor)	%PEP (n=121)	P (valor)
Técnica cirúrgica			0,001		0,154
Bypass	98 (82%)	33,9±10,5		37,4±25,2	
Sleeve	22 (18%)	22,6±21,2		47,9±32,7	
Sexo			0,230		0,233
Masculino	36 (30%)	28,4±18,9		40,7±26,4	
Feminino	85 (70%)	33,2±10,6		36,7±27,9	
Estado civil			0,633		0,853
Solteiro	27 (22%)	33,4±11,3		38,8±26,8	
Casado	74 (61%)	30,8±14,8		37,6±22,2	
Divorciado	16 (13%)	32,6±13,2		46,6±35,2	
Viúvo	4 (3%)	37,3±7,6		36,6±21,5	
Filhos			0,745		0,883
Sim	87 (72%)	33,0±10,1		26,5±13,5	
Não	34 (28%)	28,9±20,0		25,8±12,6	
Trabalho			0,156		0,025
Sim	102 (84%)	32,3±14,1		50,2±25,4	
Não	19 (16%)	29,3±11,3		37,5±26,8	
Renda familiar			0,632		0,554
< 3	25 (21%)	32,3±12,3		40,1±24,0	
Entre 3 e 4	23 (19%)	32,1±9,0		41,0±28,9	
Entre 4 e 5	17 (14%)	29,4±24,2		49,5±35,4	
Entre 5 e 6	13 (11%)	36,8±6,9		32,2±12,6	
> 6	43 (36%)	30,8±12,6		36,6±26,5	

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa (n=121). Brasil, 2023.

VARIÁVEL	N (%)	%PRP (n=121)	(continuação)	
			P (valor)	%PEP (n=121)
Escolaridade			0,660	0,804
1° grau completo	1 (1%)	19,0		44,5
2° grau incompleto	8 (7%)	31,1± 8,6		44,9±30,5
2° grau completo	18 (15%)	30,6± 12,3		42,9±19,3
Graduação	36 (30%)	9,7± 18,2		35,1±35,8
Especialização	44 (36%)	4,6± 10,3		35,4±27,2
Mestrado	8 (7%)	35,6± 7,7		41,3±26,7
Doutorado	5 (4%)	25,1± 20,7		40,7±25,6
Pós-doutorado	1 (1%)	28,6		38,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Observou-se que a técnica cirúrgica e a atividade laboral exercida apresentaram uma relação, estatisticamente, significativa com o reganho de peso ($p= 0,001$ e $p= 0,025$), respectivamente. Em relação ao percentual de reganho de peso-PRP, houve diferenças, estatisticamente, significativas entre as técnicas cirúrgicas aplicada ($U = 596.5$, $p = 0.001$), cujo indivíduos submetidos à BGYR tiveram maior reganho, com média 33.9 ± 10.5 (Kg), enquanto os submetidos à técnica Sleeve apresentaram, em média, reganho de 22.6 ± 21.2 (Kg).

Em relação ao gênero, não há diferenças quanto ao ganho de peso depois da cirurgia ($p= 0,088$), ou seja, o aumento do peso Nadir para o peso recidiva. Observou-se que as mulheres tiveram em média uma variação de 10kg e os homens de 15kg.

Em relação ao tempo de pós-operatório, os indivíduos apresentaram um intervalo de 3 a 19 anos, com média $7,26 \pm 3,43$. Para delinear o perfil antropométrico dos indivíduos, observou-se que o peso corporal e o IMC antes da cirurgia encontravam-se entre 55 e 207 kg e 24,4 a 63,7, com média de $120,83 \pm 25,07$ e $43,91 \pm 6,37$ classificados como obesidade grau III ou mórbida. O peso corporal e o IMC nadir variaram entre 10 e 115kg e 37,4 a 4,4, com média de $69,83 \pm 15,09$ e $25,99 \pm 3,88$ classificados como peso ideal. Já em relação ao peso corporal e o IMC recidiva no momento da pesquisa, variou entre 33 e 169kg e 14,7 a 59,2, com média de $81,70 \pm 20,44$ kg e $29,67 \pm 5,90$, em que a maioria reduziu para sobrepeso. Isso mostra o quanto a cirurgia bariátrica é eficaz para o controle do peso (Tabela 2).

Quando comparado o peso pré com o peso atual dos indivíduos, observou-se que 2 (1,7%) indivíduos apresentaram ganho de peso. Já ao comparar o peso Nadir com o peso atual dos indivíduos, observou-se um ganho de peso significativo 110 (92,4%) indivíduos.

Tabela 2 - Dados antropométricos dos participantes N=121

Variável	Pré	Nadir	Atual
PESO	120,83 ± 25,07	69,83 ± 15,09	97,0 ± 20,4
IMC	43,3 ± 6,36	29,67 ± 5,90	29,67±5,90
Abaixo do peso	-	1 (0,8%)	1 (0,9%)
Peso ideal	-	52 (43,7%)	21 (17,4%)
Sobrepeso	-	53 (44,5%)	47 (40,2%)
Obesidade Grau I	3 (2,5%)	12 (10,1%)	32 (27,4%)
Obesidade Grau II	27 (22,3%)	1 (0,8%)	11 (9,4%)
Obesidade Grau III	91 (75,2%)	-	5 (4,3%)
TOTAL	121 (100%)	121 (100%)	121 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Em relação às comorbidades clínicas e psicológicas, após a realização da cirurgia bariátrica, foi observado um percentual de melhoras. Observou-se melhores resultados nos distúrbios do sono (93%), Diabetes Mellitus tipo 2 (88%), hipertensão (76%), depressão (71%) e ansiedade (54%). Vale ressaltar que alguns indivíduos, após anos de operados, apresentaram surgimento de novas patologias, como diabetes (3%), hipertensão (4%), artrite (1%), ansiedade (11%) e depressão (4%) (Tabela 3).

Aqueles indivíduos, que melhoraram a hipertensão, apresentaram um excesso de peso atual menor do que aqueles que não melhoraram, essa diferença é, estatisticamente, significativa ($p=0,03$).

Tabela 3 - Comorbidades clínicas e psicológicas mais prevalentes (n=121). Brasil, 2023.

Comorbidades	<i>(continua)</i>						
	ANTES DA CIRURGIA		DEPOIS DA CIRURGIA		MELHORA (%)	PRP p valor	PEP p valor
	SIM	NÃO	SIM	NÃO			
Ansiedade	57(47%)	64(53%)	33(27%)	88(73%)	88(73%)	0.981	0.509
Hipertensão	50(41%)	71(59%)	15(12%)	106(88%)	106(88%)	0.219	0.254 ¹

Fonte: Dados da pesquisa, 2023. ¹teste U Mann-Whitney

Tabela 3 - Comorbidades clínicas e psicológicas mais prevalentes (n=121). Brasil, 2023.

(continuação)

Comorbidades	ANTES DA CIRURGIA		DEPOIS DA CIRURGIA		MELHORA (%)	PRP p valor	PEP p valor
	SIM	NÃO	SIM	NÃO			
Apneia do sono	30(25%)	91(75%)	2 (2%)	119(98%)	119(98%)	0.923	-
Diabetes	24(20%)	97(80%)	3(2%)	118(98%)	118(98%)	0.114	0.644
Depressão	21(17%)	100(83)	10 (8%)	111(92%)	111(92%)	0.519	0.291
Doenças articulares	10(8%)	111(92)	5(4%)	118(96%)	118(96%)	0.857 ¹	0.533 ¹

Fonte: Dados da pesquisa, 2023. ¹teste U Mann-Whitney

3.2.4- DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico e clínico tardio dos indivíduos bariátricos que constituíram o estudo, apresentou idade média de $40 \pm 7,56$ anos, predominância do sexo feminino e de estado civil casado, o que corrobora os estudos desenvolvidos por Ribeiro et al,2016 ¹¹ e Wendy et al,2020 ¹³. Acredita-se que a predominância do sexo feminino pode estar atrelada à predisposição que a mulher tem em acumular gordura, bem como a vivência de estilos de vida mais favoráveis, como a falta de adesão a prática de atividade física e dietas supervisionadas. Associada a isto, está a pressão imposta pela sociedade de que mulher para ser considerada bonita tem que ser magra ^{5,14,15}.

A população estudada caracterizou-se pela prevalência de indivíduos, economicamente ativos, com vínculo empregatício nas áreas da saúde, educação e de vendas e em maiores níveis de escolaridade, como graduação e especialização, dados similares aos encontrados na literatura ^{15,16}. Esse achado pode estar atrelado ao nível de escolaridade elevado, pois contribui na persistência e na escolha por estratégias para conseguir alternativas terapêuticas a fim de manter o peso, como também proporciona melhor compreensão das informações fornecidas, durante as consultas e intervenções educativas ¹⁷.

Dentre as técnicas cirúrgicas apresentadas no estudo, foi predominante o BGYR, considerada com uma cirurgia metabólica, que além de reduzir o

estômago, é capaz de associar os componentes restritivo e disabsortivo que modificam a anatomia e a fisiologia do estômago, causando uma importante diminuição da área de absorção intestinal (mais de 60%), levando a uma perda de peso intensa, na melhora das comorbidades associadas à obesidade, no entanto, possui um procedimento técnico mais exigente, com uma curva de aprendizagem um pouco maior ^{18,19}.

Ao longo dos anos, é possível observar que alguns indivíduos bariátricos apresentaram reganho de peso, tal fato pode estar atrelado à falta de seguimento a um acompanhamento tardio com uma equipe multiprofissional. O presente estudo relata que indivíduos submetidos à BGYR tiveram maior reganho de peso, quando comparados aos que foram submetidos à técnica Sleeve.

A Técnica do BGYR é considerada a técnica preferida pelos cirurgiões, por ser uma técnica mista e por ser considerada como padrão ouro para o tratamento da obesidade grave, e melhora das comorbidades, respectivamente. Nessa técnica, é realizada a exérese do estômago proximal, limitando, desse modo, o seu volume a cerca de 10 a 25 mL. Portanto, o estômago remanescente, o duodeno e a parte inicial do jejuno ficam excluídos do trânsito alimentar, e o pequeno reservatório gástrico é, então, anastomosado a uma alça jejunal isolada em formato de Y, promovendo, além da restrição de volume, o aumento de hormônios que dão saciedade. O indivíduo submetido a essa técnica perde, em média, de 70% a 80% do excesso de peso inicial ²⁰.

Um estudo com mulheres submetidas à cirurgia bariátrica mostrou que aquelas que atingiram o marco de um ano ou mais de cirurgia começaram a ter dificuldades na manutenção do peso alcançado. A partir de então, passaram a conviver com incertezas e medos relacionados à ocorrência de reganho de peso em razão da retomada de hábitos alimentares inadequados. À medida que o tempo da cirurgia vai se distanciando, essas pessoas vão retomando suas experiências anteriores frente à obesidade ²¹.

Considerando a relação dos hábitos alimentares dos indivíduos bariátricos, um estudo identificou que 55% consomem, diariamente, produtos processados e ultraprocessados e 53% têm o hábito de ingerir alimentos açucarados ou doces, sendo estes calóricos, ricos em gordura saturadas e trans, pobres em nutrientes e estão relacionados ao ganho de peso e gordura corporal

Ao avaliar a evolução das variáveis antropométricas apresentadas entre o momento pré-cirúrgico o Nadir e o recidiva, demonstrou-se o impacto do tratamento cirúrgico sobre a perda de peso do indivíduo, refletindo, diretamente, no IMC, e na redução do excesso de peso ⁶.

A Associação Brasileira para Estudos da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), as diretrizes brasileiras de obesidade definem sucesso como perda a partir de 50% do excesso de peso e saída da faixa de obesidade mórbida sustentada pelo período de cinco anos (1). Ressalta-se que o presente estudo obteve uma amostra de 24% com perda de 50% do excesso de peso. Quando comparado à média do peso corporal e IMC entre o período pre e pós-operatório dos indivíduos bariátricos, observou-se uma redução de obesidade grau III de ambos os gêneros, para obesidade grau I e sobrepeso, respectivamente masculino e feminino.

Quando questionados sobre a presença de comorbidades, a maioria relatou apresentar uma ou mais comorbidades associadas, tanto no pré como no pós-operatório, mas houve melhoras de algumas comorbidades e surgimento de outras, no pós-operatório tardio. O percentual de melhora das comorbidades após a realização da cirurgia bariátrica foi satisfatório. Os melhores resultados envolveram a resolução de apneia do sono, DM2, hipertensão e depressão. Além disso, o DM2 não foi a doença mais prevalente no pré-operatório, mas apresentou uma redução de 88% entre os indivíduos, demonstrando, assim, um potente efeito protetor contra o diabetes e suas comorbidades associadas

Dentre as comorbidades osteoarticulares relatadas no estudo, destacam-se, artrite, artrose e fibromialgia, ambas com pequena frequência clínica, mas com grande impacto na vida dos indivíduos. Vale ressaltar que a obesidade é um fator predisponente ao desenvolvimento de osteoartrose de joelho e quadril e, conseqüentemente, o desenvolvimento de uma inflamação (osteoartrite), devido à sobrecarga de peso na estrutura corporal.

Ressalta-se que poucos estudos conseguiram verificar o real efeito da influência do ganho de peso sobre o perfil metabólico de indivíduos bariátricos tardio. Portanto, vários autores são categóricos em afirmar que a melhora de comorbidades, após a cirurgia bariátrica é reduzida, em longo prazo, com o ganho de peso, o que pode implicar em reincidência dessas doenças associadas ^{23,24}.

3.2.5- CONCLUSÃO

Percebeu-se que cirurgia bariátrica é eficaz para perda de peso e o presente estudo conclui que a maioria dos indivíduos que se submetem à cirurgia são mulheres em idade fértil, com obesidade grau II e com pelo menos uma ou mais comorbidades associada, em que a ansiedade, a hipertensão e a apneia do sono são as mais prevalentes. Verificou-se que a técnica cirúrgica com maior frequência foi o BGYR, com respostas clínicas satisfatórias.

Ressalta-se que o tempo de obesidade, na vida do paciente, dificulta, mais ainda, a perda de peso e o excesso de peso produz distúrbios metabólicos conhecidos, com efeitos severos e nocivos sobre o corpo, e a idade, o tempo de obesidade, a presença de diabetes e o seu tempo de evolução podem acarretar alterações específicas e cumulativas no metabolismo

Sendo assim, a cirurgia bariátrica pode viabilizar um impacto positivo no combate à obesidade, com seus efeitos voltados para uma melhor qualidade de vida, como também para a diminuição ou desaparecimento de comorbidades associadas à obesidade.

3.2.6- REFERÊNCIAS

1. olivasdigital. Reganho de peso após cirurgia Bariátrica, o que fazer? [Internet]. Abeso. 2016 [citado 11 de maio de 2023]. Disponível em: <https://abeso.org.br/reganho-de-peso-apos-cirurgia-bariatrica-o-que-fazer/>
2. Vigil Brasil 2021 - estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas — Ministério da Saúde [Internet]. [citado 12 de maio de 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigil/vigil-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/view>
3. “Moving for My Baby!” Motivators and Perceived Barriers to Facilitate Readiness for Physical Activity during Pregnancy among Obese and Overweight Women of Urban Areas in Northern Taiwan - PMC [Internet]. [citado 11 de maio de 2023]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8156013/>
4. Mendes JMS, Neto FL, Santos MCQ dos, Lucena D de S, Rocha RM da S, Fernandes RVR, et al. Aspectos psicológicos de indivíduos bariátricos relacionados ao reganho de peso durante a pandemia por COVID-19. Res Soc Dev. 14 de fevereiro de 2023;12(2):e29912240302–e29912240302.

5. Ferreira A de S. Consulta de enfermagem na Estratégia Saúde da Família: Prevenção do sobrepeso e obesidade infantil. *Res Soc Dev.* 24 de março de 2020;9(5):e17952610–e17952610.
6. Nóbrega MP, Cabral PC, Pinho CPS, Costa J, Lima DSC de. Perfil alimentar e reganho de peso de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em um hospital universitário / Food profile and weight regain of patients submitted to bariatric surgery in an university hospital. *Braz J Dev.* 5 de dezembro de 2020;6(12):94771–85.
7. Raspante LB de P, Barquette Á do C, Motta EGPC, Ribeiro MA, Ramos LFM, Moreira W. Review and pictorial essay on complications of bariatric surgery. *Rev Assoc Médica Bras.* 30 de setembro de 2020; 66:1289–95.
8. Courcoulas AP, King WC, Belle SH, Berk P, Flum DR, Garcia L, et al. Seven-Year Weight Trajectories and Health Outcomes in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) Study. *JAMA Surg.* 1º de maio de 2018;153(5):427–34.
9. Gagnon C, Schafer AL. Bone Health After Bariatric Surgery. *JBMR Plus.* 1º de maio de 2018;2(3):121–33.
10. Tess BH, Maximiano-Ferreira L, Pajeccki D, Wang YP. BARIATRIC SURGERY AND BINGE EATING DISORDER: SHOULD SURGEONS CARE ABOUT IT? A LITERATURE REVIEW OF PREVALENCE AND ASSESSMENT TOOLS. *Arq Gastroenterol.* 20 de maio de 2019; 56:55–60.
11. Ribeiro GAN de A, Giampietro HB, Belarmino LB, Salgado-Júnior W. PERFIL PSICOLÓGICO DE PACIENTES CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA. *ABCD Arq Bras Cir Dig São Paulo.* 2016; 29:27–30.
12. King WC, Belle SH, Hinerman AS, Mitchell JE, Steffen KJ, Courcoulas AP. Patient Behaviors and Characteristics Related to Weight Regain After Roux-en-Y Gastric Bypass: A Multicenter Prospective Cohort Study. *Ann Surg.* dezembro de 2020;272(6):1044–52.
13. Artigo - Atena Editora [Internet]. [citado 11 de maio de 2023]. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/catalogo/post/nutricao-comportamental-e-cirurgia-bariatrica-contextos-e-desafios>
14. Birck CC, de Souza FP. Ansiedade e compulsão alimentar em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. 2020;
15. Junges VM, Cavalheiro JMB, Fam EF, Closs VE, Gottlieb MG. Perfil do paciente obeso e portador de síndrome metabólica candidato à cirurgia bariátrica em uma clínica particular de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Sci Médica.* 30 de junho de 2016;26(3):ID22898–ID22898.
16. Barros LM, Moreira RAN, Frota NM, Caetano JÁ. MUDANÇAS NA QUALIDADE DE VIDA APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA CHANGES IN QUALITY OF LIFE AFTER BARIATRIC SURGERY. 2013;
17. Husain F, Jeong IH, Spight D, Wolfe B, Mattar SG. Risk factors for early postoperative complications after bariatric surgery. *Ann Surg Treat Res.* agosto de 2018;95(2):100–10.

18. Gastric Bypass Surgery | Morbid Obesity [Internet]. [citado 12 de maio de 2023]. Disponível em: <https://www.ifso.com/roux-en-y-gastric-bypass/>
19. RASPANTE LP, et al. Review and pictorial essay on complications of bariatric surgery. *Revista Associação Médica Brasileira*, 2020;66(9):1289-1295
20. Oliveira DM de Merighi MAB, Kortchmar E, Braga VA, Silva MH da, Jesus MCP de. Vivência de mulheres no pós-operatório da cirurgia bariátrica: estudo fenomenológico. *Online Braz J Nurs*. 16 de abril de 2016;15(1):1–10.
21. Rocha AC. COMPORTAMENTO E HÁBITOS ALIMENTARES DOS PACIENTES PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA. 2018;6(1).
22. Castanha CR, Tcbc-Pe ÁABF, Castanha AR, Belo G de QMB, Lacerda RMR, Vilar L. Evaluation of quality of life, weight loss and comorbidities of patients undergoing bariatric surgery. *Rev Colégio Bras Cir*. 16 de julho de 2018;45:e1864.
23. Ferraz ÁAB, Carvalho MRC, Siqueira LT, Santa-Cruz F, Campos JM. Micronutrient deficiencies following bariatric surgery: a comparative analysis between sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass. *Rev Col Bras Cir*. 10 de dezembro de 2018;45(6):e2016.

ARTIGO 3 – Transtornos mentais e reganho e excesso de peso em pacientes bariátricos tardios

CORRELATION OF PSYCHOLOGICAL DISORDERS WITH GAINING AND EXCESS WEIGHT IN INDIVIDUALS WITH LATE BARIATRIC

Resumo

A cirurgia bariátrica é a intervenção mais eficaz para a perda de peso em indivíduos com obesidade grau II ou III e, conseqüentemente, uma melhora das comorbidades psiquiátricas associada à obesidade. Objetivo: Relacionar os transtornos psicológicos com o reganho e excesso de peso tardio em indivíduos bariátricos. Método: Estudo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa, realizado com 121 indivíduos bariátricos tardios. Utilizou-se um questionário contendo perguntas relacionadas aos dados sociodemográficos e clínicos; Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP); Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – EHAD, e a Escala de Audit. Os dados foram processados no software JAMOVI (V2.3), baseando-se em estatística descritiva e na correlação de *Spearman's*, com índice de significância de 5% ($p < 0,05$). Resultados. Os resultados demonstraram que a compulsão alimentar é o aspecto mais associado a reganho e excesso de peso tardio, encontrando-se, significativamente, relacionado com o excesso de peso recidiva ($\rho = 0,39$, $p < 0,001$) e percentual de excesso de peso ($\rho = 0,37$, $p < 0,001$). Conclusão: Observou-se uma correlação positiva do transtorno de compulsão alimentar com o reganho excesso de peso.

Palavras chaves: Transtornos psicológicos; reganho de peso; Excesso de peso; Cirurgia bariátrica.

Abstract

Bariatric surgery is the most effective intervention for weight loss in obese people, and consequently a better alternative to psychological disorders resulting from excess weight. Objective: to relate psychological disorders with late regain and excess weight in bariatric individuals. Method: Exploratory and descriptive study with a quantitative approach, carried out with 121 late bariatric individuals. A questionnaire containing questions related to sociodemographic and clinical data was used; Periodic Food Compulsion Scale (ECAP); Hospital Anxiety and

Depression Scale – EHAD, and the Audit Scale. Data were processed using the JAMOVI software (V2.3), based on descriptive statistics and Spearman's correlation, with a significance level of 5% ($p < 0.05$). Results. The results showed that binge eating is the most associated, found to be significantly related to PE relapse ($\rho = 0.39$, $p < 0.001$), PEP ($\rho = 0.37$, $p < 0.001$) and PPEP ($\rho = 0.36$, $p < 0.001$). Conclusion: it is a relevant study that correlated psychological disorders with regaining and excess weight and obtained a significant statistical analysis.

Keywords: Psychological disorders; Weight regain; Overweight; Bariatric surgery.

INTRODUÇÃO

Compreendida como a melhor escolha para o tratamento da obesidade mórbida, a cirurgia bariátrica promove a reestruturação do trato gastrointestinal, com a finalidade de modular a forma de liberação dos peptídeos alimentares e, conseqüentemente, o mecanismo de saciedade (BRUTMAN JN, et al., 2019). Dentre as técnicas cirúrgicas mais utilizadas no âmbito mundial, destacam-se a Bypass gástrico em y de Roux (BGYR) e a gastrectomia vertical ou sleeve, sendo a primeira a mais utilizada. Ambas podem ser realizadas por via convencional ou laparoscópica (BLACKBURN N, et al., 2017).

No entanto, as alterações realizadas, no trato gastrointestinal, são capazes de alterar o sistema dopaminérgico mesolímbico, direcionando o indivíduo a perder o interesse em alimentos específicos e supervalorizando a atenção ao uso de álcool e outras substâncias. Assim sendo, é pertinente destacar a importância de mais estudos referentes às alterações ocorridas no sistema dopaminérgico em busca de resoluções (BRUTMAN JN, et al., 2019).

Neste cenário, é importante destacar que a cirurgia bariátrica vai além de uma alteração gastrointestinal e que sua complexidade supera os campos físicos do indivíduo, percorrendo áreas psicológicas e mentais deste, carecendo de análise para realização do procedimento (MAREK RJ, et al., 2017).

Ainda que a cirurgia bariátrica promova inúmeros benefícios, a sua relação com o abuso de substâncias pós-cirurgia é, cada vez mais evidente, sendo o alcoolismo e o tabagismo os principais focos de abuso desses

indivíduos. Vale ressaltar que o fator psicológico influencia esses novos hábitos, e, conseqüentemente, a exposição à técnica cirúrgica *Bypass*, pode agravar o problema (BIRCK, 2017).

Neste contexto, o emagrecimento súbito pode estar associado ao desencadear de quadros psiquiátricos, como: depressão, ansiedade, alcoolismo e ideias suicidas, assim como maior dificuldade nos relacionamentos interpessoais, dentre outras situações. Fatores estéticos e a pressão sobre a pessoa obesa e o sentimento de inadequação com o novo corpo pós-cirúrgico agregam ainda mais angústia ao processo de reconhecimento do indivíduo para com sua nova identidade corporal e mental, visto que a trajetória vai muito além do declínio numérico do IMC (BRESSAN JA, 2017)

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo relacionar os transtornos psicológicos de depressão, ansiedade, compulsão alimentar e uso abusivo de álcool com o reganho e excesso de peso tardio em indivíduos bariátricos.

MÉTODO

Esta pesquisa teve aprovação do comitê de ética em pesquisa do hospital Universitário Alcides Carneiro, de acordo com parecer n 4.294.186 e CAAE 34261519.8.0000.5182.

Trata-se de um estudo de natureza exploratória e descritiva com abordagem quantitativa, desenvolvido, no período de outubro de 2020 a setembro de 2022, com indivíduos operados pela equipe do Centro de Tratamento de Obesidade Mórbida, localizado no município de João Pessoa, na Paraíba. A amostra foi composta por 121 indivíduos de ambos os gêneros, submetidos à cirurgia bariátrica pelas técnicas BGYR ou GV. Foram incluídos indivíduos com idade entre 18 e 65 anos, portadores de obesidade grau II e III e um reganho maior que 10% do peso Nadir.

Foram utilizados os seguintes instrumentos: um questionário contendo perguntas relacionadas aos dados sociodemográficos e clínicos; Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), para avaliar a presença de compulsão alimentar periódica; Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – EHAD, com

a finalidade de investigar a presença de sintomas de depressão e ansiedade, e a Escala de Audit para avaliar o consumo e provável dependência de álcool.

Ao utilizar os três instrumentos (ECAP; EHAD e AUDIT), na versão em português, é possível classificar a pontuação dos participantes em diferentes níveis de intensidade, por meio da pontuação total.

A ECAP é composta por 16 itens. Portanto sua classificação é feita de acordo com a pontuação obtida, sendo indivíduos com pontuação menor ou igual a 17 considerados sem compulsão; com pontuação entre 18 e 26, com compulsão moderada; e aqueles com pontuação maior ou igual a 27, com compulsão grave. O ponto de corte é de 17 pontos.

Já a escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS) é constituída de duas sub escalas, sendo uma para ansiedade e outra para depressão. Cada subescala é composta por sete questões de sintomas depressivos e ansiosos, totalizando 14 perguntas. A pontuação varia de 0 a 3 em cada uma delas, sendo um total de 21 pontos para cada subescala e com ponto de corte 8 para ansiedade e 9 para depressão.

Para avaliar uma dependência do consumo de álcool no pré-operatório, foi considerado a frequência semanal de três vezes ou mais e para o pós operatório considerou a classificação da escala de Audit para o uso nocivo ou provável dependência do álcool.

A Audit é composta por 10 questões, com escore variando entre 0 e 40, sendo sua pontuação classificada da seguinte forma: baixo risco ou abstêmios, de 0 a 7 pontos; uso de risco, 8 a 15 pontos; uso nocivo, 16 a 19 pontos e provável dependência de 20 ou mais pontos.

Foram feitos os cálculos percentuais de Excesso de Peso (%EP), Perda de Excesso de Peso (%PEP) e Reganho de Peso (%RP), utilizando e cruzando os dados referentes a três momentos distintos: peso pré-operatório (até 30 dias antes da cirurgia), peso Nadir (quando atingido menor peso pós-cirurgia) e peso recidiva (quando observada recuperação de peso em relação ao nadir).

Os dados foram descritos utilizando-se média e desvio padrão para as variáveis quantitativas e frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas. A distribuição dos dados foi verificada pelo teste *Shapiro Wilks* e técnicas de exploração visual. Para comparar a amostra nas diferentes avaliações, nos três momentos avaliados, foi utilizado o teste não paramétrico

Friedman de medidas repetidas realizando-se as devidas comparações múltiplas pelo teste Wilcoxon para amostras dependentes e a correção nos testes *post-hoc* aplicada foi Holms. Para avaliar a relação entre os desfechos e os transtornos psicológicos, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Os dados foram processados através do *software* JAMOV (V2.3). No estudo, foi adotado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Foram avaliados 121 indivíduos, com idade média de $40,01 \pm 7,56$ anos, sendo 70% feminino. Quanto ao tipo de procedimento cirúrgico realizado predominou o BGYR, com 82 %; o tempo de pós-operatório variou entre 3 e 19 anos, com média $7,26 \pm 3,43$. Quanto à renda *per capita*, 36% recebiam mais que 6 salários-mínimos e, para escolaridade, 48% tinham pós-graduação em nível de especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado.

A média do IMC, nos três momentos distintos, foi: $43,9 \pm 6,3$ kg/m² para o pré-operatório, $25,2 \pm 3,8$ para o nadir e $29,67 \pm 5,90$ kg/m² para o recidiva. Com isso, observou-se que, no pré-operatório, (100%) da amostra tinham excesso de peso, após procedimento cirúrgico, 84 indivíduos (98,8%) apresentavam excesso de peso.

Quando comparado o IMC pré-operatório ($43,9 \pm 6,3$ kg/m²) com o IMC nadir ($25,2 \pm 3,8$) e o IMC recidiva ($29,67 \pm 5,90$), observou-se que houve uma mudança significativa ($X^2 = 223$; $p < 0,001$), ou seja, houve uma redução significativa do IMC do pré-operatório para o nadir ($W = 59,1$; $p < 0,001$) e para recidiva ($W = 31,3$; $p < 0,001$). Os dados mostram um aumento significativo do IMC Nadir para o recidiva ($W = 27,8$; $p < 0,001$), evidenciando-se que 110 indivíduos (92,4%) tiveram ganho de peso.

Mesmo sabendo que a cirurgia bariátrica é bastante eficaz para a perda de peso, verificou-se que 2 indivíduos (1,7%) apresentaram um aumento de peso maior que no pré-operatório.

De acordo com a Tabela 1, onde é relatada a frequência e a porcentagem dos transtornos psicológicos, observou-se que os dados avaliados, na ECAP, mostraram que a maioria dos indivíduos não apresentam compulsão alimentar

95 (78,5%), enquanto 19 (15,7%) têm compulsão leve e 7 (5,8%) compulsão grave.

Ao analisar a HADS, a maioria não apresenta sintomas de ansiedade (71; 58,7%) e nem de depressão (94; 77,7%), enquanto para o escore de possível caso, 25(20,6%) indivíduos o apresentaram para ansiedade e 18 (14,9%), para depressão. Já para provável caso, 25 (20,7%) indivíduos relataram ter ansiedade e 9 (7,4%) indivíduos afirmaram ter depressão.

A avaliação do consumo de álcool foi feita pela frequência do consumo de álcool no pré-operatório e pela escala de Audit no pós-operatório, e identificou-se que 100% da amostra fazia uso de bebida alcoólica antes da cirurgia, sendo com frequência variadas, onde 49 (45,8%) bebiam socialmente, 25 (23,4%) uma vez por semana, 17 (15,9%) duas vezes por semana, 14 (13,1%) três vezes por semana e 2 (1,9%) diariamente.

A escala de Audit mostra que a maioria dos indivíduos, 74 (69,2%), apresentaram baixo risco, enquanto, 20 (18,7%) uso de risco, 8 (7,5%) uso nocivo e 5 (4,7%) provável dependência.

Tabela 1 - Frequência e porcentagem dos indivíduos, referentes às diferentes classificações dos instrumentos utilizados, ECAP, HADS e AUDIT (n=121).

(continua)

Variável	N	F%
ECAP	95	78,5%
Sem compulsão	19	15,7%
Compulsão leve	7	5,8%
Compulsão grave	121	100 %
HADS		
Ausência de ansiedade	71	58,7%
Possível caso de ansiedade	25	20,6%
Provável caso de ansiedade	25	20,7%
	121	100 %
Ausência de Depressão	94	77,7%
Possível caso de Depressão	18	14,9%
Provável caso de Depressão	9	7,4%
	121	100 %

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Tabela 1 - Frequência e porcentagem dos indivíduos, referentes às diferentes classificações dos instrumentos utilizados, ECAP, HADS e AUDIT (n=121).

(continuação)

Variável	N	F%
AUDIT		
Baixo risco	74	69,2%
Uso de risco	20	18,7%
Uso nocivo	8	7,5%
Provável dependência	5	4,7%
	107	100%
Frequência do consumo de álcool		
Antes da cirurgia		
Socialmente	49	45,8%
1x por semana	25	23,4%
2x por semana	17	15,9%
3x por semana	14	13,1%
Diariamente	2	1,9%
	107	100%

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Quando questionados sobre a presença de algum transtorno psicológico, observou-se que, aproximadamente, a metade da população apresentou algum transtorno psicológico (n = 59; 48,8%), sendo que 24(19,8%) apresentaram apenas 1 transtorno mental, 21 (17,4%) apresentaram 2 transtornos mentais, 14 (11,6%) apresentaram 3 transtornos mentais e ninguém apresentou os 4 diagnósticos avaliados simultaneamente.

Para analisar a relação entre os quatro transtornos mentais, com o excesso de peso (EP), nos momentos, pré-operatório e recidiva, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman's* (ver Tabela 2). Os resultados demonstraram, através da ECAP que a compulsão alimentar é o mais associado com reganho e excesso de peso. Encontra-se positivo e, significativamente com o EP recidiva ($\rho = 0,39$, $p < 0,001$), PEP ($\rho = 0,37$, $p < 0,001$) e com o PPEP ($\rho = 0,36$, $p < 0,001$).

Tabela 2 - Resultado da Correlação entre transtornos psicológicos com excesso de peso tardio em indivíduos Bariátricos (N=121).

	Coeficiente de correlação de <i>Spearman's</i> rho			
	Ansiedade	Depressão	ECAP	Audit
Excesso de peso recidiva	0,15	0,15	0,39***	0,02
Pep recidiva	0,13	0,13	0,37***	0,00
Pep pré	0,06	0,00	0,02	0,02
Ppep	0,09	0,11	0,36***	0,00

Fonte: Dados da pesquisa,2023. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Na Tabela 3, verificou-se pelo teste de correlação *Spearman's rho* que existe uma associação negativa e significativa entre a ECAP e o reganho de peso recidiva ($\rho = -0,26$, $p = 0,004$) e Nadir ($\rho = -0,28$, $p = 0,002$).

Tabela 3 - Resultado da Correlação entre transtornos psicológicos com reganho de peso em indivíduos Bariátrico tardio (N=121).

	Coeficiente de correlação de <i>Spearman's rho</i>			
	Ansiedade	Depressão	ECAP	Audit
PRP	- 0,04	- 0,12	- 0,26**	- 0,09
PRPN	-0,04	- 0,18	- 0,28 **	- 0,09

Fonte: Dados da pesquisa,2023. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Foi verificado que a quantidade de transtornos mentais correlacionou positiva e significativa com excesso de peso recidiva ($\rho = 0,24$, $p = 0,031$), sendo que, quanto maior a quantidade de transtornos presentes nos indivíduos maior será o excesso de peso recidiva (Ver Tab.4).

Tabela 4 - Resultado da Correlação do número de transtornos psicológicos com excesso de peso em indivíduos bariátricos tardios (N=121).

	Coeficiente de correlação de <i>Spearman's rho</i>	
	Números de transtornos psicológicos	
Excesso de peso recidiva	0,24*	
Pep recidiva	0,20	
Pep pré	0,04	
Ppep	0,21	

Fonte: Dados da pesquisa,2023. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Na Tabela 5, verificou-se que o teste de *Spearman's rho* para avaliar a possível associação entre o número de transtornos psicológicos com o excesso de peso demonstrou que os números de transtornos psicológicos correlacionam negativa e, significativamente, com o reganho de peso nadir ($\rho = -0,19$, $p = 0,037$), ou seja, quanto maior a quantidade de transtornos psicológicos presentes nos indivíduos menor será o reganho de peso.

Tabela 5 - Resultado da Correlação do número de transtornos psicológico com reganho de peso em indivíduos bariátricos tardio (N=121).

Coeficiente de correlação de <i>Spearman's rho</i>	
Números de transtornos psicológicos	
PRP	- 0,16
PRPN	- 0,19*

Fonte: Dados da pesquisa, 2023. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

DISCUSSÃO

No presente estudo, foi possível avaliar a correlação entre os transtornos psicológicos com o reganho e excesso de peso tardio em indivíduos bariátricos. Os transtornos com maior frequência foram: transtorno de ansiedade, compulsão alimentar, uso de álcool e transtorno de humor, sendo este último com uma frequência muito baixa, para ambos, depressão e bipolaridade, respectivamente.

Dentre os dados sociodemográficos explorados, neste estudo, a escolaridade e a renda familiar apresentaram uma associação negativa com as chances de desenvolvimento de transtornos psicológicos, visto que, quanto maior a escolaridade maior compreensão em relação às mudanças dietéticas, necessárias para o sucesso da cirurgia, como também a renda familiar elevada proporciona uma segurança financeira e menores chances de recuperação de peso e melhor acompanhamento profissional (BIRCK & SOUZA; 2020).

Analisando a média dos IMC, obtidos nos três momentos distintos (pré-operatório, Nadir e recidiva), observou-se uma mudança significativa, havendo uma redução significativa do IMC pré-operatório para o IMC nadir e para o IMC recidiva. Como também um aumento do IMC Nadir para o IMC recidiva. Esses achados estão em conformidade com o estudo de Nóbrega et al (2020), em que 53,3% dos indivíduos apresentaram reganho de peso no pós-operatório

Vale ressaltar, que a etiologia do reganho de peso tende a ser multifatorial, com fatores de risco que incluem: IMC pré-operatório, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, compulsão por alimentos, saúde mental, excesso no consumo de álcool, e alterações anatômicas proveniente da técnica cirúrgica, como comprimento da bolsa gástrica, anastomose gastrojejunal e fístula gastogástrica (MENEZES & NASCIMENTO, 2020).

Avaliando os transtornos psicológicos que podem levar ao reganho de peso e ao excesso de peso, o presente estudo encontrou que dos sintomas

psicológicos, os ansiosos são os mais frequentes entre os indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica e que a compulsão alimentar é a mais associada com ganho e excesso de peso. Estes achados estão em consonância com o estudo de Guerra (2019), que identificou uma relação dos transtornos psiquiátricos com a obesidade grave, apresentando uma frequência elevada, destacando-se, a ansiedade.

A escala HADS mostra que a maioria dos indivíduos não apresentou valores significativos para sintomas ansiosos e depressivos, mesmo considerando a existência de uma porcentagem considerável de pessoas cuja intensidade sugere como provável e possível um diagnóstico de ansiedade e depressão. Estes achados contrariam as expectativas desta investigação, que esperava encontrar níveis mais elevados de ansiedade e depressão em indivíduos bariátricos tardios que ganharam peso excessivo (GUERRA;2019; RIBEIRO ET AL., 2018; BIRCK & SOUZA, 2020; DAWES ET AL., 2016).

Nesta investigação, a ECAP mostrou que a maioria dos indivíduos não apresentou transtorno de compulsão alimentar periódica, apesar desta ser uma amostra pequena, apresentou resultados estatisticamente significativos e associados ao ganho e excesso de peso tardio. Esses achados são coerentes com o encontrado na literatura, que apresentou uma variação de 18% a 37,5% de compulsão alimentar, após procedimento cirúrgico (FANGUEIRO,2020; CELLA,2019), como também ao estudo de Ribeiro et al (2016), que identificou o ECAP com baixa frequência, mas alta comorbidade.

Ao avaliar a frequência do consumo de álcool, o presente estudo identificou que 16 (15%) indivíduos apresentavam transtorno por uso de álcool antes da cirurgia e que, após submissão à cirurgia bariátrica, 11 (68,8%) deixaram de ter um transtorno. No entanto, alguns indivíduos apresentaram um aumento do consumo de bebidas alcoólicas no pós-operatório, em que 8 (8,8%) indivíduos que bebiam duas vezes ou menos passaram para uso nocivo ou provável dependência na escala de Audit. Estes resultados estão de acordo com a literatura (LI, 2016; BLACKBUM, 2017; GREGÓRIO, 2018; DE SOUZA, 2022), como também com o estudo de De Araújo, (2022), que encontrou uma porcentagem parecida de 6% de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica que aumentaram o consumo de álcool.

Neste estudo, esperávamos encontrar uma correlação dos transtornos psicológicos com o reganho e o excesso de peso. No entanto, os resultados apontaram através da ECAP que apenas a compulsão alimentar periódica encontra associação estatística significativa positiva com o excesso de peso recidiva e negativa com o reganho de peso Nadir. Neste sentido, os valores encontrados sugerem que quanto maior a compulsão alimentar maior será o excesso de peso e menor será o reganho de peso. Este estudo vai de encontro ao estudo de Pereira, (2017), que verificou correlações, estatisticamente, significativas e positivas entre os transtornos mentais e o reganho e excesso de peso.

Os resultados do teste de *Spearman's rho* revelaram que há uma correlação, estatisticamente, significativa e positiva do número de transtornos mentais com o excesso de peso. Assim, quanto mais sintomas psicológicos, maior será o excesso de peso. Os resultados estão em conformidade com o estudo de Gomes, (2021).

Outra correlação, estatisticamente, significativa e negativa encontrada no presente estudo, foi a associação do número de transtornos mentais com o reganho de peso. Esses resultados vêm contrariar a nossa hipótese, pois esperava-se encontrar evidências que revelassem uma correlação entre todos os transtornos psicológicos com reganho e excesso de peso. Esses dados estão em consonância com o estudo de Frangueiro (2020), que identificou uma correlação significativa e negativa com o reganho de peso tardio em indivíduos bariátricos.

Dentre as limitações apresentadas no presente estudo, destaca-se a ausência de significância estatística para as demais variáveis, o que pode estar relacionado ao número amostral relativamente reduzido, pois talvez, em grupos maiores, as diferenças poderiam ser mais exploradas.

CONCLUSÃO

Esta investigação identificou que os sintomas psicológicos mais comuns foram os relacionados à ansiedade, à compulsão alimentar, ao uso frequente de álcool e ao transtorno de humor, com um índice de significância baixo, para

depressão e bipolaridade, respectivamente. Os mais atingidos foram as mulheres, com níveis de escolaridade avançados e renda familiar satisfatória.

Entretanto, é um estudo relevante, visto que avaliou a correlação entre sintomas psicológicos e o reganho e excesso de peso tardio em indivíduos bariátricos, e possibilitou identificar que apenas a compulsão alimentar apresentou associação com o reganho e excesso de peso tardio.

Portanto, é importante enfatizar a importância do monitoramento contínuo, focando nos aspectos psiquiátricos da obesidade, que impactarão no sucesso da cirurgia a longo prazo. Com isso, são indicados novos estudos de intervenção com acompanhamento psicológico que investiguem a correlação entre transtornos mentais e reganho e excesso de peso tardio.

REFERÊNCIAS

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.

Birck, C. C., & Souza, F. P. de. (2020). Ansiedade e compulsão alimentar em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. *Aletheia*, 53(1), 29–41.

Blackburn AN, Hajnal A, Leggio L. The gut in the brain: the effects of bariatric surgery on alcohol consumption. *Addict Biol.* 2017 Nov;22(6):1540-1553. <https://doi.org/10.1111/adb.12436> PMID:27578259 -PMCID:PMC5332539

BRESSAN JA. Avaliação da autoestima e depressão após cirurgia bariátrica. Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde-Universidade do Sul de Santa Catarina. Brasil, 2017

BRUTMAN JN, et al. Recent advances in the neurobiology of altered motivation following bariatric surgery. *Current Psychiatry Reports*, 2019; 21(11): 1-10.

Cella S, Fei L, D’Amico R, Giardiello C, Allaria A, Cotrufo P. Binge eating disorder and related features in bariatric surgery candidates. *Open Med.* 2019;14(1):407–15.

DE ALBUQUERQUE, Andradina Lima; DE CARVALHO BAHIA, Fernanda Candido; DA COSTA MAYNARD, Dayanne. Compulsão alimentar: uma análise da relação com os transtornos psicológicos da depressão e ansiedade. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e380101623982-e380101623982, 2021.

DE ARAUJO, Carlos Guilherme Alves; DE MORAIS, Alanna Michely Batista; DE SOUSA, Milena Nunes Alves. Cirurgia Bariátrica e sua correlação com o abuso de substâncias. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 12, p. e11678-e11678, 2022.

DE SOUZA, Antônio Augusto Mascarenhas; WEBER, César Augusto Trinta. Alcoolismo em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: notas sobre a transferência da compulsão. **Debates em Psiquiatria**, v. 12, p. 1-17, 2022.

FANGUEIRO, Fabiana Salatino. Compulsão alimentar após cirurgia bariátrica de pacientes assistidos por serviço de referência em hospital de São Paulo e sua correlação com a perda de peso. 2020.

GOMES, Daniela Lopes et al. Correlação entre nível de ansiedade e reganho de peso em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. 2021.

Gregorio VD, Lucchese R, Vera I, Silva GC, Silva A, Moraes RCC. The alcohol consumption is amended after bariatric surgery? An integrative review. *Arq Bras Cir Dig.* 2018;31(2):e1378. <https://doi.org/10.1590/0102-672020180001e1378>PMid:29972406-PMCID:PMC6044189

Li L, Wu LT. Substance use after bariatric surgery: A review. *J Psychiatr Res.* 2016 May; 76:16-29. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.01.009>-PMid:26871733PMCID:PMC4789154

Menezes, R. P. de & Nascimento, T. K. da S. (2020). Reganho de peso pós-cirurgia bariátrica: revisão bibliográfica. Monografia (Graduação em Nutrição) - Centro Universitário Fametro, Fortaleza. <http://repositorio.fametro.com.br/jspui/handle/123456789/378>

Moreno RA, Gorenstein C. *Conduas em depressão: escalas de avaliação em depressão.* São Paulo: Segmentofarma; 2006.

MOURA, Lucas Figueredo et al. Controle da ansiedade no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e463111436749-e463111436749, 2022.

PEREIRA, Janiele Francine et al. Caracterização psicológica de pacientes com reganho de peso pós-cirurgia bariátrica. 2017.

RIBEIRO G. A. N. A.; GIAPIETRO, H. B.; BELARMINO, L. B.; SALGADO-JUNIOR, W. Perfil Psicológico de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, v. 29, p. 27-30, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v29s1/pt_0102-6720-abcd-29-s1-00027.pdf. Acesso em 14 de dez. 2022

The jamovi project (2022). *jamovi*. (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>. R Core Team (2021). *R: A Language and environment for statistical computing*. (Version 4.1) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2022-01-01).

The jamovi project (2022). *jamovi*. (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

4. CONCLUSÃO



Beth Marques

Diante dos estudos, foi possível perceber que a cirurgia bariátrica é bastante eficaz para perda de peso, melhora das comorbidades associadas à obesidade, como também melhora do perfil psicológico dos indivíduos bariátricos a longo prazo. Dentre as melhoras apresentadas pelos indivíduos bariátricos, foi possível perceber mudanças no comportamento alimentar, qualidade de vida, aspectos psicológicos e nas comorbidades, destacando-se, a ansiedade, a hipertensão e a apneia do sono. É necessário destacar a relevância do acompanhamento multidisciplinar, a longo prazo, nos indivíduos bariátricos para a obtenção de resultados satisfatórios.

Outro achado bastante relevante foi em relação à associação dos transtornos psicológicos com o ganho e excesso de peso, em que apenas a compulsão alimentar apresentou uma associação, estatisticamente, significativa. Estes resultados contrariam uma das hipóteses, que esperava encontrar uma correlação significativa entre os transtornos psicológicos com o ganho e excesso de peso.

Ao avaliar os transtornos psicológicos quanto à frequência, observa-se que a ansiedade é o mais frequente e a compulsão alimentar é o mais comórbido. Sendo assim, é importante enfatizar que cirurgia bariátrica pode promover benefícios físicos e sociais, mas por si só não é a responsável pela melhora psíquica do indivíduo. Para isso, é importante o monitoramento contínuo do acompanhamento multidisciplinar, a longo prazo, focado nos aspectos psicológicos da obesidade, que impactarão no sucesso da cirurgia.

A principal contribuição deste estudo é ampliar o conhecimento e a compreensão sobre a importância da vigilância constante entre indivíduos bariátricos tardio com o ganho e excesso de peso, a fim de manter uma boa qualidade de vida. No âmbito da pesquisa, recomenda-se a realização de estudos longitudinais e de coorte, para melhor investigar as relações entre os transtornos psicológicos com o ganho e excesso de peso, na tentativa de buscar uma resposta clínica satisfatória, possibilitando novos olhares sobre ganho e excesso de peso em indivíduos bariátricos.

Dentre as limitações, destaca-se o desenho transversal que não permitiu avaliar as relações causais entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com ganho e o excesso de peso. Bem como a ausência de significância estatística para as demais variáveis deste estudo, o que pode estar relacionado ao número

amostral relativamente reduzido, pois é notável que, em grupos maiores, as diferenças podem ser mais exploradas.

REFERÊNCIAS



Beth Marques

ABREU-RODRIGUES, M. A. (2014). Apoio social e ganho de peso pós cirurgia bariátrica: efeitos de intervenção comportamental com cuidadores (Tese de doutorado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília.

AGUIAR, P. V. et al. Pacientes submetidos a cirurgias bariátricas: fatores associados a complicações pós-operatórias de sítio cirúrgico. **Revista SOBECC**, v. 23, n. 1, p. 28–35, 1 abr. 2018.

AIFSHIN A. et al. Health effects of overweight and obesity em 195 countries over 25 years. **N Engl J Med**. v. 377, n. 1, p. 13-27, 2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARHI C. S. et al. Trajetórias de Perda de Peso em Pacientes de Cirurgia Bariátrica e Correlatos Psicopatológicos. **Arq Bras Cir Dig**. v. 34, n. 3. e1615, 2022.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e síndrome Metabólica - ABESO. Mapa da obesidade, 2017 - Disponível em: [http://www.abeso.org.br/coluna/cirurgia-bariátrica/reganho de peso após cirúrgica bariátrica o que fazer](http://www.abeso.org.br/coluna/cirurgia-bariátrica/reganho_de_peso_após_cirúrgica_bariátrica_o_que_fazer).

BARDAL, A. G.; CECCATTO, V.; MEZZOMO, T. R. Fatores de risco para recidiva de peso no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. **Sci. med. (Porto Alegre, Online)**, p. ID24224–ID24224, 2016.

BARROSO, M. F. R. et al. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA E CLÍNICA DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA / SOCIO DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND CLINIC FOR SURGERY PATIENTS BARIATRIC. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n. 2, 9 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília - Ministério da Saúde, 2022, 128p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BUBLITZ, S. et al. Estresse em estudantes de enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 3, p. 530–538, 27 dez. 2012.

CASTANHA, C. R. et al. Evaluation of quality of life, weight loss and comorbidities of patients undergoing bariatric surgery. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 45, p. e1864, 16 jul. 2018.

- CELLA, S. et al. Binge Eating Disorder and Related Features in Bariatric Surgery Candidates. **Open Medicine**, v. 14, p. 407–415, 7 jun. 2019.
- CHAIM, E. A. et al. Preoperative multidisciplinary program for bariatric surgery: a proposal for the Brazilian Public Health System. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 54, n. 1, p. 70–74, mar. 2017.
- COURCOULAS, A. P. et al. Seven-Year Weight Trajectories and Health Outcomes in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) Study. **JAMA Surgery**, v. 153, n. 5, p. 427–434, 1 maio 2018.
- DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020). São Paulo: AC Farmacêutica, 2019
- EL ANSARI, W.; ELHAG, W. Weight Regain and Insufficient Weight Loss After Bariatric Surgery: Definitions, Prevalence, Mechanisms, Predictors, Prevention and Management Strategies, and Knowledge Gaps-a Scoping Review. **Obesity Surgery**, v. 31, n. 4, p. 1755–1766, abr. 2021.
- FERREIRA, A. DE S. Consulta de enfermagem na Estratégia Saúde da Família: Prevenção do sobrepeso e obesidade infantil. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 5, p. e17952610–e17952610, 24 mar. 2020.
- FUCHS, T. et al. THE ROLE OF THE SLEEVE GASTRECTOMY AND THE MANAGEMENT OF TYPE 2 DIABETES. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 30, n. 4, p. 283–286, dez. 2017.
- GAGNON, C.; SCHAFER, A. L. Bone Health After Bariatric Surgery. **JBMR Plus**, v. 2, n. 3, p. 121–133, 1 maio 2018.
- GARCÍA-GARCÍA, M. L. et al. Failure of the Obesity Surgery Mortality Risk Score (OS-MRS) to Predict Postoperative Complications After Bariatric Surgery. A Single-Center Series and Systematic Review. **Obesity Surgery**, v. 27, n. 6, p. 1423–1429, jun. 2017.
- HSIUNG, Y. et al. “Moving for My Baby!” Motivators and Perceived Barriers to Facilitate Readiness for Physical Activity during Pregnancy among Obese and Overweight Women of Urban Areas in Northern Taiwan. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 10, p. 5275, 15 maio 2021.
- HUSAIN, F. et al. Risk factors for early postoperative complications after bariatric surgery. **Annals of Surgical Treatment and Research**, v. 95, n. 2, p. 100–110, ago. 2018.
- INTERNATIONAL FEDERATION FOR THE SURGERY OF OBESITY AND METABOLIC DISORDERS (IFSO) Obesity Surgery | Obesity Treatment | Obesity Surgeons. Disponível em: <https://www.ifso.com/obesity>

JUMBE, S.; HAMLET, C.; MEYRICK, J. Psychological Aspects of Bariatric Surgery as a Treatment for Obesity. **Current Obesity Reports**, v. 6, n. 1, p. 71–78, 2017.

KEITH, C. J. et al. Predictive factors of weight regain following laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. **Surgical Endoscopy**, v. 32, n. 5, p. 2232–2238, maio 2018.

KIM, J. et al. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery position statement on long-term survival benefit after metabolic and bariatric surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases: Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery**, v. 12, n. 3, p. 453–459, 2016.

KING, W. C. et al. Comparison of the Performance of Common Measures of Weight Regain After Bariatric Surgery for Association With Clinical Outcomes. **JAMA**, v. 320, n. 15, p. 1560–1569, 16 out. 2018.

KING, W. C. et al. Patient Behaviors and Characteristics Related to Weight Regain After Roux-en-Y Gastric Bypass: A Multicenter Prospective Cohort Study. **Annals of Surgery**, v. 272, n. 6, p. 1044–1052, dez. 2020.

LAURINO NETO, R. M. et al. Comorbidities remission after Roux-en-Y Gastric Bypass for morbid obesity is sustained in a long-term follow-up and correlates with weight regain. **Obesity Surgery**, v. 22, n. 10, p. 1580–1585, out. 2012.

LEYBA, J. L.; AULESTIA, S. N.; LLOPIS, S. N. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass versus laparoscopic sleeve gastrectomy for the treatment of morbid obesity. A prospective study of 117 patients. **Obesity Surgery**, v. 21, n. 2, p. 212–216, fev. 2011.

MACIEJEWSKI, M. L. et al. Bariatric Surgery and Long-term Durability of Weight Loss. **JAMA surgery**, v. 151, n. 11, p. 1046–1055, 1 nov. 2016.

MARINO, J. M. et al. The emergence of eating pathology after bariatric surgery: a rare outcome with important clinical implications. **The International Journal of Eating Disorders**, v. 45, n. 2, p. 179–184, mar. 2012.

MESUREUR, L.; ARVANITAKIS, M. Metabolic and nutritional complications of bariatric surgery : a review. **Acta Gastro-Enterologica Belgica**, v. 80, n. 4, p. 515–525, 2017.

MOHAPATRA, S.; GANGADHARAN, K.; PITCHUMONI, C. S. Malnutrition in obesity before and after bariatric surgery. **Disease-a-month: DM**, v. 66, n. 2, p. 100866, fev. 2020.

NEDELCO, M.; KHWAJA, H. A.; ROGULA, T. G. Weight regain after bariatric surgery-how should it be defined? **Surgery for Obesity and Related Diseases: Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery**, v. 12, n. 5, p. 1129–1130, jun. 2016.

NISSEN, L. P. et al. Intervenções para tratamento da obesidade: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 24, p. 184–190, 13 out. 2012.

NÓBREGA, M. P. et al. Perfil alimentar e ganho de peso de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em um hospital universitário / Food profile and weight regain of patients submitted to bariatric surgery in an university hospital. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 12, p. 94771–94785, 5 dez. 2020.

Organization for Economic co-operation and development (OECD). Obesity update 2017 Disponível em: <http://www.oecd.org/health/obesity>.

PARROTT, J. M. et al. The Optimal Nutritional Programme for Bariatric and Metabolic Surgery. **Current Obesity Reports**, v. 9, n. 3, p. 326–338, set. 2020.

PERIM, C. A. et al. A SIMPLE METHOD FOR THE DIAGNOSIS OF PETERSEN'S HERNIA COMPROMISING THE BILIOPANCREATIC LIMB. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 32, n. 1, p. e1429, 2019.

RASPANTE, L. B. DE P. et al. Review and pictorial essay on complications of bariatric surgery. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 66, p. 1289–1295, 30 set. 2020.

ROCHA, A. C. HOCIKO, K. R. OLIVEIRA, T. V. Comportamento e hábitos alimentares dos pacientes pós cirurgia bariátrica. **Revista de Comportamento, Cultura e Sociedade**. São Paulo, v. 6, n. 1, 2018

RODRIGUES, G. B. DE O. et al. A Escala de Analogia Visual do Apetite como ferramenta de apoio na detecção do risco de fracasso da persistência de perda de peso de pacientes com obesidade submetidos à gastroplastia. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e50410716568–e50410716568, 1 jul. 2021.

SANTOS, M. M. M. et al. Avaliação da condição de saúde e da qualidade de vida no pós-operatório tardio de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 12, n. 74, p. 730–737, 15 nov. 2018.

Saúde Metabólica. Presidente da SBCBM, Caetano Marchersini, sobre o 18 congresso SBCBM 2017. Youtube, 09 out 2017. [13;59min] Disponível em : https://www.youtube.com/watch?v=AYCCZ_Y3VW8.

SARWER, D. B. et al. Psychopathology, disordered eating, and impulsivity as predictors of outcomes of bariatric surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases: Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery**, v. 15, n. 4, p. 650–655, abr. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. Especialistas da SBCBM lançam consenso clínico inédito na área de Psicologia. 2015. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/especialistas-da-sbcbm-lancam-consenso-clinicoinedito-na-area-de-psicologia/>

SCARPELLINI, E. et al. International consensus on the diagnosis and management of dumping syndrome. **Nature Reviews. Endocrinology**, v. 16, n. 8, p. 448–466, ago. 2020.

SILVA, T. DE S. L.; CRAHIM, S. C. DE S. F. A importância da autoavaliação e acompanhamento psicológico para o paciente de cirurgia bariátrica. **Revista Mosaico**, v. 10, n. 1, 26 jun. 2019.

SOUSA A. R. et al. Nutrição comportamental e cirurgia bariátrica: contextos e desafios. Revisão da teoria e da prática médica 2. Ponta Grossa: Atena Editora; 2019. Cap. 19. p. 138-149

TESS, B. H. et al. BARIATRIC SURGERY AND BINGE EATING DISORDER: SHOULD SURGEONS CARE ABOUT IT? A LITERATURE REVIEW OF PREVALENCE AND ASSESSMENT TOOLS. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 56, p. 55–60, 20 maio 2019.

Troubles psychiatriques et chirurgie bariatrique. Disponível em: <<https://www.larevuedupraticien.fr/article/troubles-psychiatriques-et-chirurgie-bariatrique>>. Acesso em: 25 jan. 2023.

VAN LEERSUM, N. J. et al. The Dutch surgical colorectal audit. **European Journal of Surgical Oncology: The Journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology**, v. 39, n. 10, p. 1063–1070, out. 2013.

World Health Organization (WHO). Obesity and overweight. Genebra. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>. Acesso em: 19 jun. 2023.

WU, H. et al. [Prevention, diagnosis and treatment of perioperative complications of bariatric and metabolic surgery]. **Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi = Chinese Journal of Gastrointestinal Surgery**, v. 20, n. 4, p. 393–397, 25 abr. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -TCLE

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Aspectos psicológicos associados a reganho e excesso de peso tardios em pessoas submetidas à cirurgia bariátrica”, a ser desenvolvida no curso de Doutorado em Psicologia clínica pela Universidade de São Paulo – USP. A pesquisa configura-se como uma das exigências para obtenção do título de Doutora em Psicologia clínica, sendo de responsabilidade dos pesquisadores Dr. Francisco Lotufo Neto e a doutoranda Jogilmira Macêdo Silva Mendes. Sua participação é voluntária e se dará por meio de respostas para coleta de dados sociodemográficos e clínicos, submissão à aplicação de escalas para registro dos transtornos psicológicos. Os riscos à pesquisa envolvem a exposição de ideias que podem causar constrangimentos, desconforto, receio ou ansiedade, durante a coleta de dados, porém, esses riscos serão minimizados visto que aos participantes serão garantidos os direitos de confidencialidade e sigilo absoluto da identidade. Se você aceitar participar, contribuirá para o planejamento de ações de saúde a fim de possibilitar uma melhor assistência à saúde de indivíduos bariátricos. Se depois de consentir em sua participação o Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa visto que a coleta de dados ocorrerá de forma on-line e não receberá nenhuma remuneração. Em caso de dano pessoal diretamente causado pela pesquisa, o pesquisador se responsabilizará pelas despesas nos termos da lei. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Este termo de consentimento será arquivado pela pesquisadora responsável, junto com os instrumentos utilizados na pesquisa por um período de 5 anos no drive da plataforma google forms, e após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos. Eu, _____, fui informado (a) sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

_____/_____/_____
 Nome completo do participante Data

Assinatura do participante/Responsável

Nome completo do Pesquisador Responsável:

Prof.^a Dr. Francisco Lotufo Neto: Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, nº 1721 – bloco F- sala 10 Cidade Universitária- São Paulo- SP, IPC, CEP: 05508-030 / São Paulo – SP, Telefone: (31)3409- 9855, E-mail: franciscolotufo@gmail.com

_____/_____/_____
 Assinatura do pesquisador responsável Data

Nome completo do Pesquisador: Jogilmira Macêdo Silva Mendes. : Av. Prof. Mello Moraes, nº 1721 – bloco F- sala 10 Cidade Universitária- São Paulo- SP, IPC, CEP: 05508-030 / São Paulo – SP, Telefone: (31)3409- 9855, E-mail: miramacedomendes@hotmail.com

_____/_____/_____
 Assinatura do pesquisador responsável (Doutorando) Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: CEP-UFCG – Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG. Av. Carlso Chagas S/n, São José. Subsolo – Sala 5, Hospital Universitário Alcides Carneiro. Campina Grande, PB – Brasil. CEP: 58401-490, Tel: 2101-5500, E-mail: cep@huac.edu.br

APÊNDICE B**INSTRUMENTO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO**

E que ano foi realizada a cirurgia bariátrica?

Qual a técnica cirúrgica utilizada?

Sexo?

Qual seu estado civil?

Qual sua idade?

Qual grau de escolaridade?

Tem Filhos?

Se resposta anterior positiva, Quantos?

Atualmente trabalha?

Se resposta positiva, em que?

Qual a renda familiar da família?

Qual o peso antes da cirurgia?

Qual o peso atual?

Qual o menor peso alcançado no pós-operatório?

Qual a sua altura (cm)?

Qual o índice de massa corpórea -IMC, antes da cirurgia?

Qual o IMC atual?

Possuía alguma comorbidade antes da cirurgia?

Se resposta anterior positiva, qual(is)?

Atualmente possui alguma comorbidade?

Se resposta anterior positiva, Qual (is)?

Fez acompanhamento multiprofissional antes da cirurgia?

Se resposta anterior positiva, Qual (is)?

Atualmente faz acompanhamento multiprofissional?

Se resposta positiva, qual(is)?

APÊNDICE C

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA-ECAP

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

BES (BINGE EATINGS SCALES)

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

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

Nome: _____ Data: __/__/__

Lista de verificação dos hábitos alimentares.

Instruções:

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

1.

- () 1. Eu não me sinto constrangido (a) com meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com as outras pessoas.
- () 2. Eu me sinto preocupado (a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado (a) comigo mesmo (a).
- () 3. Eu fico mesmo constrangido (a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado (a) comigo mesmo (a).
- () 4. Eu me sinto muito constrangido (a) com o meu peso e, freqüentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo (a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

2.

- () 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
- () 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado (a) por comer demais.
- () 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio (a) depois.
- () 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado (a) por ter comido demais.

3.

- () 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
- () 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
- () 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
- () 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

4.

- () 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a)
- () 2. Às vezes, eu como quando estou chateado (a) mas, freqüentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida
- () 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado (a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para agastar minha mente da comida.
- () 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado (a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

5.

- () 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
- () 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
- () 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.
- () 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha "fome na boca", em seguida eu o cuspo, assim não ganhei peso.

6.

- () 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo (a) depois de comer demais.
- () 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo (a) depois de comer demais.
- () 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo (a) depois de comer demais.

APÊNDICE D

ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO- HADS

11

Nome: _____ Data: ___/___/___

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Este questionário ajudará o seu clínico a saber como você está se sentindo. Leia as frases. Marque com um X a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Nesse questionário, respostas espontâneas têm mais valor que aquelas muito pensadas. Marque só uma resposta para cada pergunta.

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 A maior parte do tempo
2 Boa parte do tempo
1 De vez em quando
0 Nunca

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 Sim, do mesmo jeito que antes
1 Não tanto quanto antes
2 Só um pouco
3 Já não sinto mais prazer em nada

A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 Sim, e de um jeito muito forte
2 Sim, mas não tão forte
1 Um pouco, mas isso não me preocupa
0 Não sinto nada disso

D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 Do mesmo jeito que antes
1 Atualmente um pouco menos
2 Atualmente bem menos
3 Não consigo mais

A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 A maior parte do tempo
2 Boa parte do tempo
1 De vez em quando
0 Raramente

D 6) Eu me sinto alegre:

- 3 Nunca
2 Poucas vezes
1 Muitas vezes
0 A maior parte do tempo

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 Sim, quase sempre
1 Muitas vezes
2 Poucas vezes
3 Nunca

D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 Quase sempre
2 Muitas vezes
1 De vez em quando
0 Nunca

A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 Nunca
1 De vez em quando
2 Muitas vezes
3 Quase sempre

D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 Completamente
2 Não estou mais me cuidando como deveria
1 Talvez não tanto quanto antes
0 Me cuido do mesmo jeito que antes

A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 Sim, demais
2 Bastante
1 Um pouco
0 Não me sinto assim

D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 Do mesmo jeito que antes
1 Um pouco menos do que antes
2 Bem menos do que antes
3 Quase nunca

A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 A quase todo momento
2 Várias vezes
1 De vez em quando
0 Não sinto isso

D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 Quase sempre
1 Várias vezes
2 Poucas vezes
3 Quase nunca

PONTUAÇÃO TOTAL DO QUESTIONÁRIO: _____

APÊNDICE E

Questionário AUDIT

Questionário AUDIT

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? [Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.]

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semanas
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

- 0 = uma ou duas
- 1 = três ou quatro
- 2 = cinco ou seis
- 3 = de sete a nove
- 4 = dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses


10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

ANEXOS

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

<p>UFCG - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE / HUAC - UFCG</p>	
---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE PACIENTES PÓS BARIÁTRICO E SUA ASSOCIAÇÃO COM REGANHO DE PESO

Pesquisador: Jorgilmira Macêdo Silva Mendes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34261519.8.0000.5182

Instituição Proponente: Universidade Federal de Campina Grande

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.294.186

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, longitudinal com abordagem quantitativa. A pesquisa será desenvolvida Centro de Tratamento da Obesidade, na cidade de João Pessoa-PB. A amostra não probabilística contará com 150 pessoas com obesidade mórbida submetidas à cirurgia bariátrica e que se enquadrem nos critérios de inclusão. Serão utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Compulsão Alimentar (ECAP), Inventários Beck de Ansiedade e Depressão (BAI, BDI) e entrevista semiestruturada. Para análise dos dados será utilizado o Software Statistical Package for the Social Sciences. Para as variáveis escalares do estudo serão realizadas análises de tendência central (média) e variância (desvio padrão), e para as variáveis categóricas será levantadas a frequência absoluta e relativa. Para verificar as relações entre escores de BAI, BDI, compulsão alimentar e as variáveis sobre o reganho de peso serão realizadas correlações de Pearson (r).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar os aspectos psicológicos de pacientes em pós operatório de cirurgia bariátrica e sua associação com o reganho de peso

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n	CEP: 58.107-670
Bairro: São José	
UF: PB	Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545	Fax: (83)2101-5523
	E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE / HUAC - UFCG



Continuação do Parecer: 4.294.186

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes pós bariátrico;
- Averiguar transtornos de humor em pacientes pós bariátrico;
- Averiguar transtornos de ansiedade em pacientes pós bariátrico;
- Correlacionar os transtornos emocionais com o ganho de peso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: No que concernem os riscos, a pesquisadora salienta que “a referida pesquisa apresenta risco psicológico aos participantes, pois poderá sentir-se constrangido em responder ao questionamento”.

Benefícios: No que se refere aos benefícios, assim defende a pesquisadora “o benefício apresentado será para o melhor desempenho qualidade de vida do indivíduo submetido à cirurgia bariátrica.”.

A pesquisadora cita os riscos e benefícios, porém não fica claro de que forma será prestada assistência imediata aos participantes. A Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, em seu item V.6 – DOS RISCOS E BENEFÍCIOS advoga: “O pesquisador, o patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, nos termos do item II.3, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa”. Neste sentido, torna-se responsabilidade do pesquisador a assistência imediata no que tange os riscos da pesquisa e deve ser previsto no projeto de pesquisa. Portanto, cabe rever os itens II.3 e V.6 da referida resolução.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta grande relevância para a saúde de pacientes pós-bariátrico e para intervenções junto a esse público. Ficou compreendida a problemática e o planejamento da pesquisa. Porém, pequenos aspectos na estrutura do projeto e no método merecem reformulações.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE / HUAC - UFCG**



Continuação do Parecer: 4.294.186

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou os seguintes documentos:

- 1- Folha de rosto devidamente assinada;
- 2- Termos de anuência institucional;
- 3- Termo de compromisso do pesquisador devidamente assinado;
- 4- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
- 5- Informações básicas do projeto
- 6- Projeto de pesquisa detalhado;
- 7- Orçamento
- 8- Cronograma
- 9- Instrumentos

Recomendações:

- Informações básicas do projeto: no resumo e na metodologia proposta há inconsistência quanto o período da coleta de dados, alinhar com o cronograma da pesquisa apresentado no projeto detalhado e o cronograma exposto na plataforma; nos riscos da pesquisa, é importante ressaltar que tipo de assistência imediata será dada;
- Projeto de pesquisa: revisar procedimento de coleta de dados. Como os participantes serão abordados?

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem inadequações éticas para o início da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1377785.pdf	26/06/2020 13:50:05		Aceito
Outros	instrumento3ap.docx	26/06/2020 13:49:43	Jogilmira Macêdo Silva Mendes	Aceito

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE / HUAC - UFCG



Continuação do Parecer: 4.294.186

Outros	intrumento2ap.docx	26/06/2020 13:49:28	Jogilmira Macêdo Silva Mendes	Aceito
Outros	intrumento1ap.docx	26/06/2020 13:49:04	Jogilmira Macêdo Silva Mendes	Aceito
Outros	tcpap.pdf	26/06/2020 13:48:32	Jogilmira Macêdo Silva Mendes	Aceito
Outros	anuenciaap.pdf	26/06/2020 13:43:43	Jogilmira Macêdo Silva Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEAPCB.docx	04/06/2020 20:43:07	Jogilmira Macêdo Silva Mendes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodpc.docx	04/06/2020 20:17:17	Jogilmira Macêdo Silva Mendes	Aceito
Folha de Rosto	flap.pdf	04/06/2020 19:54:08	Jogilmira Macêdo Silva Mendes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 23 de Setembro de 2020

Assinado por:
Andréia Oliveira Barros Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

ANEXO B

ARTIGO PUBLICADO

Research, Society and Development, v. 10, n. 11, e521101119872, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19872>

1

Perfil psicopatológico dos indivíduos bariátricos tardio e sua associação com o reganho de peso

Psychopathological profile of late bariatric individuals and it's association with weight regain

Perfil psicopatológico de los individuos bariátricos tardios y su asociación con la recuperación de peso

Recebido: 26/08/2021 | Revisado: 04/09/2021 | Aceito: 06/09/2021 | Publicado: 07/09/2021

Jogilmira Macêdo Silva Mendes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7697-3007>
Universidade Federal de Campina Grande, Brasil
E-mail: miraenf.macedo@gmail.com

Francisco Lotufo Neto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2043-7643>
Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: franciscolotufo@gmail.com

Maria Cecília Queiroga dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7605-7300>
Universidade Federal de Campina Grande, Brasil
E-mail: queirogamariacecilia@gmail.com

Ana Beatriz Alves Correia de Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3301-7901>
Universidade Federal de Campina Grande, Brasil
E-mail: anabeatrizalvescdelima@gmail.com

Magaly Suênya de Almeida Pinto Abrantes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4823-8141>
Universidade Federal de Campina Grande, Brasil
E-mail: maga.enf@hotmail.com

Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6372-2332>
Universidade Federal de Campina Grande, Brasil
E-mail: emanuelnrf1975@gmail.com

Resumo

A cirurgia bariátrica é a intervenção mais eficaz no enfrentamento à obesidade em todo o mundo. Os efeitos da cirurgia bariátrica têm repercussão clínica e psicossocial. Portanto é necessário conhecer a forma como os indivíduos têm vivido esta experiência, considerando os significados individuais que estão relacionados ao contexto sócio-histórico nos quais estão inseridos. Objetivo: Saber se o perfil psicopatológico dos indivíduos bariátricos tardios está associado ao reganho de peso. Metodologia: Trata-se de uma revisão sistemática, com abordagem qualitativa. A seleção dos artigos foi realizada no período de janeiro a julho de 2020. Foi realizado uma busca na literatura publicada através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) de periódicos CAPES que contemplam bases de dados reconhecidas, a saber: MEDLINE/Pubmed, SCIELO, Index psicologia, CINAHL e EMBASE, abrangendo toda literatura acerca da temática até o ano de 2020. Foram selecionados 8 artigos para compor a amostra do estudo, abordando os efeitos psicossociais da cirurgia bariátrica, utilizando metodologia, predominantemente, quantitativa e associada com o tema reganho de peso. Conclusão: Constatou-se através dos artigos que para uma resposta clínica e terapêutica satisfatória é importante o acompanhamento multiprofissional

tardio. É importante destacar como limitação do estudo a precariedade de artigos na área de abrangência, destacando a importância de novos estudos relacionados com a temática.

Palavras-chave: Sofrimento emocional; Cirurgia bariátrica; ganho de peso.

Abstract

Bariatric surgery is the most effective intervention in the fight against obesity worldwide. The effects of bariatric surgery have clinical and psychosocial repercussions. Therefore, it is necessary to know how individuals have lived this experience, considering the individual meanings that are related to the socio-historical context in which they are inserted. Objective: To find out if the psychopathological profile of late bariatric individuals is associated with weight regain. Methodology: This is a systematic review with a qualitative approach. The selection of articles was carried out from January to July 2020. A search was carried out in the literature published through the Virtual Health Library (VHL) of CAPES journals that include recognized databases, namely: MEDLINE/Pubmed, SCIELO, Psychology Index, CINAHL and embase, covering the entire literature on the subject until 2020. Eight articles were selected to compose the study sample, addressing the psychosocial effects of bariatric surgery using predominantly quantitative methodology and associated with the topic of weight regain. Conclusion: It was found through the articles that for a satisfactory clinical and therapeutic response, a late multiprofessional follow-up is important. It is important to highlight as a limitation of the study the precariousness of articles in the coverage area, highlighting the importance of new studies related to the subject.

Keywords: Psychological distress; Bariatric surgery; Weight gain.

Resumen

La cirugía bariátrica es la intervención más eficaz en la lucha contra la obesidad en todo el mundo. Los efectos de la cirugía bariátrica tienen repercusiones clínicas y psicosociales. Por tanto, es necesario conocer cómo los individuos han vivido esta experiencia, considerando los significados individuales que se relacionan con el contexto socio-histórico en el que se insertan. Objetivo: conocer si el perfil psicopatológico de los individuos bariátricos tardíos se asocia con la recuperación de peso. Metodología: Se trata de una revisión sistemática con enfoque cualitativo. La selección de artículos se realizó de enero a julio de 2020. Se realizó una búsqueda en la literatura publicada a través de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) de revistas CAPES que incluyen bases de datos reconocidas, a saber: MEDLINE / Pubmed, SCIELO, Psychology Index, CINAHL y embase, abarcando toda la literatura sobre el tema hasta 2020. Para componer la muestra de estudio se seleccionaron ocho artículos que abordan los efectos psicosociales de la cirugía bariátrica utilizando una metodología predominantemente cuantitativa y asociada al tema de la recuperación de peso. Conclusión: Se encontró a través de los artículos que para una respuesta clínica y terapéutica satisfactoria es importante un seguimiento multiprofesional tardío. Es importante resaltar como limitación del estudio la precariedad de los artículos en el área de cobertura, destacando la importancia de nuevos estudios relacionados con el tema.

Palabras clave: Distrés psicológico; Cirugía bariátrica; Aumento de peso.

ANEXO C

SUBMISSÃO DE ARTIGO

Artigo original

PERFIL CLÍNICO DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA

CLINICAL PROFILE OF INDIVIDUALS UNDERGOING BARIATRIC SURGERY

Jogilmira Macêdo Silva [Mendes](#) ✉

✉ (mailto:miramacedomendes@hotmail.com) miramacedomendes@hotmail.com

Afiliação(ões): 1 Universidade de São Paulo, Psicologia - São Paulo - São Paulo - Brasil

Francisco Lotufo [Neto](#)

✉ (mailto:franciscotufu@gmail.com) franciscotufu@gmail.com

Afiliação(ões): 1 Universidade de São Paulo, Psicologia - São Paulo - São Paulo - Brasil

Leorides Duarte [Guerra](#)

✉ (mailto:leoduarteguerra@hotmail.com) leoduarteguerra@hotmail.com

Afiliação(ões): 1 Universidade de São Paulo, Psicologia - São Paulo - São Paulo - Brasil

Debora de Souza [Lucena](#)

✉ (mailto:deborasouza22@gmail.com) deborasouza22@gmail.com

Afiliação(ões): 2 Universidade Federal de Campina Grande, Enfermagem - Campina Grande - Paraiba - Brasil

Alia Garrudo [Guirado](#)

✉ (mailto:aliagarrudo@gmail.com) aliagarrudo@gmail.com

Afiliação(ões): 1 Universidade de São Paulo, Psicologia - São Paulo - São Paulo - Brasil

Ernesto de Souza Diniz [Neto](#)

✉ (mailto:drernestodiniz@gmail.com) drernestodiniz@gmail.com

Afiliação(ões): 3 Hospital Santa Isabel, Medico Cirurgião - João Pessoa - Paraiba - Brasil

Augusto de Almeida [Junior](#)

✉ (mailto:augustojr@hotmail.com) augustojr@hotmail.com

Afiliação(ões): 4 Hospital Unimed, Médico Cirurgião - João Pessoa - Paraíba - Brasil

Total: 7 Autores

RESUMO

Introdução: A prevalência de obesidade vem aumentando notavelmente no âmbito mundial. Com isso, houve um aumento considerável das doenças crônicas não transmissíveis e consequentemente alto impacto na morbimortalidade. **Objetivo:** caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico tardio dos indivíduos bariátricos, associado ao reganho e excesso de peso.

Método: Estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, com indivíduos maiores de 18 anos e que tenham vivenciado o pós-operatório há mais de 60 meses. **Resultados:** Observou-se que a técnica cirúrgica e a atividade laboral exercida apresentaram uma relação estatística com o reganho de peso ($p=0,001$ e $p=0,025$), respectivamente. Em relação a melhora das comorbidades, destaca-se, apneia do sono (93%), diabetes (88%), hipertensão (76%) e depressão (71%). Verificou-se que a técnica mais utilizada foi por Gastroplastia em Y de Roux (98%). **Conclusão:** Os indivíduos que realizaram a cirurgia bariátrica, eram predominantemente mulheres em idade fértil, com obesidade grau II e com pelo menos uma ou mais comorbidades associada, sendo ansiedade, hipertensão e apneia do sono as mais prevalentes.

DESCRITORES: Cirurgia Bariátrica. Aumento de peso. Comorbidade

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of obesity has increased remarkably worldwide. As a result, there was a considerable increase in non-communicable chronic diseases and, consequently, a high impact on morbidity and mortality. **Objective:** to characterize the sociodemographic and clinical profile of late bariatric individuals, associated with regaining and overweight.

Method: Exploratory, descriptive study, with a quantitative approach, with individuals over 18 years old and who have experienced the postoperative period for more than 60 months. **Results:** Most individuals were female (85.0%) with a mean age of 40 years (± 7.6) and completed 3rd grade (78%). Regarding the improvement of comorbidities, sleep apnea (93%), diabetes (88%), hypertension (76%) and depression (71%) stand out. It was verified that the most used technique was Roux-en-Y Gastroplasty (98%). **Conclusion:** Individuals who underwent bariatric surgery were predominantly women of childbearing age, with grade II obesity and at least one or more associated comorbidities, with anxiety, hypertension and sleep apnea being the most prevalent. He found that the most common surgical technique was roux-en-y gastric bypass, with satisfactory clinical responses.

HEADINGS: Bariatric Surgery. Weight Gain. Comorbidity

Fonte de financiamento: Não

Conflito de interesses: Não

É Ensaio Clínico? Não

Número do comitê de ética: 4.296.858

Data de Submissão: Monday, June 5, 2023