

---

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**CIRURGIA BARIÁTRICA:**  
**FATORES EMOCIONAIS QUE CONTRIBUEM PARA O REGANHO DE**  
**PESO**

**Marta Batista de Souza Neta**

**RECIFE**

**2020**

---

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**CIRURGIA BARIÁTRICA:**  
**FATORES EMOCIONAIS QUE CONTRIBUEM PARA O REGANHO DE**  
**PESO**

Dissertação apresentada ao programa de Pós- Graduação da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde para o ensino na área de Saúde.

**Mestranda: Marta Batista de Souza Neta**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>: Rossana Carla Rameh-de Albuquerque**

**Linha de pesquisa: Avaliação Psicológica e Promoção de Ações em Saúde**

**RECIFE**

**2020**

---

Ficha Catalográfica  
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

---

S729c Souza Neta, Marta Batista de

Cirurgia bariátrica: fatores emocionais que contribuem para o ganho de peso. / Marta Batista de Souza Neta; Orientadora Rossana Carla Rameh-de Albuquerque. – Recife: Do Autor, 2020.  
107 f.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde, 2020.

1. Obesidade. 2. Cirurgia bariátrica. 3. Ganho de peso. 4. Fatores emocionais. I. Albuquerque, Rossana Carla Rameh-de, orientadora. II. Título.

CDU 613.25

---

---

## EPÍGRAFE

*Ao meu Deus todo poderoso e aos meus pais desencarnados, por estarem presentes sempre em minha caminhada.*

---

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecer sempre a Deus que permitiu que eu chegasse até aqui, me concedendo saúde e força para superar as dificuldades, não apenas nestes períodos de curso, mas em todo momento de minha vida.

A esta instituição (FPS), seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram esse momento de realização e sucesso, com a certeza de que merecem todo o mérito pela ética praticada. Aos Coordenadores Leopoldo Barbosa e Mônica Melo, pelo convívio, pelo apoio e pela amizade.

A minha orientadora Profa. Dra. Rossana Rameh, pela paciência durante toda a elaboração deste trabalho. A todos os professores e orientadores por dividirem seus conhecimentos, não apenas científicos, mas também de cunho moral e ético, proporcionando o amadurecimento pessoal de seus discentes, trazendo um grandioso impacto no processo de formação profissional dos mesmos.

Aos meus amores Felipe Fraga e Jonas Fraga, duas pessoas incríveis, pela confiança, além das orações e os incentivos nas horas difíceis, direta e indiretamente. Aos meus pais falecidos (Elza e Francisco), quem eu desejava que estivessem aqui para poder compartilhar este momento de vitória, mas que continuam me abençoando até hoje por sua imensa espiritualidade, humanismo e sabedoria.

Gratidão imensa para Dra. Roberta Almeida – Diretora Médica do Hospital Santo Amaro/ Santa Casa Misericórdia do Recife, a Dr. George Trigueiro – Diretor Médico e Sr. Sérgio Alexandre – Gerente Administrativo e Financeiro do Hospital Albert Sabin.

---

Um agradecimento especial a todos os amigos que estiveram juntos nesta grande jornada e que alguns momentos pensamos em desistir, #maisninguém solta a mão de ninguém, (Adriana, Amanda, Andresa, Analu, Carmesia, Ery, Ilza, Mônica, Paula, Renata, Robson e Teuman) que participaram dessa jornada, contribuindo e servindo de apoio para que juntos chegássemos até aqui.

Àquele que me deu uma grande contribuição Carlos Santos com sua experiência e grande conhecimento em design, trabalhos gráficos entre outros.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação... Minha eterna Gratidão!

---

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A obesidade é reconhecida como um dos mais importantes problemas de saúde pública que o mundo enfrenta. Com o aumento do número de cirurgias bariátricas realizadas ao longo das últimas décadas, o problema do ganho de peso tornou-se um dos fatores psicológicos que influenciam esta situação indesejada. Preconizamos nesta pesquisa investigar os significados e como os fatores emocionais influenciam no ganho de peso, pós-cirurgia bariátrica que pode estar condicionado ao comer diante das emoções negativas e à passividade como resposta a situações emocionais estressantes na nossa vida cotidiana, associando a comida e a bebida alcoólica como regulador emocional. Consta-se que a cirurgia bariátrica traz benefícios associados à perda de peso, como regulação das taxas bioquímicas, diminuição de doenças e ganhos com qualidade de vida. Algumas pacientes que buscam a cirurgia bariátrica se auto-identificam como “comedoras emocionais”, ou seja, recorrem à comida, a bebida alcoólica para conforto e alívio dos fatores emocionais. **OBJETIVO:** Compreender a vivência emocional das mulheres pacientes com história de ganho de peso pós cirurgia bariátrica. **MÉTODO:** Trata-se de estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa que visa proporcionar uma compreensão crítica perante os relatos das pacientes entrevistadas e que produz a base descritiva para outros estudos, a escolha da amostra foi feita por conveniência e considerando a demanda do ganho de peso pós cirurgia bariátrica. Os dados foram analisados de acordo com técnica de Análise de Conteúdo baseada em Bardin2010. A coleta de dados foi realizada no período de abril a setembro de 2019, em consultório Particular do Hospital Albert Sabin onde foi respeitada a Resolução nº 510/2016 do Comitê de Ética em Pesquisa, após a aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade Pernambucana de Saúde com o número CAEE 04179418.6.0000.5569. Coletamos os depoimentos por meio de entrevistas, gravadas e transcritas pela própria pesquisadora, com duração média de 60 minutos, obtidos após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE). O sigilo e o anonimato foram garantidos aos participantes, conforme as diretrizes que regem a pesquisa com seres humanos. **RESULTADOS/DISCUSSÃO:** Foram entrevistadas (07) sete mulheres que obtiveram ganho de peso após a cirurgia bariátrica, com idade entre 30 e 48 anos, sexo feminino, casadas e solteiras, ensino médio completo e superior com profissão no setor terciário,

---

que durante o reganho de peso apresentaram fatores emocionais que influenciaram tal processo. Os resultados revelam ainda impactos significativos na dinâmica destas mulheres que obtiveram reganho de peso sendo os fatores emocionais citados: compulsão alimentar, sintomas de ansiedade, depressão e abuso de álcool no pós-operatório. Os resultados desta dissertação serão apresentados no formato de dois produtos. O primeiro produto diz respeito a um artigo intitulado “Fatores emocionais que influenciam o reganho de peso na cirurgia pós bariátrica”, que será encaminhado para Revista Interface, o segundo produto, um manual educativo elaborado pela pesquisadora com objetivo de orientar as mulheres pacientes a evitarem o reganho de peso pós cirurgia bariátrica. **CONCLUSÃO:** Podemos afirmar que a cirurgia bariátrica trouxe benefícios para a qualidade de vida das pacientes, porém não foi suficiente para evitar o reganho de peso das entrevistadas, haja vista o evidente reganho de peso associado aos fatores emocionais que contribuíram para esse processo. Os resultados apontaram, ainda, que intervenções comportamentais com a equipe multidisciplinar podem ajudar a fornecer suporte social mais adequado a pacientes com reganho de peso pós-cirurgia bariátrica e, assim, promover melhora da saúde e da qualidade de vida dessas pacientes. Compreendemos que a obesidade é um alvo de convergência de esforços de profissionais da área de saúde, sendo uma das maiores preocupações da atualidade em termos de saúde pública. Entretanto, de modo interdisciplinar, deve-se ter em mente que a promoção e suporte social deve ser compatível com as necessidades das pacientes. Para estudos futuros acreditamos ser importante abordar os fatores emocionais no reganho de peso a partir da escuta clínica, onde possam ser reconhecidos e privilegiados os aspectos de defesa e proteção da obesidade, pois estes são fundamentais para o sucesso na clínica da obesidade.

**Palavras chaves:** Obesidade, Cirurgia Bariátrica, Reganho de Peso, Fatores Emocionais



---

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Obesity is recognized as one of the most important public health problems facing the world. With the increase in the number of bariatric surgeries performed over the past decades, the problem of weight gain has become one of the psychological factors that influence this unwanted situation. In this research, we recommend investigating the meanings and how emotional factors influence weight regain, post bariatric surgery that can be conditioned by eating in the face of negative emotions and passivity in response to stressful emotional situations in our daily life, associating food and eating. alcoholic drink as an emotional regulator. It appears that bariatric surgery brings benefits associated with weight loss, such as regulation of biochemical rates, reduction of diseases and gains in quality of life. Some patients seeking bariatric surgery identify themselves as “emotional eaters”, that is, they resort to food, alcoholic beverages for comfort and relief from emotional factors. **OBJECTIVE:** To understand the emotional experience of women patients with a history of weight regain after bariatric surgery. **METHOD:** This is a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach that aims to provide a critical understanding before the reports of the interviewed patients and that produces the descriptive basis for other studies, the choice of the sample was made for convenience and considering the demand for the regimen weight loss after bariatric surgery. The data were analyzed according to the Content Analysis technique based on Bardin2010. Data collection was carried out from April to September 2019, in a private office at Hospital Albert Sabin, where Resolution No. 510/2016 of the Research Ethics Committee was respected, after the Project was approved by the Research Ethics Committee Faculty Pernambucana de Saúde with the number CAEE 04179418.6.0000.5569. We collected the testimonies through interviews, recorded and transcribed by the researcher herself, with an average duration of 60 minutes, obtained after signing the Free and Informed Consent Form. Confidentiality and anonymity were guaranteed to the participants, according to the guidelines that govern research with human beings. **RESULTS / DISCUSSION:** Seven women were interviewed (07) who achieved weight regain after bariatric surgery, aged between 30 and 48 years old, female, married and single, complete high school and higher education with a profession in the tertiary sector, who during the weight regain had emotional factors that influenced this process. The results also reveal significant impacts on the dynamics of these women who obtained weight regain, with the emotional factors mentioned: binge eating, anxiety symptoms, depression and alcohol abuse in the postoperative period. The results of this dissertation will be presented in the form of two products. The first product concerns an article entitled "Emotional factors that influence weight gain in post bariatric surgery", which will be forwarded to Revista Interface, the second product, an educational manual prepared by the researcher with the objective of guiding women patients to avoid weight regain after bariatric surgery.

---

**CONCLUSION:** We can say that bariatric surgery brought benefits to the quality of life of patients, but it was not enough to prevent the weight gain of the interviewees, given the evident weight gain associated with the emotional factors that contributed to this process. The results also pointed out that behavioral interventions with the multidisciplinary team can help provide more adequate social support to patients with weight regain after bariatric surgery and, thus, promote improved health and quality of life for these patients. We understand that obesity is a target for the convergence of efforts by health professionals, being one of the greatest concerns of public health today. However, in an interdisciplinary way, it should be borne in mind that promotion and social support must be compatible with the needs of patients. For future studies, we believe it is important to address the emotional factors in weight gain from clinical listening, where the defense and protection aspects of obesity can be recognized and privileged, as these are fundamental for success in the obesity clinic.

**Keywords:** Obesity, Bariatric Surgery, Weight Regain, Emotional Factors

---

## Sumário

<b>I. INTRODUÇÃO</b> .....	14
1.1. Cirurgia Bariátrica.....	16
1.1.1 Cirurgias restritivas: Bandagem gástrica ajustável.....	18
1.1.2 - Gastroplastia vertical com bandagem e Gastrectomia Vertical.....	19
1.1.3 - Balões Intragástricos.....	19
1.1.4 – Derivação biliopancreática com gastrectomia vertical e preservação pilórica.....	20
1.1.5 - Predominantemente restritivas: Derivações gástricas em Y de Roux, com ou sem anel de contenção.....	21
1.2. Reganho de Peso.....	22
1.2.1. Reganho de peso e os fatores emocionais.....	23
<b>II. OBJETIVOS</b> .....	24
2.1 Objetivo Geral.....	24
2.2 Objetivo Especificos.....	24
<b>III. MÉTODO</b> .....	25
3.1. Desenho do estudo .....	25
3.2. Local do estudo .....	26
3.3. Período do estudo .....	26
3.4. População do estudo .....	26
3.5. Amostra .....	26
3.6. Critérios e procedimentos para seleção dos participantes: .....	27

---

3.7. Critérios de Inclusão .....	27
3.8. Critérios de Exclusão .....	27
3.10. Coleta de Dados.....	28
3.11. Análise dos Dados.....	28
3.12.Aspectos Éticos: .....	29
<b>IV. RESULTADOS.....</b>	<b>31</b>
<b>V. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>54</b>
<b>VI. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>55</b>
<b>VII. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICE 01</b> Roteiro Entrevista Semiestruturada .....	<b>61</b>
<b>APÊNDICE 02</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	<b>64</b>
<b>APÊNDICE 03</b> Carta de Anuência .....	<b>68</b>
<b>APÊNDICE 04</b> Termo de Confidencialidade .....	<b>69</b>
<b>ANEXO 1</b> Parecer Consubstanciado do CEP.....	<b>70</b>
<b>ANEXO 2</b> Normas da Revista Interface Comunicação, Saúde e Educação .....	<b>71</b>
<b>ANEXO 3</b> .Manual/Folder Educativo .....	<b>97</b>



## 1. INTRODUÇÃO

O presente estudo surgiu da observação de um grupo de mulheres que obtiveram reganho de peso pós cirurgia bariátrica e do interesse por compreender como os fatores emocionais interferem no reganho de peso após terem sido submetidas à cirurgia bariátrica.

De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde, mais de 1,9 bilhões de adultos apresentam excesso de peso e, destes, pelo menos 650 milhões são obesos.<sup>1</sup> No Brasil, o número de pessoas obesas também cresceu: em 2006, 42,6% foram consideradas pessoas com excesso de peso, e em 2016 esse índice subiu para 53,8%.<sup>2</sup>

A obesidade é um problema de saúde pública e a cirurgia bariátrica tem sido considerada uma estratégia importante no tratamento de obesos graves. Atualmente é o tratamento mais efetivo e duradouro no controle das doenças associadas.<sup>3,4</sup> Contudo, alguns pacientes não experimentam perdas de peso significativas ou apresentam reganho de peso após um tempo de operados.<sup>5</sup>

Nesse sentido, observa-se que no Brasil, a cirurgia bariátrica começou a ser realizada em maior escala a partir do ano 2000, quando alguns planos de saúde particulares e a rede pública passaram a pagar os custos do procedimento. Esse tratamento foi regulamentado no Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria nº 628/GM, de 26 de abril de 2001, cujo protocolo foi aperfeiçoado em 20/05/14. Desde então, o usuário do SUS com obesidade mórbida passou a realizar essa cirurgia em alguns centros do país. A procura por estes centros tem sido muito grande e a demanda do serviço público ainda não consegue ser atendida como esperado, gerando longas filas de espera.<sup>6</sup>

Publicações nacionais e internacionais buscam discutir o reganho de peso após a cirurgia bariátrica por meio da abordagem quantitativa.<sup>7,8</sup> Todavia, questões relacionadas à subjetividade de quem vivencia este fenômeno, são pouco exploradas havendo necessidade de condução de investigações que destaquem a ótica do indivíduo em situação de reganho de peso no seguimento tardio após a cirurgia bariátrica, o que pode contribuir para a melhor compreensão acerca de suas necessidades e expectativas.

Ressalta-se sobre a problemática da obesidade que se caracteriza pelo excesso e acúmulo de gordura no corpo que pode levar ao desenvolvimento de determinadas doenças do coração, pressão alta, artrite, apneia, câncer e derrame. Diante de tanto risco envolvido, há uma preocupação para a mudança de hábitos alimentares e atividades físicas, em alguns casos a causa da obesidade pode ser atribuída a uma combinação de vários fatores, dentre eles, alimentação inadequada, sedentarismo, fatores genéticos, nível socioeconômico, fatores psicológicos, emocionais, estresse, uso abusivo de fumo e álcool.<sup>9</sup>

## 1.1 Cirurgia Bariátrica

Diante da dificuldade para perder peso algumas mulheres recorrem à cirurgia bariátrica, popularmente conhecida como cirurgia de redução de estômago ou gastroplastia. Como é um processo cirúrgico, as pacientes devem se submeter a alguns exames, do ponto de vista clínico. Garrido Jr.<sup>9</sup> expõe as indicações e contra indicações da cirurgia:

### Indicações:

- Presença de morbidade que resulta da obesidade ou é por ela agravada, como a apneia do sono, a dificuldade de locomoção, o diabetes, a hipertensão arterial e as hiperlipidemias;
- Persistência de excesso de peso de pelo menos 45 Kg, ou IMC acima de 40 kg/m<sup>2</sup> (estes limites podem reduzir-se para 40 Kg ou IMC maior que 35 Kg/m<sup>2</sup>, em presença de complicações severas da obesidade);
- Fracasso de métodos conservadores de emagrecimento bem conduzidos;
- Ausência de causas endócrinas de obesidade, como hipopituitarismo ou síndrome de Cushing;
- Avaliação favorável das possibilidades psíquicas do paciente suportar transformações radicais de comportamento impostas pela operação.

### Contra indicações:

- Pneumopatias graves, como enfisema avançado ou embolias pulmonares repetidas;
- Insuficiência renal;
- Lesão acentuada do miocárdio;
- Cirrose hepática;
- Distúrbios psiquiátricos ou dependência de álcool ou drogas.



Com relação às várias técnicas cirúrgicas, Hsu et al.<sup>10</sup>, relatam que a perda de peso, a longo prazo, não é um resultado certo, visto que depende de mudanças comportamentais significativas e persistentes no estilo de vida.

Infelizmente mais da metade das mulheres que realizaram a cirurgia bariátrica obtiveram reganho de peso, situação bastante inquietante. Porém, apesar dos benefícios da cirurgia bariátrica, tais como perda de peso, remissão das doenças associadas à da longevidade e melhoria na qualidade de vida – o reganho/recidiva de peso tem sido preocupante.<sup>11</sup>

Dentre os procedimentos para tratamento da obesidade, a cirurgia bariátrica induz a uma média de perda de 60 a 75% do excesso de peso corporal, com máxima perda ponderal no período entre 18 e 24 meses de pós-operatório. Entretanto, o reganho de peso pode ocorrer meses após a operação.<sup>12</sup>

Assim, a preparação psicológica tornou-se um procedimento padrão em várias equipes de saúde no Brasil e no mundo. Segundo Mauro et al,<sup>13</sup> tais programas trabalham no sentido de redimensionar as expectativas das mulheres, assim como incentivar uma mudança no estilo de vida antes da cirurgia. Contudo, a fase pós-cirúrgica tem se constituído em grande desafio devido ao reganho de peso.

Dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica Metabólica (SBCBM) apontam que em 2010 foram realizadas 64,04 mil cirurgias no país, alta de 275% em relação a 2003, ano em que os primeiros registros foram coletados, e de 33% em relação a 2009. Pelo SUS, o número de cirurgias aumentou 23,7% entre 2007 e 2009, chegando a 3.681 intervenções, mesmo com filas de espera de até oito anos. Em hospitais vinculados ao SUS o número de cirurgias aumentou quase 800% entre 2001 e 2010. Em unidades particulares, o crescimento registrado na última década é menor, cerca de 300%. “Os números fazem do Brasil o segundo colocado no ranking de cirurgias bariátricas, atrás apenas dos Estados Unidos, com 300 mil procedimentos em 2010”.<sup>14</sup>

As cirurgias bariátricas podem ser divididas em cirurgias restritivas e mistas.<sup>15,16</sup> As cirurgias restritivas são aquelas onde o único órgão modificado é o estômago e que visam provocar a redução do espaço para o alimento dentro da cavidade gástrica, assim, com uma pequena quantidade de comida o paciente terá a sensação de saciedade.<sup>15</sup> As mais comuns

são: gastroplastia vertical com bandagem, balão intragástrico e bandagem gástrica ajustável por vídeo.<sup>15,16</sup> A colocação do balão intragástrico é um procedimento endoscópico<sup>17</sup>, e tem utilização reconhecida como método terapêutico restritivo, utilizado como auxiliar no preparo pré-operatório para outros procedimentos bariátricos. Já nas cirurgias mistas, além do estômago, o intestino do paciente também é alterado<sup>15,18</sup>.

Para melhor compreensão revisaremos as técnicas de intervenção em cirurgia bariátrica utilizadas no mundo atual, no intuito de compreender as decisões do cirurgião no que diz respeito à escolha das mesmas, tendo por base comparações dessas técnicas. Vejamos:

### 1.1.1 Cirurgias restritivas: Bandagem gástrica ajustável:

A utilização da bandagem gástrica ajustável (figura 1) por via laparoscópica para o tratamento da obesidade mórbida, tal como é descrita atualmente, tem Kuzmak<sup>19,20</sup> como principal responsável. Foi ele quem idealizou fazê-la ajustável mediante a utilização de um reservatório que permite sua calibração no pós-operatório, conforme a necessidade do paciente, e também foi quem permitiu a possibilidade de colocá-la por via laparoscópica.

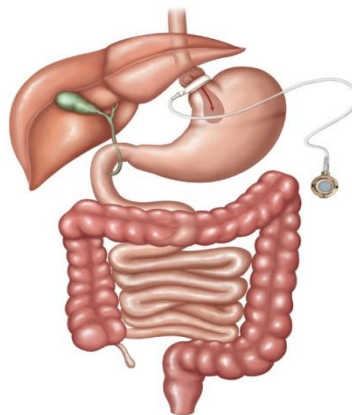


FIGURA 1 - Banda gástrica ajustável. Fonte: (<http://www.scb.org.br/cbariatria.asp?menu=1>)

### 1.1.2 - Gastroplastia vertical com bandagem e Gastrectomia Vertical

No entanto, trata-se de um método irreversível e apesar de menor complexidade técnica, pode produzir complicações de alta gravidade e difícil tratamento, como a fístula junto a ângulo de Hiss (esôfago - gástrico) e deiscência de sutura gástrica.<sup>21</sup>



FIGURA 2 - Gastrectomia vertical. Fonte: (<http://www.sbcb.org.br/cbariatrica.asp?menu=1y1>)

### 1.1.3 - Balões Intragástricos

Com utilização reconhecida como método terapêutico restritivo, o balão intragástrico é utilizado como auxiliar no preparo pré-operatório para outros procedimentos bariátricos. Tem um papel importante como terapêutica transitória nos doentes com obesidade mórbida e particularmente no subgrupo dos superobesos.<sup>22</sup>

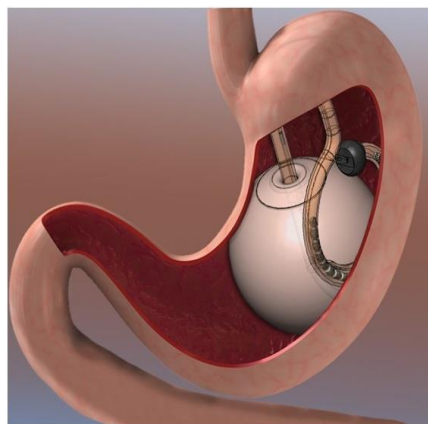


FIGURA 3 - Balão Intragástrico Fonte: ([http://ww1.prweb.com/prfiles/2009/10/17/2278494/Stomachs\\_patz.jpg](http://ww1.prweb.com/prfiles/2009/10/17/2278494/Stomachs_patz.jpg))

#### 1.1.4 – Derivação biliopancreática com gastrectomia vertical e preservação pilórica

Marceau et al.<sup>23</sup>, Baltasar et al.<sup>8</sup> e Hess et al.<sup>24</sup>, na década de 1990, modificaram a técnica de Scopinaro e desenvolveram a Derivação Biliopancreática com Gastrectomia Vertical e Preservação Pilórica, também conhecida como Técnica Duodenal Switch (figura 4).

Ambas as técnicas se diferenciam, uma vez que a Duodenal Switch se traduz em uma gastrectomia realizada no sentido vertical, retirando o fundo, permanecendo pequena parte do antro, e formando um remanescente gástrico em forma de meia lua.<sup>25</sup>

Essa técnica se configura, portanto, em um procedimento de bypass da secreção biliopancreática, que passa a ter contato com os alimentos somente no intestino delgado distal (50 a 70 cm distante da válvula ileocecal), bem próximo ao intestino grosso. A alça alimentar tem seu tamanho reduzido, passando a medir somente 2,0 a 2,5 metros entre o estômago e o intestino grosso<sup>23,26,27</sup>. Trata-se de uma técnica pouco restritiva, pois mantém metade do estômago verticalizado, porém é extremamente disabsortiva, o que pode promover casos de diarreia crônica, flatulências, desnutrição e outros problemas.

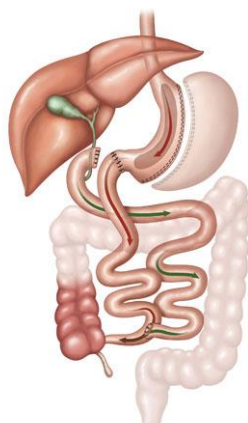


FIGURA 4 - Duodenal switch. Fonte: (<http://www.sbcb.org.br/cbariatria.asp?menu=1>)

### 1.1.5 - Predominantemente restritivas: Derivações gástricas em Y de Roux, com ou sem anel de contenção.

Dentre as técnicas mistas, a derivação gástrica em Y de Roux ou gastroplastia com derivação gastrojejunal em Y de Roux (figura 5), com ou sem anel de contenção, tem destaque devido a sua elevada eficiência e baixa morbimortalidade. Já é considerada a técnica mais realizada atualmente no mundo.<sup>28</sup>

Fobi<sup>2-3</sup>, em 1989, e Capella<sup>3</sup>, em 1991, foram os primeiros cirurgiões a descrever essa técnica que, conseqüentemente, ficou conhecida como Técnica Fobi - Capella.<sup>29</sup>

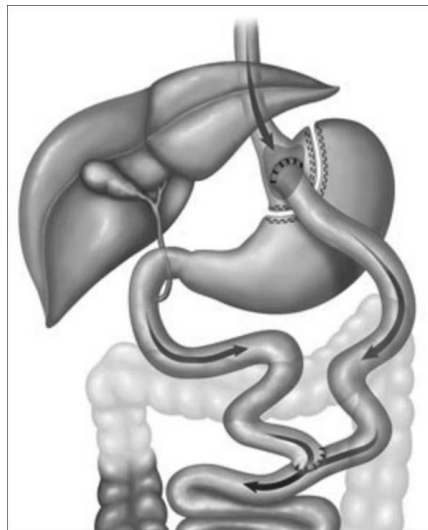


FIGURA 5 - Gastroplastia com derivação gastrojejunal em Y de Roux.

## 1.2 Reganho de Peso

Os maiores desafios após a cirurgia bariátrica são: uma adequada perda de peso do paciente, e a conservação do peso para não voltar a engordar. Fugindo do escopo das pacientes que estamos relatando, e incluindo pacientes que depois da cirurgia não chegam a um peso adequado, tanto o reganho de peso, quanto a ausência de perda de peso adequado depois da cirurgia, são decorrentes da inadequação aos comportamentos citados.<sup>30,31</sup>

No acompanhamento pós-cirúrgico de pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos, podemos considerar a recorrência de peso como uma ameaça ao longo de suas vidas.<sup>18</sup> Um temor complexo porque a semente deste alarme do reganho de peso já existia antes da cirurgia depois dos tratamentos não cirúrgicos, que geralmente culminavam na volta total ou ainda superior ao maior peso já contido.<sup>32,33</sup>

Atualmente, existem diversos tratamentos para a perda de peso, dentre os quais se destaca a variedade de dietas, psicoterapias, medicamentos e programas de atividades físicas. Porém, a maioria dos obesos mórbidos não obtém sucesso com esses recursos. Com isso surgem outros problemas, além daqueles associados ao ganho de peso, como, por exemplo, a frustração e a ansiedade constantes, o estresse e a depressão, que influenciam ainda mais no comportamento alimentar inadequado e no agravamento da morbidade.<sup>34</sup>

A respeito do acompanhamento da equipe multidisciplinar em casos de reganho de peso, Silva<sup>12</sup> ressalta que a recuperação de peso no pós-operatório é um fator que pode comprometer os benefícios adquiridos com o tratamento cirúrgico, sendo importante identificar o que está ocasionando o reganho de peso, para que se possa determinar as condutas necessárias, após esse acontecimento. A mesma autora defende que o monitoramento em longo prazo, pelas equipes de saúde, pode ser importante para a identificação e a intervenção precoces, diante de intercorrências.

### **1.2.1. Reganho de peso e os fatores emocionais.**

Elfhag e Rössner<sup>35</sup> abordam dois aspectos significativos: um primeiro aspecto, no qual abordam o reganho de peso que estaria condicionado ao “comer” diante de emoções negativas e à passividade como resposta a situações de estresse na vida cotidiana. O segundo aspecto trata da manutenção do peso, ligada à habilidade pessoal para lidar com o estresse cotidiano. Byrne et al.,<sup>36</sup> falam da recaída na obesidade diante da tendência para usar a comida como reguladora de humor.

Roehrig et al.<sup>37</sup>, em um trabalho com obesos mórbidos candidatos à Cirurgia Metabólica Bariátrica (CMB) – observam que vários episódios de dieta ao longo da vida não estão relacionados com pior funcionamento psicológico ou compulsão alimentar, e podem ser até benéficos para atenuar um ganho de peso maior. Indagamo-nos sobre o maior reganho de peso na ausência da dieta adequada de longo prazo.

Odom et al.<sup>38</sup> abordam um ponto significativo com relação à diminuição da qualidade de vida, que este grupo chama de ‘bem-estar’ e aumento do reganho de peso.

Diante do exposto, este estudo levantou a seguinte pergunta disparadora: “O que você sente em relação ao fato de estar engordando após a cirurgia bariátrica?” Onde objetivou a compreensão da pesquisadora sobre os fatores emocionais no reganho de peso pós cirurgia bariátrica.

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender a vivência emocional das mulheres pacientes com história de reganho de peso pós cirurgia bariátrica.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever os aspectos emocionais envolvidos na história de reganho de peso de mulheres após se submeterem a cirurgia bariátrica e como lidam com o reganho de peso;
- Verificar a associação da história inicial do consumo de álcool e outras drogas e também da compulsão alimentar após a cirurgia bariátrica.
- Sugerir na forma de produto técnico um manual para orientações sobre a promoção e prevenção de comportamentos que resultem em reganho de peso após a cirurgia bariátrica.



### **III. MÉTODO**

#### **3.1. Desenho do estudo**

Trata-se de estudo transversal qualitativo e exploratório, que visa proporcionar uma compreensão crítica perante os relatos das pacientes entrevistadas e que produziu uma base descritiva para pesquisa.<sup>39</sup>

A abordagem qualitativa se aplica ao estudo da história, das relações, das crenças, das percepções, opiniões, produto das interpretações realizadas pelos seres humanos de suas próprias condições de vivência.<sup>39</sup> Essa abordagem adequa-se melhor as investigações individual, grupos e segmentos delimitados e focalizados, relações e análises de discursos, entre outros. Que permitiu a pesquisadora se utilizar de um roteiro de temas, previamente confeccionado com base nos objetivos da pesquisa.

### **3.2. Local do estudo**

A coleta de dados foi realizada no Hospital Albert Sabin – Rua Senador José Henrique, 141 – Ilha do Leite – Recife – PE, 50070-460 considerado um Centro de referência em Cirurgia Bariátrica, onde são realizadas em média dez cirurgias mensais prioritariamente particulares ou pelo convênio de plano de saúde.

O serviço conta com uma equipe multidisciplinar formada por médico, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, enfermeiros, que prestam assistência médica hospitalar e se estende no consultório particular para acompanhamento pós – cirúrgico, além de desenvolver atividades de ensino e pesquisa. O atendimento no consultório é realizado semanalmente e o serviço oferece apoio psicológico e nutricional antes e pós-bariátrica.

### **3.3. Período do estudo:**

O estudo ocorreu entre o período de abril a setembro de 2019, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (CEP) da FPS – Faculdade Pernambucana em Saúde, número CAEE 04179418.6.0000.5569 ( Anexo 1).

### **3.4. População do estudo:**

O critério inicial foram pacientes que tiverem sido submetidas à cirurgia bariátrica e obtiveram ganho de peso há no mínimo dois anos ou mais, após cirurgia bariátrica. Para a realização do presente estudo foram contatadas 07 pacientes, via telefone e whatsapp, com base em lista/prontuário de mulheres que realizaram procedimento cirúrgico no Hospital Albert Sabin – Rua Senador José Henrique, 141 – Ilha do Leite Recife – PE, 50070-460.

### **3.5. Amostra**

Contamos com amostra por conveniência. O número de participantes da pesquisa foram de 07 (sete) pacientes que obtiveram ganho de peso após cirurgia bariátrica. Esse quantitativo foi definido pelos critérios de elegibilidade.

### **3.6. Critérios e procedimentos para seleção das participantes:**

A realização da coleta de dados na qual participaram 07 pacientes, contactadas via telefone e/ou WhatsApp, com base em lista/prontuário de mulheres que realizaram procedimento cirúrgico (Cirurgia Bariátrica) no Hospital Albert Sabin, há mais de 24 meses e obtiveram reganho de peso. A pesquisadora Marta Batista entrou em contato com as pacientes interessadas em participar da entrevista semiestruturada e agendaram a entrevista.

Cultiva-se logo de início um bom clima propício à sinceridade e a franqueza através da cordialidade e respeito, seguindo-se a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE APÊNDICE - 02), coleta de dados de identificação do sujeito (questionário socioeconômico e descritivo da população alvo), e depois a entrevista das questões semiestruturadas de questões abertas (APÊNDICE - 01). Alguns aspectos da postura e do jeito da entrevistada, como algumas reações emocionais da pesquisadora, foram registradas no corpo das entrevistas transcritas para fins de inferências e reflexões da entrevistadora.

### **3.7. Critérios de Inclusão**

- \*Mulheres que se submeteram a Cirurgia Bariátrica;
- \*Mulheres em Pós-bariátrica de no mínimo dois anos e no máximo três;
- \*Mulheres que aceitaram participar da pesquisa.

### **3.8. Critérios de Exclusão**

- \*Menores de 21 anos;
- \*A paciente não deverá apresentar, na avaliação pré-operatória, diagnósticos de: transtorno psicótico; transtorno de personalidade; síndrome psico-orgânica ou retardo mental, segundo as diretrizes propostas pela Classificação Internacional de Doenças (CID10) (81).

### **3.9. Coleta de dados**

Foi realizada entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados dessa pesquisa. Em um ambiente adequado, respeitando a disponibilidade dos participantes. A condução das entrevistas ocorreu em dias alternados por conveniência das participantes, devido as mesmas estarem trabalhando e tendo outras atividades durante a semana.

Inicialmente ocorreu a apresentação individual das envolvidas e foram explicados, as participantes, o objetivo do estudo, a importância de participação de cada indivíduo, e a forma de desenvolvimento. No desenvolvimento das entrevistas foram feitos questionamentos disparadores para incitar a discussão sobre o tema. A sabatina foi mediada pela pesquisadora, por meio de um roteiro. As entrevistas tiveram 1 hora de duração em média.

Nas entrevistas foram abordados, dentre outros aspectos, as mudanças emocionais que podem ter acarretado o ganho de peso e a relação com o alimento após a cirurgia. O ambiente físico no qual as entrevistas aconteceram foi propício à concentração das entrevistadas nas suas próprias narrativas de forma que não ocorreram interrupções.

As entrevistas foram gravadas em aparelho de MP3 com a finalidade de identificar as falas das participantes para que, em seguida, fosse feita a transcrição na íntegra. Após a transcrição das gravações para o arquivo em WORD, as mesmas foram arquivadas em MP3, respeitando os critérios de confiabilidade e ocorreu análise do seu conteúdo.

### **3.10 Análise de dados**

Os dados foram analisados após saturação e baseada na técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin 2010 que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação, cuja presença ou frequência, signifiquem alguma coisa para o objeto analisado.<sup>39</sup>

Após extensa leitura e re-leitura do material, realizou as conjunções de termos, conceitos, sentimentos e de aspectos emocionais que se repetiam no material para fins de

se produzirem as categorias de análise. Estas produziram os núcleos de sentido que foram apresentados como uma compilação do que mais se repetiu nas falas das entrevistadas, fazendo com que a pudéssemos realizar a inferência do material analisado à luz das teorias estudadas no levantamento bibliográfico.

### **3.11. Aspectos Éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) através do nº CAEE 04179418.6.0000.5569 e considerando as premissas da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvem a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. As participantes da pesquisa foram convidadas, de forma voluntária a participar da pesquisa, sendo esclarecidos quanto ao objetivo do estudo, aos procedimentos a serem realizados na pesquisa, à garantia do sigilo, além de serem explicadas as possíveis dúvidas que viessem a emergir. Após esta etapa, foi solicitada a permissão para a realização do estudo, mediante a prévia leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi devidamente assinado e datado por cada participante e na sequência dar-se-á início aos procedimentos de coleta dos dados através de questionário socioeconômico e entrevista semiestruturada.

Os riscos relacionados à participação na pesquisa podem ser de cansaço, constrangimento e/ou ansiedade, uma vez que relatar experiência de vida podem mobilizar o participante emocionalmente. A pesquisadora, no entanto, realizou a entrevista conforme a disponibilidade e conveniência das entrevistadas, podendo ser interrompida a qualquer momento que o participante julgasse necessário. Se mesmo assim a participante se sentisse incomodada, como a entrevista possui caráter interventivo, a pesquisadora se disponibilizou a encaminhar o participante ao serviço de apoio psicológico especializado sem que a entrevistada tivesse qualquer despesa, não apenas durante a coleta dos dados, quanto pelo tempo que fosse necessário, visando minimizar qualquer dano eventual que a pesquisa pudesse causar.

Os benefícios relacionados à participação foram o favorecimento de uma maior compreensão acerca das relações de cuidado estabelecidas pela família, especialmente, pelos familiares diretos como os pais, e ainda a produção de conhecimento para auxiliar as equipes de saúde a melhorar a assistência a crianças e familiares na mesma condição.

#### **IV. RESULTADOS**

Nesta sessão, serão apresentados os resultados 1 e 2.

Resultado 1: Resultados e discussões da pesquisa em forma de artigo conforme as normas gerais: Revista Interface, Qualis A2 (APÊNDICE nº 1).

Resultado 2: Produto técnico educacional no formato de Manual Educativo com objetivo de orientar as pacientes e os profissionais de saúde em nível de graduação e pós graduação *lato sensu* (ANEXO nº 3).

**ARTIGO**

**FATORES EMOCIONAIS QUE INFLUENCIAM O REGANHO DE PESO NA  
CIRURGIA PÓS BARIÁTRICA**

**WEIGHT RANGE AND EMOTIONAL FACTORS THAT INFLUENCE POST-  
BARIATRIC SURGERY**

Autoras: Marta Batista de Souza Neta<sup>1</sup> e Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque<sup>2</sup>

Faculdade Pernambucana de Saúde, FPS, Recife, PE

<sup>1</sup>Psicóloga; Especialista em Neuropsicologia; Especialista em Avaliação Psicológica e Psicodiagnóstico; e Mestranda em Psicologia da Saúde (FPS). Recife, Pernambuco – Brasil.

<sup>2</sup>Psicóloga; Tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) e Técnica Administrativa em Psicologia do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE); Mestre e Doutora em Saúde Coletiva. Recife, Pernambuco – Brasil.



## RESUMO

A obesidade é uma doença grave, um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, além do aumento da incidência de algumas doenças e dos problemas relacionados, o excesso de peso ainda não é abordado de forma adequada, inúmeros são os tratamentos realizados para a perda e manutenção de peso. Tendo em vista a magnitude dessa doença, a cirurgia bariátrica é considerada a ferramenta mais eficaz no controle e no tratamento da obesidade severa. Estudos mostram que a cura da obesidade não se resume apenas ao ato cirúrgico, pelo contrário, é o início de um período de um a dois anos de mudanças que devem estar associadas consultas médicas, psicoterapia, reeducação alimentar, atividade física programada, mudança nos hábitos de vida, tendo como meta evitar o reganho de peso, superintendendo os fatores emocionais diante do autoconhecimento e a sua subjetividade singular. **Objetivo** Compreender a vivência emocional das mulheres pacientes com história de reganho de peso pós cirurgia bariátrica. **Método:** Trata-se de estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa que visa proporcionar uma compreensão crítica perante os relatos das pacientes entrevistadas e que produz a base descritiva. Optou-se por uma entrevista semiestruturada com questões abertas, amostra por conveniência, fechada por saturação, que permitiu a pesquisadora utilizar-se de um roteiro para entrevistar 07 mulheres advindas de um serviço de saúde privado onde realizaram a Cirurgia Bariátrica e após 24 meses, obtiveram o reganho/recidiva de peso. O Material coletado por meio da entrevista semiestruturada e as falas gravadas foram transcritas e organizadas. A análise dos dados feita através da análise de conteúdo baseada em Bardin (2004), permitindo uma compreensão mais clara dessa questão. Foi respeitada a Resolução nº 510/2016 do Comitê de Ética em Pesquisa Os depoimentos foram obtidos após assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio de entrevistas, gravadas e transcritas pela própria pesquisadora, com duração média de 60 minutos, após a aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade Pernambucana de Saúde com o número CAEE 04179418.6.0000.5569. O sigilo e o anonimato foram garantidos aos participantes, conforme as diretrizes que regem a pesquisa com seres humanos. **Resultados:** Participaram sete mulheres que obtiveram reganho de peso após a cirurgia bariátrica, com idade de 30 e 48 anos, sexo feminino, casadas e solteiras, ensino médio completo e superior com profissão no setor terciário, as pacientes analisadas as 07 apresentaram reganho de peso. Os resultados indicaram presença dos fatores emocionais tais como: compulsão alimentar, sintomas de ansiedade, depressão e abuso de álcool no pós-operatório das pacientes com reganho de peso. **Conclusão:** Considerando que, este estudo serve como um ponto significativo para as equipes de saúde envolvidas na realização e seguimento das pacientes com reganho de peso após a cirurgia bariátrica, salientamos a necessidade de mais estudos qualitativos que sirvam para a equipe de saúde entender melhor os fatores psicológicos emocionais envolvidos

no significado do reganho de peso, depois da cirurgia bariátrica, para proceder e conduzir a subjetividade singular de cada paciente.

**Palavras chaves:** Obesidade, Cirurgia Bariátrica, Reganho de Peso, Fatores Emocionais

\*Autora para correspondência.

E-mail: [rorameh@fps.edu.br](mailto:rorameh@fps.edu.br)

## ABSTRACT

Obesity is a serious disease, one of the biggest public health problems in the world, in addition to the increased incidence of some diseases and related problems, excess weight is still not adequately addressed, there are countless treatments performed for the loss and weight maintenance. In view of the magnitude of this disease, bariatric surgery is considered the most effective tool in the control and treatment of severe obesity. Studies show that the cure for obesity is not limited to the surgical act, on the contrary, it is the beginning of a period of one to two years of changes that must be associated with medical consultations, psychotherapy, such as dietary reeducation, scheduled physical activity, change in life habits, aiming to avoid weight regain, overseeing emotional factors in the face of self-knowledge and their unique subjectivity. **Objective:** Understand the emotional experience of women patients with a history of weight regain after bariatric surgery. **Method:** It is a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach that aims to provide a critical understanding before the reports of the interviewed patients and that produces the descriptive basis. We opted for a semi-structured interview with open questions, sample for convenience, closed by saturation, which allowed the researcher to use a script to interview 07 women from a private health service where they underwent Bariatric Surgery and after 24 months, obtained weight regain / relapse. The material collected through the semi-structured interview and the recorded statements were transcribed and organized. Data analysis carried out through content analysis based on Bardin (2004), allowing a clearer understanding of this issue. Resolution No. 510/2016 of the Research Ethics Committee was respected The testimonies were obtained after signing the Free and Informed Consent Term (ICF), through interviews, recorded and transcribed by the researcher herself, with an average duration of 60 minutes, after approval of the Project by the Research Ethics Committee Faculdade Pernambucana de Saúde under number CAEE 04179418.6.0000.5569. Confidentiality and anonymity were guaranteed to the participants, according to the guidelines that govern research with human beings. **Results:** : Considering that, this study serves as a significant point for the health teams involved in carrying out and monitoring patients with weight regain after bariatric surgery. We emphasize the need for more qualitative studies that serve the health team to better understand the emotional psychological factors involved in the meaning of weight regain after bariatric surgery to proceed and conduct the unique subjectivity of each patient.

**Keywords:** Obesity, Bariatric Surgery, Weight Regain, Emotional Factors

## INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica de origem multifatorial que interfere na qualidade de vida tanto nos domínios físicos como nos emocionais de pacientes obesos<sup>1</sup>. A obesidade está associada ao aumento das taxas de comorbidades, como *diabete melito* tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, doença arterial coronariana, entre outras. Além disso, interfere diretamente na qualidade de vida do indivíduo.<sup>2</sup>

Atualmente, para o controle da obesidade estão disponíveis diversos tratamentos: dietas, programas de atividade física, medicamentos e psicoterapia. No entanto, em alguns casos, como na obesidade mórbida tais intervenções podem não surtir efeito, sendo necessária a realização da cirurgia bariátrica ou gastroplastia.<sup>3</sup> Sendo assim, vários pacientes não respondem às manobras clínicas e terapêuticas, necessitando de uma intervenção mais eficaz, a cirúrgica.

O autor<sup>4</sup> afirma que muitas pessoas descrevem seu processo após o tratamento cirúrgico da obesidade como uma “montanha russa”, uma vez que há muita variação hormonal lipossolúvel. Muitas emoções positivas são vividas, ao mesmo tempo em que experiências em relação ao novo corpo também aparecem. Ressalta que o estado elevado de humor existe na maior parte do tempo, mas para algumas pessoas diminuir o peso não é o suficiente. Existem outros fatores, tais como aceitação, melhoria da imagem corporal e aumento da autoestima, que dependem das vivências sociais e psíquicas de cada um e necessitam de um longo trabalho psicológico.

Silva<sup>4</sup> destaca que a perda de peso é o parâmetro principal para a avaliação do sucesso da cirurgia bariátrica. Outro aspecto ressaltado por esta autora, em pesquisa sobre os fatores associados ao reganho de peso, após 24 meses de cirurgia bariátrica, é que no primeiro ano de pós-operatório a perda de peso é mais acelerada e que, após 2 anos de operado, há a prevalência do reganho de peso. O peso readquirido após a cirurgia bariátrica é definido como reganho de peso. A palavra reganho significa “ganhar novamente, readquirir, recuperar, recobrar, reaver”<sup>5</sup>.

Segundo o autor<sup>6</sup>, os termos “volta da, ou recaída na obesidade” também são utilizados para referir-se ao reganho de peso que ocorre no pós-operatório de cirurgia

bariátrica. Conforme observado na literatura, essa é a forma utilizada pelas equipes, ao aludir a ocorrência do aumento de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica. Muitos indivíduos apresentam dificuldades em diferenciar a fome física da emocional e, estão acostumados a comer mesmo sem necessidade fisiológica. O comportamento alimentar inadequado pode ser o agente causador ou facilitador da obesidade. Este deve ser considerado antes da cirurgia bariátrica para o devido tratamento e prevenção do reganho de peso pós-cirúrgico<sup>7</sup>.

Segundo<sup>8</sup>, em uma sociedade focada no corpo magro e esculturalmente construído, pessoas obesas e severamente obesas são deixadas à margem. Esses indivíduos sofrem discriminações tanto em ambientes escolares quanto no mercado de trabalho e têm prejuízo em sua vida pessoal e relacionamentos interpessoais. A cirurgia tem sido um meio para diminuir o processo de estigmatização e também resolver problemas de saúde que decorrem da obesidade e que diminuem a qualidade de vida.

Antes do emagrecimento em grande escala, provocado pelo tratamento cirúrgico, o paciente tem crenças sobre seu corpo e sua forma física e sobre como as pessoas o percebem.<sup>8</sup>

Apesar de ser eficaz na perda de peso, após o segundo ano de cirurgia, têm se percebido em alguns pacientes o início de um período crítico relacionado com o reganho de peso.<sup>9</sup>

O candidato à Cirurgia Bariátrica e o paciente pós-Cirurgia Bariátrica passam por acompanhamento multidisciplinar, o que envolve o psicólogo. Esse profissional realiza avaliação psicológica antes da cirurgia, como parte do processo de decisão pela realização ou não do procedimento.<sup>10</sup>

Para conquistar e manter a perda de peso após a cirurgia bariátrica, a adesão a um novo estilo de vida e qualidade de vida é crucial. A adesão inclui a adoção de uma dieta balanceada, prática de atividade física regular e acompanhamento com a equipe multidisciplinar. Para isso, estratégias comportamentais e cognitivas são relevantes como estabelecimentos de metas realistas, estratégias de controle de estímulos e modificação de crenças sobre alimentação<sup>11</sup>.

Apesar da eficácia da cirurgia bariátrica a recuperação do peso pode ocorrer com o passar do tempo. Entretanto, a manutenção do peso em longo prazo é um grande desafio, visto que os estudos evidenciam que aproximadamente 15% dos pacientes submetidos à cirurgia voltam a ganhar peso.<sup>12</sup>

O reganho de peso é uma das possíveis complicações e acontece após os primeiros dois anos do procedimento cirúrgico, visto que ocorre uma adaptação que envolve os mecanismos neuro-hormonais que são responsáveis pela regulação do apetite e do metabolismo. Outro fator de relevância é o não comparecimento às consultas no pós-operatório por acreditarem que não é necessário o acompanhamento em longo prazo. Estudos mostram que após 24 meses a produção de hormônios orexígenos entra numa fase de readaptação ao organismo, diminuindo a perda ponderal e facilitando o ganho de peso.<sup>13</sup>

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.<sup>14</sup>

## **MATERIAL E MÉTODO**

Trata-se de estudo transversal qualitativo e exploratório, que visa proporcionar uma compreensão crítica perante os relatos das pacientes entrevistadas e que produziu uma base descritiva para pesquisa. Optou-se por uma entrevista semiestruturada que permitiu a pesquisadora utilizar-se de um roteiro para entrevistar 07 mulheres advindas de um serviço de saúde privado especializado no tema, o material coletado por meio da entrevista semiestruturada e as falas gravadas foram transcritas e organizadas. A análise dos dados foi feita através da análise de conteúdo baseada em Bardin<sup>15</sup>, onde seguiu um modelo que primordialmente se atém a compreensão da importância do tratamento psicológico no reganho de peso pós - cirurgia bariátrica, assim como também explorou as possíveis problemáticas envolvidas no tratamento das pacientes com obesidades mórbidas encaminhadas à cirurgia bariátrica permitindo uma melhor compreensão.

A coleta de dados foi realizada entre fevereiro a abril de 2019 com as pacientes que realizaram a Cirurgia Bariátrica no Hospital Albert Sabin, Recife, Pernambuco em uma sala reservada no próprio Hospital. Os critérios de inclusão foram pessoas que realizaram a cirurgia bariátrica há mais de dois anos ou mais, e obteve reganho de peso, o sexo feminino, a partir de dezoito anos, residentes na Recife - PE.

O contato com os participantes deu-se por via telefônica, a partir de uma lista com os respectivos nomes, cedida pela Instituição, que realizaram cirurgia bariátrica. Após aproximação prévia e esclarecimentos sobre a pesquisa, foram marcados local, data e horário, que melhor lhes conviesse, para a realização das entrevistas.

Os depoimentos foram obtidos após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio de entrevistas, gravadas e transcritas pela própria pesquisadora, com duração média de 60 minutos, após a aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade Pernambucana de Saúde. CAEE 04179418.6.0000.5569, O sigilo e o anonimato foram garantidos aos participantes, conforme as diretrizes que regem a pesquisa com seres humanos.

As seguintes questões nortearam as entrevistas: Impacto Emocional do Engordar? Tentativas para Emagrecer? Sentimento em Relação a Cirurgia Bariátrica? Acompanhamento com a Equipe Multiprofissional?

Quando os depoimentos se mostraram convergentes no que diz respeito aos significados, a conveniência dos dados preconizada para pesquisas qualitativas a coleta foi encerrada.<sup>16</sup> Dessa forma, 07 mulheres com reganho de peso após a cirurgia bariátrica foram entrevistadas, com todos os depoimentos incluídos.

Para a organização e análise dos significados oriundos dos depoimentos foram adotados os passos indicados pela pesquisadora Laurence Bardin<sup>15</sup>. Depois de realizadas leituras e selecionados trechos de cada depoimento, estes foram reescritos e agrupados conforme a convergência de sentidos, possibilitando análise de conteúdo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como referido, a pesquisa foi constituída por sete mulheres, cada uma submetida à cirurgia bariátrica há dois anos ou mais, com escolaridade entre segundo grau completo e superior completo.

Das 07 mulheres que foram submetidas à entrevista semiestruturada, foi possível observar a heterogeneidade nas profissões, idades e demandas da cirurgia bariátrica. A idade média das entrevistadas foi de 30anos que variou entre 30 e 48 anos. O tempo médio desde a realização da cirurgia bariátrica foi de 2 anos. O maior peso foi de 130 kg antes da cirurgia bariátrica e o menor de peso 59 kg após a cirurgia bariátrica. A maior redução de peso foi de 56% do peso total da paciente e a maior recuperação, ou seja, reganho de peso, atualmente a paciente entrevistada encontra-se 130kg ficou em 24% do montante perdido, na mesma pessoa.

Sabemos que o padrão alimentar é um fenômeno que vai além do ato de comer e de nutrir. O alimento pode simbolizar desde o amor à destruição. Ao não saber diferenciar necessidades fisiológicas, algumas pacientes passam a usar o alimento como resposta às suas emoções. A comida passa a ocupar um papel central, sendo utilizada para entorpecer, mediar à dor e aliviar os sintomas os fatores emocionais<sup>8</sup>.

A partir das entrevistas realizadas com as sete mulheres submetidas à cirurgia bariátrica, foram construídas sete categorias temáticas que contemplam tópicos importantes para discussão e compreensão dos dados obtidos. Os tópicos - núcleos de sentido - têm caráter explicativo e discursivo com as referências bibliográficas, pois visam contemplar e substanciar a categoria temática. Essas categorias serão então analisadas por meio desses tópicos que servirão de instrumento para análise com o intuito de sustentar a argumentação do tema.

O presente estudo obteve como abordagem a pesquisa bibliográfica qualitativa, de cunho exploratório. Apresentando as características do objeto viabilizando a realização de estudos mais aprofundados sobre o tema.

A pesquisa qualitativa neste trabalho seguiu um modelo que primordialmente se atém a compreensão da importância do tratamento psicológico no reganho de peso pós cirurgia bariátrica, assim como também explorou as possíveis problemáticas envolvidas no tratamento das pacientes obesas mórbidas encaminhadas à cirurgia bariátrica, obtiveram reganho de peso.

Dessa forma, nossa análise vai transcorrer por meio da construção dessas categorias temáticas que auxiliarão a análise e a busca por respostas aos objetivos construídos que originaram a pesquisa. As categorias temáticas pretendem favorecer uma compreensão mais ampla e profunda acerca do significado subjacente a trajetória do sujeito que opta pela cirurgia como alternativa de tratamento contra a obesidade e após dois ou mais anos tem o reganho de peso. Visando a preservação da identidade, não serão informados os nomes dos participantes, estando estes identificados por um número.

- I. Lembranças iniciais do engordar causas do engorda: Herança genética e efeito sanfona;
- II. A cirurgia como resolução do problema da obesidade;
- III. Sentimentos e emoções acerca da obesidade;
- IV. Compensações de prazer do engordar;
- V. Uso de álcool e outras drogas;
- VI. Fatores emocionais do reganho de peso;
- VII. Acompanhamento com a equipe multidisciplinar.

As participantes relataram as seguintes razões para a busca da cirurgia que iremos explanar, foram realizados vários tratamentos anteriores para perder peso e não funcionaram. Isso pode ser observado através dos seguintes relatos coletados através da entrevista individual realizada com cada candidata:



## **I) Lembranças iniciais do engordar causas do engorda: Herança genética e efeito sanfona;**

Os trechos abaixo reproduzem os testemunhos da entrevistada diante de suas lembranças da infância:

*Assim, eu morei no interior e lá na época era bem difícil a vida. A gente passava um pouquinho de dificuldade. Então quando os meus pais se separaram, minha vó, acho que levou tudo isso, pela dificuldade que a gente passou, e me entupir de comida, mas eu notei que depois dos 7 ou 8 anos, que foi quando eu fui morar com a minha vó, o ganho de peso foi maior (7\_idade).*

Conforme Freud<sup>10</sup>, a primeira fase da organização sexual é a oral, na qual o objetivo inicial é a incorporação do objeto, não se separando da função de nutrição. Nesta fase a boca é a região que proporciona maior prazer, através da sucção, sendo a via pela qual a criança entra em contato com o mundo e sacia o desconforto causado pela fome, não nomeada pela mesma. Na fase oral passiva, a criança é totalmente dependente de quem deve suprir suas necessidades, tendo como principal objeto de desejo o seio materno. É na fase oral também que ocorre a percepção de extensão da criança com a mãe, gerando uma relação de simbiose. A criança se vê integrada ao corpo da mãe, via pela qual ela satisfaz suas necessidades afetivo-emocionais e nutricionais<sup>10</sup>.

Sabemos que homem é resultado de uma construção social e os elementos culturais de cada sociedade são responsáveis pela caracterização de suas ações, é fato que os hábitos de vida são de extrema importância para a compreensão e investigação do desenvolvimento da obesidade. A progressão de uma má alimentação, apreendida desde a infância, juntamente com outros fatores, como os genéticos, sociais e psicológicos, convergem facilitando o ganho de peso ou aspecto sanfona. E é esse processo que vai determinar suas escolhas alimentares, são os processos sociais e culturais mais complexos do que a simples satisfação de uma necessidade fisiológica. Sobretudo na relação com a comida que se expressou o conflito com esse corpo em processo. Algumas mulheres explicaram que não conseguiram racionalizar de imediato algumas de suas antigas pulsões, associado entre seus habituais práticos alimentares e os fatores

emocionais em que disseram se encontrar. De algum modo, as falas sugeriram um processo em que a pessoa se vê ainda “perdida”, tentando se encaixar num novo organismo. Subentende-se, que é importante considerar as expectativas destas mulheres, os aspectos subjetivos relacionados ao ato de se alimentar, o seu momento histórico e o meio em que onde elas estão inseridas<sup>12</sup>.

Sendo assim a busca pela imagem sem marcas ou memórias implica em novas emoções de conteúdo ambíguo de forma a investigar os fatores emocionais na manutenção ou reganho de peso. Se tratando de um estudo qualitativo, que não pretende generalizar seus resultados para todas as pessoas que tiveram reganho de peso após a cirurgia bariátrica, os dados evidenciam a necessidade de aprofundar os estudos sobre a reconstrução corporal após a cirurgia bariátrica, o seu impacto nos fatores emocionais, autoestima e autoconceito da pessoa.

## II - A Cirurgia como resolução do problema da obesidade

Observa-se, em alguns casos, que os indivíduos apresentam grande dificuldade em mudar hábitos alimentares para aderir a uma dieta saudável. As pessoas normalmente alegam saber o que é preciso fazer para ter uma boa alimentação, mas não conseguem sustentar a mudança e voltam para o velho padrão alimentar de antes.

*Foi quando eu comecei a fazer o estágio do curso técnico em enfermagem e eu não consegui, na verdade, fazer nada, eu só fazia aplicar injeção e, praticamente, era só isso. Não conseguia dar banho no paciente. eu... a minha barriga batia na maca, às vezes não tinha espaço pra entrar na sala, eu não tive roupa pra ir pro bloco cirúrgico, porque o hospital não tinha, então eu não consegui entrar... foi no primeiro estágio, e era só pra conhecer, na verdade, mas eu não consegui entrar, todo mundo entrou e eu não. E quando aqui... aquilo foi me deixando muito triste, aí eu decidi correr pra fazer a cirurgia pra que no próximo estágio eu conseguisse fazer tudo, que foi o que aconteceu. (1\_idade)*

*Lembro sim. Avisei aos meus pais que eu não queria fazer dieta, porque eu me sentia bem, me sentia leve, subia e descia ladeira e não me cansava, então, pra mim, a obesidade nunca foi uma maneira tão rude pra que eu viesse querer perder peso de imediato, fazer a cirurgia, mais meus pais mim obrigou porque eu estava muito gorda(2\_Idade).*

*Na minha separação, do meu primeiro casamento. Quando eu me separei, aí eu coloquei na cabeça que ele tinha arrumado uma mulher fora porque eu estava muito gorda, eu estava acima do normal.( 3\_Idade)*

*Justamente pelo meu ganho de peso muito além do normal e... n-o... Na idade... na idade de tipo, de namorar, de paquerar. Então tudo isso mexia muito comigo, né? É... problemas no joelho que, até hoje, eu tenho problema no joelho justamente por conta do peso que era muito grande e...(suspira)... é, realmente foi... foram mais... mais ou menos isso, né? A pressão, o joelho que “tava” doendo, né? O medo de outras como... cormo... comorbidades e autoestima que não existia.(4\_idade).*

*Não, na verdade eu já “tava”... eu-eu me sentia muito gorda e procurei o médico pra fazer a cirurgia, né? Já fui pronta pra fazer a cirurgia. (5\_idade)*

Antes do emagrecimento em grande escala, provocado pelo tratamento cirúrgico, o paciente tem crenças sobre seu corpo e sua forma física e sobre como as pessoas o percebem.<sup>15</sup>

É fato que o indivíduo obeso tem a vida altamente prejudicada, seja nos aspectos pessoal, profissional, religioso, familiar, social e ainda tem sua saúde debilitada, o que gera várias doenças decorrentes do peso excessivo. E quando isso tudo ocorre, com certeza, traz prejuízos à alma: sentimentos de inferioridade, culpa, desprezo por si mesmo, desespero, falta de iniciativa.

Assim, muitas vezes as pessoas utilizam-se de dietas sem acompanhamento de profissionais capacitados, bastante restritivas, que além de não funcionarem, afetam a saúde física e psíquica, prejudicando totalmente o emocional.

### **III - Sentimentos e emoções acerca da obesidade**

*Nnnnnão. Não. É porque assim, você vai engordando você não nota, quando você vê, parece que é um “boom”, né? “Puff”, quando você vê você já tá demais (6\_idade).*

*Ah, o início é tristeza né?! Bate uma tristeza, bate a aflição de você não conseguir fazer nada. Aí você vai tentar os meios de perder o peso.(7\_idade)*

Joel Birman<sup>17</sup> diz que no cotidiano as pessoas se apresentam cada vez mais com queixas difusas localizadas sempre no corpo, que vão desde dores diversas e inespecíficas até sensações de completo esgotamento. Queixam-se também de um stress constante e uma dificuldade de limitar a carga física ou emocional que podem suportar. Birman<sup>19</sup> enfatiza a incapacidade crescente dos sujeitos de lidar de forma produtiva com suas dores e sofrimentos sendo constantemente assolados por dores corporais e incapazes lidar com elas e subjetivá-las.

Na intenção de adquirir uma imagem mais positiva de si mesmo e, desta forma, transformar a imagem pejorativa que os outros carregam dele, o obeso deseja "corrigir" o seu "defeito", desfazendo-se da quantidade de gordura na qual é envolvido. Ao mudar seu corpo, pretende mudar sua vida, transformando o seu sentimento de identidade.<sup>18</sup>

A vida líquido-moderna também tem desnudado a precariedade e a instabilidade como características importantes, afetando nossas relações. Diante de tantas incertezas quanto ao futuro, a “satisfação instantânea” passa a ser um artifício lógico, e o adiamento da satisfação, uma estratégia arriscada.<sup>19</sup>

Quando o indivíduo recebe apoio do meio em que se encontra, seja no ambiente familiar ou no trabalho, sente-se mais estimulado a superar as dificuldades em mudar hábitos. Lidar com todo um espectro emocional é exercício diário, pois demanda a capacidade de discernir e traduzir as emoções em forma de sentimentos passíveis de serem administrados. Quando não traduzidos, ou seja, quando não percebidos, identificados e nomeados, corre-se o risco de permanecer no campo da vulnerabilidade, tornando-se presa fácil para a tão conhecida exacerbação alimentar. Comemos por ansiedade, na medida em que nos fragilizamos perante emoções não identificadas, sejam elas positivas e/ou negativas. Essa fragilidade fala de uma inabilidade para traduzir a vivência da emoção em sentimento reconhecido. Para melhor entendimento, uma

sensação de alegria ou de tristeza pode nos causar desconforto pela inabilidade perceptiva. Sentimos e não sabemos o que sentimos. Algo nos retira do lugar seguro e confortável promovendo uma alteração inconsciente, criando uma ansiedade intrínseca a fim de controlar a onda de emoção. É muito forte a referência feita à força de vontade e persistência necessárias para se alcançar um objetivo, o emagrecimento/perda de peso, manter o peso pós - cirurgia bariátrica, diante de tantas emoções, sabemos que os sentimentos vividos durante o processo de mudança, deixam evidente a divisão do antes e depois como uma transposição de etapas em que a pessoa sai de uma situação de sofrimento para um estado de tranquilidade, pós - cirurgia bariátrica e como os sentimentos de autonomia remetem à responsabilização do cuidado e da iniciativa pessoal, a partir da conscientização e do comprometimento com a mudança do corpo gordo para o corpo magro, estando ciente que precisará de ajuda de profissionais na área nutricional/psicológica além do acompanhamento médico, tendo como objetivo ter autonomia e o reconhecimento da sua própria/nova identidade.

#### **IV - Compensações de prazer do engordar**

*Aí eu parei o tratamento e toda vez que... era assim, tomava o remédio dois-três meses, perdia, depois ganhava o dobro. Por isso que eu cheguei a cento e cinquenta e quatro quilos (1\_idade)*

Segundo Segal e Fandiño<sup>20</sup>, o tratamento convencional para obesidade mórbida, grau III, produz ainda resultados insatisfatórios, com 95% dos pacientes recuperando seu peso corporal inicial em até dois anos.

A partir da fala do paciente percebemos e pensamos, o famoso ciclo do “engorda-emagrece” ocorre quando a pessoa resolve mudar um padrão para um estilo de vida muito difícil de sustentar a longo prazo. E quanto mais drástica for a perda de peso, mais traumático é para o corpo, no entanto, quando há uma transformação muito radical na alimentação e algumas medicações, acontecem basicamente em algumas situações,

quer o corpo não compreende o que está havendo e se defende, criando um estado constante de alerta. É como se o organismo dissesse “está faltando comida, preciso fazer algo”, e aí uma verdadeira bagunça começa a acontecer no metabolismo.

## V - Uso de álcool e outras drogas

Diante do sofrimento e da impossibilidade de realizar escolhas em relação ao uso de álcool as pacientes afirmaram buscar o ajuda para interrompê-lo.

*Não... e eu me sentia muito só, todas as minhas amigas “tavam” casadas, eu “tava” literalmente sozinha. Então eu comecei a sair sozinha, achar minha companhia mais agradável e eu percebi que eu comecei a incluir algumas bebidas alcoólica (pitu, vodka, risos, todo tipo de bebida) nesse... nesse um ano. (1\_idade)*

*Eu percebi que... que o álcool “tava” entrando assim... porque painho ele é alcoólatra, sabe? E mainha também já foi por um longo tempo, então a gente tem pavor de passar pelo que eles passavam, era... e a gente acompanhou tudo pequeno. Então, quando eu percebi que comecei a beber, porque eu não bebia, né, eu disse: “oxe, o que é isso?”, aí eu mesmo parei. Contra o álcool eu não-não tive não assim.(5\_idade)*

O álcool e outras substâncias como é explicado pela possível transferência de vício em pacientes pós-cirúrgico. Assim, como os pacientes não podem mais usufruir abundantemente de alimentos, pressupõe-se que os mesmos desenvolvam problemas de dependência de outras substâncias, como o álcool. Alguns pesquisadores estão analisando a hipótese sobre o uso problemático de álcool após a cirurgia. O que ainda é pouco claro nos estudos é a relação entre o tempo de uso ou abuso de álcool. Não se sabe se há maior utilização por aqueles que já abusavam antes da cirurgia e tiveram recidiva, ou por indivíduos que apresentaram histórico de dependência e estavam em remissão antes da cirurgia ou ainda novos casos de abuso de álcool posterior à cirurgia.<sup>36</sup>

As desordens pelo uso do álcool (DUA) como abuso e dependência são consideradas problemas de saúde pública, devido ao efeito devastador da substância para a saúde física e relações familiares e sociais do indivíduo. As DUA estão relacionadas com grande quantidade de doenças e lesões com consequências negativas (absenteísmo, violência, acidentes) elevando os custos econômicos e sociais para a sociedade.<sup>37</sup>

Sendo assim, diante da fala da paciente vemos alguns casos de influência genética no alcoolismo que apontam positivamente para esta realidade, reconhecendo que o alcoolismo tem influência genética também, além da relevância do convívio familiar com alcoolistas que acabam determinando padrões de distúrbios de comportamentos e outros fatores que agregam na identificação de um alcoolista em potencial.

Dentre os problemas, destaca-se a possibilidade de transferência do comer compulsivo pela modalidade de compulsão por abuso de álcool. As prevalências indicam aumento de 7.6% para 9.6% em 12 meses de pós-operatório.<sup>16</sup>

Para o autor,<sup>25</sup> a abstinência, apesar de ser alcançada por poucos, permanece como um ideal com forte poder simbólico que contribui para individualizar o fracasso, para reforçar a fraqueza do usuário, para confirmar a gravidade da doença e para favorecer a adoção de intervenções de controle de corte populacional<sup>25</sup>.

Algumas pessoas tem o conhecimento que o consumo de álcool não é permitido na pós-cirurgia bariátrica de acordo com o paciente e as instruções do médico. Isso acontece porque o álcool pode danificar as mucosas do estômago e do intestino, além de reduzir a absorção de nutrientes tão importantes nessa nova fase.

Quando ocorre uma readaptação do aparelho digestivo, a bebida alcoólica geralmente é liberada, mas com moderação, porém não é recomendada, já que, além dos demais fatores emocionais e psicológico, existe uma concentração intensa de calorias e gás, o que pode dificultar o processo de emagrecimento. Por esse mesmo motivo, assim como a cerveja, os refrigerantes também não são indicados.

## VI - Fatores emocionais do reganho de peso

*[..] viciada em chocolate... eu passei quase dois anos sem comer chocolate e voltei a comer, não... e foi justamente quando o meu noivado entrou em crise, né? Porque era pra casar, não casa, e isso foi me deixando muito triste e eu fui descontando tudo no chocolate, comida, comia de tudo, sentia triteza comia, um alívio comer. (1\_idade)*

*Pela comida. Eu vou beliscando. Quando eu "tô" ansiosa... eu sempre tenho, agora não, eu-eu botei duas laranjas porque como eu disse a você que eu "tava" no processo de reeducação alimentar...É-é... é no momento de estresse, no momento de estresse que às vezes eu não consigo resolver as coisas, eu me sinto pra baixo, que eu não consigo... co... é... que eu quero fazer uma coisa que eu não chego lá, ou que tá demorando demais pra chegar, que eu fico agoniada, angustiada, aí o negócio vai crescendo, vai crescendo, aí eu vou pra comida, tá entendendo? É esse process... é nesse processo(6\_idade).*

Quando adultos alguns indivíduos procuram alívios das emoções negativas nos alimentos. Situações de estresse severo, tédio, tristeza, solidão ou mesmo o fracasso de manter uma dieta, faz com que essas pessoas aumentem a ingestão calórica na busca de um equilíbrio emocional, tendo como consequência o aumento de peso<sup>11</sup>.

É necessário um olhar além do ato de comer, para o que está por trás desta necessidade, é necessário um olhar para esta pessoa/paciente que come e que sofre. Para entender a dinâmica do comportamento alimentar, que muitas vezes é manifestado na obesidade, no sobrepeso e nos transtornos alimentares é necessário ter consciência de que o alimento preenche necessidades emocionais<sup>23</sup>.

Neste sentido, pode-se considerar que o estado emocional da paciente, influencia diretamente em suas ações, podendo acarretar em perda de controle e até mesmo o ganho de peso, devido à falta de estrutura, para manutenção de hábitos alimentares saudáveis, em alguns casos a reganho de peso se dá por retorno a maus hábitos alimentares, padrão beliscador (comer biscoitos, doces, salgadinhos, e outro alimentos calóricos e com baixo poder de saciedade em porções pequenas e frequentes), consumo de álcool e bebidas adoçadas e inatividade física. Nestes casos



deve-se reorganizar a alimentação, iniciar atividade física ou intensificá-la, revisar hábitos saudáveis e se necessário acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

## **VII - Acompanhamento com a equipe multidisciplinar.**

*Nenhum. Eu só fiz os exames, acompanhamento com a psicóloga, nutricionais e o médico e a cirurgia, depois disso mais nada. Só ia, voltava pra ele, pra o médico que operou, né? Com frequência de... com um mês, com dois meses, depois com seis meses, com um ano, aí foi quando eu tive um problema muito sério...(5\_idade)*

Os autores ressaltam que, no decorrer do processo da cirurgia bariátrica, ocorrem muitas mudanças físicas que podem vir seguidas de mudanças psicológicas<sup>21</sup>.

As pacientes foram entrevistadas a respeito do acompanhamento com a equipe multidisciplinar, todas as participantes disseram não ter realizado no período de ganho de peso. Sabemos que acompanhamento com a equipe multidisciplinar muito importante para evitar o reganho de peso, além da psicoterapia visa identificar quais estímulos, fora a fome, levam a pessoa a comer indevidamente. Estímulos tais como: Ansiedade? Depressão? Stress? Problemas afetivos?

Sabemos que, durante o processo da cirurgia bariátrica, ocorrem muitas mudanças físicas que podem vir acompanhadas de mudanças psicológicas. Diante do exposto acima as pacientes buscaram o(a) psicólogo(a) somente para a obtenção do laudo psicológico, que é um dos pré-requisitos para a realização do procedimento cirúrgico. Algumas das participantes relataram ter sentido falta de acompanhamento psicológico, sabendo que deveria ter o acompanhamento psicológico, entretanto não o fizeram. Sabemos que, durante o processo da cirurgia bariátrica, ocorrem muitas mudanças físicas e comportamentais que podem vir acompanhadas de mudanças psicológicas, influenciando nos fatores emocionais

## **CONCLUSÕES**

Esta investigação sinaliza o quanto o reganho de peso é complexo e pouco compreendido em seus aspectos biopsicoemocionais. A vivência de reganho de peso

após a cirurgia bariátrica é atribuída à instabilidade emocional, evidenciando a decepção pelo aumento de peso e a expectativa de voltar a perder peso. A discussão reforça a necessidade da melhoria das práticas junto com equipes multidisciplinares de saúde onde precisa investir nos encontros com o paciente pré/pós cirurgia bariátrica, compartilhando decisões e promovendo sua autonomia com vistas à manutenção do peso.

Devem aprofundar seus conhecimentos, trocar experiências e buscar constante qualificação nos diversos aspectos envolvidos na cirurgia bariátrica, dando especial atenção ao caráter subjetivo/emocionais das questões envolvidas no reganho de peso.

A cirurgia bariátrica é uma opção terapêutica com sua eficácia documentada em inúmeros estudos controlados nos pacientes com obesidade grave, é um procedimento que tem limitações e o reganho de peso é uma delas. Os mecanismos envolvidos nesse reganho ainda não estão muito bem elucidados, mas os estudos apontam como possíveis causas a inatividade física, fatores emocionais, o não comparecimento às consultas, o consumo de líquidos calóricos, bebidas alcoólicas e consequente aumento do consumo energético.

Quanto aos fatores psicológicos e emocionais relacionados à manutenção da obesidade e dificuldade de emagrecimento. Tais informações permitem, portanto, confirmar a hipótese, uma vez que a amostra estudada através da entrevista semiestruturada realizada com mulheres que realizaram a cirurgia bariátrica e obtiveram reganho de peso, apresentou dificuldade para emagrecer, baixa autoestima, dificuldade em manter peso perdido por longo prazo e em autocontrolar-se diante de alimentos, além dos fatores emocionais demonstrando através de alguns sentimentos de ansiedade e sintomas de estresse.

Fatores emocionais tais como a ansiedade, o estresse e a depressão são problemas psicológicos emocional muito comum em algumas pessoas obesas além do consumo de álcool, colocamos muito das nossas frustrações, ansiedade, euforia, depressão, stress, preocupações dentro de um prazer que é o comer emocional, quando estamos frustrados buscamos a comida como compensação tendo como objetivo aliviar as emoções seja negativa quanto positiva.

## REFERÊNCIAS

1. FIGUEIREDO, M. D. Avaliação dos aspectos depressão, ansiedade, compulsão alimentar e qualidade de vida de mulheres obesas, submetidas a tratamento medicamentoso antiobesidade. 2012. 128 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Interna) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.
2. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. - 3.ed. - Itapevi, SP : AC Farmacêutica, 2009.
3. Marcelino, L.F. ,& Patrício, Z.M. (2011). The complexity of obesity and life after bariatric surgery: a public health issue. *Ciência e Saúde Coletiva*, soard.2010.07.015
4. Berti, L.V., & Caravatto, P. P. P. (2012). Importância da obesidade no Brasil e no mundo. In: M.T.C. Diniz (Org.). *Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Atheneu.
5. Franques, A. R. M, Pacheco, E, Belfort, M.O, & Gomes, S. (2011). O reganho de peso após a cirurgia bariátrica. Em: A. R. M. Franques, & M. S. A. Arenales-Loli. (Org.). *Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório de cirurgia da obesidade* (pp. 263-272). São Paulo: Vetor.
6. Carvalho Júnior, A. (2013). *Vivências emocionais de pacientes submetidos à cirurgia metabólica e bariátrica com reganho de peso: um estudo clínico qualitativo*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
7. MARQUES, S. I. P. Perturbação de ingestão compulsiva, alimentação emocional e síndrome do comer noturno. 2013. 121 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2013.

8. Orzech, D. (2005). Counseling bariatric surgery patients. *Social Work Today*, 5(6), 24.
9. Valezi AC, Jamusse SB, Junior MJ, et al. Estudo do padrão alimentar tardio em obesos submetidos à derivação gástrica com bandagem em y de roux: comparação entre homens e mulheres. *Rev Bras Nutr Clin*. 2008; 35(6): 387
10. FREUD, Sigmund; Volume VII (1901-1905) - Um caso de histeria, três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Imago editora – Rio de Janeiro, 2006.
11. SILVA, V.L.M. Obesidade: o que nós, psicólogos, podemos fazer? In:WIELENSKA,R.C., org.Sobre comportamento e Cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos. Vol VI. Santo André: ESE Tec Editores Associados, 2001. Cap.33, p.265-70.
- 12.Odom, J., Zalesin, K. C., Washington, T. L., Miller, W. W., Hakmeh, B., Zaremba, D. L., ...Mc-Cullough, P. A. (2010). Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery.*Obesity Surgery*, 20,349-256. doi:10.1007/s11695-009-9895-6
13. Cummings DE, Overduin O, Foster-Schubert K. Gastric bypass for obesity: mechanisms of weight loss and diabetes resolution. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010; 89(6): 2608-2615.
14. Martins MVDC. Porque o “by-pass” gástrico em Y de Roux é atualmente a melhor cirurgia para tratamento da obesidade. *Rev Bras Videocir*. 2005; 3(2): 102-104.
15. Bardin, laurence. análise de conteúdo. 4. ed. lisboa: edições70, 2010.
16. Segal A, Fandiño J. Indicações e Contra indicações para realização das Operações Bariátricas. *Rev Bras Psiq*. 2002; 24: 68-72.
17. Békei M. Transtornos psicossomáticos en lá niñez y la adolescência. Buenos Aires: Nueva Vision; 1984.

18. velle JM, Alvarenga MS. Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa. *J Bras Psiquiatr.* 2016;65(3):262–85.
19. Oliveira DM, Merighi MA, Kortchmar E, Braga VA, Silva MH, Jesus MC. Experience of women in the postoperative period of bariatric surgery: a phenomenological study. *Online Braz J Nurs.* 2016;15(1):1-10.
20. McNally, R (2008). *Gastric Bypass Surgery. The Psychological Journey.* USA, Bloomington: Author House.
21. Franques, A. R. M., & Arenales-Loli, M. S (2006). *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade.* São Paulo, SP: Vetor.
22. Bastos, E. C. L., Barbosa, E. M. W. G., Soriano, G. M. S., Santos, E. A., & Vasconcelos, S. M. L. (2013). Fatores determinantes do ganho ponderal no pós operatório de cirurgia bariátrica. *ABCD. Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva,* 26(Supl. 1), 26-32. doi:10.1590/S010267202013000600007
23. Oliveira DM, Merighi MA, Kortchmar E, Braga VA, Silva MH, Jesus MC. Experience of women in the postoperative period of bariatric surgery: a phenomenological study. *Online Braz J Nurs.* 2016;15(1):1-10.
24. King WC, Chen JY, Mitchell JE, Kalarchian MA, Steffen KJ, Engel SG et al. Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *JAMA.* 2012; 307(23): 2516-25.
25. Souza TP. *Estado e sujeito: a saúde entre a micro e a macropolítica de drogas.* São Paulo: Hucitec; 2018.

## V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresenta que a cura da obesidade não se resume apenas ao ato cirúrgico, pelo contrário, é o início de um período de um a dois anos de mudanças que devem estar associadas a psicoterapia, como a reedobjetivosucação alimentar, atividade física programada e mudança nos hábitos de vida.

Esta investigação sinaliza o quanto o reganho de peso é complexo e pouco compreendido em seus aspectos biopsicoemocionais. A vivência de reganho de peso após a cirurgia bariátrica é atribuída à instabilidade emocional, evidencia a decepção pelo aumento de peso e a expectativa de voltar a perder peso. A discussão reforça a necessidade do acompanhamento com a equipe multidisciplinar pós - cirurgia bariátrica.

A equipe multidisciplinar de saúde precisa investir nos encontros com os pacientes pós-cirurgia bariátrica, compartilhando decisões e promovendo sua autonomia com vistas à manutenção do peso.

Observa-se a necessidade em se aprofundar os conhecimentos acerca da temática, trocar experiências entre os profissionais que atuam nessa área e buscar constante qualificação nos diversos aspectos envolvidos na cirurgia bariátrica, dando especial atenção ao caráter subjetivo das questões envolvidas no reganho de peso e os seus fatores emocionais.

## VI. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

Nesse sentido, é que se pode compreender que determinadas formas de se estar no mundo, de se estabelecer relações, de se eleger os objetos, ou privilegiar um objeto, não diz só de um hoje, mas de uma história, na qual a doença, o sintoma adveio como defesa, como refúgio, como fuga, como culpa, como melhor estratégia possível.

É necessário um olhar além do ato de comer, para o que está por trás desta necessidade, é necessário um olhar para esta pessoa que come e que sofre. Para entender a dinâmica do comportamento alimentar, que muitas vezes é manifestado na obesidade, no sobrepeso e nos transtornos alimentares é necessário ter consciência de que o alimento preenche em algumas situações as necessidades emocionais.

O sujeito ao perder o objeto de satisfação privilegiado, que era a alimentação excessiva, através do comer emocional e ao ficar numa posição de falta, têm uma nova possibilidade de dirigir a energia que era investida nesse objeto para outros meios, outros encontros. Mas essa capacidade de novos investimentos como a cirurgia bariátrica pode tomar uma forma tanto construtiva como destrutiva, vindo a ter reganho de peso. Nesse sentido, que salientamos a importância do acompanhamento com a equipe multidisciplinar pós a cirurgia bariátrica.

Esta investigação sinaliza o quanto o reganho de peso é complexo e pouco compreendido em seus aspectos biopsicoemocionais. Os fatores emocionais de reganho de peso após a cirurgia bariátrica é atribuída à instabilidade emocional.

Dessa forma, focar o sintoma, ou até paralisá-lo não significa “curá-lo”, como nos casos de obesidade mórbida e a cirurgia bariátrica. É importante ressaltar, que nesse estudo, não se está negando a presença das questões orgânicas. A visão que se têm é de que o psíquico e o orgânico não são campos separados, sendo assim, as mudanças produzidas em qualquer um deles produz mudanças em ambos, ressaltando que os dois (psíquico e o orgânico) têm que ser acolhidos, tratados e curados juntos com ajuda do médico, nutricionista e da psicologia.

Considerando, que a cirurgia bariátrica, que pode vir a trazer, sem dúvidas, muitos benefícios para a qualidade de vida da paciente, evitando o reganho de peso a importância do acompanhamento com a equipe multidisciplinar no pré e pós operatório. Reconhecemos que esses aspectos são fundamentais na clínica da obesidade em função de um olhar clínico, com objetivo de evitar o reganho de peso, tratando os fatores emocionais.



## VII. REFERÊNCIAS

1. Mauro MFFP et al. O transtorno da compulsão alimentar (TCA) tem impacto no ganho de peso após a cirurgia bariátrica? Relato de caso. *J. bras. psiquiatr.*, 2017; 66 (4): 221-224.
2. Organização Mundial de Saúde (OMS). Doenças não-transmissíveis: estratégia regional para 2000-2010. [online] [acesso 15 ago 18] Disponível em: [www.afro.who.int/textonly/press/portuguese/2000/rc/rc5006.html](http://www.afro.who.int/textonly/press/portuguese/2000/rc/rc5006.html).
3. Barham T. Boys' Cognitive Skill Formation and Physical Growth: Long-Term Experimental Evidence on Critical Ages for Early Childhood Interventions. *American Economic Review*, 2013; 103 (3): 467-71.
4. Chaim EA, Pareja JC, Gestic MA, Utrini MP, Cazzo E. Preoperative multidisciplinary program for bariatric surgery: a proposal for the Brazilian Public Health System. *Arq Gastroenterol.* 2017;54(1):70-4. [ [Links](#) ]
5. Kalarchian MA, Marcus MD. Psychosocial Interventions Pre and Post Bariatric Surgery. *Eur Eat Disord Rev.* 2015;23(6):457-62. [ [Links](#) ]
6. Ventulani J. Psychoactive substances in the past and presence. *Pol J Pharmacol*, 2001; 53: 201 – 214.
7. Siqueira AC, Zanotti SV. Programa de cirurgia bariátrica e ganho de peso. *Psicol Saúde Doenças.* 2017;18(1):157-69. [ [Links](#) ]
8. Herber, D., Greenway, F.L., Kaplan, L. M., Livingstone, E., Salvador, J., & Still, C. (2010). Endocrine and nutritional management of the post-bariatric surgery patient: an endocrine society clinical practice guideline: *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 95, 4823-4843.
9. Odom, J., Zalesin, K. C., Washington, T. L., Miller, W. W., Hakmeh, B., Zaremba, D. L., Altattan, M., Balasubramanian, M., Gibbs, D.S., Krause, K.R., Chengelis, O.L., Franklin, B.A., & McCullough, P.A. (2010). Behavioral predictors of weight gain after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 20, 349-256.

10. FREUD, Sigmund; Volume VII (1901-1905) - Um caso de histeria, três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Imago editora – Rio de Janeiro, 2006.
11. Pinheiro, A., Freitas, S., & Corso, A. (2004). Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição*, 17(4), 523-533.
12. Garrido Junior AB. Cirurgia em Obesos Mórbidos: Experiência Pessoal. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 2000. 44: p. 106110.
13. Marcelino, L.F. ,& Patrício, Z.M. (2011). The complexity of obesity and life after bariatric surgery: a public health issue. *Ciência e Saúde Coletiva*, soard.2010.07.015
14. Berti, L.V., & Caravatto, P. P. P. (2012). Importância da obesidade no Brasil e no mundo. In: M.T.C. Diniz (Org.). *Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Atheneu.
15. Franques, A. R. M, Pacheco, E, Belfort, M.O, & Gomes, S. (2011). O reganho de peso após a cirurgia bariátrica. Em: A. R. M. Franques, & M. S. A. Arenales-Loli. (Org.). *Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório de cirurgia da obesidade* (pp. 263-272). São Paulo: Vetor.
16. MARQUES, S. I. P. Perturbação de ingestão compulsiva, alimentação emocional e síndrome do comer noturno. 2013. 121 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2013.
17. Orzech, D. (2005). Counseling bariatric surgery patients. *Social Work Today*, 5(6), 24.
18. Valezi AC, Jamusse SB, Junior MJ, et al. Estudo do padrão alimentar tardio em obesos submetidos à derivação gástrica com bandagem em y de roux: comparação entre homens e mulheres. *Rev Bras Nutr Clin*. 2008; 35(6): 387
19. BIRMAN, Joel. (2003) Dor e sofrimento num mundo sem mediação. Estados Gerais da Psicanálise: II Encontro Mundial, Rio de Janeiro 2003.

20. FLORES, C. A. Avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: práticas atuais. *Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva*, v. 27, n. 01, p. 59-62, 2014.
21. Román, C. J. V. H., Martínez, E. P., Gonzáles, S. T., Vicente, M. M., & Rodríguez-Márin, J. (2012). Psychological effects of a structured programme for preparing bariatric surgery patients. *Ansiedad y Estrés*, 18(2-3), 231-239.
22. BAUMAN, Z. Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.
23. Wadden, T. A., & Sarwer, D. B. (2006). Behavioral assessment of candidates for bariatric surgery: a patient-oriented approach. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 14(3), 53-62. Recuperado em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2006.283/full>
24. Bardal AG, Ceccatto V, Mezzomo TR. Risk factors for weight regain in the late postoperative of bariatric surgery. *Sci Med (Phila)*. 2016;26(4):ID24224.
25. SILVA, V.L.M. Obesidade: o que nós, psicólogos, podemos fazer? In: WIELENSKA, R.C., org. *Sobre comportamento e Cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos*. Vol VI. Santo André: ESE Tec Editores Associados, 2001. Cap.33, p.265-70.
26. Odom, J., Zalesin, K. C., Washington, T. L., Miller, W. W., Hakmeh, B., Zaremba, D. L., ...Mc-Cullough, P. A. (2010). Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 20, 349-256. doi:10.1007/s11695-009-9895-6.
27. Fischler (2011) *Psicologia. Clínica*. Rio de Janeiro, 23(1), 223 – 242.
28. Martins MVDC. Porque o “by-pass” gástrico em Y de Roux é atualmente a melhor cirurgia para tratamento da obesidade. *Rev Bras Videocir*. 2005; 3(2): 102-104.
29. Segal A, Fandiño J. Indicações e Contra indicações para realização das Operações Bariátricas. *Rev Bras Psiq*. 2002; 24: 68-72.

30. Schütz A. Sobre fenomenologia e relações sociais. Petrópolis: Vozes; 2012.
31. Oliveira DM, Merighi MA, Kortchmar E, Braga VA, Silva MH, Jesus MC. Experience of women in the postoperative period of bariatric surgery: a phenomenological study. *Online Braz J Nurs*. 2016;15(1):1-10.
32. Bardal AG, Ceccatto V, Mezzomo TR. Risk factors for weight regain in the late postoperative of bariatric surgery. *Sci Med (Phila)*. 2016;26(4):ID24224.
33. Oliveira DM, Merighi MA, Kortchmar E, Braga VA, Silva MH, Jesus MC. Experience of women in the postoperative period of bariatric surgery: a phenomenological study. *Online Braz J Nurs*. 2016;15(1):1-10.
34. velle JM, Alvarenga MS. Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa. *J Bras Psiquiatr*. 2016;65(3):262–85.
35. CASTRO, M.R.; CARVALHO, R.S.; FERREIRA, V.N.; FERREIRA, M.E.C. Função e Imagem Corporal: Uma análise a partir do discurso de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte, Florianópolis*, v.32, n 2-4, p. 167-183, dez. 2010.
36. Franques, A. R. M., & Arenales-Loli, M. S (2006). Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade. São Paulo, SP: Vetor.
37. Bastos, E. C. L., Barbosa, E. M. W. G., Soriano, G. M. S., Santos, E. A., & Vasconcelos, S. M. L. (2013). Fatores determinantes do reganho ponderal no pós operatório de cirurgia bariátrica. *ABCD. Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva*, 26(Supl. 1), 26-32. doi:10.1590/S010267202013000600007
38. APPOLINÁRIO, José C.; BENCHIMOL, Alexander K.; COUTINHO, Walmir F.; FANDIÑO, Julia. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, v. 26, n. 1, jan./abr, 2004.
39. Bardin, Laurence. análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: edições 70, 2010

## **APÊNDICE - 01**

# **Neta, M.B.S.(2018) CIRURGIA BARIÁTRICA: FATORES EMOCIONAIS QUE CONTRIBUEM PARA O REGANHO DE PESO E CONSUMO DE ÁLCOOL**

## **ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

### **1. OBESIDADE:**

- 1.1. Você lembra de quando começou a engordar? Me fale sobre isso.
- 1.2. Atribui o fato a alguma causa específica? Me fale sobre isso.
- 1.3. Quando você foi diagnosticada com obesidade, lembra de como reagiu ou o que pensou?
- 1.4. Você tentou outros tratamentos ou meios para emagrecer antes da decisão da cirurgia? O que fez? Como você se sentia realizando esses tratamentos?
- 1.5. Como era o seu padrão e frequência de uso de bebida alcoólica quando foi diagnosticada com obesidade?

### **2. SOBRE A CIRURGIA:**

- 2.1. Porque decidiu fazer a cirurgia bariátrica?
- 2.2. Fez algum acompanhamento psicológico?
- 2.3. Fez outros tipos de acompanhamento com outros profissionais? (educadores físicos, fisioterapeutas, acupunturistas, nutricionistas etc)

### **3. PÓS-CIRURGIA:**

- 3.1. O que você sente em relação ao fato de estar engordando após a cirurgia bariátrica?
- 3.2. Qual o maior peso e o menor peso?
- 3.3. A que você atribui este reganho de peso?
- 3.4. Você considera que o excesso de peso te causou sofrimento, constrangimento ou ainda causa?
- 3.5. O que tem sido mais marcante na sua vida desde que você voltou a engordar?
- 3.6. E o que você pretende fazer agora?
- 3.7. Você consegue perceber em qual momento você passa a comer mais considerando o seu estado emocional?
- 3.8. Com que frequência você visita a equipe multiprofissional? Para quais profissionais você vai?
- 3.9. Há quanto tempo encontra-se neste acompanhamento? Acha suficiente e está satisfeita com este acompanhamento?

3.10. Qual o seu padrão e frequência de uso de bebida alcoólica atual? Notou alguma mudança na forma e maneira como consumia álcool antes da cirurgia?

3.11. Pergunta apenas se na questão anterior houver a afirmativa de consumo de álcool: Alguém do seu meio familiar ou de amigos já expressou preocupação sobre seu uso de álcool? Você acha que tem uma relação prejudicial de consumo de bebidas alcoólicas?

3.12. Tem alguma outra coisa importante que você gostaria de dizer sobre este fato de voltar a engordar?

**APÊNDICE - 02****TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa: **CIRURGIA BARIÁTRICA: FATORES EMOCIONAIS QUE CONTRIBUEM PARA O REGANHO DE PESO E CONSUMO DE ÁLCOOL.**

O nosso objetivo é analisar as vivências e fatores emocionais relacionados ao reganho de peso após a cirurgia bariátrica, bem como contextualizar as consequências emocionais preponderantes das pacientes que se submeteram a cirurgia bariátrica, emagreceram atingindo um peso mais próximo da normalidade e iniciaram reganho de peso pós a intervenção cirúrgica. Queremos, com isso, ampliar a discussão relacionada acompanhamento da mesma especialidade no pós-operatório.

Este é um convite para que você participe deste trabalho, respondendo a uma entrevista semiestruturada que será gravada em áudio e posteriormente transcritos. As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais, seu nome será substituído por letra e não aparecerá em nenhum prontuário ou documento, de modo a assegurar o total sigilo sobre a sua participação. O encontro respeitará a sua conveniência e disponibilidade de tempo.

Sua participação será voluntária e sem interesse financeiro, sabendo que não terá direito a nenhuma remuneração. Esclarecemos ainda, que os riscos relacionados à participação na pesquisa podem ser de cansaço, constrangimento e/ou ansiedade, uma vez



que relatar experiências de vida podem mobilizar a participante emocionalmente. A pesquisadora, no entanto, realizará a entrevista conforme sua disponibilidade e conveniência, podendo ser interrompida a qualquer momento que julgar necessário.

Se assim você se sentir incomodada, como a entrevista possui caráter interventivo, a pesquisadora se disponibiliza a encaminhá-la para o Serviço de Apoio Psicológico especializado sem que você tenha qualquer despesa, não apenas durante a coleta de dados, mas também pelo tempo que julgar necessário, visando minimizar qualquer dano eventual que a pesquisa possa causar.

Os benefícios relacionados à sua participação serão de favorecer uma maior compreensão acerca das relações de cuidado estabelecido pela família, especialmente, pelos familiares diretos como os pais, podendo auxiliar as equipes de saúde a melhorar a assistência e familiares na mesma condição.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) podendo ser publicados posteriormente através de artigos científicos ou congressos temáticos. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de no mínimo cinco anos, decorrido este tempo, a pesquisadora avaliará os documentos com para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais, atendendo as legislações brasileiras (Resoluções Nº 510/16 e Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida a você.

### **DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE**

Eu, \_\_\_\_\_ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores **MARTA BATISTA DE SOUZA NETA E ROSSANA CARLA RAMEH-DE ALBUQUERQUE**, certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecida pela pesquisadora responsável: **MARTA BATISTA** através do telefone (81) 987192100, e-mail: martabsn4.1@gmail.com e no endereço: Hospital Albert Sabin localizado na Rua Senador José Henrique, 141 Ilha do Leite, 50070-460 Recife – PE, no horário das 7:00 às 13:00 ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, sito à Av. Mascarenhas de Moraes, nº 4861, Imbiribeira - Recife-PE. CEP: 51150-000. Bloco: Administrativo. Tel: (81)33127755 que funciona de segunda a sexta feira no horário de 8:30 às 11:30 e de 14:00 às 16:30 pelo e-mail: comite.etica@fps.edu.br

O CEP: 51150-000 FPS objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo.

Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante

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

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador

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

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura da Testemunha

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

**APÊNDICE – 03 – CARTA DE ANUÊNCIA**

**APÊNDICE – 04 – TERMO DE CONFIABILIDADE****TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Em referência a pesquisa intitulada “**CIRURGIA BARIÁTRICA: FATORES EMOCIONAIS QUE CONTRIBUEM PARA O REGANHO DE PESO E CONSUMO DE ÁLCOOL**”, eu, Marta Batista de Souza Neta, comprometemo-nos a manter em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, todos os dados que identifiquem o sujeito da pesquisa, usando apenas para divulgação dos dados inerentes ao desenvolvimento do estudo. Comprometemo-nos também com a destruição, fotos, gravações, questionários, formulários e outros.

Local, data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pesquisador Responsável Assinatura e carimbo

Assinatura de todos os membros da equipe

**ANEXO – 01 Parecer consubstaciado do CEP**

## ANEXO – 02 . Norma da Revista Interface

**Interface**

Comunicação, Saúde, Educação

Avenida Professor Mário de Rubens Guimarães Montenegro s/n  
 Departamento de Saúde Pública  
 Botucatu – SP – Brasil  
 CEP/ZIP CODE: 18618-687

WhatsApp: +55 (14) 99697 9355  
 Telefone: +55 (14) 3880 1927  
 Email: revista.interface.fmb@unesp.br

Horário de atendimento:  
 das 8h às 12h; das 13h às 17h

### ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

**Interface – Comunicação, Saúde, Educação** é uma publicação interdisciplinar, de acesso aberto, exclusivamente eletrônica, editada pela Universidade Estadual Paulista – Unesp, (Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu). Tem como missão publicar artigos e outros materiais relevantes sobre a Educação e Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes e as Ciências Sociais e Humanas, que contribuem para o avanço do conhecimento nessas áreas.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação integra a coleção de periódicos indexados na base SciELO e adota o sistema *ScholarOne Manuscripts* para submissão e avaliação de manuscritos (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>). Prioriza abordagens críticas e inovadoras e a pesquisa qualitativa e não cobra taxas para submissão e acesso aos artigos. Publica apenas textos inéditos e originais, sob a forma de artigos de demanda livre, analíticos e/ou ensaísticos, revisão de temas atuais, resenhas críticas, relatos de experiência, debates, entrevistas; e veicula cartas e notas sobre eventos e

assuntos de interesse. Também publica temas relevantes e/ou emergentes, desenvolvidos por autores convidados, especialistas no assunto. Não são aceitas traduções de textos publicados em outro idioma.

Os manuscritos submetidos passam por um processo de avaliação de mérito científico **por pares**, utilizando critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho submetido, de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

Interface segue os princípios da ética na publicação científica contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE) – <http://publicationethics.org> e utiliza o sistema *Turnitin* para identificação de plágio, licenciado pela Unesp.

Todo o conteúdo de Interface, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo CC-BY. Mais detalhes, consultar: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

A submissão de manuscritos é feita apenas *online*, pelo sistema *ScholarOne Manuscripts*. (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>). Para mais detalhes sobre a submissão no sistema *ScholarOne Manuscripts* acesse o Guia do Autor: (<https://clarivate.com/webofsciencegroup/download/41692/>)

Recomenda-se a leitura atenta das Instruções antes dos autores submeterem seus manuscritos à Interface, uma vez que a submissão está condicionada ao atendimento às normas adotadas pelo periódico. O não atendimento dessas normas poderá acarretar a rejeição da submissão na análise inicial.



---

## SEÇÕES DA REVISTA

**Editorial** – texto temático de responsabilidade dos editores ou de pesquisadores convidados (até duas mil palavras).

**Dossiê** – conjunto de textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais de interesse para a revista (até seis mil palavras).

**Artigos** – textos analíticos resultantes de pesquisas originais teóricas ou empíricas referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

**Revisão** – textos de revisão da literatura sobre temas consagrados pertinentes ao escopo da revista (até seis mil palavras).

**Debates** – conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil e quinhentas palavras; réplica: até mil e quinhentas palavras).

**Espaço Aberto** – textos embasados teoricamente que descrevam e analisem criticamente experiências relevantes para o escopo da revista (até cinco mil palavras).

**Entrevistas** – depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

**Resenhas** – textos de análise crítica de publicações lançadas no Brasil ou exterior nos últimos dois anos, expondo novos conhecimentos além do simples resumo da publicação, sob a forma de livros, filmes ou outras produções recentes e relevantes para os temas do escopo da revista (até três mil palavras).

**Criação** – textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

**Notas breves** – notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores e obituários com análise da obra e contribuição científica do homenageado (até duas mil palavras).

**Cartas ao Editor** – comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

#### **Nota**

– **Na contagem de palavras do texto incluem-se referências, quadros e tabelas e excluem-se título, resumo e palavras-chave.**

---

## **FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS**

### **Formato e Estrutura**

1 Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista.

Todos os originais submetidos à publicação, **sem exceção**, devem ter autoria com a afiliação completa (Instituição, cidade, estado e país) e ID do ORCID , título próprio diferente do título da seção, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol), citações e referências bibliográficas. Devem conter, também, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas, com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao Editor.

### **Notas**

. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nos três idiomas e tema do Debate.

. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nos três idiomas.

. As resenhas devem apresentar, na primeira página do texto, título alusivo ao tema da obra resenhada, elaborada pelo autor da resenha. O título da obra resenhada, em seu idioma original, também deve estar indicado na primeira página do texto, abaixo da imagem da obra resenhada.

**2** As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

- Excluir do texto todas as informações que identificam a autoria do trabalho, em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**. Os dados dos autores são informados **apenas** em campo específico do formulário de submissão.
- Em documentos do *Microsoft Office*, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.
- Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do *Adobe Acrobat*.
- Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

### **Nota**

. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, **todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto.**

**3** O número máximo de autores do manuscrito está limitado a **cinco**. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A **autoria** implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação e deve estar baseada na contribuição efetiva dos autores no que se refere a: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do seu conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. Todas as três condições precisam ser atendidas e podem ser indicadas por meio da seguinte afirmação: **Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.**

#### **Nota**

. O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a **três**.

**4** A página inicial do manuscrito (**Documento principal**) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. **Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações.**

4.1 Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

#### **Notas**

. Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

. Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas vinte palavras.

4.2 Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras). Deve-se evitar a estrutura do resumo em tópicos (Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões).

## Notas

. Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

. Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

4.3 Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

5 Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses.

Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. **E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.**

6 Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informação sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme a Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar **apenas** o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. **Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.**

7 Manuscritos com ilustrações devem incluir seus respectivos créditos ou legendas e, **em caso de imagens de pessoas, deve-se incluir também a autorização para o uso dessas imagens pela revista.**

8 Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho 16 x 20 cm, com legenda e fonte Arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em *Word* ou *Excel*. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (*Photoshop* ou *Corel Draw*). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados do texto original (Documento principal), **com seus respectivos créditos ou legendas e numeração.** No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

**Nota**

. No caso de textos submetidos para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

**9** Interface adota as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos. Detalhes sobre essas normas e outras observações referentes ao formato dos manuscritos encontram-se no final destas Instruções.

---

**SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS**

**1** O processo de submissão é feito apenas *on-line*, no sistema *ScholarOne Manuscripts*. Para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Para isso é preciso acessar o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e seguir as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, basta clicar em “**Autor**” e iniciar o processo de submissão.

**Nota**

. No cadastro de todos os autores, é necessário que as palavras-chave referentes às suas áreas de atuação estejam preenchidas. Para editar o cadastro é necessário que cada autor realize *login* no sistema com seu nome de usuário e senha, entre no Menu, no item “**Editar Conta**”, localizado no canto superior direito da tela e insira as áreas de atuação no passo 3. As áreas de atuação estão descritas no sistema como **Áreas de expertise**.

**2** Interface – Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos e originais, submetidos somente a este periódico, serão encaminhados para avaliação. Os autores devem declarar essas condições em campo específico do formulário de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea a outro periódico, o manuscrito será desconsiderado. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para

publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento está disponível para *upload* no sistema.

**3** Os dados dos autores, informados em campo específico do formulário de submissão, incluem:

– Autor principal: **vínculo institucional** (apenas um, completo e por extenso), na seguinte ordem: Departamento, Unidade, Universidade. Endereço institucional completo para correspondência (logradouro, número, bairro, cidade, estado, país e CEP). Telefones (fixo e celular) e apenas **um e-mail** (preferencialmente institucional). ID do ORCID.

– Coautores: **vínculo institucional** (apenas um, completo e por extenso), na seguinte ordem: Departamento, Unidade, Universidade, cidade, estado, país. E-mail institucional. ID do ORCID.

### Notas

. Os dados de **todos os autores** devem incluir, **obrigatoriamente**, o **ID do ORCID** (os links para criação ou associação do ID do ORCID existente encontram-se disponíveis no sistema *ScholarOne*, na Etapa 3 da submissão). No ORCID devem constar **pelo menos** a instituição a que o autor pertence e a sua função.

. Não havendo vínculo institucional, informar a formação profissional.

. Em caso do autor ser aluno de graduação ou de pós-graduação, deve-se informar:

**Graduando do curso de ...Pós-graduando do curso...**, indicando, entre parênteses, se é Mestrado, Doutorado ou Pós-Doutorado.

. Titulação, cargo e função dos autores **não devem ser informados**.

. Sempre que o autor usar nome composto em referências e citações, esse dado também deve ser informado.

**Exemplo:** autor Fabio Porto Foresti; em referências e citações indica-se **Porto-Foresti, Fabio**.

4 Em caso de texto que inclua ilustrações, essas são inseridas com seus respectivos créditos ou legendas como documentos suplementares ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

#### Nota

. Em caso de imagens de pessoas, os autores devem providenciar uma autorização para uso dessas imagens pela revista, que também será inserida como documento suplementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

5 O título (até vinte palavras), o resumo (até 140 palavras) e as palavras-chave (de três a cinco), **na língua original do manuscrito** e as ilustrações são inseridos em campo específico do formulário de submissão.

6 Ao fazer a submissão, em **Página de Rosto**, o autor deverá redigir uma carta explicitando se o texto é inédito e original, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse (qualquer compromisso por parte dos autores com as fontes de financiamento ou qualquer tipo de vínculo ou rivalidade que possa ser entendido como **conflito de interesses** deve ser explicitado) e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, indicando o número do processo e a instituição. Caso o manuscrito **não envolva** pesquisa com seres humanos, também é preciso declarar isso em **Página de Rosto**, justificando a não aprovação por Comitê de Ética.

Da mesma forma, se entre os autores há alunos de graduação, é preciso declarar isso neste campo do formulário.

Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas não preenchem os critérios de autoria, também são incluídas neste campo do formulário.

Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, em **Página de Rosto**, as responsabilidades individuais de cada um na preparação do manuscrito, incluindo os seguintes critérios de autoria: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação



da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. **Todas as três condições precisam ser atendidas e podem ser indicadas por meio da seguinte afirmação: Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.**

**7** No caso de submissão de **Resenha**, em **Página de Rosto** o autor deve incluir todas as informações sobre a obra resenhada, no padrão das referências usadas em Interface (Vancouver), a saber:

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n): página inicial e final. Deve incluir, ainda, a imagem da capa da obra resenhada, como documento complementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

**Exemplo:**

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

**8** No item **Contribuição à Literatura** o autor deverá responder à seguinte pergunta: O que seu texto acrescenta em relação ao já publicado na literatura nacional e internacional?

**Nota**

. Nesta breve descrição é necessário inserir a especificidade dos resultados de pesquisa, da revisão ou da experiência no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, ressaltando o caráter inédito do trabalho e o seu diálogo com a literatura internacional; manuscritos que focalizem questões de interesse apenas local e apresentem abordagens essencialmente descritivas do problema não são prioridade da revista e devem ser evitados.

**9** O autor pode indicar um avaliador (do país ou exterior) que possa atuar no julgamento de seu trabalho, **desde que não pertença à mesma instituição do (s) autor (es) do**

**manuscrito.** Se houver necessidade, também deve informar sobre pesquisadores com os quais possa haver conflitos de interesse com seu artigo.

---

## **AValiação DE MANUSCRITOS E PUBLICAÇÃO DOS ORIGINAIS APROVADOS**

Interface adota a política editorial estrita de **avaliação de mérito científico por pares, realizada em duas etapas: pré-avaliação e revisão por pares.**

**Pré-avaliação:** todo manuscrito submetido à Interface passa por uma triagem inicial para verificar se está dentro da área de abrangência da revista, se atende às normas editoriais e para identificar pendências na submissão e documentação, incluindo identificação de plágio e auto-plágio, só confirmando a submissão se cumprir todas as normas da revista e quando todos os documentos solicitados estiverem inseridos no sistema. A análise da triagem inicial é concluída pelos editores e editores associados e só seguem para a revisão por pares os textos que:

- atendam aos requisitos mínimos de um artigo científico e ao escopo da revista;
- dialoguem com a literatura internacional em torno do tema do artigo;
- apresentem relevância e originalidade temática e de resultados e adequação da abordagem teórico-metodológica.

**Revisão por pares:** o texto cuja submissão for confirmada segue para revisão *por pares* (duplo-cego), no mínimo por dois avaliadores, que seguem critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou

pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa.

O material será devolvido ao autor caso os revisores sugiram **pequenas mudanças e/ou correções**. Neste caso, caberá uma nova rodada de avaliação do manuscrito revisto.

### Notas

. Em caso de divergência de pareceres, o texto é encaminhado a um novo relator, para arbitragem.

. A decisão final sobre o mérito científico do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

**Edição de artigo aprovado:** uma vez aprovado, os autores recebem uma correspondência com orientações específicas sobre o envio da versão final do texto, para dar início ao processo de edição para publicação e marcação dos originais. Essas orientações incluem:

– atualização dos dados completos do (s) autor (es), confirmando o vínculo institucional ou a formação profissional, e o **ID do ORCID**, como já indicado **no item 3 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS**;

– revisão final do texto, incluindo título, palavras-chave, citações e referências, e dos resumos (português, inglês e espanhol), por profissionais especializados indicando, com outra cor de fonte, as correções efetuadas nesta última versão;

– em caso de artigo com dois ou mais autores, inserção, nesta versão final do texto, **antes das Referências**, do item **Contribuições dos autores**, especificando as responsabilidades individuais de cada um na produção do manuscrito, como está explicitamente indicado **no item 6 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS**;

– em caso de agradecimentos a pessoas ou instituições, inseri-los também, na versão final do texto, antes das **Referências**, no item **Agradecimentos**.

O processo de edição do artigo aprovado inclui a normalização, diagramação e revisão do material pela equipe técnica de Interface e a aprovação final da versão em PDF pelos autores.

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista do Corpo Editorial da revista.

### Notas

. Caso tenham interesse de publicar seu artigo na língua inglesa, os autores devem manifestar o interesse e contatar imediatamente a Secretaria da revista para informações sobre prazos, custos, contato com profissionais credenciados etc. Essas despesas serão assumidas totalmente pelos autores. As duas versões (português e inglês) serão publicadas na SciELO Brasil.

. Interface passou a adotar a publicação contínua de seus artigos, **publicados em um único volume ao ano**, de forma ininterrupta, de acordo com orientação da SciELO. No Sumário eletrônico da revista, na SciELO e em seu site, apenas a seção a que o artigo foi submetido será indicada.

---

## PROCESSAMENTO DE MANUSCRITOS EM ACESSO ABERTO

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é um periódico de acesso aberto, *on-line* e digital. O movimento internacional de acesso aberto busca garantir o acesso universal a um bem que deve ser de toda a humanidade: o conhecimento. Os custos de produção dos periódicos neste modelo de acesso aberto, ao não serem financiados pelos leitores, requerem um financiamento público.

Durante 19 anos Interface foi mantida quase exclusivamente com recursos públicos. Como atualmente a captação deste recurso cobre parcialmente seus custos, a revista passou a adotar taxa de publicação de manuscritos aprovados, para assegurar sua periodicidade, regularidade, qualidade e o acesso aberto aos artigos publicados.

**Taxa de publicação**

Os procedimentos para o pagamento desta taxa serão informados pela secretaria da revista após a aprovação do artigo, quando tem início o processo de preparação dos originais para publicação. Esta taxa será cobrada apenas para artigos aprovados para as seções **Dossiê, Artigos, Revisão e Espaço Aberto**.

1 Para manuscritos com até 5000 palavras: **R\$ 800,00**

2 Para manuscritos com mais de 5000 palavras: **R\$ 900,00**

A taxa deverá ser paga mediante um depósito em conta bancária cujos dados encontram-se a seguir:

**Fundação Editora da Unesp**  
**CNPJ 54.069.380/0001-40**

**Banco do Brasil**  
**Agência 1897-X**  
**Conta Corrente 4652-3**

No valor **não está incluído** o custo com a tradução do artigo para o inglês, caso haja interesse. Este custo é responsabilidade dos autores do artigo em publicação.

O valor da taxa pode variar em função de maior ou menor captação de recursos públicos.

---

**NORMAS VANCOUVER****citações e referências****CITAÇÕES NO TEXTO**

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos. Não devem ser inseridas no modo automático, nem como referência cruzada.

**Exemplo:**

Segundo Teixeira<sup>1</sup>

De acordo com Schraiber<sup>2</sup>...

**Casos específicos de citação**

1 Referência de mais de dois autores: inserida no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2 Citação literal: deve ser inserida no parágrafo, entre aspas (aspas duplas), e acompanhada da página da citação entre parênteses, com a pontuação no final.

**Exemplo:**

Partindo dessa relação, podemos afirmar que a natureza do trabalho educativo corresponde ao “[...] ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens”<sup>2</sup> (p. 13).

**Notas**

– No caso da citação vir com aspas no texto original, substitui-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

**Exemplo:**

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM”<sup>1</sup> (p. 47).

– No fim de uma citação o sinal de pontuação ficará dentro das aspas se a frase começa e termina com aspas.

**Exemplo:**

“Estamos, pois, num contexto em que, como dizia Gramsci, trata-se de uma luta entre o novo que quer nascer e o velho que não quer sair de cena.”<sup>9</sup> (p. 149)

– Quando a frase não está completa dentro das aspas, a pontuação deve ficar fora das aspas.

**Exemplo:**

Na visão do CFM, “nunca houve agressão tão violenta contra a categoria e contra a assistência oferecida à população” (p. 3).

**3** Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com recuo de 4cm à esquerda, espaço simples, tipo de fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas e acompanhada da página da citação entre parênteses (após a pontuação da citação).

**Exemplo:**

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver.<sup>2</sup> (p. 42)

**Nota****Fragmento de citação no texto**

– utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

**REFERÊNCIAS** (Transcrito e adaptado de Pizzani L, Silva RC, fev 2014; Jeorgina GR, 2008)

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE): <http://www.icmje.org>.

Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no *Index Medicus*: <http://www.nlm.nih.gov>.

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo. A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

## **EXEMPLOS:**

### **LIVRO**

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

#### **Exemplo:**

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

\* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

\*\* Sem indicação do número de páginas.

#### **Notas**

– **Autor é uma entidade:** SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Manjuba (*ancharella lepidentostole*) no rio Ribeira de Iguape. São Paulo: Ibama; 1990.

– **Séries e coleções:** Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

### **CAPÍTULO**

### **DE**

### **LIVRO**

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es).



Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

**Exemplos:**

– Autor do livro igual ao autor do capítulo:  
Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

– Autor do livro diferente do autor do capítulo:  
Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu– Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

\* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

\*\* Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

**ARTIGO EM PERIÓDICO**

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número/suplemento):página inicial-final do artigo.

**Exemplos:**

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

\* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

\*\* Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

**DISSERTAÇÃO E TESE**

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

**Exemplos:**

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

**TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO**

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

**Exemplo:**

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [citado 30 Out 2013]. Disponível em: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)

\* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de citação (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

**DOCUMENTO****LEGAL**

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

**Exemplos:**

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

\* Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT – 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

### **RESENHA**

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

#### **Exemplo:**

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

### **ARTIGO**

### **EM**

### **JORNAL**

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

#### **Exemplo:**

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

### **CARTA**

### **AO**

### **EDITOR**

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano; v(n.):página inicial-final.

#### **Exemplo:**

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

### **ENTREVISTA**

### **PUBLICADA**

– Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

#### **Exemplo:**

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

– Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

**Exemplo:**

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

**DOCUMENTO****ELETRÔNICO**

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de citação com a expressão “citado”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”

– **Com paginação:** Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [citado 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

– **Sem paginação:** Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

\* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

**Nota**

– Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o DOI junto; em outros casos, nem sempre).

**Outros exemplos podem ser encontrados em [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)**

**OUTRAS OBSERVAÇÕES****TÍTULOS E SUBTÍTULOS**

1 Título do manuscrito – em negrito, com a primeira letra em caixa alta

2 Títulos de seção (Introdução, Metodologia, Resultados, Considerações finais...) – em negrito, apenas com a primeira letra em caixa alta

3 Quando houver subdivisão na seção assinalar da seguinte forma **[subtítulo]**,

4 Caso esta subdivisão ainda tenha outra subdivisão: assinalar **[sub-subtítulo]** e assim sucessivamente.

#### **Nota**

– Excluir números e marcadores automáticos antes dos títulos e subtítulos.

**Exemplo:** 1 Introdução, 2 Metodologia... **Fica apenas** Introdução, Metodologia...

#### **PALAVRAS-CHAVE**

**Apenas a primeira letra em caixa alta, o resto em caixa baixa. Ponto final entre as palavras-chave.**

#### **NOTAS**

#### **DE**

#### **RODAPÉ**

1 Nota de rodapé vinculada ao título do texto deve ser identificada com asterisco (\*), ao final do título.

2 Informações dos autores devem ser indicadas como nota de rodapé, iniciando por <sup>(a)</sup>, indicadas entre parênteses.

#### **Nota**

– Essas notas devem ser curtas, devido ao espaço restrito da página de rosto do artigo.

3 No corpo do texto as notas de rodapé devem seguir a sequência iniciada na página de rosto (se o texto tiver dois autores, por exemplo, a primeira nota de rodapé do texto deve ser <sup>(c)</sup>).

#### **Nota**

– Notas de rodapé devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

#### **DESTAQUE DE PALAVRAS OU TRECHOS NO TEXTO**

Devem estar entre aspas (aspas duplas).

Interface **não** utiliza negrito ou itálico para destaque.

Itálico é usado apenas para grafia de palavras estrangeiras.

Os destaques entre aspas devem ser sucintos, usados somente quando necessário.

**USO DE CAIXA ALTA OU CAIXA BAIXA (baseado em: FRITSCHER, Carlos Cezar et al. Manual de urgências médicas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, p. 468.)**

**Emprega-se caixa alta:**

**1** No início de período ou citação.

**2** Nos nomes dos corpos celestes: Saturno, Sol, Marte, Via Láctea.

**3** Nos nomes dos pontos cardeais e dos colaterais quando indicam as grandes regiões do Brasil do mundo: Sul, Nordeste.

**Nota**

– Quando designam direções ou quando se empregam como adjetivo, escrevem-se com **caixa baixa**: o nordeste do Rio Grande do Norte.

**4** Na palavra **estado**, quando personificada ou individualizada: o Estado (Brasil).

**5** Nos pronomes de tratamento e nas suas abreviaturas: Vossa Excelência, Senhor, Dona.

**6 Em siglas:**

. se pronunciável pelas letras (UFGRS, UFF, OMS): tudo em caixa alta;

. se pronunciável como palavra (Unesp, Unicef...): só a primeira letra em caixa alta.

Exceções: ONU, UEL, USP.

**Nota**

– Ao usar sigla, primeiro escreve-se por extenso e depois a sigla, entre parênteses.

**7 Na primeira letra de palavras que indicam** datas oficiais e nomes de fatos ou épocas históricas, de festas religiosas, de atos solenes e de grandes empreendimentos públicos ou institucionais: Sete de Setembro, Idade Média, Festa do Divino, Dia de Natal.

**8 Na primeira letra de palavras que indicam** nomes de disciplinas de um currículo, de uma área de estudo ou exame: História da Educação, Psicologia, Avaliação, Exame da Ordem.

**9 Na primeira letra de palavras que indicam** áreas do conhecimento, instituições e religiões: Saúde Coletiva, Epidemiologia, Medicina, Enfermagem, Educação, História, Ciências Sociais, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Cristianismo.

**10 Na primeira letra de palavras que indicam** nomes de leis, decretos, atos ou diplomas oficiais: Lei dos Direitos Autorais nº 9.609.

**11 Na primeira letra de** todos os elementos de um nome próprio composto, unidos por hífen: Pró-Reitoria de Graduação, Pós-Graduação em Finanças.

**12 Na primeira letra de palavras que indicam** nomes de eventos (cursos, palestras, conferências, simpósios, feiras, festas, exposições, etc.): Simpósio Internacional de Epilepsia; Jornada Paulista de Radiologia, Congresso Brasileiro de Solos.

**13 Na primeira letra de palavras que indicam** nomes de diversos setores de uma administração ou instituição: Reitoria, Pró-Reitoria de Extensão Universitária, Assessoria Jurídica, Conselho Departamental, Departamento de Jornalismo, Centro de Pastoral Universitária.

**14 Na primeira letra de palavras que indicam** acidentes geográficos e sua denominação: Rio das Antas, Serra do Mar, Golfo Pérsico, Cabo da Boa Esperança, Oceano Atlântico.

**15 Na primeira letra de palavras que indicam** nomes de logradouros públicos: Avenida Faria Lima, Rua Madalena, Parque Trianon, Praça Michelângelo.

**Emprega-se caixa baixa:**

1 Na designação de profissões e ocupantes de cargo: presidente, ministro, senador, secretário, papa, diretor, coordenador, advogado, professor, reitor.

2 Em casos como os seguintes: era espacial, era nuclear, era pré-industrial, etc.

**USO DE NUMERAIS****Escrever por extenso:**

– de zero a dez;

– dezenas e centenas “cheias”: dez pacientes; vinte carros; trezentas pessoas; oitenta alunos, seiscentos internos...

– quantidade aproximada: Eram cerca de quatrocentos alunos.

– unidades de ordem elevada: A grande São Paulo possui cerca de vinte milhões de habitantes.

**Escrever em algarismos numéricos:**

– a partir do número 11;

– quando seguidos de unidades padronizadas: 10cm; 6l; 600m

**USO DE CARDINAIS****Escrever por extenso:**

– de zero a dez.



**ANEXO – 03 Manual Educativo**

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – PROGRAMA DE PÓS  
GRADUAÇÃO STRICTO SENSU – MESTRADO PROFISSIONAL EM  
PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**CIRURGIA BARIÁTRICA:**

**FATORES EMOCIONAIS QUE CONTRIBUEM PARA O REGANHO DE PESO**

**Mestranda: Marta Batista de Souza Neta**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>: Dra: Rossana Carla Rameh-de Albuquerque**

**MANUAL PARA PACIENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE: REDES DE APOIO,  
SUPORTE EMOCIONAL, CUIDADOS E PREVENÇÃO AS MULHERES QUE  
OBTIVERAM REGANHO DE PESO APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA**

**RECIFE**

**MARÇO 2020**

## **SUMÁRIO**

<b>1. APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>2.REVISÃO LITERÁRIA.....</b>	<b>4</b>
2.1. Obesidade.....	4
2.2. Cirurgia bariátrica.....	5
2.3. Reganho de peso pós-cirurgia bariátrica.....	6
2.4.Acompanhamento com a equipe multidisciplinar após cirurgia bariátrica.....	7
2.5.Folder educacional para promoção de qualidade de vida.....	9
<b>3.REFERÊNCIAS.....</b>	<b>11</b>

## APRESENTAÇÃO

Este Manual Educacional é parte integrante da Dissertação de Mestrado intitulada **“CIRURGIA BARIÁTRICA: FATORES EMOCIONAIS QUE CONTRIBUEM PARA O REGANHO DE PESO”** apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde, da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS.

Sabemos que em alguns casos o reganho de peso é gerado em sua essência pelos fatores emocionais comumente desencadeados pela ansiedade e depressão tendo como sinais comportamentais o consumo de álcool, o descontrole alimentar, dentre outros.

A obesidade é uma doença crônica não transmissível que ao longo dos anos está crescendo de maneira descontrolada, como um dos mais importantes problemas de saúde pública que o mundo enfrenta. Algumas mulheres que buscam a cirurgia bariátrica se auto-identificam comedoras emocionais, recorrendo à comida para conforto, alívio dos fatores emocionais. Assim, é importante compreender de que forma as emoções psicológicas e sociais estão relacionadas ao reganho de peso após o procedimento, ou seja, a cirurgia bariátrica.

A cirurgia bariátrica é um método que induz e mantém a perda de peso corporal, porém não é um método definitivo, sendo necessário o acompanhamento médico, nutricional e psicológico no pré-operatório e pós-operatório. Estudos demonstram altas taxas de reganho de peso após cerca de um e dois anos. Por esta razão, pensamos em desenvolver um material educativo para ajudar na compreensão dos fatores emocionais/psicológicos recorrentes no reganho de peso de mulheres que se submeteram à intervenção cirúrgica bariátrica.

Embora saibamos que a prática de exercício, alimentação e acompanhamento com a equipe multidisciplinar - médico, nutricionista e psicólogo - façam parte do estilo de

vida saudável, é importante considerar nesse processo também os aspectos ambientais e comportamentais que podem interferir no ganho de peso.

## **2. REVISÃO LITERÁRIA**

### **2.1. Obesidade**

A Organização Mundial de Saúde (OMS), aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. No ano de 2015 foram identificados mais de 1900 milhões de adultos, com idade acima de 18 anos, com sobrepeso, dos quais, mais de 600 milhões eram obesos. A projeção é que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; e mais de 700 milhões, obesos.<sup>1,2</sup>

No Brasil o quadro não é diferente. O último levantamento de dados relacionados a obesidade, divulgados pelo Ministério da Saúde pelo programa VIGITEL<sup>3</sup>, alerta que o excesso de peso já atinge 52,5% da população adulta do país. É importante salientar que a taxa de crescimento do excesso de peso, aumenta a cada ano, e na última década, o aumento real foi de 23% no período<sup>3</sup>.

A obesidade grave é um quadro avançado, em que ocorre maior comprometimento físico e metabólico, gerando consequências no estado de saúde geral. Um dos métodos de tratamento da obesidade grave é a cirurgia bariátrica que deve ser indicada levando em consideração o Índice de Massa Corporal (IMC), a idade do paciente e o tempo da doença, além disso, ter apresentado insucesso ou recidiva do peso quando feito outros tratamentos. A cirurgia bariátrica tem como objetivo induzir e manter perda de peso corporal, assim como reduzir ou eliminar as comorbidades relacionadas à obesidade<sup>4</sup>.

O acompanhamento com uma equipe multiprofissional no pós-operatório de curto prazo é imprescindível, pois o trato gastrointestinal passou por mudanças com a cirurgia e precisa de adaptações na dieta e comportamento<sup>5</sup>.

O acompanhamento psicológico é de extrema importância em todas as etapas do tratamento da obesidade grave, pré-operatório, pós-operatório imediato e tardio. Na fase de pré-operatório e pós-operatório tardio o acompanhamento psicológico deve ser a

chave primordial para lidar com os fatores emocionais tais como: depressão, ansiedade, estresse, angústia, entre outros, para que os hábitos alimentares sejam alterados, pois apenas a cirurgia sem mudança nos hábitos alimentares e comportamentais não trazem bons resultados.

## 2.2. Cirurgia bariátrica

Em razão de a obesidade ser uma doença crônica, sabemos que é uma questão de saúde pública e de etiologia multifatorial, seu tratamento também envolve vários tipos de abordagens: tratamento dietético, programação de atividades físicas, uso de medicamentos antiobesidade além de ser primordial o acompanhamento com a equipe multiprofissional especializada. Esses tratamentos são os principais e os primeiros a se recorrer diante da necessidade de emagrecer.

A cirurgia bariátrica é sugerida como tratamento complementar aumentando consideravelmente a taxa de sucesso terapêutico<sup>6</sup>.

Segundo o Consenso Brasileiro Multissocietário em Cirurgia da Obesidade- 2006, serão candidatos ao procedimento cirúrgico da obesidade indivíduos que apresentem, IMC maior que 40kg/m<sup>2</sup> ou com IMC superior a 35kg/m<sup>2</sup> associado a comorbidades. É considerado ainda o histórico de fracasso no tratamento clínico por no mínimo cinco anos. É necessário ser explicado ao paciente que este deverá ter acompanhamento constante com profissionais de diversas áreas no pré e pós-operatório<sup>7</sup>. Sabemos que o tratamento cirúrgico é indicado para pacientes com obesidade grau III, ou pacientes portadores da obesidade grau II, com comorbidades, por exemplo: hipertensão arterial, diabetes tipo 2, hipercolesterolemia, apneia do sono, insuficiência cardíaca, artroses, obstrução arterial etc.

As intervenções cirúrgicas não são indicadas para pacientes com pneumopatias graves, insuficiência renal, lesão acentuada do miocárdio e cirrose hepática, além de existirem algumas contraindicações psiquiátricas como: psicoses, alcoolismo, atraso

mental, bulimia nervosa, compulsão alimentar, abuso ou dependência de substâncias, estados maníacos e ideação suicida. A existência de alterações psicopatológicas ou de personalidade é descrita como fatores que podem comprometer o tratamento<sup>8</sup>.

Após a cirurgia bariátrica, com a necessidade de mudanças drásticas nos hábitos alimentares, sociais e comportamentais, além da mudança de sua imagem corporal, surgem, muitas vezes, dificuldades de adaptação à nova vida e de adesão ao tratamento, podendo, assim, colocar em risco o sucesso da cirurgia. Nesse sentido, o paciente deve ser avaliado e acompanhado pela equipe multidisciplinar que estará envolvida no tratamento, em intervalos regulares, para monitorar o seu funcionamento psicológico<sup>9</sup>.

Compreendemos que o processo cirúrgico demanda uma intensa adesão dos pacientes no período pós-operatório, pois implica modificações de hábitos alimentares, comportamentais e de estilo de vida. Portanto, é preciso que se tome cuidado com a crença que alguns pacientes têm no milagre cirúrgico, procurando um tratamento eficaz e passivo, podendo colocar em risco o êxito do tratamento, pela desresponsabilização que essa situação pode causar por parte do paciente, que não segue as recomendações sugeridas pela equipe multiprofissional.

### **2.3. Reganho de peso pós-cirurgia bariátrica**

O reganho de peso pode ocorrer pela continuidade de maus hábitos que o paciente obtinha antes da cirurgia, adaptações anatômicas e aumento da capacidade gástrica e/ou por meio de alterações dos hormônios que são liberados pelo estômago e pelo intestino, responsáveis pelo controle da fome e saciedade e balanço energético<sup>10</sup>.

Tardiamente observa-se como achado comum no pós-operatório o reganho de peso corporal, especialmente após 24 meses do procedimento<sup>11</sup>. São encontrados alguns estudos que abordam este tipo de insucesso, como por exemplo, o estudo de Freire et al<sup>12</sup> que teve prevalência de reganho de peso de 56% dos participantes, sendo que

destes, 29% apresentaram o reganho de aproximadamente 10% do menor peso atingido entre 2 e 5 anos após a cirurgia.

Quanto à causa, apesar de desconhecida até então, acredita-se ser combinação de influências psicossociais – como status socioeconômico, fatores culturais, iatrogênicos, ambientais e genéticos.<sup>13</sup> Vale destacar que a obesidade é uma condição muito relacionada com hábitos de vida, como sedentarismo e uso de dietas ricas em carboidratos e lipídios.<sup>14</sup>

Portanto, independentemente dos fatores fisiológicos há que se monitorar e acompanhar os fatores comportamentais/emocionais e a dieta, para direcionar o manejo e controle clínico, na vigência de reganho de peso.

#### **2.4. Acompanhamento com a equipe multidisciplinar após cirurgia bariátrica**

O acompanhamento com a equipe multidisciplinar é de extrema importância para ajudar os pacientes a manter e controlar as emoções tendo o autoconhecimento de si mesmo e do seu próprio corpo, tendo práticas alimentares saudáveis, adquirindo novos hábitos e qualidade de vida, evitando reganho de peso após a cirurgia.

Sabemos que a psicoeducação<sup>15</sup> é uma abordagem terapêutica que focaliza na definição de objetivos, ensino de habilidades, satisfação e realização de metas. Concentra no aumento da anuência do paciente, na identificação precoce de sinais clínicos que indicam que há uma doença, na importância do estilo de vida, explorando crenças em saúde individuais e consciência da doença. Permite que o paciente compreenda um pouco mais a relação complexa entre sintomas, personalidade, ambiente interpessoal e efeitos colaterais da medicação. O autor<sup>15</sup> acrescenta ainda que, nas interações em grupo, os participantes têm a oportunidade de expressar e validar suas preocupações e questões, visualizar modelos positivos de saúde e comportamento, bem como sentir-se fazendo parte de um grupo coeso que enfrenta dificuldades similares.

Entre as recomendações mais comuns presentes na literatura para um bom pós-operatório incluem-se otimização nutricional, compromisso com exercícios físicos

regulares, manejo do estresse, estabelecimento de metas realistas, estratégias de controle ambiental, sistemas de apoio e reestruturação cognitiva<sup>16</sup>.

Em resumo, considerando que mesmo a cirurgia bariátrica sendo uma alternativa eficiente de tratamento para obesos graves, observa-se especialmente após 24 meses ou mais de sua realização, elevada prevalência de reganho de peso. Portanto, torna-se fundamental que as pacientes sejam rigorosamente acompanhadas, para monitoramento de seu estado de saúde, física e psicológica e práticas comportamentais e alimentares, visando manutenção dos resultados alcançados evitando o reganho de peso.

1. Mapeamento de serviços disponíveis para acompanhamento com a equipe multidisciplinar no pré e pós cirurgia bariátrica;

- **Hospital das Clínicas UFPE**

Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE, 50670-90;

- **IMIP** - Rua dos Coelhos | 300 Boa Vista - Recife - PE - Brasil | CEP 50070-902;

- **PLANOS DE SAÚDE: HAPVIDA, UNIMED, AMIL, CASSI...**



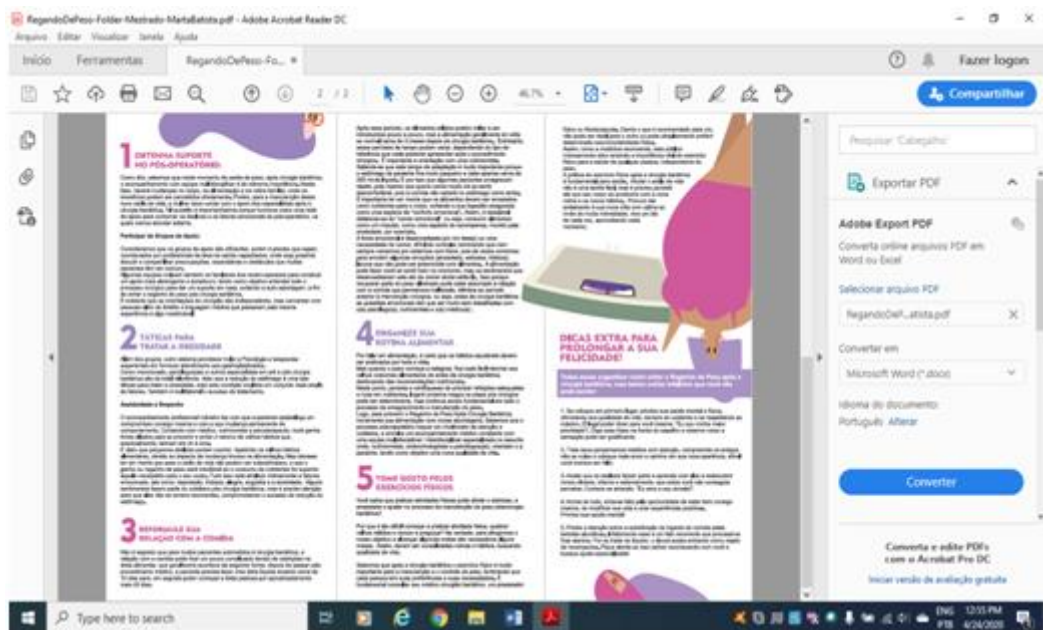
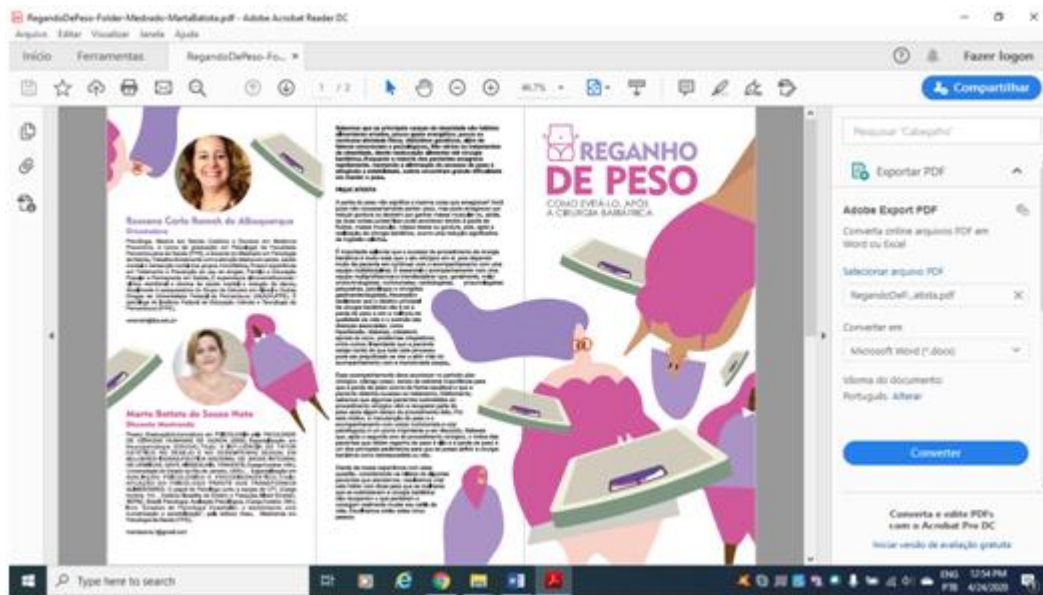
## **2.5. Folder educacional para promoção de qualidade de vida**

Material educativo que promovem orientações psicoeducacionais saudáveis, além do acompanhamento psicológico durante adesão ao tratamento, que pretendem produzir, reforçar e difundir conhecimentos específicos em relação aos fatores psicológicos emocionais.

Além disso, está vinculada ao maior número de complicações cirúrgicas e obstétricas; bem como à maior propensão a problemas sociais e psíquicos considerando que muitas vezes, os obesos, sentem-se discriminados na vida pessoal e profissional. Portanto, esta doença tem sido apontada como um dos fatores contribuintes para a baixa estima, o isolamento social e a depressão<sup>17</sup>.

O sofrimento psicológico, conseqüente do preconceito social, se encontra associado à obesidade em si, bem como aos comportamentos dos obesos, como por exemplo, suas condutas alimentares.<sup>18</sup>

É interessante que o material citado sirvam como subsídios para os atendimentos nos serviços de atenção de saúde e manutenção de peso, com qualidade de vida neles são encontrados conteúdos que trazem sugestões de lidar com determinados públicos. Por este motivo é importante que sejam sempre atualizados e renovados materiais que trazem bases científicas e a forma prática para agir com os pacientes apresentando formas de qualidade para sua saúde mental.



Dessa forma, espera-se com esse Manual informar através da leitura e reflexão acerca da importância da dimensão da comunicação no suporte aos familiares e pacientes que sofrem com as consequências do reganho de peso após cirurgia bariátrica e que vivenciam dificuldades ao longo do tratamento.

### 3.REFERÊNCIAS

1. WHO. Obesidad y sobrepeso. Datos y cifras(2016).
2. WHO. Obesity-preventing and managing the global epidemic. (World Health Organization, Geneva, 1997).
3. SAÚDE, B.M.D. Vigitel Brasil 2014 Saúde Suplementar : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Vol. 1ª edição -versão eletrônica (ed. Saúde, D.d.V.d.D.e.A.n.T.e.P.d.) 165 (Secretaria de Vigilância em Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Brasília, 2015).
4. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010/ABESO – 3.ed. – Itapevi, SP. 2009.
5. NONINO-BORGES, C. B.; BORGES, R. M.; SANTOS, J. E.; Tratamento clínico da obesidade, Medicina, Ribeirão Preto. 39: 246 -252, abr./jun. 2006.
6. BUCHWALD, H; AVIDOR, Y; BRAUNWALD, E. et al. Bariatric surgery: a systematic review and metanalysis. JAMA. 292(14): 1724-37, 2004.
7. SEGAL, A., FANDIÑO, J. Indicações e Contra-indicações para realização das operações bariátricas. Rev Bras Psiquiatr, v. 24, pp. 68-72, 2002.
8. Travado, L., Pires, R., & Martins, V. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. Aná. Psicológica, set. 2004, vol.22, no.3, pp. 533-550. ISSN 0870-8231.
9. Fandiño J., Benchimol A. K., Coutinho W. F., Appolinário J. C. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul Recuperado em 5 setembro, 2009, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082004000100007&lng=en.doi:10.1590/S0101-81082004000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082004000100007&lng=en.doi:10.1590/S0101-81082004000100007).
10. HOJO, V.E.S, MELO, J.M, NOBRE, L.N. Alterações hormonais após cirurgia bariátrica. Rev. Bras. Nutr. Clin. 22(1):77-82, 2007.
11. CHRISTOU N. V.; LOOK D.; MAC LEAN L. D. Weight gain after short and long limb gastric bypass in patients followed for longer than 10 years. Annals of Surgery. v. 244. n. 5. Nov. 2006.
12. FARIA, S.L.; KELLY, E. O.; LINS, R. D.; FARIA, O. P.; Nutritional management og weight regain after bariatric surgery. Obesity surgery. v. 20, n. 2, 135-139, 2010.
13. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016. 4ª. ed. São Paulo; 2016.
14. WHO. World Health Organization. Healthy topics: Obesity. 2018. [acesso 1.o-8-2019]. Disponível em: <http://www.who.int/topics/obesity/en/&gt>.

15. Griffiths, C. A. (2006). The theories, mechanisms, benefits, and practical delivery of psychosocial educational interventions for people with mental health disorders. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 11, 21-28.
16. Magro, D. O., Geloneze, B., Delfini, R., Pareja, B. C., Callejas, F., & Pareja, J. C. (2008). Long-term weight regain after gastric bypass: A 5-year prospective study. *Obesity Surgery*, 18, 648-651.
17. Prevedello CF, Colpo E, Mayer ET, Copetti H. Análise do impacto da cirurgia bariátrica em uma população do centro do estado do Rio Grande do Sul utilizando o método BAROS. *Arq Gastroenterol*. 2009; 46(3):199-203. <https://doi.org/10.1590/S0004-28032009000300011>
18. Ministério da Saúde (BR). *Obesidade*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. (Caderno de atenção básica, vol 12).