

Desafios e sentimentos relacionados ao comer de indivíduos em pós cirurgia bariátrica de um serviço público de saúde

Challenges and feelings related to eating of individuals after bariatric surgery in a public health service

Ana Luíza Ribeiro Pereira
Marina Rodrigues Barbosa

Resumo

Objetivos: Compreender quais os principais desafios referentes ao comer e seus significados, Avaliar o comportamento alimentar dos indivíduos no momento pós cirurgia bariátrica, Conhecer os sentimentos relacionados ao comer dos indivíduos em pós cirurgia bariátrica. Método: Foram realizadas entrevistas semi estruturadas individuais online com 21 indivíduos e aplicado o questionário TFEQ-R21 com 20 indivíduos que realizaram a cirurgia bariátrica. Foi realizada análise de conteúdo das falas dos indivíduos obtido por meio das entrevistas e respostas ao questionário entre maio de 2021 e dezembro de 2021. O trabalho foi aprovado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa). Resultados: Foram construídos dois núcleos de sentido (O comer e seus desafios; Os sentimentos gerados no como comer, comer menos) como representação do comer de indivíduos em pós cirurgia bariátrica enaltecendo suas emoções, sentimentos e percepções em relação ao alimento. Conclusão: O impacto da cirurgia aparece como algo positivo para a maioria dos indivíduos que se submeteram a mesma quando se trata de qualidade de vida, porém a relação/tolerância com determinados alimentos se modificaram. Além disso, existiu um medo de reganho de peso atrelado ao estigma já vivenciado por essas pessoas no momento pré cirurgia bariátrica.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica. Comportamento Alimentar. Sistema Único de Saúde. Obesidade. Comer emocional.

Abstract

Objectives: To understand the main challenges related to eating and their meanings, To evaluate the eating behavior of individuals after bariatric surgery, To know the feelings related to eating of individuals after bariatric surgery. Method: Individual semi-structured online interviews were conducted with 21 individuals and the TFEQ-R21 questionnaire was applied to 20 individuals who underwent bariatric surgery. Content analysis of the individuals' speeches obtained through interviews and responses to the questionnaire between May 2021 and December 2021 was carried out. The work was approved by the CEP (Research Ethics Committee). Results: Two nuclei of meaning were constructed (Eating and its challenges; The feelings generated in how to eat, eat less) as a representation of eating by individuals after bariatric surgery, highlighting their emotions, feelings and perceptions in relation to food. Conclusion: The impact of the surgery appears to be positive for most individuals who underwent it when it comes to quality of life, but the relationship/tolerance with certain foods has changed. In addition, there was a fear of weight regain linked to the stigma already experienced by these people before bariatric surgery.

Keywords: Bariatric Surgery. Eating Behavior. Unified Health System. Obesity. Emotional eating.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, o Brasil apresenta valores progressivos crescentes em relação ao diagnóstico de obesidade¹. Entre os anos de 2017 a 2022, os dados referentes à realização de cirurgia bariátrica mostraram uma queda, o que está enviesado pela suspensão das cirurgias eletivas no período pandêmico¹. As consequências estão representadas pelas filas de espera se ampliarem ainda mais em muitos estados¹. A realização das cirurgias está diretamente relacionada com a quantidade de hospitais que oferecem o procedimento, sendo alguns estados até mesmo isentos pelo SUS (Sistema Único de Saúde) de serviços habilitados para tal finalidade². Nos últimos cinco anos foram realizadas 311.850 mil cirurgias bariátricas pelos planos de saúde e pelo SUS. Destas 252.929 cirurgias, segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), foram realizadas através dos planos e 14.850 foram feitas de forma particular³. O país se encontra dentro dos com mais taxas de pessoas com obesidade no mundo e no entanto, com a pandemia esses números se agravaram. Entre 2019 e 2022, houve um aumento de 29,6% de pessoas com diagnóstico de obesidade grau III³.

A obesidade é caracterizada pelo excesso de peso e pelo acúmulo excessivo de gordura corporal¹. Suas causas são multifatoriais e envolvem a ingestão excessiva de alimentos, a falta de atividade física, genética e desregulação hormonal². Engloba-se também conceitos psicossociais, que acrescentam à etiologia, complexidade e grandes responsabilidades quando se fala de saúde pública⁴.

A cirurgia bariátrica é um tipo de tratamento cirúrgico eficaz com indicação para aqueles indivíduos obesos com Índice de Massa Corporal (IMC) de 40 kg/m^2 , com ou sem comorbidades ou aqueles que apresentam $\text{IMC} > 35 \text{ kg/m}^2$ e comorbidades associadas com alto risco cardiovascular, diabetes e/ou hipertensão arterial de difícil controle, entre outras. As duas indicações para acontecerem, necessitam de anterior insucesso ao tratamento clínico². Devido às possíveis complicações metabólicas e mudança no estilo no pós cirúrgico, os candidatos à cirurgia bariátrica encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para os hospitais, devem iniciar o tratamento com o apoio de uma equipe multidisciplinar estruturada pela Equipe Complementar de Saúde com acompanhamento no período pré e pós bariátrico⁵.

O Hospital de Clínicas [eliminado para efeitos da revisão por pares] oferece o Grupo Pré-operatório de cirurgia bariátrica com vagas limitantes para aqueles pacientes que estão na fila de espera da instituição. O foco principal não é o emagrecimento e sim uma mudança de vínculos com a alimentação, as percepções, aprendizagem o que serve como auxílio na construção do controle dos sentimentos, emoções e ações dos participantes. O comportamento alimentar não

está interligado apenas com aquilo que comemos, mas também com diversas subjetividades ao ato de comer⁶.

Portanto, buscou-se com o presente artigo compreender quais os principais desafios referentes ao comer e seus significados, avaliar o comportamento alimentar dos indivíduos no momento pós cirurgia bariátrica e conhecer os sentimentos relacionados ao comer dos indivíduos em pós cirurgia bariátrica.

2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa amparada na abordagem qualitativa e de caráter exploratório. Foram considerados para realização da pesquisa, indivíduos maiores de 18 anos de ambos os sexos que realizaram a cirurgia bariátrica no mínimo há cinco meses no Hospital de Clínicas da [eliminado para efeitos da revisão por pares], com participação prévia no Programa Nutricional de Pré-Cirurgia Bariátrica oferecido pelo próprio hospital e por fim, a demonstração de aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles que não concordaram e não assinaram o TCLE, não impedindo-o ou retirando-o do grupo pré-operatório caso acontecesse. O período de coleta dos dados ocorreu entre maio de 2021 a dezembro de 2021.

A comunicação com os indivíduos deu-se por meio da divulgação por redes sociais acesso aos dados secundários do hospital e bola de neve. Entretanto, devido à baixa adesão e dados desatualizados provindos do hospital, impossibilitou-se a execução da etapa de recrutamento de forma concreta. Portanto, a divulgação pelas redes sociais e bola de neve, enquadrou indivíduos interessados na pesquisa e que atendessem aos critérios de inclusão.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos da [eliminado para efeitos da revisão por pares], CAAE 37227220.0.0000.5152 tendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado e *online* que obedeceu aos critérios prescritos na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que consistem sobre a ética em pesquisa com seres humanos e materiais destes derivados.

2.1 Recrutamento

A etapa de recrutamento teve como foco realizar o primeiro contato com os possíveis participantes. Foi desenvolvido o material de divulgação em formato de folder, como também, o Questionário Sociodemográfico Autoaplicável via Google Forms[®] com perguntas referentes à dados telefônicos atualizados, data e onde foi realizada a cirurgia bariátrica, se participou do

Grupo Pré-operatório de cirurgia bariátrica do [eliminado para efeitos da revisão por pares], se estava realizando acompanhamento ambulatorial pós cirurgia, quando foi a última consulta ao nutricionista e ao médico, e por qual motivo. Ambos - folder e questionário - foram enviados para os participantes via aplicativo de mensagem de texto (WhatsApp®), com adaptação via telefonema para indivíduos que não utilizavam deste recurso. Com o aceite de participação, as entrevistas semiestruturadas eram marcadas e ao final aplicado o método de amostragem bola de neve que representa uma amostra não probabilística que utiliza seguimento de indicações e dessa forma torna-se útil para estudar grupos difíceis de serem acessados⁷. O objetivo deste método é proporcionar um maior recrutamento na etapa qualitativa.

2.2 Entrevista semiestruturada

As entrevistas semiestruturadas, realizadas de forma *on-line*, foram guiadas por um roteiro de perguntas abertas (Quadro 1). Para avaliar se tais perguntas tinham o potencial de gerar narrativas que fossem ao encontro do objetivo do estudo, foram realizadas duas entrevistas-teste, com indivíduos de perfis distintos, configurando-se o estudo de sensibilização. As entrevistas aconteceram entre maio de 2021 e dezembro de 2021 e foram conduzidas por uma pesquisadora com experiência em estudos qualitativos. A duração média foi de 60 minutos, e todas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra e literalmente, compondo o *corpus* analítico do estudo.

A análise dos dados foi embasada na análise de conteúdo de Bardin⁸ juntamente com a Análise de Similitude via IRAMUTEQ Versão 0.7 ALPHA 2, visando melhor interpretação dos dados e possível redução de vieses característicos relacionados à pesquisa qualitativa. Para a análise de conteúdo seguiu-se as etapas preconizadas de pré-análise (leitura flutuante); exploração do material (intitulação de prováveis eixos temáticos); tratamento dos dados obtidos (agrupamento dos conteúdos nos eixos definidos *a posteriori*); e interpretação (compreensão dos dados sustentados pela literatura científica). Além dessa, a nuvem de palavras foi feita através da separação das falas dos participantes por meio das perguntas - “Um sentimento que vem sobre o corpo, relação com o corpo?” e “Em uma palavra, o que é o alimento para você hoje?” via IRAMUTEQ Versão 0.7 ALPHA 2.

1.	Como você enxerga o impacto das suas emoções na sua alimentação?
----	--

2.	Quando você se alimenta qual o primeiro pensamento que surge em sua mente? E a sensação?
3.	Você tem algum alimento que desperte algo em você? Memórias? Lembranças?
4.	Você acredita que seu ato de comer se modifica quando alguma emoção acentuada está presente?
5.	Há alguma emoção ou pensamento que desencadeia um comer exagerado?
6.	O que você pensa ou sente (emoções) quando come algo que na sua concepção seria um alimento “proibido”? Ou quando come algo que não comia há muito tempo por conta da dieta?
7.	Você sente culpa ao ingerir determinados tipos de alimentos? Se sim, qual(is)?
8.	Qual o significado do comer para você hoje?
9.	Qual o principal desafio encontrado em relação aos seus hábitos alimentares no momento atual, pós cirurgia?
10.	A cirurgia modificou a maneira como você lida com o alimento? Pode explicar?

Quadro 1 - *Script* das questões norteadoras utilizadas para as entrevistas

Legenda: Perguntas auxiliaadoras durante a entrevista, previamente testadas no estudo de sensibilização.

2.3 The three factor eating questionnaire (TFEQ-R21)

Foi enviado o questionário autoaplicável via Google Forms® - The Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R21) - validado para o português do Brasil - para cada participante. Em casos de dificuldade em preencher de forma individual, poderia solicitar o acompanhamento de uma pesquisadora durante o preenchimento por ligação ou vídeo chamada.

O TFEQ-R21 é composto por um total de 21 itens. Os itens são subdivididos em três diferentes escalas, que avaliam as dimensões do comportamento alimentar: Restrição Cognitiva (RC); Alimentação Emocional (AE); e Descontrole Alimentar (DA). A RC consiste em uma posição mental adotada em relação aos alimentos, o indivíduo impõe um conjunto de obrigações e proibições alimentares com o objetivo de manter ou perder peso. Já a AE é caracterizada pelo

descontrole na ingestão alimentar que pode ser influenciada tanto por agentes emocionais quanto por agentes externos. Por fim, o DA é definido como a ingestão exagerada de alimentos independente da necessidade fisiológica ou presença de fome e pode ser resposta de estados emocionais negativos como solidão, ansiedade e depressão^{9,10}. O questionário inicialmente foi elaborado com 51 questões, mas posteriormente, com objetivo de facilitar a aplicabilidade, foi reduzido a 21 questões (TFEQ-R21) por Tholin *et al*¹¹ (2005). Para cada pergunta existem 4 opções de respostas: totalmente falso; falso na maioria das vezes; verdade na maioria das vezes; totalmente verdade. A organização dos dados obtidos do instrumento psicométrico aplicado - (TFEQ-R21) foi atribuída a respectiva numeração às escalas likert dos instrumentos (codebook) para posterior análise estatística descritiva. Essa etapa foi realizada no software Excel®.

3 RESULTADOS

3.1 Participantes

Foram recrutadas 219 pessoas e 21 (9,5%) participaram da presente pesquisa. Sendo assim, 20 (9,1%) participantes da entrevista semiestruturada, e 21 (9,5%) respondentes ao questionário, onde 14 (66,6%) participaram de ambas.

Os participantes foram predominantemente do sexo feminino (n=17; 80,9%), se auto declararam brancas (n=14; 66,7%), solteiras (n=11; 52,4%), com idade em sua maioria entre 40 a 50 anos. Sobre o grau de instrução, a maioria tinha ensino médio completo (n=10; 47,6%) ou fundamental completo (n=8; 38,0%). Referente ao estilo de vida, 61,9% (n=13) dos indivíduos relataram não fumar, 38,0% (n=8) não realizavam atividade física e 47,6% (n=10) não tinham o hábito de ingerir bebida alcoólica. Em relação à idade, observou-se que mais da metade dos participantes 57,1%, tinham entre 40-50 anos, sendo 23,8% entre 30-40 anos, 14,3% apresentavam idade igual ou superior a 50 anos e 4,8% tinham entre 18-25 anos. Dos participantes do estudo que responderam ao questionário 81,0% eram mulheres (n=17) e 19,0% eram homens (n=4). Dos participantes 66,6% se auto declararam branco, sendo 23,8% pardos e 9,5% pretos. Em relação ao grau de escolaridade, 47,6% completaram o ensino médio, 38,1% ensino fundamental e 14,3% tinham ensino superior. Quando se tratou de estado civil notou-se que 52,4% eram solteiros, 42,9% eram casados ou tinham um companheiro e apenas 4,7% (n=1) era viúvo.

O tempo de realização da cirurgia bariátrica variou entre os participantes, com intervalo entre 5 meses e 7 anos, e em sua maioria sem complicações (n=13; 61,9%). Os que obtiveram complicações relataram hérnia (n=3) e dentes fracos (n=1). Quando foram perguntados se seguiam

as orientações do Programa Pré-operatório de cirurgia bariátrica, a maior parte respondeu que sim (n=13; 61,9%), em parte (n=7, 33,3%) e não (n=1; 4,7%). A maioria (n=12; 57,1%) não está em tratamento de alguma questão física ou mental. Em relação ao uso de medicação, a reposição de vitaminas apareceu em uma maior quantidade (n=6; 28,5%) e a maioria dos indivíduos (n=13) não apresentaram nenhuma doença crônica não transmissível (DCNT). A prática de atividade física faz parte da rotina da maioria dos participantes (n=31; 62,0%). Em relação a média de horas dormidas por dia, 28,0% responderam ser menor ou igual a 5 horas/dia; 28,0% entre 6 - 8 horas/dia e 38,0% acima de 8 horas/dia. Sendo assim, 38,0% consideram seu sono como bom; 23,8% como satisfatório; 14,2% como muito ruim; 14,8% como muito bom e 9,5% como ruim.

3.2 Dados quantitativos

Através do TFEQ-R21 foi possível observar que o perfil que apresentou maior média foi a Restrição Cognitiva seguida pelo Descontrole Alimentar - DA e pela Alimentação Emocional - AE exposto na tabela 1 abaixo:

Tabela 1 – Pontuações obtidas no TFEQ-R21 apresentadas em média e desvio padrão

Domínios	Média	Desvio-padrão
Descontrole Alimentar (DA)	48,7	20,6
Restrição Cognitiva (RC)	55,9	10,3
Alimentação Emocional (AE)	33,0	19,2

Legenda: Considera-se que cada domínio apresenta o respectivo desvio-padrão diante a média obtida.

3.3 Dados qualitativos

A priori, a análise qualitativa partiu da premissa da identificação de dois núcleos de sentido pré-definidos, sendo eles: aspectos facilitadores e aspectos desafiadores após cirurgia bariátrica. Porém, resultaram-se dos processos inerentes à análise qualitativa, relatos relacionados aos sentimentos/emoções dos participantes. Sendo assim, no decorrer do presente artigo, será

apresentado, enquanto resultado e posteriormente discussão, os seguintes núcleos de sentido: **O comer e seus desafios e Os sentimentos gerados no como comer, comer menos.**

O núcleo nomeado como **O comer e seus desafios**, abarca relatos sobre os impactos gerados no contexto da alimentação, bem como a reintrodução de determinados alimentos e preparações após o contexto pós cirúrgico.

Os alimentos que apareceram com maior frequência como aspectos desafiadores no contexto pós cirurgia bariátrica foram: o arroz (n=9); a carne de vaca/churrasco (n= 4); o pão (n=2); a água (n=2); a banana (n=1); o leite (n=1); o macarrão (n=1); a carne de frango (n=1) e o ovo de galinha (n=1) assim exemplificado nos recortes abaixo:

“Eu não como arroz mais, eu não como, eu não me sinto bem com o arroz, eu acho ele muito pesado, é muito difícil. A água também é muito difícil, eu acho muito difícil mesmo. Tem dia que eu bebo normal, mas tem dia que é bem difícil beber os dois litros d'água por dia por causa que às vezes dá enjoo, as vezes sinto pesada.” P n°2

“ Se eu comer, se eu colocar um pouquinho de arroz na boca eu sinto enjoo. O frango parece que aquilo incha dentro da boca num desce, não desce, o ovo é a mesma coisa.” P n°6

“[...tem dia dependendo da cara do pão parece que ele não desce, o bife, foi o pior de todos, se o bife estiver mal cozido ou não tiver muito bem frito, a carne de churrasco também, se ela tiver mais mole, é pôr na boca e acabou a refeição...]Banana, eu comia bastante antes da cirurgia, agora comer banana tem hora que é um terror.” P n°9

Mesmo com essa reintrodução de alguns alimentos dificultada, foi visto que os participantes tentam correlacionar os métodos sugestivos trabalhados com a equipe de pré cirurgia bariátrica como fracionar as refeições de 3h em 3h, trabalhar a mastigação de forma mais lentificada, tentar não misturar dois carboidratos na mesma refeição ou se misturar, colocar em menores quantidades. Vale salientar que essas dificuldades mencionadas, não são limitantes a apenas esse grupo trabalhado. A relação e o significado com a comida mudou, mas dentro da realidade do contexto de hoje de cada um.

Em segundo, tem-se o núcleo **Os sentimentos gerados no como comer**, caracterizado pelas emoções como ansiedade, nervosismo, preocupação e medo, respectivamente, sentimentos de controle *versus* descontrole e influência dos aspectos e vivências biopsicossociais perante as escolhas alimentares, assim exemplificado nos recortes abaixo:

*“Quando eu to **nervosa** eu quero comer, quando eu to **ansiosa** com alguma coisa vem aquela fome sem ter fome, entendeu? Aí eu quero comer, eu quero mastigar o dia inteiro, é assim que funciona, e o meu corpo pede, ele pede.”* P n°14

*“É a **ansiedade** que me faz sentir fome, entendeu?”* P n°4

*“E aí todas as vezes que eu como eu corro assim com aquela **sensação de culpa**.”* P n°18

*“Nossa, mas eu acho que nem podia nem ter comido isso, e se isso me engordar? Eu não sei se é o **medo** de engordar de novo, de acontecer alguma coisa e a gente engordar de novo, mas é coisa de paranoia da cabeça da gente mesmo.”* P n°19

*“...tem hora que eu como só porque eu sei que precisa, mas **vontade** não ando tendo muito não. **Nada é gostoso mais.**”* P n°1

Em contrapartida, é notório o quanto é importante o acompanhamento multidisciplinar com esses indivíduos em uma maior período de tempo após a cirurgia. Esses sentimentos que aparecem advém de vários contextos que precisam ser investigados e trabalhados.

Além disso, as escolhas estão inseridas em um contexto biopsicossocial em que a estigmatização e a desvalorização estão muito presentes. Como visto na fala a seguir, é possível notar o quanto o medo do insucesso pós cirurgia bariátrica engloba diversos julgamentos da sociedade que incorpora a própria imagem da pessoa gorda. Nesse sentido, ela mesma começa a pensar que seu corpo não merece ser vivido, desenvolvendo pensamentos como dito por um participante de “pânico” pelo reganho de peso.

*“É uma luta interna. Eu chego a ficar com **pânico** de engordar às vezes, fora a cobrança de todo mundo que está a sua volta porque assim, infelizmente tem pessoas que torcem a favor e tem*

umas que são contra, elas querem te ver mal, essa é a verdade. Tenho muito medo da obesidade porque eu sei de onde eu vim mas eu também tenho medo da opinião alheia.” P n°15

Por outro lado, é importante ressaltar que a cirurgia foi vista com impacto positivo para a maioria dos participantes de um modo geral. Os sentimentos negativos mostrados anteriormente, retratam desafios que são encontrados até mesmo no pré cirurgia bariátrica por diversas questões que o próprio corpo gordo é trazido pela sociedade. Os sentimentos encontrados podem ser demonstrados através das perguntas - “Um sentimento que vem sobre o corpo, relação com o corpo?” (figura 1) - “Em uma palavra, o que é o alimento para você hoje?” (figura 2) - representado pelas nuvens de palavras a seguir.



Figura 1 - Nuvem de palavras sobre sentimentos e emoções em relação ao corpo.

Legenda: Palavras destacadas: Felicidade; Gratidão; Feliz; Tristeza; Maravilha; Vergonha; Paz; Força; Alegria e Difícil.



Figura 2 - Nuvem de palavras sobre sentimentos e emoções em relação ao alimento.

Legenda: Palavras destacadas: Necessidade; Saúde; Tudo; Essencial; Comida; Prazer; Fundamental; Normal; Necessário; Vida e Passado.

4 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados e apresentados no presente artigo, possibilitaram identificar aspectos desafiadores sobre o comer e suas relações por meio das experiências vivenciadas pelos indivíduos após realização da cirurgia bariátrica, considerando o contexto do ambiente da rede pública.

No Brasil, condizente com os achados registrados por Kelles *et al*¹² (2015), o perfil de quem busca por esses serviços permanece minoritariamente pelo sexo masculino, representado pela média de 21,0% de pacientes desse sexo e 41,4 anos de idade. Os candidatos aguardam a realização da cirurgia bariátrica no sistema público por anos, devido a sobrecarga no sistema de saúde frente à demanda e ao pequeno número de centros habilitados para tal finalidade¹³. Nos Estados Unidos, uma pesquisa de intervenção mostrou que a demora na fila de espera contribuiu para a piora na saúde física e mental, menor autoeficácia e elevados níveis de sintomas depressivos¹⁴. Paralelo a isso, o Brasil segue o mesmo caminho, o que reflete em maior sensibilização das pessoas, apreciação e abertura quando se trata de cirurgia bariátrica como é retratado nas falas dos entrevistados deste presente estudo.

Além disso, soma-se ao tempo de espera, a obrigatoriedade da participação em grupos educativos no período pré operatório, que a esse respeito, são de extrema importância¹⁵. Entende-se que principalmente os pretendentes à cirurgia bariátrica sofrem com o estigma social,

com o preconceito e com a discriminação, colocando-os em posições na sociedade que os julgam como incapazes para realizar atividades do dia a dia, associado às concepções de preguiça, gula, baixa autoestima, entre outros, impondo-os somente a perda de peso enquanto melhora do quadro da saúde¹⁶. Nesse sentido, os grupos buscam trabalhar tais questões, caracterizando-se enquanto facilitador para não desistência durante o processo, onde, de acordo com Evangelista *et al* (2022)¹⁷, participantes e não participantes dos grupos pré operatórios apresentaram divergência nos aspectos como: reconhecimento dos benefícios, identificação do estigma, das dificuldades, dos preconceitos e isolamentos, e na forma de lidar com os posicionamentos enquanto sociedade.

Direcionado para o contexto pós-cirurgia, as nuvens de palavras relatadas pelos participantes do presente estudo, remetem a um cenário onde a cirurgia impactou de forma positiva na vida da maioria dos indivíduos que a realizaram. Congruente à literatura, Stival *et al.*¹⁸ (2019) mostraram através de relatos de casos, a satisfação das pessoas após submissão à bariátrica com a melhora do convívio interpessoal, o aumento da autoestima, o uso de roupas que antes não tinham o contentamento de usar, a disposição para prática de atividades físicas, aumento da vaidade e da auto percepção.

O momento pós cirurgia bariátrica é visto como a resolução de todos os problemas enfrentados até aqui que são relacionados à obesidade¹⁹. Entretanto, percebe-se também na fala dos participantes, a vertente oposta às expressões citadas acima, onde os relatos trazem dificuldades e desafios diante o comer intrínsecas às mudanças fisiológicas inerentes à metodologia cirúrgica, como também observado por Gebara & Polli²⁰ (2021) denomina uma classe de seu estudo como alimento e sentimento (17,6% do corpus) e as relações que mais aparecem frente ao alimento são: alegria, arrependimento e tristeza; a depender do momento vivido através das palavras: comida, descontentar, tristeza e alegria. O mesmo estudo denomina uma outra classe, preocupação (16,8% do corpus) o que representa o impacto da obesidade, sua ascensão e suas diversas consequências, incluindo a representação corporal, sendo as palavras representadas por: saber, estar e querer. E é justamente na criação de expectativas relacionadas ao comer que na maioria dos casos o descontentamento aparece através de resultados indesejáveis o que gera uma ambiguidade em que a alimentação é vista como causa e fracasso ao mesmo tempo. As expectativas irrealistas estão relacionadas com o público submetido a cirurgia bariátrica, pois observa-se que o desejo à perda ponderal de peso e seu impacto nos resultados dos tratamentos pode levar a uma percepção errônea de fracasso e assim levá-los a desistir e recair aos velhos hábitos. Ou seja, as metas pré cirúrgicas são construídas e os pacientes se apegam às mesmas

afetando negativamente a adesão às indicações e aos objetivos da cirurgia²¹. Nesse sentido, desordens psicológicas são envolvidas culminando em mudanças na relação com a comida. Entretanto, essa relação se trabalhada pode mudar de formato e dar a alimentação um significado de prazer, saúde e beleza²⁰.

O comer emocional, por exemplo, presente tanto na fala dos participantes, e representada no TFEQ-R21 pelo tópico Alimentação Emocional, diz respeito à ingestão alimentar de forma descontrolada que é determinada por agentes internos (emocionais) ou externos (ambientais) e pode desencadear comportamentos alimentares de risco, como por exemplo, os transtornos alimentares de compulsão²². Enquanto Bruch²³ (1973), considera que a alimentação emocional pode ser resultado de uma confusão de estados internos de fome e saciedade, sintomas fisiológicos relacionados às emoções e consciência interoceptiva pobre. Um sentimento frequentemente presente é a ansiedade que aparece como provável reflexo da influência da comida no controle da fome ou da vontade de comer²⁰, sendo assim, não está relacionado apenas a dieta, ele pode se manifestar de forma independente da mesma. Ela é apontada como um dos fatores responsáveis pelo insucesso nas tentativas de emagrecimento, uma vez que o indivíduo com essa posição alterna momento de restrição e desinibição, assim a alimentação emocional e não a restrição cognitiva, é um dos fatores responsáveis pelo descontrole alimentar e consumo alimentar exacerbado⁹. Entretanto, apesar das diretrizes para o público com obesidade direcionar as intervenções principalmente para vetores comportamentais e introspectivo citados acima (Obesity in adults: a clinical practice guideline), quando se refere ao público pós bariátrico, é importante considerar todas as mudanças fisiológicas bruscas e “obrigatoriedades” alimentares que surgem após cirurgia¹⁹.

Uma das “obrigatoriedades” alimentares incentivadas pelo profissional nutricionista, e que foi identificado como dificuldade, é o consumo de fontes de proteínas para auxiliar no processo de cicatrização²⁴. A literatura traz que o baixo consumo de proteínas, no qual está diretamente relacionado com a depleção de massa muscular, se apresenta enquanto um quadro comum naqueles submetidos a cirurgia bariátrica²⁵. Em nosso estudo, a carne de vaca/churrasco, carne de frango e o ovo de galinha, fontes de proteínas com maior facilidade de acesso em comparação à proteínas isoladas, foram citadas como indigestas nesse momento. Estudos trazem uma possível melhora da aceitação com o passar do tempo, sendo encontrado uma deficiência na ingestão diária de proteínas aos primeiros 12 meses, mas com melhora aos 18 e 24 meses, enquanto, outros estudos, apresentam melhora somente após 36 meses²⁶.

Congruente às questões apresentadas acima, tem-se, enquanto resultado, o tópico referente à Restrição Cognitiva, da qual consiste em uma colocação mental adotada em relação aos alimentos, o indivíduo atua em um conjunto de obrigações e proibições alimentares com o objetivo de manter ou perder peso⁹. Na presente pesquisa, em sua parte qualitativa, é possível notar que a cirurgia bariátrica é uma intervenção cirúrgica almejada para primeiro lugar a perda de peso. Após alcançada, as pessoas desejam mantê-lo e acaba desenvolvendo o medo de novamente ganhar esse peso e cria diversas proibições alimentares, o que torna o ato de comer um conjunto de obrigações impostas e não algo prazeroso, interativo e nutritivo.

Nas falas, o “doce”, é citado com frequência nesse sentido. Entende-se que a própria natureza intervencional da cirurgia bariátrica propicia estados complexos a determinadas modificações alimentares, pois o consumo alimentar pode ser prejudicado por algumas alterações fisiológicas e anatômicas no trato gastrointestinal, por conter uma menor área de absorção, ocorrer a diminuição da tolerância alimentar, e, conseqüentemente, aversão a certos alimentos específicos, entre outras complicações²⁷. Nesse sentido, estudos revisados mostraram que os hábitos alimentares dos indivíduos pós-bariátricos sofrem mudanças se tornando mais saudáveis, diminuição do consumo de alimentos industrializados e gordurosos, maior número de refeições diárias e aumento na frequência de atividade física²⁷.

5 CONCLUSÃO

O *corpus* do presente artigo permite compreender quais os principais desafios, comportamentos alimentares e sentimentos relacionados ao comer dos indivíduos no momento no contexto da pós cirurgia bariátrica. Observou-se, que a restrição cognitiva é o que mais aparece entre os participantes, seguida pelo descontrole alimentar e a alimentação emocional. Além disso, destaca-se relatos sobre o impacto positivo que a cirurgia teve nos hábitos alimentares na maioria dos indivíduos e comportamentos associados tanto em relação ao corpo como ao alimento.

Portanto, conclui-se que o público do presente estudo apresenta demandas relacionadas ao comer, tanto no contexto dos sentimentos quanto nas restrições alimentares inerentes à cirurgia bariátrica, reforçando a importância de realizar novas pesquisas para substanciar melhorias nas intervenções com o presente público no contexto da saúde pública.

LIMITAÇÕES

O presente artigo traz enquanto limitações a baixa participação em relação ao recrutamento, dos participantes, que estão consubstancialmente relacionado com algumas dificuldades encontradas, entre elas: mensagens via WhatsApp®/telefonemas apresentarem baixo retorno; dificuldade em manusear as demandas de forma online por parte dos participantes, o tempo gasto de contribuição para cada etapa da pesquisa e faixa etária majoritária. Vale salientar que os participantes integrantes da pesquisa podem ter sido enviesados por aqueles que evoluíram bem ao tratamento cirúrgico e dessa forma, os sentimentos positivos apareceram na análise qualitativa em maior frequência como visto nos resultados.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Obesidade atinge mais de 67 milhões de pessoas no Brasil em 2022. Março 2023 [acesso em 15 jun 2023]. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/obesidade-atinge-mais-de-67-milhoes-de-pessoas-no-brasil-em-2022/>
2. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. O que é e causas da obesidade. Outubro 2017 [acesso em 15 jun 2023]. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/o-que-e-e-causas/>
3. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. SBCBM encerra XXII Congresso com número recorde de participantes. Outubro 2022 [acesso em 04 ago 2023]. Disponível em: <https://encurtador.com.br/mpzJU>
4. Dias PC, Henriques P, Anjos LA, Burlandy L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2017;33(7):1-12. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00006016>.
5. Ministério da Saúde. Portaria nº 425/2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 17 jun 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html
6. Magalhães LM, Bernardes ACB, Tiengo A. A influência de blogueiras fitness no consumo alimentar da população. RBONE. 2018;11(68):685-692. <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/629/492>
7. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Revista Temáticas. 2016;22(44):203–220. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>
8. Bardin, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

9. Natacci LC, Ferreira Júnior M. The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Rev. Nutr.* 2011;24(3):383-394. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000300002>
10. Rezende FAC, Penaforte FRO. Escalas de avaliação do comportamento alimentar e dimensões associadas. *CONBRACAS*; 2019.
11. Tholin S, Rasmussen F, Tynelius P, Karlsson J. Genetic and environmental influences on eating behavior: the Swedish Young Male Twins Study. *Am. j. clin. nutr.* 2005;81(3):564–569. <http://dx.doi.org/10.1093/ajcn/81.3.56>
12. Kelles SMB, Diniz MFHS, Machado CJ, Barreto SM. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, assistidos pelo Sistema Único de Saúde do Brasil: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública.* 2015;31(8):1587–1601. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00022714>
13. Carmo I, Fagundes MJ, Camolas J. Cirurgia bariátrica. *Rev. port. cir.* 2008;(4):43-50. ISSN 2183-1165.
14. Padwall RS, Sharma AM, Fradette M, Jelinski S, Klarenbach Scott, Edwards A, et al. The evaluating self-management and educational support in severely obese patients awaiting multidisciplinary bariatric care (EVOLUTION) trial: rationale and design. *BMC health serv. res.* 2013;13(1):1-10. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-13-321>
15. Afonso MLM, Coutinho PARA. Metodologias de trabalho com grupos e sua utilização na área da saúde. In: AFONSO, M. L. M. (Org.). *Oficinas em dinâmicas de grupo na área da saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
16. Paim, MB, Kovalski DF. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. *Saúde Soc.* 2020;29(1):1-12. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902020190227>.
17. Evangelista MM, Santos LL, Barradas NC, Buzello LC, Ito IT, Vieira CM, et al. Perceptions of patients in the waiting line for bariatric surgery: contributions from the experience of an educational process. *Interface.* 2022;26:1-15. <http://dx.doi.org/10.1590/interface.220017>.
18. Stival NL, Reis JB, Cabral JF, Oliveira JM. Perspectiva da pessoa submetida à cirurgia bariátrica. *RBONE.* 2019;13(77):79-89. ISSN 1981-9919
19. Marcelino LF, Patrício ZM. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011;16(12):4767–4776. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300025>
20. Gebara TSS, Polli GM, Wanderbroocke AC. Alimentação e Cirurgia Bariátrica: representações sociais de pessoas obesas. *Psicol. ciênc. prof.* 2021;41:1-15. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003222795>.
21. FINGER IR, OLIVEIRA MS. A prática da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares e obesidade. *Novo Hamburgo: Sinopsys*; 2016

22. Santana MS. Contribuição da insatisfação corporal e de variáveis demográficas e acadêmicas no comportamento alimentar de estudantes universitários brasileiros e portugueses. Araraquara: Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2016. <http://hdl.handle.net/11449/144300>
23. Bruch H. Eating disorders. New York: Basic Books; 1973
24. Carvalho KB, Gomes NAAA. A nutrição no processo de cicatrização: um estudo de revisão. Goiânia: Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2021. <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/3379>
25. Sherf Dagan S, Tovim TB, Keidar A, Raziell A, Shibolet O, Zelber-Sagi S. Inadequate protein intake after laparoscopic sleeve gastrectomy surgery is associated with a greater fat free mass loss. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2017;13(1):101–109. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.05.026>
26. Andrade L, Chiote I, Santos-Cruz A, Brito-Costa A, Mendes L, Silva-Nunes J, et al. Protein Intake, Adherence to Vitamin–Mineral Supplementation, and Dumping Syndrome in Patients Undergoing One Anastomosis Gastric Bypass. *Obes. surg*. 2021:1-8. <https://doi.org/10.1007/s11695-021-05428-4>
27. Barp A, Zemolin GP, Spinelli RB, Zanardo VPS. Comportamento e hábitos alimentares de pacientes pós-cirurgia bariátrica: uma revisão de literatura. *Revista Perspectiva*. 2022;46(173):131-143. <https://doi.org/10.31512/persp.v.46.n.173.2022.217.p.131-143>

AGRADECIMENTO

A autora agradece a contribuição da nutricionista Brenda Ramos e das alunas Cecília Silva, Maria Izabel Pereira e Sabrina Vieira pela inestimável colaboração para a realização deste artigo.