

O retorno à obesidade após a cirurgia bariátrica: O que a Psicologia tem a dizer?

The return to obesity after bariatric surgery: What does Psychology have to say?

Samanta Maria Nogueira de Barros^{†*}, Bárbara Batista Silveira[‡]

Como citar esse artigo. de Barros, SMN; Silveira, BB. O retorno à obesidade após a cirurgia bariátrica: O que a Psicologia tem a dizer?. Revista Mosaico. 2019 Jan/Jun.; 10 (1): 56-61.

Resumo

A obesidade é atualmente reconhecida como um dos mais relevantes problemas de saúde pública no mundo inteiro. Estima-se que existam cerca de 2 bilhões de adultos com sobrepeso, dos quais 670 milhões são considerados obesos. O objetivo do artigo foi buscar compreender os aspectos psicológicos relacionados ao reganho de peso dos indivíduos que se submeteram à cirurgia bariátrica, uma vez que tal situação pode ocasionar uma série de problemas emocionais e psicológicos para os mesmos. O estudo se justifica porque a obesidade vem alcançando níveis bastante preocupantes, tratando-se de um fenômeno multifatorial que abrange fatores genéticos, comportamentais, psicológicos, sociais, metabólicos e endócrinos. O artigo foi desenvolvido por meio de revisão de literatura, optando-se por uma abordagem qualitativa, onde se direcionou os estudos no sentido de poder-se compreender que não é suficiente manter-se uma relação saudável com o alimento, mas sim estabelecer uma relação saudável com a vida, por meio de mudanças na maneira de viver, eliminando o acúmulo de excessos que se tornam maléficos, inclusive na alimentação. O estudo observa que o tratamento psicológico deve estar embasado dentro de uma perspectiva Cognitiva-Comportamental, enfatizando principalmente a intervenção sobre os pensamentos, sentimentos e comportamentos do paciente.

Palavras-Chave: Obesidade, Cirurgia bariátrica, Reganho de peso, Psicologia.

Abstract

Obesity is currently recognized as one of the most relevant public health problems in the world. It is estimated that there are about 2 billion overweight adults, of which 670 million are considered obese. The objective of this article was to understand the psychological aspects related to the regained weight of individuals who underwent bariatric surgery, since this situation can cause a series of emotional and psychological problems for them. The study is justified because obesity has reached very worrying levels, being a multifactorial phenomenon that encompasses genetic, behavioral, psychological, social, metabolic and endocrine factors. The article was developed through a literature review, opting for a qualitative approach, where studies were directed towards understanding that it is not enough to maintain a healthy relationship with food, but rather to establish a healthy relationship with life, through changes in the way of life, eliminating the accumulation of excesses that become evil, even in food. The study notes that psychological treatment should be based on a Cognitive-Behavioral perspective, emphasizing mainly the intervention on the thoughts, feelings and behaviors of the patient.

Keywords: Obesity, Bariatric surgery, Regained weight, Psychology.

Introdução

A cirurgia bariátrica é considerada por muitos como o método mais eficaz no tratamento da obesidade mórbida e controle do peso em longo prazo. No entanto, tem-se observado ao longo dos anos que muitos pacientes apresentam um reganho de peso. De acordo com Ogden, Avenell e Ellis (2011) essa recuperação de peso, tem sido relatada, sobretudo, a partir de 18-24 meses após a cirurgia, o que demonstra que boa parcela de indivíduos

começa a recuperar o peso perdido precocemente.

Tal fato nada tem a ver com erros na cirurgia, mas sim com o comportamento do paciente que, após certo período, vai tendo seu apetite aumentado, começando a perder o seu foco, deixando a compulsão e os velhos hábitos assumirem a direção de sua vida novamente. Assim, o sucesso da cirurgia começa a declinar.

O presente artigo adota como o tema: O retorno à obesidade após a cirurgia bariátrica: o que a Psicologia tem a dizer? Dentro deste contexto, o tema se delimita em Psicologia e cirurgia bariátrica.

Afiliação dos autores: † Discente Universidade de Vassouras

‡ Docente Universidade de Vassouras

Email para correspondência: samantambarros@hotmail.com

Se um paciente que volta a engordar depois de um tratamento dietético para emagrecer, sofre uma grande decepção, ocasionada pelo sentimento de impotência, de descrédito de si mesmo e pelo consequente rebaixamento de sua autoestima, mais ainda, quando isso ocorre após submeter-se à cirurgia bariátrica, que é frequentemente compreendida como uma ação definitiva contra a obesidade? Isso lhe trará um efeito devastador, afetando-o nas suas várias dimensões.

O objetivo do artigo foi buscar compreender os aspectos psicológicos relacionados ao ganho de peso dos indivíduos que se submeteram à cirurgia bariátrica. Para tanto, falou-se sobre obesidade, cirurgia bariátrica e os motivos de realização da cirurgia buscou-se ainda entender os aspectos psicológicos dos indivíduos que ganharam peso e apresentaram-se diretrizes de intervenção psicológica para prevenção e tratamento do ganho de peso.

A escolha do tema se justifica porque atualmente a obesidade é considerada como um dos problemas de saúde mais preocupantes, em decorrência do seu aumento e das graves consequências que pode acarretar. Tratando-se de um fenômeno multifatorial que abrange fatores genéticos, comportamentais, psicológicos, sociais, metabólicos e endócrinos.

A relevância do estudo reside no fato de que os aspectos psíquicos ou psicológicos dos indivíduos que voltam a engordar devem ser analisados por meio dos fatores ligados ao comportamento e aos hábitos, e também das relações complexas entre alimentos e sentimentos. Uma vez que pesquisas, como as de Walfish (2004) e Papapietro (2012) concluem que grande parte dos indivíduos que procuram a cirurgia bariátrica se auto identificam como “comedores emocionais”.

O trabalho foi realizado por meio de revisão de literatura, com abordagem qualitativa, com os estudos direcionados no sentido de se poder compreender que não é suficiente manter-se uma relação saudável com o alimento, mas sim estabelecer uma relação saudável com a vida, por meio de mudanças na maneira de viver, eliminando o acúmulo de excessos que se tornem maléficis, inclusive na alimentação.

Obesidade e tratamento

A obesidade tem sido considerada como um grande problema de saúde pública no século XXI, tratando-se de uma doença crônica, avaliada como uma epidemia mundial, atingindo 600 milhões de pessoas no mundo todo e 30 milhões somente no Brasil. Estes números crescem bastante se forem consideradas as pessoas com sobrepeso, aumentando para 1,9 bilhão de pessoas no mundo e 95 milhões de brasileiros. Avaliações realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) antecipam um quadro ainda pior para os próximos anos.

De acordo com suas estimativas existirão 2,3 bilhões de pessoas com excesso de peso e 700 milhões de pessoas obesas no mundo todo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2015).

A obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal que acaba ocasionando prejuízos à saúde dos indivíduos, tais como dificuldades respiratórias, problemas dermatológicos e distúrbios do aparelho locomotor, favorecendo também o surgimento de dislipidemias, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, e alguns tipos de câncer. Dâmaso (2012) define a obesidade como uma doença que possui um alto grau de complexidade, por esse motivo, segundo a autora, seu controle e prevenção não são fáceis de serem feitos. Devendo, portanto, ser compreendida e tratada como uma doença que pode levar a complicações e até a morte.

A susceptibilidade individual é fator evidente, além disso dados epidemiológicos atuais apontam que a causa primária da obesidade global está baseada em mudanças ambientais e comportamentais. Deve-se destacar que o aumento do teor de gordura nos alimentos, assim como as dietas com grande densidade energética, associados à pouca atividade física e ao aumento do sedentarismo são fatores que contribuem bastante para o aumento de peso da população em geral (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

A obesidade é muito estigmatizada na sociedade contemporânea, podendo estar associada a uma variedade de estados psicológicos. O estudo de Ogden e Clementi (2010) voltado para a experiência de ser obeso e o impacto que isso causa nas motivações do indivíduo para perder peso observa que a obesidade é considerada uma experiência muito negativa abrangendo vários sentidos. Por ser uma condição estigmatizada pode criar um sentimento negativo do indivíduo em relação a si mesmo, dificultando assim, toda e qualquer motivação de mudança. Por esse motivo, as autoras defendem que o obeso precisa de condições certas e apoio adequado, fazendo com que o próprio estigma da doença apresente um motivo encorajador de mudanças para a perda de peso.

Geralmente, o tratamento da obesidade é feito por meio de quatro tipos de intervenções: tratamento nutricional, orientação à atividade física, tratamento psicológico e tratamento farmacológico. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM – 2015), primeiramente quando se quer perder peso opta-se pelo tratamento clínico, incluindo dieta, exercícios, medicação e acompanhamento de médico endocrinologista juntamente com o apoio de um nutricionista, um fisioterapeuta e um psicólogo.

Cirurgia bariátrica

O tratamento cirúrgico também faz parte do tratamento integral da obesidade. Sendo indicado em alguns casos, sendo, portanto, apenas uma ação dentro do quadro de cuidados das pessoas com sobrepeso e obesidade. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) determina através da Portaria 424 que são indicados para a cirurgia bariátrica:

- (1) indivíduos que apresentem $IMC \geq 50 \text{ kg/m}^2$;
- (2) indivíduos que apresentem $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$, com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na atenção básica e/ou na atenção ambulatorial especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- (3) indivíduos com $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos (BRASIL, 2013).

Além dessas determinações a Portaria 424 estabelece que para a realização da cirurgia devem ser observados os seguintes critérios:

- (1) indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na atenção básica e/ou atenção ambulatorial especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- (2) respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento (BRASIL, 2013).

Em 2016, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução nº 2131/2015, que ampliou a lista de comorbidades para a indicação de cirurgia bariátrica nos pacientes que apresentassem índice de massa corpórea (IMC) maior ou igual a 35 kg/m^2 . Entre as comorbidades destacam-se disfunção erétil, depressão, hérnias de disco, asma grave, diabetes, hipertensão, entre outras (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016).

No que se refere aos critérios de contra-indicação para a cirurgia bariátrica, a Portaria 424 cita os seguintes:

- (1) limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- (2) quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas (no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra-indicativos obrigatórios à cirurgia);
- (3) doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco/benefício;
- (4) hipertensão portal, com varizes esofagogástricas;
- (5) doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo

a sangramento digestivo ou outras condições de risco; e (6) síndrome de *Cushing* decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos (BRASIL, 2013).

Ainda de acordo com a Portaria 424, “são contraindicados os candidatos que tenham dificuldade em compreender riscos, benefícios, resultados esperados, alternativas de tratamento e mudanças no estilo de vida requeridas pela cirurgia ao longo de toda vida” (BRASIL, 2013).

Gomes (2015) avalia que a cirurgia bariátrica traz bons resultados no que diz respeito a qualidade de vida do obeso, no entanto aponta que podem ocorrer algumas complicações no período pós-operatório como intolerância a alimentos, vômitos e deficiência de nutrientes, isso sem falar no reganho de peso.

Ainda segundo a autora, a cirurgia bariátrica trata-se de uma intervenção que pode acabar iludindo os pacientes, pois cria uma ideia de que a perda de peso transitória será permanente. Muitos pacientes passam a acreditar que a cirurgia cura a obesidade, trazendo mudanças de comportamento. Mas tal pensamento trata-se de uma ilusão. A cirurgia por si só não cura a obesidade e nem traz mudanças de comportamento. Por isso grande parte dos casos resulta no reganho de peso.

Só se atinge e mantém a perda de peso após a cirurgia bariátrica quando se adota um novo estilo de vida e mudanças comportamentais, como a “otimização nutricional, compromisso com exercícios físicos regulares, manejo do estresse, estabelecimento de metas realistas, estratégias de controle ambiental, sistemas de apoio e reestruturação cognitiva” (MAGRO et al., 2008, p. 649).

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM – 2010) instituiu-se a presença do psicólogo nas equipes de cirurgia bariátrica no Brasil, por meio da Resolução CFM, de nº 1.766, publicado no Diário Oficial da União em julho de 2005, que foi posteriormente alterada pela Resolução CFM nº 1942/2010, indicando que a equipe necessita ser capacitada para cuidar do paciente tanto no período pré como no acompanhamento transoperatório e devendo ser composta por um “cirurgião com formação específica, endocrinologista, nutrólogo ou nutricionista, psiquiatra ou psicólogo” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

Observa-se que para a realização da cirurgia, o paciente necessita do acompanhamento de uma equipe multidisciplinar. O ato cirúrgico é consequência do acompanhamento de pelo menos dois anos com um médico endocrinologista. No entanto, muitos indivíduos pensam que a cirurgia cura a obesidade, na verdade, quando se opta por fazer a cirurgia bariátrica, deve-se também estar optando por uma mudança no estilo de vida (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016).

Cirurgia bariátrica e ganho de peso: implicações psicológicas

O estudo Bond et al. (2009) relatou que os pacientes que passaram por cirurgia bariátrica apresentaram maiores níveis de depressão. Papapietro (2012) assinala que, entre os fatores, relacionados ao ganho de peso, está a técnica cirúrgica aplicada, aspectos hormonais, aumento progressivo da ingestão de alimentos calóricos, consumo de carboidratos, comer por impulso, doenças psiquiátricas e principalmente a perda do controle alimentar. Entre as consequências psicológicas do ganho de peso destaca: o mal-estar psicológico, eventos estressores e transtornos de personalidade.

Carvalho Jr et al. (2014) identificaram quatro tipos de significados: ganho de peso – derrota e fracasso; ausência de arrependimento e certeza de sucesso; experiência de abandono e perda de autoestima (risco de isolamento social). Além disso, os pacientes se disseram ansiosos, excluídos e discriminados, estabelecendo um novo círculo vicioso formado por baixa autoestima, ansiedade e aumento de fome.

Conceição et al. (2014) descrevem que o ganho de peso pode ser um fator multifatorial, não estando somente relacionado à perda de controle alimentar. O estudo revela ainda que as variáveis psicológicas avaliadas, incluindo os sintomas de comer desordenadamente e imagem corporal, tiveram um maior impacto negativo nos pacientes que tiveram perda no controle alimentar.

Conceição et al. (2015) concluem o estudo apontando que medidas comportamentais e níveis de impulsividade estão relacionadas com distúrbios alimentares, contribuindo assim para o ganho de peso. Os indivíduos que tem o hábito de “beliscar” o tempo todo são mais propensos a ganhar peso do que aqueles que passam por alguns episódios de perda do controle alimentar. Além disso, o trabalho avalia que o ganho de peso está relacionado com o índice de massa corporal pré-operatório, com o aumento do distress psicológico, impulsividade, pensamentos acelerados e comer mal adaptativo.

Observou-se por meio desses estudos que relacionam medidas comportamentais e recidiva da obesidade que os fatores de maior destaque são a depressão e os impulsos alimentares, que podem levar a perda do controle alimentar.

Intervenções psicológicas

De acordo com McDougall (2013, p.17) a obesidade pode ser entendida como um fenômeno psicossomático, uma vez que o ato impulsivo repetido de comer “refere-se à descarga na ação quando a sobrecarga

afetiva e a dor mental ultrapassam a capacidade de absorção das defesas habituais”. A autora complementa que:

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

Dentro desta perspectiva, a recidiva da obesidade após a cirurgia bariátrica pode ser definida como a manutenção da descarga na ação da sobrecarga afetiva, pois como visto anteriormente, a cirurgia sozinha apresenta pouca capacidade de atuação. Pois conforme pontua McDougall (2013, p. 22), “nas afecções psicossomáticas, o dano físico é bem real, e sua descrição, durante uma análise não revela à primeira vista qualquer conflito neurótico ou psicótico”.

Alguns pacientes se submetem à cirurgia bariátrica e conseguem manter o peso perdido ao longo dos anos, outros não. Tal fato pode estar relacionado à própria característica do sintoma psicossomático, que até hoje é pouco compreendido. Para MacDougall (2013):

A angústia é a principal fonte de todos os nossos sintomas, no entanto, a questão da escolha do sintoma enquanto tentativa de cura de si mesmo continua em aberto. Diante do mesmo conflito, um determinado indivíduo vai criar uma neurose e um outro desenvolverá uma perversão sexual, um delírio ou uma doença psicossomática (MACDOUGALL, 2013, p.22).

Magro et al. (2008) apontam que são várias as complicações da obesidade que refletem no psiquismo do indivíduo, destacando que: a dimensão corporal do obeso restringe os seus movimentos, fazendo com que o mesmo tenha a impressão de que o corpo é uma prisão; ocorre uma perda da imagem corporal, devido a incapacidade frequente de experimentar e olhar o próprio corpo; há um isolamento social, pois o obeso evita o contato com a sociedade em virtude da discriminação, por não fazer parte do padrão de beleza contemporâneo que adota a magreza como modelo, existe o medo de ser rejeitado, o que acaba propiciando o surgimento de uma postura de agradar exageradamente o outro, tornando-se o “gordinho bonachão e simpático”, entre outras problemáticas decorrentes do excesso de peso.

Observa-se que, após o emagrecimento, acontece uma melhora sob o ponto de vista clínico, no entanto essa melhora não corresponde de forma equivalente à preparação psíquica do indivíduo para poder vivenciar as modificações significativas decorrentes da cirurgia e consequente perda de peso (MCDUGALL, 2013).

Queiroz e Santos (2005) descrevem que frequentemente alguns pacientes após o emagrecimento

desenvolvem problemas psíquicos como: transtorno bipolar, síndrome do pânico, depressão, e até tentativa de suicídio. Para os autores:

Antes da cirurgia, a obesidade era apontada como um fator que justificava uma série de impedimentos na obtenção de sucesso na vida afetiva e profissional. Após a cirurgia, com o emagrecimento, os pacientes perdem a base de sua argumentação que fundamentava as referidas impossibilidades. Com a perda dos ganhos secundários que se obtinha com a obesidade ocorre o aumento das exigências, geradoras de vivências psíquicas novas, que culmina num alto grau de ansiedade para a efetivação de sucesso, podendo-se desencadear crises psicológicas (QUEIROZ; SANTOS, 2005, p.81).

Por esse motivo é imprescindível a avaliação psicológica para preparação e esclarecimento do paciente para as mudanças que se submeterá após a cirurgia bariátrica, no oferecimento de recursos internos para que tenha melhores condições psíquicas para vivenciar esse momento tão significativo em sua vida, possibilitando-lhe também uma diminuição de crenças no pós-operatório (MCDUGAL, 2013).

Além disso, deve-se antes da cirurgia, fazer com que o paciente se expresse sobre os fatores que o motivaram para a realização do procedimento, buscando favorecer uma melhor conscientização de sua escolha, como uma alternativa para a eliminação do seu excesso de peso (MCDUGAL, 2013).

Quando há o reganho de peso, os pacientes sentem-se impotentes, deprimidos e confusos diante do acontecido. Dessa maneira a intervenção psicológica deve pautar todas as etapas da cirurgia, pré, durante e pós-operatório.

Neste contexto, McDougall (2013) assinala que o tratamento psicológico da obesidade mórbida deve estar baseado numa abordagem biopsicossocial, assegurando o sucesso potencial do tratamento. O tratamento psicológico deve, portanto, estar alicerçado numa perspectiva Cognitiva-Comportamental, focando prioritariamente a intervenção sobre os pensamentos, sentimentos e comportamentos do paciente.

Na concepção de Mensorio (2013):

O modelo cognitivo sustenta que todos os indivíduos possuem um conjunto de crenças condicionais aprendidas e acumuladas ao longo da vida. Essas crenças regem e dão significado à vida do indivíduo. Esses processos podem ser manipulados. Quando se busca obter determinada perda de peso é preciso mudar as relações com crenças e comportamentos disfuncionais (MENSORIO, 2013, p. 11).

O objetivo a ser alcançado é a modificação do estilo de alimentação e da incorporação da atividade física na vida diária do paciente, assim como a aquisição e manutenção de hábitos saudáveis relacionados à perda de peso.

Mensorio(2013)apresentaalgumas características

de um programa de emagrecimento que adota a perspectiva da Teoria Cognitiva-Comportamental das quais destacam-se: estabelecer objetivos modestos e gradativos; compreender como acontece o comportamento alimentar e como modifica-lo; usar controle de estímulos, minimizando ou eliminando os riscos que podem levar à compulsão alimentar ou à alimentação não saudável; estimular a prática de exercícios; praticar reestruturação cognitiva: abordar distorções cognitivas; entre outras.

Observa-se que a intervenção psicológica deve buscar colocar o sujeito como centro do seu processo de aprendizagem, ou seja, conscientizar o indivíduo da importância de ser o protagonista na produção de sua saúde, na construção de novos conhecimentos e de novos sentidos que darão um maior significado à sua vida.

Considerações finais

O presente estudo evidenciou que de acordo com estatísticas realizadas em inúmeros países, inclusive no Brasil, o número de obesos vem crescendo consideravelmente ano a ano, principalmente os obesos mórbidos. Dessa maneira, o número de cirurgias bariátricas vem aumentando, já que esta modalidade de intervenção é considerada bastante eficaz para os pacientes que apresentam risco de morte devido às complicações decorrentes do excesso de peso.

No entanto, muitos pacientes se frustram algum tempo após a realização da operação, por acreditarem que o procedimento, por si só, é capaz de curar a obesidade. Na verdade, esta trata-se de uma doença de natureza complexa que envolve uma gama muito grande de fatores. Por esse motivo, psicólogos, psiquiatras e médicos devem realizar um trabalho juntos, objetivando a obtenção de resultados mais efetivos.

Observou-se que devido às muitas dificuldades e problemas que enfrentam os pacientes durante o percurso de tratamento, a Terapia Comportamental ou cognitiva é essencial. Isto é, o paciente deve passar por um processo psicoeducativo que tenha como meta preencher a lacuna do seu conhecimento a respeito da nutrição, da importância dos exercícios para a saúde, além de um bom treinamento de assertividade.

Destaca-se que novos estudos devem ser elaborados, pois essa temática é bastante relevante e ampla, principalmente no que diz respeito ao trabalho do psicólogo junto aos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica com reganho de peso.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria do Ministério da Saúde nº 424**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, 2013. Disponível em: <http://>

bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 jan. 2019.

BOND, Dale S.; PHELAN, Suzanne; LEAHEY, Tricia M.; HILL, James O.; WING, Rena R. Weight loss maintenance in successful weight losers: Surgical versus non-surgical methods. **International Journal of Obesity**, 33, 173-180, 2009.

CARVALHO JR, Ataliba de.; TURATO, Egberto Ribeiro; CHAIM, Elinton Adami; MAGDARELO JR, Ronis. Weight regain among women after metabolic and bariatric surgery: a qualitative study in Brazil. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, 36, 140-146, 2014.

CONCEIÇÃO, Eva; BASTOS, AnaPinto; BRANDÃO, Isabel C.S.; VAZ, Ana Rita; RAMALHO, Sofia; MACHADO, Paulo P. P. Loss of control eating and weight outcomes after bariatric surgery: A study with a Portuguese sample. **Eating and Weight Disorders**, 19, 103-109, 2014.

CONCEIÇÃO, Eva; MITCHELL, James E.; VAZ, Ana Rita; BASTOS, Ana Pinto; RAMALHO, Sofia; SILVA, C.; CAO, Li; BRANDÃO, Isabel C.S.; MACHADO, Paulo P. P. The presence of maladaptive eating behaviors after bariatric surgery in a cross sectional study: Importance of picking or nibbling on weight regain. **Eating Behaviors**, 15, 558-562, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1.942/2010**. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe. 2010. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1942_2010.htm. Acesso em: 18 jan. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.131/2015**. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe. 2016. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2131_2015.pdf. Acesso em: 15 jan. 2019.

DÂMASO, Ana. **Nutrição e exercício na prevenção de doenças**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

GOMES, Daniela Lopes. **Efeitos metabólicos e nutricionais da suplementação proteica em mulheres com ganho de peso após 24 meses de cirurgia bariátrica**: um ensaio clínico randomizado (Tese de doutorado). (2015). Universidade de Brasília, Brasília.

MAGRO, Daniela. GELONEZE, Bruno; DELFINI, Régis; PAREJA, Bruna Contini. Long-term weight regain after gastric bypass: A 5-year prospective study. **Obesity Surgery**, 18, 648-651, 2008.

MCDUGALL, Joyce. **Teatros do corpo**: o psicossoma em psicanálise (P. H. B. Rondon, Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2013.

MENSORIO, Marinna Simões. **Análise de estratégias de enfrentamento, ansiedade e hábitos em pacientes elegíveis à cirurgia bariátrica, com e sem acompanhamento psicológico**. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, 2013.

OGDEN, Jane; CLEMENTI, Cecilia. The experience of being obese and the many consequences of stigma. **Journal of Obesity**, 1-9, 2010.

OGDEN, Jane; AVENELL, Sian; ELLIS, Gemma. Negotiating control: Patient's experiences of unsuccessful weight-loss surgery. **Psychology and Health**, 26(7), 949,964, 2011.

PAPAPIETRO, Karin. Reganancia de peso después de la cirugía bariátrica. **Revista Chilena de Cirugía**, 64, 83-87, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). **Obesidade**. 2015. Disponível em: <http://www.sbc.org.br/>. Acesso em 12 jan. 2019.

QUEIROZ, Ana; SANTOS, Niraldo. A importância do Tratamento Psicológico Após a Realização da Cirurgia Bariátrica em Pacientes Obesos Mórbidos: Quando o que se Perde Vai Além do Peso. **Anais do III congresso interamericano de psicologia da saúde: territórios do psicólogo Hospitalar "O mapa não é território"**, 2005.

WALFISH, Steven. Self-assessed emotional factors contributing to increased weight gain in pre-surgical bariatric patients. **Obesity Surgery**, 14(10), 1402-1405, 2004.

WANDERLEY, Emanuela Nogueira; FERREIRA, Vanessa Alves. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(1):185-194, 2010.