

## A DUALIDADE DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR E A INFLUÊNCIA DO OUTRO NA DECISÃO PELA CIRURGIA BARIÁTRICA: UM ESTUDO QUALITATIVO

Jacyara Santos de Oliveira<sup>1</sup>, Debora Fernanda Franco Mendes<sup>2</sup>, João Paulo Assunção Borges<sup>3</sup>  
Lynna Stefany Furtado Morais<sup>2</sup>, Pietro Soares Freitas Caputo Silva<sup>1</sup>, Thaisa Tiago Maia<sup>2</sup>  
Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa<sup>2</sup>

### RESUMO

A obesidade severa é uma doença crônica, multifatorial, cada vez mais prevalente no Brasil e no mundo. Um dos tratamentos mais eficazes da doença é a cirurgia bariátrica, contudo, apesar da redução do excesso de massa gordurosa, existem fatores colaterais do procedimento, como alteração no estado nutricional, desbalanceamento na absorção e ingestão de nutrientes e desestruturação da composição corporal. O objetivo deste estudo foi descrever a dualidade do comportamento alimentar e a influência do outro na decisão pela cirurgia bariátrica. Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo, realizado com indivíduos entre 18 e 65 anos em pós-operatório de cirurgia bariátrica em dois hospitais universitários (Hospital de Clínicas de Uberlândia e Mário Palmério Hospital Universitário). A partir das entrevistas realizadas com 7 pacientes pós operados de cirurgia bariátrica, de diferentes idades, sexo e nível de escolaridade, pautado na construção de uma retrospectiva do indivíduo pré e pós operado, relacionando fatores sociais e hábitos alimentares. Os relatos convergem e mostram que, após a ação de uma equipe multiprofissional, em destaque do Nutricionista, possibilitou a melhora da relação dos pacientes com a comida e a ampliação do conhecimento acerca do alimento, portanto ocorreu a melhora do comportamento alimentar e na saúde física e mental dos entrevistados.

**Palavras-chave:** Obesidade. Cirurgia bariátrica. Estado nutricional. Comportamento alimentar. Avaliação nutricional.

1 - Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Coletiva, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

2 - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Instituto de Ciências da Saúde, Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

3 - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Curso de Enfermagem. campus de Coxim, Coxim, Mato Grosso do Sul, Brasil.

### ABSTRACT

The duality of eating behavior and the influence of others on the decision for bariatric surgery: a qualitative study

The Duality of Feeding Behavior and The Influence of Others on the Decision for Bariatric Surgery: A Qualitative Study. Severe obesity is a chronic, multifactorial disease that is increasingly prevalent in Brazil and worldwide. One of the most effective treatments for the disease is bariatric surgery, however, despite the reduction in excess fat mass, there are collateral factors of the procedure, such as changes in nutritional status, imbalance in the absorption and intake of nutrients and destructuring of body composition. The objective of this study was to describe the duality of eating behavior and the influence of others on the decision for bariatric surgery. This is a descriptive and qualitative study, carried out with individuals between 18 and 65 years of age in the postoperative period of bariatric surgery in two university hospitals (Hospital de Clínicas de Uberlândia and Mário Palmério Hospital Universitário). Based on interviews with 7 postoperative bariatric surgery patients, of different ages, gender and education level, based on the construction of a retrospective of the pre- and post-operative individual, relating social factors and eating habits. The reports converge and show that, after the action of a multidisciplinary team, highlighted by the Nutritionist, it was possible to improve the patients' relationship with food and expand their knowledge about food, thus improving their feeding behavior and the physical and mental health of the interviewees.

**Key words:** Obesity. Bariatric surgery. Nutritional status. Feeding behavior. Nutrition assessment.

Autor correspondente:  
Jacyara Santos de Oliveira  
jacyara.santos@outlook.com.br

## INTRODUÇÃO

A obesidade severa é uma doença crônica, de fisiopatologia complexa, de prevalência cada vez mais elevada no Brasil e no mundo. Pode ocorrer de forma concomitante com outras doenças ou ser responsável pelo desencadeamento e agravamento de outras condições, tais como a hipertensão arterial e diabetes, contribuindo para morbimortalidade (Halpern e colaboradores, 2022).

Seu diagnóstico considera múltiplos fatores, sobretudo o excesso de peso evidenciado pelo Índice de Massa Corporal (IMC). Um dos tratamentos para a obesidade é a cirurgia bariátrica, que possui o objetivo de melhorar ou mesmo resolver definitivamente o excesso de gordura corporal, sendo o tratamento de escolha devido à maior eficácia apresentada por ela do que por outros métodos (Bordalo e colaboradores, 2011; Bray e colaboradores, 2018; Moraes, Caregnato, Schneider, 2014).

Apesar dos avanços consideráveis, observa-se que esse processo pode ocasionar importante limitação na ingestão e absorção de diversos nutrientes, de modo a provocar maior probabilidade de desenvolvimento de distúrbios nutricionais, a exemplo da baixa no nível de vitamina A e vitamina D. Nesse sentido, é essencial o acompanhamento clínico-nutricional (Bordalo e colaboradores, 2011; Moraes, Caregnato, Schneider, 2014).

Com isso, é estabelecida uma dieta alimentícia de acordo com o tempo pós cirúrgico a qual inclui alimentos específicos e líquidos auxiliares na hidratação, além da realização de exames frequentes para observar os níveis de nutrientes para que seja possível avaliar a necessidade real de suplementos alimentares, indicando a melhor terapêutica ao paciente (Sanches e colaboradores, 2007).

Essa suplementação mostra-se necessária principalmente em casos de falhas proteicas para além das nutricionais comumente vistas no pós-operatório daqueles os quais não seguem corretamente as dietas recomendadas, fator que ocorre, geralmente, no período mais tardio dele. Por conseguinte, para além do acompanhamento, é essencial a intervenção diante dessas situações para evitar o agravamento da falha nutritiva e o retorno do excesso de tecido adiposo (Ferreira e colaboradores, 2020).

Concomitantemente, sabe-se que esse método, além de diminuir a massa gordurosa,

reduz também a massa corporal magra, de maneira a influenciar nos níveis de glicemia, a produtividade do metabolismo, na resistência dos ossos e músculos, e, conseqüentemente, na qualidade de vida dessas pessoas (Ferreira e colaboradores, 2020).

É imprescindível compreender como o progressivo aumento pela busca de cirurgia bariátrica como tratamento para a obesidade influencia na qualidade de vida, comportamento alimentar e autonomia dos indivíduos, de modo a correlacionar essas características e obter um panorama geral sobre as repercussões desse processo.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi descrever a dualidade do comportamento alimentar e a influência do outro na decisão pela cirurgia bariátrica.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo. A pesquisa descritiva classifica e interpreta as características de determinada população ou fenômeno sem interferência do pesquisador visando estabelecer interpretações entre variáveis elencadas (Prodanov, Freitas, 2013).

A abordagem quantitativa de dados, a vivência conhecida pela sua singularidade, sendo objetiva e distante do pesquisador, onde se aproxima apenas de testes estatísticos, que fazem com que o pesquisador revele um comportamento neutro.

Por sua vez, a pesquisa qualitativa é considerada como uma realidade heterogênea e subjetiva, sendo que as vivências dos entrevistados são essenciais para a produção da pesquisa (Creswell, 2014).

Esta abordagem foi escolhida em virtude de que há poucos estudos com essa metodologia, sendo importante investigar as subjetividades dessa população.

Para esse estudo, iremos considerar como pós-operatório tardio aqueles indivíduos que foram submetidos à cirurgia bariátrica, há mais de um ano.

## Considerações éticas

Após ser aprovado pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e autorizado pelos hospitais universitários, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê

de Ética em Pesquisa (CEP) da UFTM, sob o número do parecer 5.651.165, a fim de atender às exigências da resolução nº 466/12 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2012); com a posterior aprovação pelo CEP da UFTM foi iniciada a coleta de dados.

#### Local de estudo e amostra

O estudo foi realizado com indivíduos que realizaram a cirurgia bariátrica em dois hospitais universitários no município de Uberaba-MG, sendo um da rede pública e outro da rede privada. A pesquisa foi realizada com indivíduos na faixa etária entre 18 e 65 anos, que foram submetidos à cirurgia bariátrica nos hospitais universitários Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU) e Mário Palmério Hospital Universitário (MPHU). O convite de recrutamento incluiu procedimentos de amostragem não probabilística por conveniência.

#### Delineamento do estudo

Participaram do estudo os indivíduos que foram submetidos à cirurgia bariátrica há mais de 1 ano em dois hospitais universitários, maiores de 18 anos, que não tivessem sido submetidos a nenhuma cirurgia bariátrica anteriormente e que tivessem acesso fácil à internet, devido a pesquisa ter sido realizada no formato remoto.

Foram excluídos da pesquisa aqueles participantes com deficiência visual e auditiva e após 3 tentativas de contato em dias e horários distintos sem obter retorno. Inicialmente, foram aplicados dois instrumentos validados por três doutores (em cada instrumento).

O primeiro instrumento aplicado foi o questionário sociodemográfico e clínico que investigava sobre questões como idade, sexo e peso atual.

O segundo instrumento foi o roteiro norteador foi composto por seis questões abertas sobre as mudanças percebidas no próprio corpo após a cirurgia, a influência da cirurgia no dia a dia, mudanças na vida sexual e (in)satisfação com o resultado da cirurgia.

A construção das perguntas do roteiro norteador foi baseada no BAROS (Oria, Moorehead, 1998), utilizando dos seus domínios (autoestima, desempenho sexual, condição social, desempenho físico e capacidade laboral).

A coleta dos dados ocorreu entre junho e setembro de 2022. Os indivíduos foram contactados pelas pesquisadoras por telefone, cujos dados foram solicitados pela GEP da EBSEH do HCU, aos setores de Sistemas de Informação e Inteligência de Dados de ambos os hospitais universitários que, cadastram e disponibilizam o acesso das pesquisadoras aos prontuários eletrônicos dentro das suas instalações.

O Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEPE) da Universidade de Uberaba (UNIUBE) realizou um contato inicial com os pacientes do MPHU e estes autorizaram o repasse do contato telefônico para as pesquisadoras. Após a aprovação, o MPHU forneceu o contato telefônico dos pacientes e as pesquisadoras contactaram os mesmos seguindo os princípios da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Os indivíduos foram convidados formalmente, via ligação telefônica, sendo-lhes apresentados os objetivos da pesquisa bem como sua relevância na atualidade e a importância da sua participação.

Foi disponibilizado, via e-mail e/ou WhatsApp, conforme a preferência do indivíduo, um link para acesso da plataforma Google Meet® e enviado 15 minutos antes da reunião previamente agendada.

Durante a reunião no Google Meet, os participantes receberam um link de acesso ao TCLE para participantes em formato eletrônico através da plataforma Google Forms®, onde deveriam ler e decidir sobre a aceitação ou recusa dos termos descritos no documento e uma cópia do TCLE foi enviada via e-mail e/ou WhatsApp.

A partir do aceite e assinatura eletrônica do TCLE, as entrevistas foram norteadas pelos dois instrumentos mencionados anteriormente.

As entrevistas referentes ao roteiro norteador, foram gravadas utilizando o recurso de gravador de smartphone das próprias pesquisadoras, autorizado pelos entrevistados, para assegurar que nenhum dado seria perdido.

As entrevistadoras utilizaram da audiogravação para transcrever a entrevista, na íntegra. Cada participante foi identificado com a letra E (entrevistado) seguida de um numeral que indica a ordem de realização das entrevistas, respeitando-se o sigilo e anonimato das informações. A análise temática, fundamenta-se na identificação dos núcleos de significação revelados nas respostas dos

participantes que responderam ao problema de pesquisa.

Os dados foram analisados a partir de três etapas como proposto por Minayo (Minayo, Guerreiro, 2014):

1) pré-análise, a qual prevê preparo das informações por meio da leitura exaustiva das entrevistas possibilitando que o pesquisador seja impregnado pelo conteúdo para identificação das unidades de registro que orientaram a análise;

2) exploração do material por meio de releitura do material e busca de expressões e palavras significativas com foco na organização do conteúdo, consistindo na redução do texto e no registro de unidades de contexto;

3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação, possibilitando realizar inferências e interpretações sobre os resultados obtidos.

## RESULTADOS

Para a realização do presente estudo foram inicialmente contatados 51 indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica tardia, via telefone, com base nas listas com os contatos cedidos pelas instituições.

Desses pacientes, sete se dispuseram a ser entrevistados e preenchiam os critérios de inclusão do estudo. Os demais não aceitaram participar do estudo (n=8) ou não foi possível o

contato após três tentativas em momentos distintos (n=36).

Quanto ao perfil dos entrevistados, têm-se: A primeira entrevistada, foi a E1. Mulher, de 57 anos, casada/amasiada, com ensino fundamental incompleto e há um ano realizou a cirurgia. A E2, é uma mulher de 38 anos, casada/amasiada, com pós-graduação/mestrado/doutorado/outras especializações e há dois anos fez o procedimento. A E3 é uma mulher de 50 anos, separada/divorciada, com ensino médio incompleto e há sete anos e nove meses foi submetida à cirurgia de redução de peso. A E4 é uma mulher de 32 anos, separada/divorciada, com ensino fundamental completo e há um ano passou pelo procedimento.

O E5 é um homem de 31 anos, casado/amasiado, com ensino médio completo e fez a cirurgia há seis anos e oito meses. O E6 é um homem de 65 anos, casado/amasiado, com ensino fundamental incompleto e realizou a técnica cirúrgica há três anos. A E7 é uma mulher de 36 anos, solteira, com ensino superior incompleto e foi submetida a cirurgia há oito anos e quatro meses.

A partir da análise do conteúdo dos entrevistados foi possível identificar duas categorias, dentre elas: Fatores sociais e Hábitos alimentares. A partir dessas categorias, foram definidas outras oito subcategorias, conforme demonstrado na Tabela 3.

**Tabela 3** - Classificação das categorias e subcategorias identificadas a partir das entrevistas com os indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica tardia, no período de junho a setembro de 2022, Uberaba, Minas Gerais, 2022.

Categorias	Subcategorias
1) Fatores Sociais	1. O olhar do outro sobre a decisão pela cirurgia. 2. Comentários de pessoas do seu meio social.
2) Hábitos Alimentares	3. Hábitos alimentares antes da cirurgia. 4. Hábitos alimentares depois da cirurgia. 5. Sintomas gastrointestinais. 6. A compulsão por doces. 7. Excesso no consumo de refrigerantes antes da cirurgia. 8. Relação entre o emocional e a alimentação.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

### Fatores Sociais

- O Olhar do outro sobre a decisão pela cirurgia

Os fatores sociais também podem ser considerados na influência até mesmo da decisão por fazer ou não a cirurgia. Pode ser

que o indivíduo sofra com a forte coação de pessoas externas ou até mesmo dos membros da família que poderiam constituir uma rede de apoio, causando um efeito negativo no indivíduo e fazendo com que o processo seja cercado de medo e apreensão.

E4: “Muita gente falou pra mim, não faz não que você vai morrer na mesa de cirurgia.”

- Comentários de pessoas do seu meio social

As mudanças notórias no corpo e na vida desses indivíduos acabam produzindo comentários positivos ou negativos, advindos de pessoas do seu ciclo social ou até mesmo de familiares. Tais comentários podem contribuir para a autoestima e reconhecimento da perda peso, quanto também podem causar constrangimento e/ou aborrecimento com os julgamentos sobre aspectos relacionados à alimentação, por exemplo.

E1: “Eu tenho a minha foto do meu antes e tenho agora, quem me conheceu... quem me viu... ontem mesmo, uma mulher que me viu antes e me abraçou ontem, ela me disse assim: cadê a E1? E1 você está diferente demais! E1! Quê que é isso? Ela foi me acompanhando até o carro e ficou assim: E1! Cadê a E1? Nossa, mas você tá diferente demais! Então as pessoas... é... [estão] estranhando... que me vê assim... Tá me estranhando... Então estão estranhando de me ver assim...”

E2: “Que hoje as pessoas questionam algumas coisas assim, quando a gente come algo doce que dá aquele Dumping, aquelas coisas. Aí as pessoas falam assim: Ai... mas você fez cirurgia pra passar mal? Aí eu falo assim: não, antes eu comia desvairadamente e passava mal por outras coisas e estava me adoecendo.”

E3: “(...) mas aí as pessoas fala assim: nossa mas você tá com o corpo bom. (...) aquela questão “das” pessoas chegar e falar: cred! (diferença de peso). As pessoas só “lembra” da E3 em 2014. Ninguém lembra da E3 em 2006 quando eu engravidei. Foi uma mudança nesses aspectos, assim... conforme eu vou lidar... o que eu vou fazer. (...) Assim... Eu tive um... Assim... Mais um dos motivos de eu tá procurando a cirurgia é porque na época o pai do meu filho falava assim: cred! “Cê” tá gorda, você tá gorda, tá gorda. Aí depois ele disse pra mim assim: nossa “cê” emagreceu. Então assim, tudo isso pesa naquilo.”

E4: “Esse era o meu ponto de ficar me guardando as coisas, as mágoas das pessoas e ficava na comida. Agora não! Agora eu boto pra fora, não fico guardando mais mágoa não. Sem me prejudicar. Eu não sabia falar não,

agora pelo meu bem eu tenho que saber falar não. Sim, foi a melhor coisa que eu já fiz na vida. Muita gente falou pra mim, não faz não que você vai morrer na mesa de cirurgia. Eu disse: não, meu Deus tá ali comigo, Ele vai me honrar nessa mesa de cirurgia...”

### Hábitos Alimentares

- Hábitos alimentares antes da cirurgia

Os hábitos alimentares antes da cirurgia, notoriamente eram irregulares, com consumo de industrializados, grande quantidade de açúcar e com longos intervalos entre as refeições, no qual todos atualmente percebem que não possuíam hábitos alimentares adequados. Conforme mencionado a seguir:

E1: “Eu comia pouco antes já...”

E2: “Porque antes eu comia e aí pronto, comia. Ah! Quê que tem né? É comida, toda comida é boa... Antes da cirurgia eu não tinha dimensão do quanto eles eram prejudiciais e inadequados igual eu comecei falar lá. A gente não percebe na verdade eu compreendi durante o processo, que a gente... a gente vive no meio que... sabendo que às vezes faz mal, mas não tendo consciência que faz mal. Eu não considero... eu... antes eu acho que era prejudicial às vezes eu “tava” até me matando né?... porque antes eu comia a Deus dará. Nem sabia o quanto isso “tava” me custando... Que é muito engraçado que quando eu era... antes... eu fazia alguns..., mas por ser muito gorda eu ficava com medo as “vez” de comer uma coisa muito né? De ir numa festa e comer muito, essa coisa... e no outro dia comer e comer de novo. Mas não era da forma correta só pra ludibriar.”

E3: “Antes da cirurgia... eu não tinha assim... horários, sabe? Pra comer. É... Não tinha esse negócio de fazer salada. Não comia aquela coisa fresquinha. Fazia um pouquinho de arroz, comia dois, três dias aquilo. Antes da minha cirurgia foi muito difícil a minha alimentação.”

E4: “Eu não comia muito, meu problema era refrigerante. Muito refrigerante. Eu já bebi 4 litros de refrigerante num dia, mas não comia arroz, feijão, trocava as refeições pelo refrigerante... Não “tô” mais pensando em comer, comer, comer igualzinho eu pensava. Ai... ficava magoada, “tacava” na comida... não!

Ou se não eu boto pra fora [no sentido de desabafar], antigamente eu guardava, hoje eu não guardo mais não. O que eu tenho que falar eu falo na cara da pessoa. Pra “mim” não ficar frustrada e não “tacar” na comida de novo.”

E5: “Não, nenhum pouco adequado...”

E6: “Notei... eu antes... alimentava muito... aquela fome exagerada comia muito. Nossa! Era uma “gula” entendeu?... Eu achava que eu comia demais... Não... era aquilo de comer demais, aquela gula... Eu era... nossa tomava muito refrigerante.”

- Hábitos alimentares depois da cirurgia

Após a cirurgia, os indivíduos necessitam mudar os seus hábitos alimentares, principalmente nos anos iniciais e continuar por toda a vida. Outro fator importante, é a adaptação a quantidades muito pequenas de alimentos.

E1: “(...) mas agora pra mim é melhor ainda, porque agora eu ter reeducação alimentar e tenho o horário certo pra me alimentar. Aí eu como de três em três horas. Assim... tem hora que eu até não como de três em três horas... eu não sou de... como é que fala?... Graças a Deus eu não “tô” com esse negócio de olhar as “coisa” e querer tá comendo não. Eu como só assim... eu só como no horário certo e pronto. Como aquele “tantin” e pronto. Meu marido faz um bife pra mim, do tamanho da palma da minha mão. Aquele bife e um pouquinho de salada que eu como. Feijão eu tô custando comer feijão. Não posso deixar de comer feijão. É fonte de proteína né? Aí misturo com um pouco de farinha pra poder conseguir comer. Mas não fico com esse negócio de tá procurando coisa pra comer não.”

E2: “Então desde lá eu mudei muita coisa, lógico que a gente dá uma escorregada aí em algumas “coisa” ... Comecei a comer um pouco [produtos com açúcar] quando a doutora falou assim: Não, mas você precisa de comer, porque você tem de comer e etc. “Cê” vai assim... vai comendo um pouquinho ali, um pouco lá. Mas, são restrições que fazem a diferença... porque antes eu comia a Deus dará.... Quando eu tomei consciência é lógico que não, né?... Às vezes a gente pode até comer alguma coisa que a gente não deveria né? Porque não tem como... como a doutora

falou: não tem nada que você não possa. Às vezes pouco... Às vezes naquele momento não seja o ideal. Mas assim... eu dei né? E depois também fazer tipo uns controles né?”

E3: “No meu dia a dia... a questão assim... alimentar né? É... eu tive que fazer... mudar... ter o meu cardápio né? Como eu sou muito enjoada assim, pra alimentar, então foi uma mudança assim no meu dia a dia.”

E4: “Hoje diminuiu bastante [refrigerante]... não tomo. Hoje é só suco. Essas “coisa”. Eu me eduquei e eduquei os meus filhos também.”

E6: “Agora não, eu alimento pouco. Sempre tem que comer um pouquinho de “coisa” porque me dá fome né?”

E7: “Porque eu como muito pouco né? Eu enjoa muito rápido da comida então se eu como um lanche... eu como três mordidas aí meu estômago já dói e eu já paro, não como mais.”  
Sintomas gastrointestinais

A limitação a um estômago muito pequeno pode submeter os indivíduos a alguns desconfortos, típicos do procedimento mesmo após muitos anos. O consumo de alimentos com muito açúcar ou gordura em sua composição podem fazer com que o indivíduo manifeste sintomas típicos da Síndrome de Dumping. Os sintomas comuns podem incluir sudorese excessiva, taquicardia e fraqueza.

E1: “(...) se eu... me dar dor na boca do estômago e eu vomito, mesmo se eu por um pouquinho de arroz na boca me “coisa” o estômago entendeu? ... tem hora que o meu estômago não aceita do tanto que eu bebo água... porque depois da bariátrica tem que ficar bebendo bastante água né? Como o estômago é pequeno, o tanto de água que eu tomo, aí meu estômago não quer... não aceita comida. Aí meu estômago fica cheio de água.”

E2: “(...) já eu dependendo da marca do sorvete, da qualidade do sorvete, eu passo mal. A quantidade de açúcar, eu passo mal. Porque eu fiquei numa dieta zero açúcar por um bom tempo.”

E3: “Então assim, o único impulso que me dá assim é na hora de comer doce. Eu passo mal. A reação que eu tenho... porque aí rapidinho já entra na corrente sanguínea, eu começo a suar,

começo a sentir um calor e meu cabelo fica molhadinho, minha cabeça fica molhadinha. Então é um sintoma que eu tenho, quando eu como. Se eu comer só um pouquinho... aí quando eu comi muito aí eu sinto, aí eu sinto que não me fez bem aquilo.”

A compulsão por doces

Quatro indivíduos comentaram sobre o impulso para comer doces e ao consumir, mesmo que em poucas quantidades, acabam sentindo um mal-estar.

E3: “Eu tenho uns impulsos assim. De vez enquanto eu quero comer doce. E... eu sou aquela assim que eu vou pra cozinha. Essa semana mesmo eu queria comer doce de mamão e eu vou... fiz. Não gosto de doce demais então eu como ali e já me satisfaz. Aquela vontade que eu tinha já me saciou, então eu passo um bom tempo sem comer. A única coisa que eu tenho é aquela... essa questão. Eu sempre tenho chocolate aqui em casa, mas o chocolate dura. Quando me dá vontade eu como um quadrinho, dobro e guardo. Então assim, o único impulso que me dá assim é na hora de comer doce. Eu passo mal.”

E5: “Tem hora que sim viu? Porque vontade é claro que eu tenho de voltar aos 110 (kg) de novo sabe? Só que... eu tenho aquela vontade, mas na hora de alimentar eu não me corrijo, entendeu? Então... tem que trabalhar isso aí... tem que consertar isso.”

E6: “Ai... eu sinto que aqui é uma vontade muito de comer doce... doce. Às “vez” eu como.”

E7: “Eu vou comer um doce... tá muito doce... aí eu sinto que tá me “repunando”, aí eu não como mais. Eu como somente pra saciar à vontade mesmo, de comer aquela comida. Mas eu não como exageradamente.”

- Excesso no consumo de refrigerantes antes da cirurgia

O consumo excessivo de refrigerante antes da cirurgia foi mencionado apenas por dois entrevistados, mas apenas um relatou ainda consumir a bebida. Apesar de consumir pequenas quantidades de comida, em contraste com o consumo de refrigerantes de forma exagerada ao longo do dia, tinham forte influência no peso desses indivíduos.

E4: “(...) meu problema era refrigerante. Muito refrigerante. Eu já bebi 4 litros de refrigerante num dia, mas não comia arroz, feijão, trocava as refeições pelo refrigerante.”

E6: “Agora refrigerante eu moderei. Eu era... nossa tomava muito refrigerante. Agora se eu almoço, tomo um copo de refrigerante, eu contento. Senti que dá muita vontade de comer doce.”

- Relação entre o emocional e a alimentação

Muitos têm consciência de que a situação emocional tem grande relação com o descontrole alimentar. No entanto, a primeira entrevistada demonstrou que a obesidade influencia no seu emocional, fazendo com que a mesma perdesse a vontade de viver, conforme descrito por boa parte dos entrevistados:

E1: “(...) quando eu “tava” gorda eu tinha... eu “tava” desanimada, eu chegava a falar pro meu marido: é melhor pedir pra Deus me levar, o que eu vou ficar fazendo aqui desse jeito? Só dando trabalho pra vocês? De tão ruim que eu “tava”.”

E2: “Agora hoje não, a fome hoje ela é totalmente psicológica. Agora o que eu percebo? Quando eu estou com o psicológico abalado aí são duas coisas né? É a cabeça racional pedindo pra não, e a cabeça emocional tentando substituir algo com um sim. Aí não é uma dificuldade, eu já acho que é uma guerra que tem que vencer. Não é uma dificuldade, é que você tem que pesar o quê que é essencial. Porque o psicológico eu acho que ele pesa mais do que as outras coisas né? A saciedade com o prazer. Mas eu sempre tive aquela consciência pelo que as médicas falavam e também do psicológico que podia ficar abalado, de tomar cuidado com os vícios, de não substituir a saciedade por outra. Eu sempre tive conhecimento e fiz consciente dos problemas que eu poderia ter... vir a ter.”

E4: “Não, não sinto falta da comida. Botei minha cabeça em foco em outras coisas. Já o obeso só foca comer, comer, comer. Então trabalhei bastante a minha cabeça pra não tá comendo, passando as minhas frustrações pela comida. Se eu tenho as minhas frustrações, vou assistir uma novela, vou limpar uma casa.”

E5: “Acho que justamente por isso... que assim... é... “cê” tem que estar principalmente com o seu psicológico preparado pra depois fazer a cirurgia.”

## DISCUSSÃO

A busca por esse tipo de procedimento pelas mulheres, pode estar ligada a ocorrência de que o controle de peso desse público em específico seja influenciado por fatores emocionais, com intensa motivação estética, promovidas por esses padrões estéticos.

A percepção do próprio corpo frente a esses padrões pode afetar na forma como se percebe o ambiente, podendo até mesmo mudar as relações com as pessoas (Arantes e colaboradores, 2022; Bressan; Trevisol, 2019; Silva, 2017).

Na subcategoria: Hábitos Alimentares Antes da Cirurgia, alguns entrevistados comentaram sobre a quantidade de alimentos ingerida, que apesar de serem em pequena quantidade, exageravam em produtos industrializados compostos em sua maioria por açúcar, gordura e sódio. O que explica as comorbidades associadas à obesidade antes da cirurgia, como por exemplo, diabetes mellitus tipo II e hipertensão arterial sistêmica. Todos reconheceram que tinham hábitos inadequados e que não tinham consciência do quanto eram prejudiciais.

Na subcategoria: Hábitos Alimentares Depois da Cirurgia, foram citadas sobre a redução brusca na quantidade de alimentos consumidos, não somente pelo procedimento, mas também pela reeducação alimentar que inclui a escolha por alimentos com mais qualidade nutricional e o fracionamento das refeições. Alguns referiram ainda consumir produtos industrializados em alguns momentos, mas não conseguem comer na mesma quantidade que anteriormente.

Na subcategoria: Sintomas Gastrointestinais, alguns dos participantes mencionaram, em que sentiram um mal-estar após ingerir determinados alimentos. Na subcategoria: A Compulsão por Doces, a “vontade de comer doce”, foi uma frase mencionada por alguns dos entrevistados, na qual eles afirmam ter uma certa dificuldade para controlar os impulsos quando sentem essa vontade. Percebe-se a relevância de um acompanhamento especializado antes, durante e após a cirurgia, para controle da ingestão de doces para prevenir sintomas sugestivos da

síndrome de Dumping, que trazem grande desconforto aos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica.

Na subcategoria: Excesso no Consumo de Refrigerantes Antes da Cirurgia, dois entrevistados apontaram ingerir grandes quantidades de refrigerante, chegando até mesmo a substituir as refeições pela bebida açucarada. A bebida ainda permanece na rotina do E6, no entanto, em menor volume.

Na subcategoria: Relação entre o Emocional e a Alimentação, foi evidente que a grande maioria tinha consciência da forte relação entre o estado emocional e o descontrole alimentar.

Porém, um depoimento em específico chama a atenção pelo fato de a obesidade em si ter afetado o estado emocional da entrevistada, que a levou a questionar sobre dar continuidade na sua vida.

Por fim, um relato em específico contemplou de maneira esplêndida sobre os aprendizados colhidos ao longo do processo da bariátrica, em especial de questões alimentares. Como mencionado anteriormente, E1 se trata de uma mulher, de 57 anos de idade, com ensino fundamental incompleto e passou pela cirurgia há um ano.

E1 mencionou acerca da melhora na alimentação após passar pelo procedimento, em específico depois de conhecer e pôr em prática a reeducação alimentar. Logo em seguida, ela refere conseguir fracionar melhor as refeições – de três em três horas, fala da quantidade “Meu marido faz um bife pra mim, do tamanho da palma da minha mão”, cita não estar conseguindo comer o feijão e subsequentemente diz que “É fonte de proteína ne?”.

Dessa forma, é possível refletir em relação à magnitude da atuação de uma equipe multiprofissional de saúde, em particular composta pelo nutricionista, envolvidos no progresso de emagrecimento com saúde sobretudo em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Pois, mesmo com um baixo nível de escolaridade, a própria conseguiu compreender sobre a abordagem principal do tratamento, ou seja, a importância da reeducação alimentar para a manutenção da alimentação saudável e consciente, o conhecimento do quanto está comendo e do que está comendo.

## CONCLUSÃO

A obesidade severa pode provocar complicações importantes no indivíduo, o que requer atenção desde seu diagnóstico até a definição do tratamento. A indicação da cirurgia bariátrica consiste em uma das modalidades mais eficazes no seu tratamento.

No entanto, apenas sua realização não soluciona a problemática em decorrência da existência da possibilidade de se obter doenças provocadas pelo excesso de gordura, maior incidência de falhas nutricionais após a realização do procedimento e a fragilidade óssea e muscular.

Portanto, ressaltamos que a perioperatório seja associado ao acompanhamento clínico-nutricional e com profissional da educação física para, respectivamente, melhorar a nutrição do paciente, principalmente no que tange a presença proteica, juntamente com o acompanhamento diário e intervenção profissional nos casos necessários, e elevar a predisposição física para tratamento de enfermidades pré-existentes, desenvolver a massa magra e auxiliar na evolução da produtividade cardiorrespiratória.

Logo, é inegável que, para realização desse processo, é necessária uma estrutura profissional bem elaborada que exige saberes multiprofissionais atuantes tanto na parte a qual antecede a cirurgia bariátrica, como também durante e após o procedimento cirúrgico, e a disciplina do paciente diante da adaptação a uma nova rotina é essencial para bons resultados.

## AGRADECIMENTOS

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, Jacyara Santos de Oliveira, Bolsista beneficiada pela CAPES.

## REFERÊNCIAS

1-Arantes, A.J.A. e colaboradores. Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica em hospital de ensino. HU Revista. Vol. 48. 2022. p. 1-7.

2-Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo

seres humanos. Brasília. Diário Oficial da União. 2012.

3-Bray, G.A.; e colaboradores. The Science of Obesity Management: An Endocrine Society Scientific Statement. Endocr Rev. Vol. 39. Num. 2. 2018. p. 79-132.

4-Bressan, J.A.; Trevisol, F.S. Avaliação da autoestima e depressão após cirurgia bariátrica. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo. Vol. 13. Num. 79. 2019. p. 446-456.

5-Bordalo, L. A.; e colaboradores. Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar. Revista da Associação Médica Brasileira. Vol. 57. Num. 1. 2011. p. 113-120.

6-Creswell, J. W. Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: Escolhendo entre Cinco Abordagens. Penso. 2014.

7-Ferreira, D. M. A.; e colaboradores. Consumo de suplementos por praticantes de musculação: em busca da saúde ou do corpo perfeito?. Lecturas: Educación Física y Deportes. Vol. 25. Num. 266. 2020.

8-Halpern, B.; e colaboradores. Proposal of an obesity classification based on weight history: an official document by the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism (SBEM) and the Brazilian Society for the Study of Obesity and Metabolic Syndrome (ABESO). Arch Endocrinol Metab. Vol. 66. Num. 2. 2022. p. 1-13.

9-Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 14ª edição. São Paulo. Hucitec. 2014. 408 p.

10-Moraes, J. M.; Caregnato, R. C. A.; Schneider, D. S. Quality of life before and after bariatric surgery. Acta Paulista de Enfermagem. Vol. 27. 2014. p. 157-164.

11-Oria, H. E.; Moorehead, M. K. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). Obesity surgery. Vol. 8. Num. 5. 1998. p. 487-499.

12-Prodanov, C. C.; Freitas, E. C. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico-2ª Edição. Editora Feevale. 2013.

13-Sanches, G. D.; e colaboradores. Cuidados intensivos para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. Vol. 19. 2007. p. 205-209.

14-Silva, M.O. Corpo, cultura e obesidade: desenvolvimento de posicionamentos dinâmicos de si em mulheres submetidas à gastroplastia. Tese de Doutorado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde. Universidade de Brasília. Brasília-DF. 2017.

Recebido para publicação em 25/05/2024  
Aceito em 12/10/2024