

# FATORES GRUPAIS E SOCIAIS QUE INFLUENCIAM NO REGANHO DE PESO, EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

*Social and group factors that influence patients to regain weight after bariatric surgery*

*Factores sociales y de grupos que influyen en la recuperación de peso corporal en pacientes sometidos a cirugía bariátrica*

SIMONE DALLEGRAVE MARCHESINI<sup>1</sup>,  
MARIA CRISTINA ANTUNES<sup>2</sup>

**Resumo:** O objetivo deste estudo foi analisar como os fatores sociais e grupais interferem sobre o reganho de peso de pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica. Foram entrevistados dez pacientes com quatro anos ou mais de cirurgia e com o mínimo 15% de reganho do peso perdido, utilizando-se um roteiro de entrevista semiestruturada sobre: dados demográficos, hábitos alimentares, mudanças no estilo de vida, mudanças comportamentais, imagem corporal, autoestima, preconceitos vivenciados e reaquisição de peso. As entrevistas foram gravadas e transcritas para a realização da análise do conteúdo. Constatou-se que todos os entrevistados tinham medo de recuperar peso e que o emagrecimento foi elemento importante para ter mais acesso a roupas de melhor aparência. O constrangimento em presenciar os pares se alimentando desapareceu e o retorno social sobre a imagem corporal e o reganho de peso foi considerado importante pelos entrevistados. Novos hábitos alimentares foram instalados após o procedimento, mas observa-se que o grupo de convívio faz comentários sobre pouca a quantidade de alimento ingerida pelos entrevistados, gerando incômodo social e suscitando nos pares uma maior oferta de alimento. Conclui-se então que o comportamento dos pares tem influência na retomada de padrões alimentares de antes da cirurgia.

**Palavras-chave:** obesidade; reganho de peso; cirurgia bariátrica.

**Abstract:** *The study aimed to analyze how social and group factors interfere with the weight regain of patients who underwent bariatric surgery. Ten patients with four years or more of surgery and with a minimum of 15% weight loss were interviewed using a semi-structured interview script about: demographic data, eating habits, lifestyle changes, behavioral changes, body image, self-esteem, experienced prejudices and weight regain. The interviews were recorded and transcribed for content analysis. It was found that all participants were afraid of regaining weight and that weight loss was an important element to have more access to better-looking clothes. The embarrassment in witnessing feeding pairs disappeared and the social return on body image and weight regain was considered important by the interviewees. New eating habits were established after the procedure, but it is observed that the convivial group makes comments about the low amount of food ingested by the participants, generating social nuisance and raising in the pairs a greater supply of food. It is concluded that the behavior of the pairs influences the resumption of eating patterns prior to surgery.*

**Keywords:** *obesity; weight regain; bariatric surgery.*

**Resumen:** *El objetivo de este estudio fue analizar cómo los factores sociales y de grupos, afectan la recuperación de peso corporal en los pacientes que se sometieron a cirugía bariátrica. Fueron entrevistados diez (10) pacientes con cuatro o más años de cirugía y al menos un 15% volvió a recuperar el peso perdido, siendo utilizado utilizando un guion de entrevista semiestructurada sobre: datos demográficos, hábitos alimenticios, cambios en el estilo de vida, cambios de comportamiento, imagen corporal, autoestima, prejuicios y aumento de peso. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para el análisis de contenido. Fue percibido que todos los encuestados tenían miedo de volver a recuperar su peso anterior y que la pérdida de peso era, un elemento importante, para obtener más acceso a la ropa con mejor visual. Los entrevistados consideraron importante la vergüenza de ser testigo de la alimentación de sus compañeros y la repercusión social de la imagen corporal y la recuperación de peso. Fueron adoptados nuevos hábitos alimenticios después del procedimiento,*

<sup>1</sup> Mestre em Psicologia pela Universidade Tuiuti do Paraná (UTP), e-mail: simonedallmarc@yahoo.com. Rua Sydnei Antônio Rangel Santos, 238 - Santo Inácio, CEP: 82010-330, Curitiba, PR. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7983-7174>.

<sup>2</sup> Docente do Mestrado em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná (UTP) e pesquisadora NEPAIDS da Universidade de São Paulo (USP), Curitiba, PR. E-mail: mcrisantunes@uol.com.br. Rua Sydnei Antônio Rangel Santos, 238 - Santo Inácio, CEP: 82010-330, Curitiba, PR. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6767-518X>.

*pero se observa que el grupo social comenta sobre la pequeña cantidad de alimentos ingeridos por los entrevistados, lo que genera incomodidad social y provoca un aumento en la cantidad de alimentos, en los compañeros. Se concluye que el comportamiento de los compañeros influye en la retomada de los patrones de alimentación, antes de la cirugía.*

**Palabras clave:** *obesidad; recuperación de peso; cirugía bariátrica.*

## Introdução

A obesidade mórbida atualmente é considerada uma epidemia de proporção global, caracterizada pelo acúmulo de 40% de excesso de gordura corporal e pode levar à enfermidades limitantes ou fatais. No ano de 2016, mais de 1,9 bilhões de adultos com mais de 18 anos tinham excesso de peso. Sendo que destes, 650 milhões eram obesos (WHO, 2017). O tratamento cirúrgico da obesidade mórbida no Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu como solução pós-epidêmica e não é uma política de prevenção em obesidade, mas um tratamento incisivo, de resultados drásticos, que necessita de acompanhamento em longo prazo e disciplina do indivíduo operado. Segundo o presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (Marchesini, 2017), a quantidade de cirurgias bariátricas aumentou 7,5% em 2016 no Brasil, comparando-se ao ano de 2015. Apenas em 2016, 100.512 pessoas se submeteram a esta cirurgia, sendo que 10 mil procedimentos foram feitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os números são alarmantes: todo ano 2,6 milhões de pessoas morrem devido às consequências da obesidade ou sobrepeso. O Brasil é o segundo no *ranking* mundial de cirurgias bariátricas e perde apenas para os Estados Unidos. A tentativa de solucionar a obesidade epidêmica deve ter uma abordagem mista: macrossocial e individual. Uma ação apenas de abordagem individual não será capaz de vencer a cultura de massa desenvolvida pela política de consumo, em que o alimento é apenas uma mercadoria a ser adquirida em maior quantidade por menor custo. São necessárias de ações que influenciem toda a população, através de mudanças sociais, culturais e políticas, em especial na indústria alimentícia, que pode promover dietas mais saudáveis (WHO, 2017).

O ambiente obesogênico é aquele em que diversos fatores favorecem a aquisição de peso e a obesidade e deve ser analisado de forma mais ampla, envolvendo toda a rede educativa, ou seja, a indústria alimentícia, as propagandas, os locais de trabalho, de estudo, de lazer e os ambientes de convivência social e familiar. Os fatores socioeconômicos e as características

demográficas estão associados aos hábitos alimentares, demonstrando a complexidade da prática alimentar (Soares, Franca, Gonçalves, 2014). Swinburn, Gill e Kumanyika (2005) descreveram quatro tipos de fatores obesogênicos. Quanto à influência física (condições funcionais do ambiente): transportes, ciclovias, parques; distanciamento entre restaurantes e lanchonetes. Quanto ao aspecto econômico: uma vez que doenças, qualidade de vida e análises econômica estão diretamente ligadas. Quanto à visão política: o estabelecimento de leis e distribuição financeira para prevenção à saúde, protocolos informativos e pedagógicos para incentivo à qualidade de vida. E quanto à perspectiva sociocultural: com foco no contexto e nos hábitos, o incentivo em programas sociais, com promoção na redução de horas ociosas e campanhas para a diminuição das propagandas que influenciam a ingestão alimentar infantil e interação família-escola no controle da obesidade. As indústrias de cosméticos, clínicas de emagrecimento e estética corporal, indústrias de silicone, o universo da cirurgia plástica estética, as academias de ginástica investem e lucram, estimulando a visão do corpo como um bem de consumo, buscando alterações corporais e criando identidades corporais, em que a beleza está associada ao corpo jovem e magro (Paixão & Lopes, 2014). A mídia direcionada para o público infantil também tem um papel importante no aumento mundial da obesidade. Vários fatores influenciam na obesidade, mas o longo tempo que as crianças ficam expostas às propagandas na TV interfere nas escolhas alimentares delas e de suas famílias. Os hábitos alimentares são influenciados pela indústria alimentícia e propagandas, mas também estão envolvidos outros fatores, tais como: culturais, afetivos e comportamentais (Santos & Scherer, 2014; Koecicka, Czepczor & Brytek-Matera, 2016). As mudanças da alimentação no ocidente têm a interferência da industrialização dos alimentos, urbanização e da globalização, além das demais mudanças ocorridas nos últimos 50 anos (Santos, Rechia & Zarpellon, 2017). Observa-se o acesso mais fácil ao alimento, à

variedade de oferta, o incremento da engenharia de produção de alimentos, o desenvolvimento de texturas e sabores mais palatáveis e com menor custo de produção. Há pouco tempo, alimentos industrializados de alto valor calórico e baixo valor nutricional eram comercializados nas escolas brasileiras. Um estudo americano (Wouters, Larsen, Kremers & Dagnelie, 2010) avaliou o consumo de refrigerantes e salgadinhos em 749 adolescentes entre 12 e 17 anos de idade. O objetivo foi verificar a influência dos pares no consumo desses alimentos oferecidos em ambiente escolar. A influência dos pares foi detectada em maior escala nos rapazes; nos adolescentes educacionalmente menos favorecidos e nos de maior peso. A combinação entre características individuais, influência dos pares e principalmente da oferta deste tipo de alimentos na cantina da escola, compõem o trinômio da obesidade juvenil. Em última instância, na alimentação, trabalhamos com oferta e procura; dinâmica em que o ambiente e a persuasão estão envolvidos. Christakis e Fowler (2007) perceberam em seus estudos sobre convívio grupal que viver numa rede de contatos com pessoas obesas tende a mudar a tolerância sobre o fato de ser obeso, e mais, tende a mudar as atitudes frente à comida e alterar escolhas dos alimentos. Entre as relações avaliadas, os pesquisadores estudaram as geográficas (de vizinhança), as de parentesco (entre irmãos de mesmo sexo e de sexos diferentes), as de casais (maritais) e as de amizade (entre sexos iguais e sexos opostos), além de avaliarem a influência mútua entre obesos e magros nos comportamentos alimentares. O estudo demonstrou da influência do obeso sobre o comportamento do amigo magro em 57% e indicou em 37% a chance do parceiro magro vir a engordar ao casar-se com um parceiro com excesso de peso. A influência da globalização sobre a autoimagem tem repercussões sobre os conceitos de beleza. Há indução cultural na política antigordura, que se reflete em insatisfações com o próprio corpo. Os transtornos alimentares surgiram também em decorrência de agentes da mídia. A comunicação de massa contribuiu severamente para a determinação dos valores contemporâneos entre os quais está a ideia de que apenas o magro preenche os critérios de beleza física. A obesidade é vista como um estereótipo que inclui a crença de que o peso é plenamente controlável e de que o gordo é “desleixado”. Esse ideal de magreza, associado à eterna juventude, dá ao corpo a condição de objeto sem tempo, estático e imutável e cria uma

categoria de formas corporais que exclui, negando a diversidade (Kočecicka, Czepezoce & Brytek-Matera, 2016). Os fatores individuais e pessoais exercem importante determinação no comportamento de consumo alimentar, interferem em atitudes, gradam expectativas, estabelecem normas internas, e possibilitam a autoimagem e percepção própria. Mas é inegável que fatores ambientais, sociais, econômicos e políticos têm grande parcela no desenvolvimento de comportamentos e na constituição dos cidadãos. Os fatores políticos, industriais, comerciais e culturais estão engordando o mundo (Jaacks, Slining & Popkin, 2015). De acordo com esse raciocínio é compreensível que uma cirurgia que restringe a ingestão alimentar e diminua a absorção de nutrientes possa corrigir, em parte, o efeito obesidade.

O objetivo dessa pesquisa foi analisar os fatores sociais e grupais que interferem sobre o reganho de peso de pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica.

## **Método**

### **Participantes:**

Foram entrevistadas dez pessoas, sendo cinco homens e cinco mulheres, com idade entre 32 e 69 (média de 49,6 anos). Eles foram selecionados intencionalmente em uma clínica particular em Curitiba, todos submetidos à cirurgia bariátrica, com quatro anos ou mais decorridos do procedimento cirúrgico da mesma técnica cirúrgica: o *bypass* gástrico com derivação em Y-de-Roux, mais conhecida no Brasil como cirurgia de Capella ou Fobi-Capella. Outro critério de inclusão dos participantes na pesquisa foi a reaversição de no mínimo 15% do peso perdido em quilogramas.

No que tange ao IMC dos participantes, o maior foi de 57,24 e o menor foi de 35,86, sendo que três participantes com IMC abaixo de quarenta apresentavam doenças associadas à obesidade. Quanto à reaversição de peso, os entrevistados apresentaram uma taxa mínima de 17,33% de acréscimo de peso sobre o montante perdido e máximo de 37,5%. Com relação à profissão, observou-se que três entrevistados eram servidores públicos, dois eram profissionais de saúde, dois eram empresários, um da área do Direito, outro da área administrativa e outro do setor hoteleiro.

**Instrumento:**

A entrevista foi elaborada com o intuito de abordar fatores grupais, dentro do contexto social, que interferem na ingestão e nas escolhas alimentares de pessoas submetidas à cirurgia bariátrica. As perguntas delinearão categorias para posterior análise de conteúdo: dados sociodemográficos; Índice de Massa Corporal (IMC) antes da cirurgia e o menor IMC atingido após a cirurgia, porcentagem de reaversição de peso no momento da entrevista; hábitos alimentares anteriores e posteriores à cirurgia bariátrica; mudanças no estilo de vida e na interação social; mudanças comportamentais e a influência da restrição alimentar sobre o humor; influências grupais e sociais no comportamento alimentar; influência midiática, do marketing e da interferência da indústria alimentícia sobre consumos; preconceitos vivenciados e reaversição de peso.

**Procedimentos:**

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba e aprovado sob o número 5672/11. Foram selecionados indivíduos que apresentavam em seu histórico clínico o critério de reaversição de peso, num montante de 15% do peso perdido, e que tivessem se submetido à cirurgia do tipo *bypass* gástrico, além de tempo de operação igual ou maior a quatro anos. A seleção foi elaborada através de dados coletados por contato telefônico com pacientes de uma clínica particular de Curitiba, cujo objetivo foi avaliar a assiduidade dos pacientes às consultas com a equipe multidisciplinar e a reaversição de peso. A referida tabela de controle continha o registro da data da operação, tipo de cirurgia, assiduidade às consultas, presença de intercorrências, mudanças de endereço ou óbito. Entre 433 pacientes listados foram sorteados dez para serem entrevistados. Os convites foram realizados por via telefônica. Houve três negativas devido ao horário de trabalho dos convidados. As entrevistas foram realizadas individualmente, no mesmo local em que os participantes do estudo fizeram a rotina pré-operatória para a cirurgia bariátrica. As entrevistas tiveram uma duração aproximada de uma hora e quarenta e cinco minutos. A clínica conta com profissionais de especialidades associadas à cirurgia bariátrica que avaliam e acompanham os candidatos e pacientes que se submetem ao referido procedimento. Todos os participantes foram devidamente comunicados que

estavam fazendo parte de uma pesquisa, da gravação da entrevista em áudio, bem como informados do total sigilo sobre o conteúdo das. Foram também alertados sobre o direito de interromperem sua participação no estudo a qualquer momento, não implicando esse fato em dano para eles próprios. Os 10 participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

**Análise de Dados:**

A análise de conteúdo constitui um método de investigação utilizado por pesquisadores cujo objetivo, segundo Rocha e Deusdará (2005), é alcançar um sentido profundo ou estável, conferido pelo pesquisador no próprio ato de produção do texto. O objetivo da análise de conteúdo é chegar a um "significado mais profundo" dos textos. Segundo Franco (2008), a criação de categorias é característica pontual da Análise de Conteúdo, pois por definição elas são critérios que norteiam a investigação científica e têm como base o conhecimento prévio do pesquisador acerca do problema de pesquisa. A crítica estabelecida às categorias de análise à priori, segundo a autora se deve à busca que o pesquisador realiza de indícios para classificar as respostas obtidas em suas entrevistas. Os dados obtidos nas entrevistas foram submetidos à análise do conteúdo e foram delineadas as seguintes categorias: influências grupais e sociais no comportamento alimentar; preconceitos vivenciados e reaversição de peso; e novos comportamentos e relações interpessoais.

**Resultados**

A presente pesquisa constatou que a reaversição do peso após a cirurgia bariátrica ocorre em função diferente, fatores pessoais, grupais e de âmbito macrossocial que interferem nesses resultados. Quanto à motivação para a realização da cirurgia, todos os entrevistados citaram questões referentes à saúde como motivo inicial. Duas pessoas admitiram a necessidade de melhorar a autoestima e três falaram do cansaço da condição de gordo. O preconceito vivenciado por causa da obesidade não foi relatado por apenas uma participante. Uma delas se referiu aos apelidos antes da cirurgia, como "Maria Gorda" e "bujão de gás". O estigma social foi demarcado com ressentimento, percebido no conteúdo dos relatos:

*"Existe agressividade gratuita com o gordo; o gordo é discriminado, relaxado porque come."*

*“Muitas pessoas têm pena do gordo, subjugam a inteligência dele... o gordo é o errado. É uma pessoa que não tem o controle”.*

O medo de recuperar o peso se apresentou como dado quase unânime. A atribuição de significado do processo após a cirurgia teve variações. Houve medo do insucesso no tratamento, em função da experiência de fracasso de dietas alimentares e a reaquisição posterior de peso. Apenas um dos participantes da pesquisa disse sentir apreensão e não medo, pois recorreria à outra cirurgia caso viesse a readquirir muito peso. Relatos dos participantes deixaram evidente a vivência traumática da obesidade:

*“Esse sobrepeso que eu adquiri agora tá me incomodando... É muito ruim... eu não to me aceitando. É por que é um fantasma... Pra mim é um horror, voltar a ter aquele peso ou algo perto.”*

*“Tenho! Morro de medo... eu entrei na menopausa e parei de fumar... ate pensei em fumar de novo... o meu medo de engorda é tão grande,... eu não posso voltar ser aquela gorda que eu era... de jeito nenhum.”*

*“Morro, morro, morro! Porque enquanto eu estou assim eu não too magra, mas não too gorda... Eu quero viver pra mim. Pela joia de viver”.*

*“... foi muito sofrimento, né... muito... muito... muito medo que eu morresse, então ela disse (mãe) você tem que se cuida, porque a pressão sobe... você sabe como é... tal... eu nunca saio da dieta... é aquela e pronto...”.*

As mudanças comportamentais após a cirurgia foram observadas pelos pacientes de modos distintos. Primeiramente a avaliação de si próprios como merecedores de maior atenção e cuidados pessoais, além de qualificar como “maior autoestima” as mudanças conceituais operadas sobre si mesmos. Ressaltaram que tiveram oscilações do humor, do desânimo à irritabilidade. Também houve mudanças na intensidade da motivação. Destacaram a diferença da ocupação do espaço no mundo, em termos objetivos e subjetivos. Houve a reafirmação do preconceito com os obesos, agora pela perspectiva do operado bariátrico novamente ameaçado de engordar, sua aceitação social e pessoal, e finalmente a necessidade de uma vida mais disciplinada.

Todos referiram mudanças de hábitos alimentares após o procedimento cirúrgico, mas não

necessariamente para hábitos saudáveis. A carne foi um alimento citado como de maior dificuldade de ingestão e melhor consumida se crua, moída ou com molhos. Alimentos secos ou de consistência mais sólida foram citados como de má digestão e com tendência a serem vomitados. Houve a descrição de um participante com restrição de consumo de carne vermelha por dois anos e meio. Outro entrevistado referiu não ingeri-la por impaciência na mastigação.

O padrão alimentar anterior à cirurgia foi descrito como compulsivo e desatento, no qual o indivíduo vivia experiência dissociativa, comia como ato automático sem ter percepção do que estava fazendo e muitas vezes sem sentir o prazer da alimentação. Em mais de metade da amostra, em algum momento do pós-operatório, o chocolate apareceu como elemento de prazer imediato. É um alimento que não necessita de mastigação, altamente energético e com reforço e efeito imediatos. Quanto à comparação entre ao padrão alimentar anterior e posterior à cirurgia, foi possível observar a presença de transtornos alimentares no período pré-cirúrgico que se alteraram devido ao espaço gástrico. A constatação da alteração da preferência alimentar ajudou na detecção de um possível fator comportamental ou de oferta ambiental que agiram na reaquisição de peso ao longo do tempo. Relatos comparativos entre os padrões alimentares antes e depois mostraram a falta de percepção alimentar existente no obeso, dada à impulsividade e dissociação no ato alimentar:

*“Antes: Você quer saber a verdade? Eu comia e nem sabia o que eu comia. Eu era um obsessivo comedor.”*

*“Depois: Pra mim a melhor refeição é o pão: café com leite; pãozinho com manteiga e queijo branco, não precisa mais nada.”*

*“Antes minha comida predileta era tudo que era comida. Eu só punha pra dentro. Nem sentia o gosto. Doce pra tira o gosto do salgado... o salgado pra tira... Antes eu comia uma pizza inteira com um litro de Coca-Cola. Hoje não sou eu que escolho, é ele. Meu estômago...!”*

A maioria vivenciou o processo de emagrecimento indo além da expectativa e embora tivesse consciência da magreza excessiva, sentiu prazer em estar revertendo o quadro da obesidade para o estado diametralmente oposto:

*“Eu ficava ansiosa pra me pesar, né, porque assim mesmo, é contraditório... mesmo quando você olha*

*e diz: nossa!... parece que não sou eu... to muito magra... você quer perder mais."*

Do mesmo modo que houve a sinalização social em relação à perda de peso, os entrevistados relataram comentários acerca da reaquisição do peso após a cirurgia bariátrica. A reação social frente à aparência física dos operados entrevistados foi para eles regulador da própria condição corporal. Mais do que a balança, os comentários do grupo de convívio exerceram importante efeito na busca de recursos para controlar novamente o peso.

Dos dez indivíduos, dois acabaram suas experiências bariátricas em divórcio. Em um deles o cônjuge permaneceu obeso e o grupo social cobrou insistentemente para que se operasse também. O outro divórcio se deu por ciúme excessivo e desconfiança devido aos olhares e elogios que a pessoa operada passou a receber. A maior dedicação a si mesmo que ocorre no operado bariátrico permite supor que, em algumas situações, a falta de estrutura do companheiro em conviver com uma pessoa com uma autoestima mais elevada e funcionamento emocional mais independente exerce influência sobre a relação afetiva. Duas famílias ficaram temerosas quanto ao possível desenvolvimento de anorexia nervosa após o emagrecimento de pessoas obesas desde a infância. A cirurgia plástica teve efeito importante sobre a construção da nova imagem corporal. No período intermediário entre a obesidade e o estado corporal saudável há a passagem pelo corpo flácido. Para seis em dez dos participantes, a cirurgia plástica foi considerada importante no processo bariátrico. Dos dez entrevistados, sete relataram que as pessoas da sua rede de convívio influenciavam na sua alimentação, de forma a incentivar o consumo de alimentos, dois deles afirmaram que o hábito alimentar na família e com os amigos permaneceu o mesmo e um deles afirmou que as vezes comia para agradar seus familiares. Fica nítida a influência do grupo, que incentiva os hábitos alimentares antigos e o consumo de comidas mais calóricas.

*"Come mais um pouquinho! Você comeu tão pouco. Então não gostou da minha comida."*

*"Ahan! Sempre tem os sacanas. Aquele que vem fazer a propaganda da torta que fez e que está uma delícia e que você não pode deixar de comer."*

*"Ah! Traz ...traz. Ele sabe de tudo que eu gosto. Ontem mesmo ele ligou e falou: oh, o teu queijo ta acabando. Eu vi lá na geladeira. Quer que eu leve?"*

Todos os dez participantes relataram continuar a vida social como antes, a não ser por questões financeiras ou de outras doenças. A maior dificuldade no convívio social foi fazer o grupo compreender que comer pouco não se referia à rejeição em relação ao grupo ou ao local escolhido para confraternização. Houve necessidade de expor a situação da cirurgia em grande parte das situações, para desfazer o mal-entendido acerca da refeição reduzida. Quanto à dificuldade de presenciar outras pessoas se alimentando na fase de maior restrição alimentar, sete dos dez entrevistados relataram não terem sentido interferência, devido à ausência da fome. Um dos entrevistados relatou servir os pratos da mesa aos colegas e fazer propaganda de cada prato ligeiramente degustado em pequenas porções. Seis dos dez entrevistados referiram ampliação dos contatos e grupos de convívio após a cirurgia bariátrica. Um deles adquiriu peso pela mudança de grupo, mudança de ambiente e de hábitos. Passou a ingerir bebida alcoólica após o ingresso na faculdade e conviver com pessoas mais jovens. Outro entrevistado passou pelo período de compras excessivas. Quanto à influência da mídia, apenas três disseram que programas de TV influenciavam em seu apetite. Diante da opção entre propaganda de roupa ou propaganda de comida, o foco dos entrevistados deslocou-se da comida para outros pontos. Exceção aos que trabalham com setor alimentício. Como categoria *a posteriori* foi interessante observar a contradição entre fazer uma cirurgia para perder peso e entrar em conflito com a imagem demasiadamente emagrecida. Quase todos os entrevistados, pelo menos oito dos dez, recuperaram peso para chegar a uma imagem condizente com sua identidade, mas passaram do montante necessário, voltando a ter conflito com a questão do excesso de peso.

Quanto à crítica ao padrão estético vigente na sociedade, cinco dos dez entrevistados o considera exagerado e artificial. Dois consideraram que o padrão estético está bom e que a valorização do belo deve permanecer. Um dos participantes da pesquisa ressaltou a questão da necessidade de valorizar a saúde para além da beleza. Um dos entrevistados culpou a mídia pelo padrão rígido de beleza e houve outro que destacou a necessidade de uma beleza sustentável.

Dos fatores sociais que influenciaram na reaquisição de peso foi possível destacar a oferta constante do alimento como forma de agradar e ser aceito, bem como sinal de boa recepção. Mas os fatores

já citados anteriormente como críticas sociais sobre a imagem corporal, comentários que geram ciúmes e discórdia na relação conjugal, convívio com grupos com hábitos alcoólicos ou padrões alimentares mais frouxos interferem no acréscimo progressivo dos quilogramas.

## Discussão

A experiência em cirurgia bariátrica já demonstrou que ao longo do tempo (entre 18 a 24 meses) o paciente bariátrico volta a ganhar peso (Cambi, Marchesini & Baretta, 2015). A abordagem nutricional buscou avaliar apenas a conduta individual como principal causa da reaquisição de peso, desconsiderando fatores grupais e sociais. Os resultados aqui alcançados revelaram que existem questões sociais que antecedem o comportamento do indivíduo e colaboram para que transtornos alimentares se agravem. Parte do problema que se impõe ao obeso é o preconceito social e o ambiente promotor da obesidade. O próprio ambiente que o estimula a ter uma alimentação inadequada é aquele que o condena e exclui. Durante nove meses alguns autores (Felippe, Friedman, Alves, Cibeira, Surita & Tesche, 2004) realizaram um estudo com indivíduos obesos, em Porto Alegre, cujo foco foi a discriminação social nos meios de comunicação. Os autores do estudo delinearão as categorias humilhação, desvalia discriminação, padrão estético, autoestima e informação/orientação. Os autores reforçaram o papel da mídia na criação e no reforço de julgamentos. Felippe *et al.* (2004) esclarecem que a mídia se direciona à comunicação do que é mais vendável e rentável, sendo, portanto, uma divulgação ideológica. Ao vender informação, ela não considera a repercussão que sua comunicação atingirá na saúde, assim foram as construções do modelo de beleza e da concepção de obesidade como falta de controle e desleixo. Nesse estudo, os autores trazem excertos de notícias de jornais e revistas em que o obeso é discriminado, qualificado com menor valor, excluído como padrão de desejo afetivo-sexual, humilhado e foco de literatura de reorientação e educação. O consumo alimentar mudou ao longo dos anos com a maior disponibilidade de calorias *per capita* e aumento da participação de alimentos de origem animal. Houve melhora na disponibilidade de alimentos e queda na qualidade. Na pressa cotidiana, foi aumentada a praticidade da preparação e a comida passou a ser

enlatada, congelada e rápida. (Moubarac, Parra, Cannon & Monteiro, 2014) Outro fator contribuinte para a reaquisição de peso foi o contexto cultural e industrial do mercado alimentício. Padrões alimentares nos conectam com o ambiente uma vez que comer é, na maioria das vezes, um ato comum. Compartilhar comida é um ato de vínculo e de socialização. A mesa é um lugar de aprendizagem de contenção e de regras sociais. Ter comida à disposição de modo rápido, instantâneo, com durabilidade estabelecida, passível de estocagem difere em muito das condições dos primitivos ancestrais. Hoje o homem não dispense energia para buscar seu alimento. Deste modo, a maior parte dos programas para perder peso baseia-se na modificação individual do comportamento. Os programas ensinam como fazer mudanças seguras, sensatas e graduais nos hábitos alimentares e cada vez mais, os médicos prescrevem medicamentos para perder peso. Quando o medicamento é interrompido, recupera-se rapidamente o peso. A cirurgia bariátrica foi uma revolução na terapêutica e passou a ser o tratamento mais aceito. Seus resultados têm se demonstrado efetivos, pelo menos em curto prazo. As influências do grupo no comportamento alimentar dos operados foram analisadas no presente estudo e observou-se que o foco no indivíduo obeso é unilateral. Há descaso com os fatores do entorno que tornam o indivíduo vulnerável ao maior consumo de alimentos e bebidas que provocam ganho de peso. Dado ao estigma social da obesidade, após o emagrecimento o ato alimentar se torna menos carregado do significado de controle e força de vontade e há diminuição da sensação de estar sendo vigiado ao comer. Comer em público se descarrega do sentido gerador de ansiedade, mas favorece a maior liberação do impulso em consumir alimento em grupo. O medo de ganhar peso foi quase unânime. Este medo denota mais profundamente o temor ao estigma social. É o medo da exclusão. Os próprios pacientes referem perceber estar comendo demais, porém o modo do comer se altera. Colles, Dixon e O'Brien (2008) referem que 26,3% afirmavam ser "beliscadores" antes do processo operatório, aumentando para 38,0% depois da cirurgia.

A imagem corporal é o resultado de múltiplos fatores (Souza, 2017). A satisfação com o peso é um dos elementos envolvidos na constituição desta imagem. A acurácia da percepção do tamanho do corpo, a satisfação com o próprio corpo, a atribuição de valor à própria aparência, orientação da aparência,

a estima corporal, a noção do corpo ideal, padrão físico próprio, o esquema corporal, percepção sensorial do corpo, a distorção corporal, a dimensão afetiva e atitudinal e as possíveis distorções da imagem corporal. Thompson, Berg, Roehrig, Guarda e Heinberg (2004) desenvolveram e validaram a Escala-3 de atitudes socioculturais de aparência (SATAQ-3) e obtiveram resultados que confirmaram que influências midiáticas interferem na formação idealizada da aparência. O processo de formação da imagem corporal sofre diversas interferências ao longo de sua estruturação: o gênero, a idade, os já citados meios de comunicação, as relações parentais e a cultura do ambiente (com suas crenças e valores). Vestir uma nova silhueta trouxe a princípio, confusão para as pessoas que participaram desta pesquisa. Os fatores de rejuvenescimento, aumento da mobilidade corporal, maior disponibilidade de vestimentas por menor custo, melhora da qualidade da vida e sensação de realização pessoal após a cirurgia interferiram na autoestima e na avaliação de si mesmos. Os convívios sociais e grupais são de extrema importância para o operado bariátrico no que concerne à estruturação da nova imagem e forma corporal. Interfere na configuração de sua identidade, na aquisição de seu espaço na sociedade e em sua nova apresentação ao grupo. O paciente bariátrico necessita do espelho social para modelar-se. Já não pode mais resgatar o corpo magro do passado, ou construir um corpo imaginário que nunca teve sem passar pelo social. Necessita do retorno estruturante do grupo, que o contém e ampara. Os achados do presente estudo foram de encontro com a literatura citada. A clientela bariátrica precisa passar por constante reeducação, conscientização e informação para proteger-se da sedução da oferta alimentar fácil e do que, segundo Saunders (2004), é o comportamento altamente perigoso e arriscado de beliscar, que socialmente é mais adaptado.

A bebida alcoólica tem implicações sobre o quadro nutricional já prejudicado do paciente bariátrico, pois possui alto valor calórico e provoca reaqusição de peso. Os meios de comunicação e redes sociais, bem como campanhas antiobesidade, deveriam investir na construção de uma cultura de boa nutrição, controlando o consumo alcoólico e alimentar. A bebida alcoólica é fonte de prazer e divide o compartilhamento social do ser humano à mesa com o alimento. É de fácil ingestão, altera estado de consciência, relaxa e facilmente promove distração.

Fisiologicamente envolve circuitos de neurotransmissores cerebrais similares ao do consumo de drogas (Parr & Rasmussen, 2012). É comum que em grupos sociais sejam comentados assuntos referentes a emagrecimento e novos recursos de perda de peso. Morris e Nichols (2013) mostraram o quanto o mundo está obsessivo pela beleza do corporal e pela magreza, tanto quanto está voraz. A banalização do conceito de obesidade e do ser gordo tem afetado os conceitos éticos, estéticos e o limiar de autoestima nos adolescentes da era atual (Rayner, 2007). A obesidade é contagiosa, pois ela se espalha em redes sociais de convívio (Cohen-Cole & Fletcher, 2008). No estudo atual tivemos o veículo do convívio social como um dos fatores que colaboraram para a reaqusição de peso. Grupos de convívio foram capazes de induzir ao consumo de líquidos como bebida alcoólica; a relação grupal aumentou o volume alimentar do operado bariátrico através da insistência para comer por via do apelo emocional; fizeram parte da construção da nova imagem corporal do sujeito emagrecido cirurgicamente, ao sinalizar a necessidade de perder ou ganhar peso conforme seu referencial de beleza. Os elogios sociais têm importante papel na construção da autoestima estigmatizada do gordo. Estímulos mais amplos como o marketing e sua influência subliminar fazem também parte do aspecto mais amplo das causas da reaqusição de peso.

## **Considerações finais**

A partir do presente estudo foi possível perceber que a obesidade e o processo de reaqusição de peso sofrem influências claras dos grupos de convívio e do contexto social. No que concerne ao operado bariátrico, após quatro anos de pós-operatório, a vulnerabilidade ao ambiente gerador de obesidade fica aumentada. Foi possível verificar que a psicoeducação tem seus limites, uma vez que atribui ao sujeito a responsabilidade total sobre a manutenção dos resultados cirúrgicos. É necessária uma intervenção macrossocial, através da criação de impostos sobre alimentos ricos em açúcar e gorduras não saudáveis (hidrogenada e saturada). Ao mesmo tempo é necessário que se disponibilize o acesso a alimentos saudáveis e haja redução em seus impostos para a facilitação do consumo. As intervenções para prevenção da obesidade e reaqusição de peso, historicamente, foram focadas na responsabilidade individual e nas mudanças comportamentais do



sujeito. Esse estudo demonstrou que outros aspectos colaboram com a obesidade, indicando a necessidade de intervenções grupais, macrosociais e de mudanças nas políticas públicas que englobam alterações na política midiática e na indústria alimentícia. Temos um longo trabalho no sentido de abrange a obesidade como problema social na mesma magnitude e intensidade como vem se pronunciando.

## Referências

- Cambi, M.P.C; Marchesini, S.D.; Baretta, G.A.P. (2015) Reganho de peso após cirurgia bariátrica: avaliação do perfil nutricional dos pacientes candidatos ao procedimento de plasma endoscópico de argônio. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, v.28, n.1, p.40-43.
- Christakis, N. A.; Fowler, J. H. (2007) The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med*, v.357, n.4, p.370-379.
- Cohen-Cole, E.; Fletcher, J. M. (2008) Is obesity contagious? Social networks vs. environmental factors in the obesity epidemic. *J Health Econ*, v.27, n.5, p.1382-1387.
- Colles, S. L.; Dixon, J. B.; O'Brien, P. E. (2008) Grazing and loss of control related to eating: Two high-risk factors following bariatric surgery. *Obesity*, v.16, n.3, p.615-622.
- Felippe, F. M. L.; Friedman, R.; Alves, B. S.; Cibeira, G. H.; Surita, L. E.; Tesche, C. (2004) Obesidade e mídia. O lado sutil da informação. *Rev. Acad. do Grupo Comunic de São Bernardo*, v.1, n.2.
- Franco, M. L. P. B. (2008) *Análise de conteúdo*. Brasília: Ed. Livro Pleno.
- Jaacks, L.M.; Slining, M.M.; Popkin, B.M. (2015) Recent underweight and overweight trends by rural-urban residence among women in low- and middle-income countries. *J Nutr.*, v.145, n.2, p.352-7.
- Koecicka, K.; Czepczor, K.; Brytek-Matera, A. (2016) Body size attitudes and body image perception among preschool children and their parents: a preliminary study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, v.4, p.28-34.
- Kremers, S. P. J.; De Bruijn, G. J.; Visscher, T. L.; Van Mechelen, W.; De Vries, N. K.; Brug, J. (2006) Environmental influences on energy balance-related behaviors: A dual-process view. *Int J Behav Nutr Phys Act*, v.3, n.9, p.1-10.
- Marchesini, C. (2017) *Número de cirurgias bariátricas aumenta no Brasil em 2016*. Publicado em 26/01/2017. Disponível em: <<http://www.gastronet.com.br/noticias/ver/numero-de-cirurgias-bariatricas-aumenta-no-brasil-em-2016>>. Acesso em: 03/04/2017.
- Morris, P.; Nichols, K. (2013) Conceptualizing beauty: A content analysis of U.S. and french women's fashion magazine advertisements. *Online Journal of Communication and Media Technologies*, v.3, n.1, p.49-74.
- Moubarac, J.C.; Parra, D.C.; Cannon, G.; Monteiro, C.A. (2014) Food Classification Systems Based on Food Processing: Significance and Implications for Policies and Actions: A Systematic Literature Review and Assessment. *Curr Obes Rep*, v.3, n.2, p.256-272.
- Paixão, J. A.; Lopes, M.F. (2014) Alterações corporais como fenômeno estético e identitário entre universitárias. *Saúde em Debate*, v.38, n.101, p.267-276.
- Parr, J.; Rasmussen, N. (2012) Making addicts of the fat: Obesity, psychiatry and the "fatties anonymous" model of self-help weight loss in the post-war United States. In: Netherland, J (ed.) *Advances in Medical Sociology: Critical Perspectives on Addiction*, v. 14. Bingley: Emerald Group, p.181-200.
- Rayner, M. (2007) Social marketing: How might this contribute to tackling obesity? *Obes Rev*, v.8, n.1, p.195-199.
- Rocha, D.; Deusdará, B. (2005) Análise de conteúdo e análise do discurso: Aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. *Alea*, v.7, n.2, p.305-322.
- Santos, A. M.; Scherer, P. T. (2014) Media and childhood obesity: a discussion about the weight of the advertisements/ Mídia e obesidade infantil: uma discussão sobre o peso das propagandas. *Revista Famecos - Mídia, Cultura e Tecnologia*, v.21, n.1, p.208.
- Santos, M.G.; Rechia, S.; Zarpellon, R.S.M. (2017) Food and Nutrition Interfere in Modern Lifestyles. *International Journal of Science and Research Methodology*, 6(2), abril.
- Saunders, R. (2004) "Grazing": A high-risk behavior. *Obes Surg*, v.14, n.1, p.98-102, 2004.
- Soares, A.L.G.; De Franca, G.V.A.; Gonçalves, H. (2014) Household food availability in Pelotas, Brazil: An approach to assess the obesogenic environment. *Brazilian Journal of Nutrition*, v.27, n. 2, p.193-203.
- Souza, A. C. (2017) *Relações entre atividade física, corpo e imagem corporal entre universitários da Argentina, Brasil, Estados Unidos da América e França*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Swinburn, B.; Gill, T.; Kumanyika, S. (2005) Obesity prevention: a proposed framework for translating evidence into action. *Obes Rev.*, v.6, n. 1, p. 23-33.
- Thompson, J. K.; Van Den Berg, P.; Roehrig, M.; Guarda, A. S.; Heinberg, L.J. (2004). The sociocultural attitudes towards appearance scale-3 (SATAQ-3): Development and validation. *Int J Eat Disord*, v.35, n. 3, p.293-304.
- World Health Organization (WHO) (2017). Factsheet: Obesity and overweight. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 09/08/2018.
- Wouters, E. J.; Larsen, J.K.; Kremers, S.P.; Dagnelie, P.C.; Geenen, R. (2010) Peer influence on snacking behavior in adolescence. *Appetite*, v.55, n. 1, p.11-17.