



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Lígia Ferreira Gonçalves

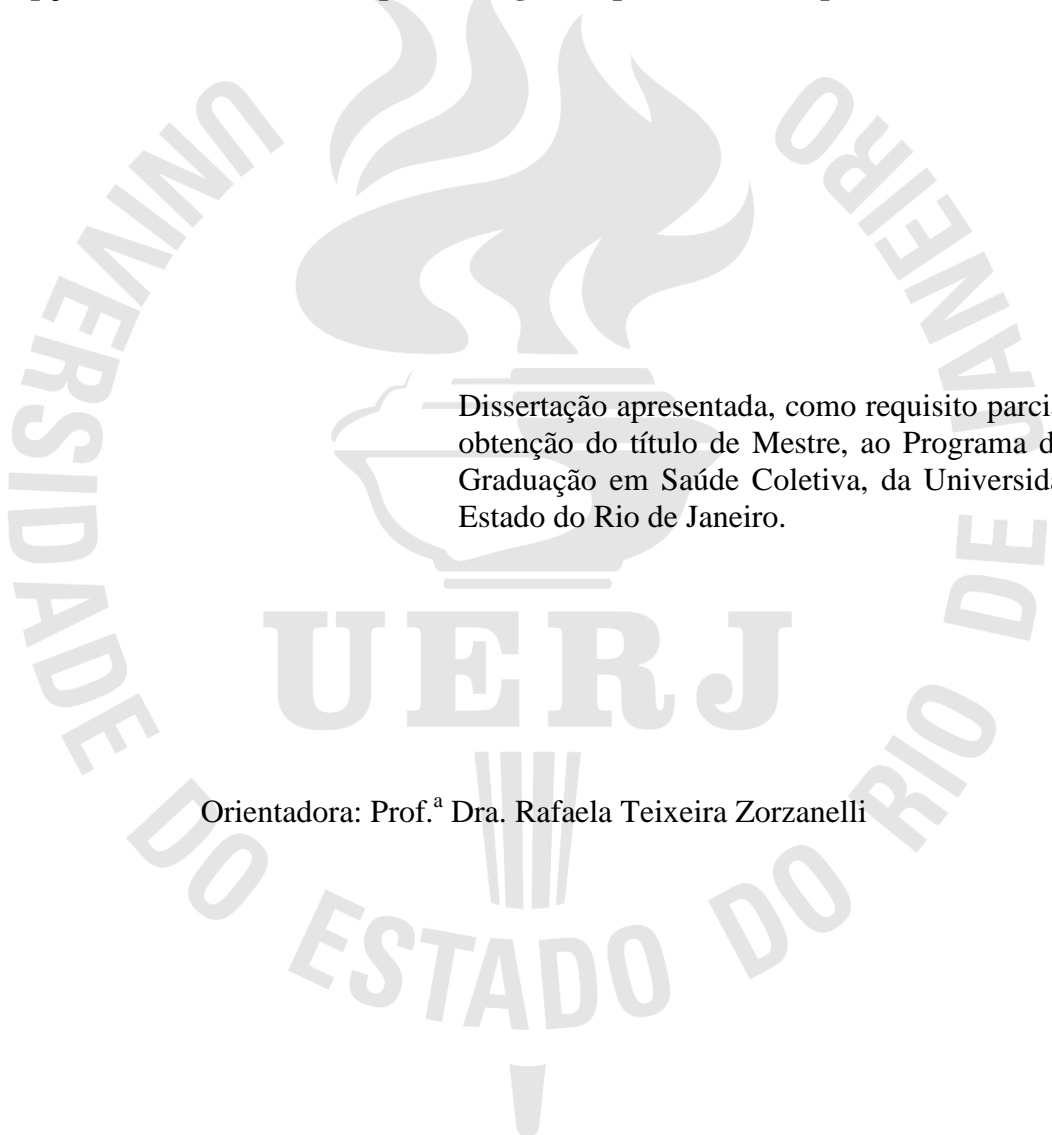
**Concepções de obesidade sobre pacientes gastroplastizados em periódicos
biomédicos**

Rio de Janeiro

2015

Lígia Ferreira Gonçalves

Concepções de obesidade sobre pacientes gastroplastizados em periódicos biomédicos



—Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rafaela Teixeira Zorzanelli

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

G635 Gonçalves, Lígia Ferreira.
Concepções de obsidade sobre pacientes gastroplastizados em
periódicos biomédicos / Lígia Ferreira Gonçalves. – 2015.
95 f.

Orientadora: Rafaela Teixeira Zorzanelli.

Dissertação (mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Gastroplastia – Teses. 2. Cirurgia bariátrica – Teses. 3.
Medicalização - Teses. 4. Obesidade – Teses. I. Zorzanelli, Rafaela
Teixeira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de
Medicina Social. III. Título.

CDU 616-056.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Lígia Ferreira Gonçalves

Concepções de obesidade sobre pacientes gastroplastizados em periódicos biomédicos

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 27 de abril de 2015.

Orientadora: Prof. Dr. Rafaela Teixeira Zorzaneli
Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Maria Luiza Heilborn
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Eduardo Faerstein
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Claudia Maria Passos Ferreira
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2015

AGRADECIMENTOS

Deus, obrigada por ter estado ao meu lado durante o deserto.

Gabriel, sem você tudo seria tão mais difícil, ou quase impossível.

Rafaela Zorzanelli, obrigada por toda a orientação e paciência. Não fosse você, não sei se teria conseguido chegar ao final do mestrado.

Aos professores Maria Luiza Heilborn, Eduardo Faerstein e Claudia Ferreira, pela participação na banca.

A minha avó Lúcia, e aos meus pais que, apesar de toda a maluquice, costumam apoiar meus estudos.

Aos meus amigos de sempre: Camyla, Aila, Diego e Thamires.

Aos meus tios: Shirlei, Paulo e Fábio.

Aos amigos que fiz no IMS: Bianca Sophia, Andréa Luz, Iaponira e Mariana.

Aos colegas de turma, vocês foram ótimos companheiros.

RESUMO

GONÇALVES, Lígia Ferreira. **Concepções de obesidade sobre pacientes gastroplastizados em periódicos biomédicos**. 2015. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Este trabalho se propõe a analisar a abordagem biomédica sobre a recidiva de engorda, após a gastroplastia para tratamento da obesidade. Foram realizadas, na plataforma PubMed, buscas dos seguintes termos: “weight regain AND bariatric surgery OR gastroplasty NOT diabetes”. Juntamente com a seleção dos seguintes filtros: artigos sobre humanos, disponibilidade do texto completo, disponibilidade do resumo. Somente publicações entre 2010 e 2014 foram selecionadas. Estas foram analisadas com um questionário auxiliar de 46 perguntas sobre os seguintes temas: a alimentação dos pacientes, a abordagem da re-educação alimentar, o acompanhamento do pós-operado pelos profissionais de saúde, e as hipóteses para o “sucesso” da cirurgia. Como resultados, percebemos que não conseguir emagrecer o suficiente ou não manter o emagrecimento são consideradas algumas das complicações da gastroplastia, atingindo um grande número de pacientes. Estas complicações evidenciam que o método considerado mais eficaz no tratamento da obesidade mórbida também é falho e, em cerca de 8 anos, uma nova intervenção é necessária. O paciente pode voltar a se enquadrar na categoria de obeso, havendo casos de peso pós-cirúrgico maior que o pré-cirúrgico.

Palavras-chave: Gastroplastia. Cirurgia bariátrica. Medicalização. Obesidade.

ABSTRACT

GONÇALVES, Lígia Ferreira. **Obesity concepts about gastroplasty patients in biomedic journals**. 2015. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

This essay aims to analyse the biomedic approach concerning weight regain after obesity surgery. Several searches were made in the PubMed database, including the following terms: “weight regain AND bariatric surgery OR gastroplasty NOT diabetes”. Also some filters were selected: human species, full text availability and abstract availability. Only publications between 2010 and 2014 were selected. These were analysed using an questionnaire within 46 questions including themes as: patient nutrition, nutritional reeducation, medical follow-up after surgery, and surgery “success” hypothesis. Considering the articles, we are able to perceive that insufficient weight loss and overweight relapse are some of gastroplasty’s complications, and they reach many patients. Among the objects are cases in which the patients are heavier after the surgery than they were before. Those complications show that the now considered most effective obesity treatment is also capable of failure, the post-surgery patient can regain weight and even become obese again. Around eight years after the first gastroplasty, a new counter obesity intervention will be necessary.

Keywords: Gastroplasty. Bariatric surgery. Medicalization. Obesity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 –	Classificações por IMC	22
Tabela 2 –	Comparativo de técnicas cirúrgicas realizadas no Brasil	27
Ilustração 1 –	Metodologia	33
Ilustração 2 –	Filtração	34
Tabela 3 –	Frequência dos periódicos	37
Ilustração 3 –	Realização de cirurgia bariátrica por país	39
Ilustração 4 –	Número de publicações por ano	40
Tabela 4 –	Periódicos por área	43
Tabela 5 –	Frequência dos métodos	44
Tabela 6 –	Tempo de acompanhamento por artigo	47
Tabela 7 –	Pacientes que não seguem acompanhamento.....	48
Tabela 8 –	Frequência de técnicas cirúrgicas	52
Tabela 9 –	Artigos que definem o procedimento	53
Tabela 10 –	Descrição da alimentação dos pacientes	57
Tabela 11 –	Manutenção pós cirúrgica	65
Tabela 12 –	Acompanhamento por profissionais diversos	71
Tabela 13 –	Acompanhamento anterior à cirurgia	71
Tabela 14 –	Artigos que explicitam o sexo dos pacientes	72
Tabela 15 –	Quantitativo de pacientes por sexo	72
Tabela 16 –	Peso e IMC a longo prazo	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BMI	Body Mass Index
CFM	Conselho Federal de Medicina
IMC	Índice de Massa Corpórea
LAGB	Banda gástrica ajustável, colocada por laparoscopia
OMS	Organização Mundial da Saúde
RYGB	Bypass gástrico em Y de Roux
SBCBM	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
TOGa	Gastroplastia transoral
VBG	Banda gástrica vertical

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	8
1	BASES TEÓRICAS	13
1.1	A responsabilização sobre o “eu” e a medicina enquanto cultura	13
1.2	Obesidade enquanto estigma e diagnóstico	16
1.3	A gastroplastia enquanto solução	23
1.3.1	A cirurgia	25
1.4	Fat studies	26
2	METODOLOGIA	31
2.1	Pesquisas no PubMed	31
2.2	Análise dos resultados	35
2.2.1	<u>O questionário</u>	35
2.3	O Objeto	36
3	OS ARTIGOS	41
3.1	A quais áreas interessa a cirurgia bariátrica?	41
3.2	Métodos	42
3.3	Tempo entre a cirurgia e a coleta de dados	45
3.4	Técnicas cirúrgicas	51
3.5	Gastroplastias	52
3.6	Alimentação	56
3.6.1	<u>Re-educação alimentar</u>	56
3.6.2	<u>A alimentação</u>	57
3.7	Re-intervenções	61
3.8	Hipóteses para a dificuldade de manutenção do peso ou recidiva	65
3.8.1	<u>Hipóteses para recidiva</u>	65
3.8.2	<u>Hipóteses para dificuldade na manutenção do peso</u>	66
3.9	Hipóteses para o sucesso	67
3.10	Causas sociais da obesidade	68
3.11	As cirurgias plásticas	69
3.12	O envolvimento dos autores no tratamento cirúrgico da obesidade	70
3.13	O acompanhamento por profissionais da saúde	70

3.14	Sexo e emagrecimento	71
3.15	Conceitos de obesidade	73
3.16	Percentual de peso perdido	74
	CONCLUSÃO	77
	BLIBLIOGRAFIA	82
	APÊNDICE 1	85
	APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO	93

INTRODUÇÃO

Esta dissertação pretende analisar o discurso em publicações biomédicas sobre a volta a engordar após o tratamento considerado mais eficaz para a obesidade mórbida: a cirurgia bariátrica. Pretende-se chegar a uma aproximação de quais concepções de obesidade estão por trás deles. Para tanto, uma pesquisa na plataforma PubMed com termos pré-estabelecidos foi realizada, e sua posterior filtragem até a chegada a um número de artigos cuja análise fosse exequível no tempo disponível em mestrado e cujos critérios pudessem se adequar ao objetivo de mostrar o que há de mais atual sobre a recidiva de engorda. Outros filtros, como a viabilidade de resumo e de texto completo, foram selecionados, para evitar, dentre os resultados, artigos impossíveis de serem obtidos.

As análises foram feitas com base numa leitura crítica da obesidade, onde se destaca Lupton (2013), a qual considera a obesidade uma doença ligada à cultura. A autora utiliza a expressão “bound to culture disease” (doença ligada à cultura) e as obesidades estão incluídas, pois sua categorização depende de instrumentos elaborados culturalmente (como IMC e balanças). Como exemplo da influência cultural na definição de corpo saudável, há o ocorrido em 1998, quando o sobrepeso passou a começar em 25kg/m², em vez de 27kg/m². Esta pequena mudança, fez com que, nos Estados Unidos, a quantidade de pessoas acima do peso tenha aumentado em 43%. Ou seja, um grande número de pessoas se tornou “menos saudável” simplesmente por mudança na definição de padrões (FIGUEIREDO; VELHO; 2012).

Utilizamos também de Goffman (1963), pois a obesidade é considerada um estigma. A gastroplastia aparece como uma intervenção capaz de modificar a carreira moral, transformando um “desacreditado” em “desacreditável”, pois, quando o resultado esperado é obtido, há a saída da condição de obeso. Desta forma, a intervenção cirúrgica gera uma grande expectativa, muitas vezes não alcançada.

É fundamental a definição de qual conceito de medicalização está sendo utilizado (ZORZANELLI, ORTEGA, BEZERRA, 2014). Neste estudo é a medicalização tal como abordada por Conrad (2007): a explicação em conceitos médicos de situações previamente não-médicas, cabendo à medicina explicar e tratar tais situações. Este conceito de medicalização é coerente com a abordagem de Lupton (2013), porque o excesso de peso é um fato e sua categorização em obesidade é uma interpretação cultural desse fato.

As perdas em qualidade de vida devido ao excesso de peso começaram a ser notadas no século XVIII; a partir da metade do século XIX, a obesidade começou a ser reconhecida como causa de mortalidade (EKNOYAN; 2006). Nas primeiras décadas do século XX, suas complicações e a relação com mortalidade passaram a ser documentadas (EKNOYAN; 2006). Em 1930, a gordura foi considerada um problema de saúde, e a obesidade recebeu destaque durante a década de 1970 (FIGUEIREDO; VELHO, 2012). Seu status de epidemia veio a partir dos anos 1990, devido ao aumento de sua prevalência (FIGUEIREDO; VELHO; 2012). Atualmente, a obesidade é vista também como um problema global de saúde, uma crise na saúde pública em todo o mundo (EKNOYAN; 2006).

Um dos responsáveis pelo aumento da prevalência da obesidade é o ambiente¹ (FIGUEIREDO; VELHO; 2012): vivemos numa época onde a disponibilidade de alimento é abundante e o avanço tecnológico nos possibilita realizar diversas atividades sem grande utilização energética por parte de nossos corpos (EKNOYAN; 2006). Anteriormente, a desnutrição crônica era mais prevalente e, portanto, a corpulência era desejada e considerada símbolo de poder e influência (EKNOYAN; 2006). Mas, por causa da chamada segunda revolução agrícola e demais avanços técnicos no século XVIII (os quais possibilitaram uma maior quantidade de alimentos disponíveis e um consequente aumento da corpulência e da longevidade) há uma mudança no perfil alimentar e ser gordo passa a ser estigmatizado (EKNOYAN; 2006).

Segundo Figueiredo e Velho, o estigma e a discriminação dos gordos produzem um mercado consumidor “intranquilo e insatisfeito com sua aparência” (2012:9). Alguns são os métodos considerados convencionais de tratamento da obesidade: dieta, atividade física, medicamentos e psicoterapia. Entretanto, estes métodos não apresentam bons resultados em obesos mórbidos, os quais recuperam o peso perdido, ou engordam mais, em até dois anos. Nesse contexto, as cirurgias aparecem como reforço dos discursos culturais, **possibilitando**² uma transformação do doente gordo em magro e saudável, pela interferência do conhecimento biomédico – cuja autoridade é reconhecida em nossa cultura (FIGUEIREDO; VELHO, 2012). As cirurgias bariátricas começaram a ser realizadas em 1950, e sua realização tem aumentado nos últimos anos. Isto acontece por conta do aumento da demanda (maior número de obesos),

¹ A obesidade é uma doença multifatorial. Fatores biológicos, psicológicos e comportamentais também estão entre suas causas (FIGUEIREDO; VELHO, 2012). A ênfase dada ao ambiente nesta introdução é a fim de contextualizar a atual “epidemia de obesidade”.

² Este verbo é utilizado propositalmente, pois a problematização do emagrecimento pós-cirúrgico é um dos pontos centrais desta dissertação.

pelo aprofundamento do conhecimento envolvido e pelo aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas (reduzindo o risco de óbitos) (FIGUEIREDO; VELHO, 2012).

A gastroplastia é retratada como o melhor tratamento para a obesidade mórbida, sendo o único capaz de fornecer emagrecimento e sua manutenção a longo prazo, apresentando uma maior procura feminina, apesar dos percentuais de obesidade por sexo serem parecidos. Estes são reflexos da história da medicalização, onde a mulher é posta em evidência, (LUPTON, 2013) e aspectos culturais (GONÇALVES, 2006).

Pesquisas apontam a ocorrência de alguns problemas após a cirurgia. Entre eles está o surgimento de uma nova forma de anorexia (GONÇALVES, 2006), nesta a vontade de emagrecer não viria de uma distorção da imagem corporal, seria derivada de um medo excessivo de engordar. Outro fenômeno é o excesso de pele causado pelo emagrecimento. A cirurgia para a retirada desse excesso faz parte do tratamento iniciado pela cirurgia, entretanto há um grande tempo de espera para sua realização, pois para tanto é necessária a estabilização da perda de peso. Durante este tempo, o paciente sofre com peles caídas, que o causam vergonha e lesões, como assaduras. (GONÇALVES, 2006).

As cirurgias para tratamento da obesidade limitam o volume de alimento ingerido e sua absorção. De tal forma, por alguns meses, principalmente nos seis primeiros, é garantida uma grande perda de peso a curto prazo. Após aproximadamente 1 ano, o volume de alimento ingerido não é mais reduzido, além de ser uma demarcação temporal na qual já acabou parte da euforia por conta da cirurgia (GONÇALVES, 2006). Conforme a literatura, após dois anos de operado, é comum ocorrer um ganho de peso; desta forma, a pesagem final, quando o efeito de restrição alimentar decorrente da cirurgia passou, costumam apontar um sobrepeso (de acordo com o cálculo do IMC).

O Brasil é o segundo maior país em quantidade de realização de cirurgias bariátricas, ficando atrás apenas dos Estados Unidos³ (CRM-PB, 2014). De acordo com a pesquisa VIGITEL (BRASIL, 2012), 51% da população brasileira está acima do peso; e 17,4% está obesa. No Estado do Rio de Janeiro, 19% da população está obesa (BRASIL, 2013b), de forma que o Governo do Estado implementou, há alguns anos, um programa de realização de cirurgias bariátricas. Somente entre março e agosto de 2013, 100 cirurgias bariátricas foram realizadas por tal programa (RIO DE JANEIRO, 2013).

³ Nos EUA, 66% da população está obesa, desses 4,8% são obesos mórbidos (KHAWALI et al, 2012).

Os objetos deste estudo relatam casos nos quais a cirurgia falhou: não houve emagrecimento suficiente ou o paciente voltou a engordar. Estes objetos consideram a gastroplastia a melhor terapêutica, inclusive nas situações de insucesso. A re-engorda é de grande quantidade de quilos, havendo pacientes mais pesados no pós-cirúrgico que antes do tratamento.

Diante dos resultados cirúrgicos insatisfatórios, a recomendação é uma nova intervenção cirúrgica. A gastroplastia é recomendada quando não houve sucesso com os métodos tradicionais de emagrecimento (dieta e exercícios físicos). Portanto, quando a interferência em dois dos variados âmbitos da obesidade não deram conta do tratamento, a interferência num terceiro âmbito é necessária: a modificação anatômica. Entretanto, quando a intervenção cirúrgica não dá conta, não é sugerida uma diferente abordagem, mas se persiste na última.

A situação pós-operatória costuma ser descrita em suas consequências puramente biológicas, mesmo diante da insatisfação. A experiência do submetido não costuma ser analisada e, quando é, resume-se a porcentagens, sem abordagens qualitativas. Possivelmente, a utilização destas abordagens enriqueceria a compreensão das causas da recidiva de engorda e indicaria mudanças necessárias para a obtenção dos resultados esperados.

Existem autores questionando os estudos que apontam a obesidade como epidemia, criticando a falta de evidência nos argumentos utilizados e apontando a grande preocupação com a obesidade como um problema cultural. Entre estes estão os Fat Studies, os quais renegam a nomenclatura obeso. Para eles todos os corpos são normais e obesidade é uma classificação médica de variações de peso patologizando os corpos. Existem outras críticas ao conceito de obesidade: Poulain (2009) ressalta que a obesidade não foi sempre considerada doença, tal consideração é proveniente de transformações sociais; AnneMarie Jutel (2006) também critica a passagem para uma classificação quantitativa da obesidade, a qual inicialmente era descrita qualitativamente.

Este tipo de abordagem do corpo gordo – enquanto variação e não doença – será retomado no capítulo teórico. Os Fat Studies (ROTHBLUM; SOLOVAY, 2009) são uma leitura contemporânea das diferenças corporais inicialmente composta por pesquisadores isolados. Há alguns anos, resolveram se organizar para dar mais visibilidade a seu paradigma, lançando livros em conjunto.

O presente trabalho se divide em três capítulos: o primeiro é teórico; o segundo, metodológico; o terceiro, analítico. Ao final, estão as conclusões.

O primeiro capítulo expõe a teoria reflexiva do “eu”, proposta por Giddens (1999), o qual dialoga com a responsabilidade individual pela obesidade. Lupton (2013) é utilizada por duas ocasiões neste capítulo, abordar a obesidade enquanto doença cultural, e descrever a categorização em diagnósticos. Este estudo aborda a medicalização da obesidade, a qual teorizamos de acordo com Conrad (2007). Porém, a obesidade para além de seu diagnóstico é também um estigma, e as consultas são contatos mistos, nos quais os pacientes sabem que serão classificados: por isso Goffman (1963) foi utilizado. Os Fat Studies (ROTHBLUM; SOLOVAY, 2009) e sua oposição aos “anti-obesidade” são descritas neste capítulo, seguidas da diferenciação entre “gordo”, “obeso” e “com sobrepeso”. Ao final, é realizada uma descrição do procedimento cirúrgico e seus pré-requisitos.

O segundo capítulo descreve passo a passo a metodologia utilizada nas buscas do PubMed, seus problemas e soluções. A montagem do banco de dados também é descrita detalhadamente, e todos os mecanismos de análises dos resultados. Neste são abordadas também partes do questionário aparentemente problemáticas ou que poderiam levar a uma dupla interpretação. A parte final é dedicada à descrição do objeto, incluindo análises dos países e períodos de maior frequência.

O terceiro capítulo expõe e analisa os resultados obtidos com a aplicação de questionários, são feitas diversas citações, pois a abordagem metodológica com análise de discurso as exigem, para evitar um trabalho extremamente subjetivo. Os 46 artigos do banco são decompostos em diversos temas: áreas que os periódicos se inserem, metodologias utilizadas, tempo transcorrido entre a cirurgia e a coleta de dados, técnicas cirúrgicas utilizadas, considerações feitas sobre a gastroplastia, alimentação, re-intervenções, hipóteses para o sucesso da cirurgia (ou para recidiva), causas sociais da obesidade, realização de cirurgias plásticas, envolvimento dos autores no processo cirúrgico, participação dos profissionais da saúde, a relação entre sexo e emagrecimento, conceitos de obesidade e percentual de excesso de peso perdido. Nenhum artigo respondeu todas as questões, porém algumas apresentaram um número maior de missings, como as causas sociais da obesidade e as descrições da alimentação.

Na conclusão é feito um resumo do capítulo teórico, e são citados brevemente outros campos relacionados à obesidade ou à cirurgia merecedores de destaque. Entre eles está um projeto de lei aprovado a fim de facilitar a alimentação dos gastroplastizados.

1. BASES TEÓRICAS

1.1 A responsabilização sobre o “eu” e a medicina enquanto cultura

Para Giddens (1999), o “eu” é um projeto reflexivo contínuo pelo qual o indivíduo é responsável: somos o que fazemos de nós mesmos. O “eu” possui um conteúdo, mas o que o indivíduo se torna depende das tarefas de reconstrução nas quais se envolve, como o próprio processo de engorda e a busca pelo emagrecimento. O corpo não é um objeto passivo, mas parte de um sistema de ação. Por trás da forma corpórea há diversos desdobramentos, como as atividades físicas e as escolhas alimentares. Estas ações modelam o “eu”, porém não dependem somente do indivíduo, pois são condicionadas pelo ambiente sociocultural em que ele está envolvido.

Observar os processos corporais faz parte da atenção reflexiva que o indivíduo deve prestar sobre seu comportamento. A consciência corporal também inclui a consciência das necessidades de exercício e dieta: a escolha de alimentos, por exemplo, é feita a cada instante, há sempre a opção de comer ou não, e o que comer. A aparência, incluindo todas as características da superfície do corpo e seus adornos, é usada como pista para interpretar as ações do indivíduo, e deve ser coerente e integrada ao “eu” (GIDDENS, 1999). Sob esta perspectiva, ser obeso é parte do “eu”, assim como o emagrecimento é uma das suas tarefas de reconstrução, moldando não só a aparência, como também suas decorrentes interpretações. Ao emagrecer não há apenas uma redução ponderal, a mudança de classificação entre “gordo” e “magro” modifica as percepções de significados nas ações do indivíduo e na forma que o mesmo se apresenta.

As escolhas por trás de um corpo gordo não se reduzem ao indivíduo, pois estão inseridas num contexto que as condiciona e significa. Escolhas como as alimentares, por exemplo, estão relacionadas com os hábitos familiares, com os tipos de alimentos disponíveis e com quais alimentos se tem acesso em diferentes ocasiões sociais, como a própria hora do almoço no trabalho e alimentos festivos. Sendo assim, há escolhas individuais, mas essas não são livres, pois acontecem perante condições limitadoras.

Para Giddens (1999), o corpo pode ser um objeto no qual temos o privilégio de viver ou no qual somos condenados a viver. As afirmações de Giddens (1999), pressupõem uma responsabilização do indivíduo sobre o próprio corpo, visto que este é consequência de suas

ações. Desta maneira, obesos são vistos como responsáveis por sua condição: São vistos como pessoas que violam as regras sociais das práticas alimentares (o que, quando, onde, como e por que comer), e, portanto, são responsáveis por sua aparência gorda (MELO, 2004). São considerados transgressores, pois comem errado; têm um apetite quantitativo, quando o considerado correto é prezar a qualidade (MELO, 2004); e o corpo gordo é considerado “feito e inaceitável” (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011:2771). De acordo com Lupton (2013), em alguns textos médicos os gordos são retratados como pessoas sem autocontrole ou disciplina o suficiente para manter o peso “normal”.

Quando estar gordo é transformado no diagnóstico de obesidade ou sobrepeso, o indivíduo é aliviado da sua culpa, pois deixa de ser o responsável e passa a sofrer de uma doença. Ou seja, as classificações médicas acabam por oferecer um certo grau de desculpabilização ao corpo gordo, na medida em que atribuem tal condição a uma causa fisiológica e não a uma fraqueza moral ou ausência de autocontrole do indivíduo. Há então uma dicotomia: uma sociedade culpabilizando e responsabilizando o “gordo” e uma medicina considerando os “obesos” doentes e os oferecendo tratamento, sempre a procurar as mais diversas causas para os excessos de gordura corpórea, responsabilizando desde a genética até os transtornos mentais.

Será explicada a seguir a obesidade enquanto categoria médica e a estigmatização dos obesos. Embora esta dissertação seja focada na abordagem médica da obesidade, ambas visões existem simultaneamente e não se pode excluir os profissionais da saúde como imersos nas convicções compartilhadas por suas sociedades, pois, conforme Lupton (2013), os profissionais também levam para sua prática sua própria cultura e suas crenças. Ou seja, mesmo que em decorrência de sua educação profissional passem a tomar explicações e significados distintos para o excesso de peso, não são alheios à visão difundida da gordura enquanto responsabilidade individual. Portanto é pressuposta a responsabilização individual pela aparência enquanto um fato social, tal como definido por Durkheim (DURKHEIM, 1978): externo ao indivíduo e coercitivo, impõe-se a todos e se generaliza, justamente por ser social.

Lupton (2013) aponta a palavra “cultura” como frequente na literatura médica para descrever contextos não ocidentais. Entretanto, a autora aponta a medicina ocidental e seu saber médico também como produtos culturais:

“What do I mean when I use the term ‘medicine as culture’, as I choose to do in the title of this book? I am highlighting that western scientific medicine is just as much

a product of social and cultural processes as are the medical knowledge and practices that have developed in nonwestern societies.” (LUPTON, 2013: viii)⁴

Sendo a medicina ocidental também um produto cultural, as pessoas em desacordo com os padrões estéticos são classificadas como doentes, por exemplo, os gordos em obesos e os muito magros em anoréxicos. Num modo de vida onde cada um é responsabilizado por sua saúde, tais condições refletem uma falta de cuidado. Como visto anteriormente, em nossa cultura os gordos estão associados a diversos estigmas e à fraqueza moral, e uma das explicações ao desacordo com a norma é justamente a medicalização do corpo gordo.

A classificação da obesidade enquanto doença, e a sugestão da cirurgia, podem gerar um conforto ao paciente, por significar sofrer de uma doença, retirando do indivíduo a responsabilidade total sobre sua condição corpórea, e revelando que ele não está sozinho, outras pessoas padecem do mesmo mal (JUTEL, 2006). Lupton (2013) aponta os significados atribuídos à gordura como concepções baseadas na cultura⁵, pois sua caracterização como um fator responsável por doenças depende da inserção num complexo sistema de “discursos, práticas, emoções, objetos materiais e relacionamentos interpessoais” (2013:03, tradução livre). A autora acrescenta que os conhecimentos biomédicos e de saúde pública são, como qualquer outro tipo de conhecimento, construídos social e culturalmente (LUPTON, 2013). A maior busca feminina por cirurgias bariátricas demonstra mais um aspecto cultural da obesidade, pois está ligada à histórica medicalização, em nossa cultura, do corpo feminino (JUTEL, 2010). A medicalização e suas intervenções aparecem, então, como uma tentativa de corresponder a padrões estéticos de beleza.

Desta forma, doenças também são construções socioculturais; porque suas manifestações biológicas são interpretadas e vividas com base nos contextos em que se inserem. É inclusive citado como exemplo o caso da homossexualidade, cuja medicalização possui aspectos em comum com a obesidade (LUPTON, 2013).

A obesidade estaria ligada à cultura por sua definição e seu tratamento dependerem de crenças, tais como a de ser a manifestação de uma autodisciplina fraca. Além disso, o próprio conceito de obesidade depende de aparatos tecnológicos como balanças, fitas métricas, índices de massa corporal, bem como decisões de especialistas disseminadas por *guidelines* que decidem índices cada vez mais reduzidos a partir dos quais cada um pode ser ou não

⁴O que quero dizer com o termo “medicina enquanto cultura”, como escolhido no título desse livro? Eu estou destacando que a medicina científica ocidental é um produto de processos sociais e culturais tanto quanto conhecimentos e práticas médicas desenvolvidas em sociedades não-ocidentais.

⁵A autora utiliza a expressão “culture bound disease”.

incluído em categorias como “sobrepeso”. De forma semelhante, em outras culturas – ou em outros momentos da história do Ocidente – ser gordo pode significar estar saudável (LUPTON, 2013). Além disso, ser gordo é uma noção relativa e contextual; sentir-se ou estar gordo pode estar condicionado a parâmetros não médicos, como a aparência nas roupas (LUPTON, 2013). Para exemplificar a relativização da gordura, Lupton (2013) cita a cirurgia bariátrica:

“Even in the clinical setting, fatness is dependent on the context. Someone with a BMI of 35 (and thus categorized as ‘obese’) who enters a general practitioner’s surgery would very probably be advised to lose weight, whereas an individual who has gone from a BMI of 65 (‘extremely obese’) to 35 due to gastric band surgery is considered by his surgeon to be no longer in need of intervention.” (LUPTON, 2013:09)⁶

Lupton (2013) expõe o conceito de *culturally appropriate*⁷, o qual enfatizaria a importância de profissionais da saúde perceberem diferenças nas experiências étnicas, raciais ou de classe social, capazes de moldar a percepção do paciente sobre sua saúde. Nos artigos analisados, a percepção do paciente sobre seu corpo e sua variação ponderal não foram explicitadas, ou tratadas como variável. Isto, provavelmente é consequência da maior parte dos artigos pertencerem a periódicos cirúrgicos.

1.2 Obesidade enquanto estigma e diagnóstico

Goffman (1963) define como estigma um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo. O estigmatizado é alguém que possui um atributo (estigma) expresso ou não no corpo. Este o torna diferente das outras pessoas e, por conta disso, é categorizado num determinado estereótipo. Esta categorização é acessada frente a pessoas desconhecidas, e costuma acontecer de forma imperceptível, pelo menos até que surja a dúvida se as expectativas correspondem ou não à realidade. Segundo Ortega (2003), são criados estereótipos desviantes, servindo tanto para estigmatizar quanto para excluir e criar um

⁶Até no âmbito clínico, estar gordo depende do context. Alguém com um IMC de 35 (categorizado como obeso) ao entrar num consultório médico seria provavelmente aconselhado a perder peso, enquanto um indivíduo que passo de um IMC de 65 (“extremamente obeso”) para um de 35 devido à colocação cirúrgica de banda gástrica é considerado por seu cirurgião como não precisando mais de intervenção.

⁷Culturalmente adequado

mercado consumidor. Os estereótipos nos quais os gordos se encaixam os expõem como se a gordura fosse uma deformação (ORTEGA, 2003).

É feita, por Goffman (1963), uma distinção entre possuidores de dois tipos de estigmas. Os possuídores de estigmas imediatamente perceptíveis ou previamente conhecidos, portanto impossíveis de serem escondidos no contato face a face, chamados de *desacreditados*. E os possuídores de estigmas ainda desconhecidos ou não imediatamente perceptíveis, neste caso os *desacreditáveis*. Ser gordo é ser *desacreditado*, pois é um estigma expresso no corpo, do qual não é possível se esconder no contato imediato. A este estigma está ligada uma série de estereótipos negativos (GONÇALVES, 2004, 2006; LUPTON, 2013; MELO, 2004) já explicitados.

As crenças sobre identidades que temos e dão base aos estigmas são compartilhadas também pelos estigmatizados, pois é uma das fases do processo de socialização o aprendizado e a incorporação do ponto de vista dos “normais”, nos quais são adquiridas as crenças de uma sociedade. Os gordos estão não apenas conscientes de seu estigma, como também tendem a acreditar nos mesmos atributos negativos que lhes são atribuídos (GOFFMAN, 1963). Marcelino e Patrício (2011) relatam os obesos mórbidos como detentores de baixa autoestima, devido ao autopreconceito, causando problemas afetivos⁸. Portanto, os obesos buscam saídas para a condição de estigmatizado. A obsessão pelo corpo ideal acaba por aumentar o preconceito e dificultar o confronto com o ‘fracasso’ de não o atingir (ORTEGA, 2003), situação enfrentada quando há recidiva de engorda, inclusive após o “método mais eficaz”.

Os significados do corpo gordo estão sempre postos em oposição aos significados do corpo magro: o corpo magro significaria a habilidade de controlar a alimentação, o corpo gordo a falta de controle. Há a concepção de haver, dentro dos corpo gordos, magros esperando para sair, sugerindo o excesso corpóreo como aprisionador do *self* verdadeiro (LUPTON, 2013).

As tensões decorrentes dos estigmas são sentidas imediatamente nos contatos mistos: interações nas quais não-estigmatizados e estigmatizados estão na presença face a face uns dos outros. Nestas interações, o estigmatizado fica na incerteza de não saber em qual categoria será colocado, e são enfrentados diretamente causas e efeitos dos estigmas (GOFFMAN, 1963).

⁸ Os problemas de autoestima podem persistir após a cirurgia, dessa vez provenientes dos excessos de pele e flacidez geradas pelo emagrecimento rápido (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

A consulta médica é uma das situações onde os estigmatizados pela aparência corporal se vêem na presença dos não-estigmatizados, ou seja, as consultas médicas podem ser ocasião de tensão para o paciente com sobrepeso ou obeso. A maioria dos artigos que relatam um acompanhamento prospectivo ao paciente, posterior a cirurgia, falam sobre a dificuldade em manter os dados sobre a situação ponderal pós-cirúrgica a longo prazo: muitos pacientes param de comparecer ao acompanhamento, provavelmente para evitarem um contato onde se sentiriam desconfortáveis, ou para não lidarem com o ganho ponderal, como será analisado no terceiro capítulo. Segundo Lupton (2013), as pessoas com “excesso” de peso tendem a evitar contatos médicos, com medo de serem pesadas e julgadas de forma negativa pelo profissional; segundo a autora, a atitude médica a favor da perda ponderal pode prejudicar a equidade no acesso a tratamentos médicos.

Além de ser um contato misto, a consulta é o momento para médico e paciente interagem e compartilhem suas opiniões e significados sobre a doença. Portanto, neste contato há uma negociação da autoridade sobre os significados (LUPTON, 2013). Ou seja, os profissionais não observam passivamente os significados culturais da doença para o paciente; mas também ajudam a transformá-los.

Lupton analisa o efeito da estigmatização na vida das pessoas gordas⁹; estas são conseqüentemente mais propensas, por exemplo, à pobreza, ao desemprego, e a baixos níveis de escolaridade. A autora critica autores que apontam estas conseqüências como causas da obesidade, afirmando ser justamente o contrário. Além disso, discriminações como as machistas, racistas e homofóbicas já são vistas como recrimináveis; enquanto a discriminação contra os gordos tende a ser vista como algo culturalmente aceitável. Um dos motivos da diferenciação no tratamento destes tipos de discriminações é a culpabilização do gordo por seu estado, pois ser gordo seria conseqüência da sua falta de autocontrole (LUPTON, 2013) e preferência pelo prazer de comer ao prazer de ser desejável (MELO, 2004).

Como definido por Jutel (2009a), os diagnósticos são fundamentais para a medicina exercer seu papel de autoridade perante a sociedade, através deles a medicina interpreta e organiza a realidade. O diagnóstico confere autoridade tanto à Medicina quanto ao médico, pois funciona nos âmbitos micro e macro. A interpretação e a organização da sociedade em diagnósticos legitima a Medicina; já o enquadramento por um médico do paciente em determinada enfermidade legitima a autoridade do profissional. Isto corre pois quando este

⁹ Lupton dá preferência à utilização de termos como *fat* e *fatness*, no lugar de termos médicos como *obese* e *obesity* (LUPTON, 2013), distinção mais detalhadamente explicada no tópico sobre *FatStudies*.

enquadra o paciente em determinada doença, fornece a ele um novo status, concedendo privilégios e o tornando digno de receber certos tratamentos.

De acordo com Jutel (2009a), os diagnósticos fornecem informações sobre quais comportamentos determinada cultura ou sociedade está preparada para aceitar como normal e quais devem ser tratados. Portanto, e por ser dinâmico, o que é considerado ou não doença se transforma quando uma sociedade muda suas fronteiras do “normal”.

Segundo Jutel (2009), o diagnóstico médico enquadra a realidade; servindo para explicar, legitimar e normalizar, retirando o paciente de seu isolamento, e o atribuindo uma identidade social. Ele também fornece “a trajectory of treatment, prognosis and, in some cases, prevention”¹⁰ (JUTEL, 2010:229), por servir para o paciente ter acesso a serviços e status; dando a “permissão” para sentir-se doente. O diagnóstico de ser gordo, desdobrável em “sobrepeso” e “obeso”¹¹, retiraria a responsabilização individual (JUTEL, 2010), esse tipo de aparência corpórea passaria a ser retratado enquanto uma doença, a qual precisa de cuidados e não de acusações ao paciente. Ser gordo muda de significado: o gordo deixa de ser visto como um transgressor e passa a ser possuidor de uma doença multifatorial (COUTINHO, 1999), podendo buscar os tratamentos indicados.

A medicalização do excesso de peso está baseada na associação entre IMC elevado e uma maior mortalidade, assim como indicador de predisposição a doenças, inclusive as cardiovasculares. Esta afirmação, apesar de bastante difundida, é questionada. Alguns pesquisadores (ROTHBLUM; SOLOVAY, 2009) argumentam que o excesso de peso já seria um indicador de processos metabólicos, não sua causa; e estudos relacionando peso e mortalidade não costumam controlar outros fatores¹², quando o fazem, a associação já fraca tende a diminuir ou desaparecer (CAMPOS et al, 2005). Como muitas dessas pesquisas são focadas no peso, outros possíveis indicadores de risco não são percebidos (CAMPOS et al, 2005).

Campos *et al* (2005) questionam a hipótese apontada pelos médicos de a perda ponderal acarretar numa melhora de saúde. Para os autores, a melhora na saúde estaria relacionada a mudanças nos hábitos e não à perda de peso, uma vez que perdas ponderais causadas por

¹⁰ uma trajetória de tratamento, prognósticos e, em alguns casos, prevenção

¹¹ A classificação em obesidade é subdividida em graus I, II, e III. Sendo o último sinônimo de obesidade mórbida. Há ainda autores que classificam em super obesos os pacientes com IMC a partir de 50.

¹² Como realização de atividade física, uso de remédios para emagrecimento, qualidade da dieta...

mudanças de hábitos podem apresentar melhoras similares em diferentes sujeitos, mesmo se foram perdidas quantidades diferentes de massa.¹³

O termo “medicalização” é utilizado para designar situações nas quais problemas comportamentais¹⁴ passam a receber definições e tratamentos médicos, cabendo à área médica lhes providenciar solução (CONRAD, 2007). A crítica feita por Conrad (2007) baseia-se no questionamento de algumas das condições tidas como passíveis de tratamentos médicos não são realmente problemas médicos, principalmente no condizente ao comportamento desviante. Conrad (2007) também aponta, na medicalização, uma individualização de problemas, na realidade, sociais. Lupton (2013) indica haver, no começo do século 21, uma desilusão com a medicina científica, a qual, paradoxalmente, aconteceria de maneira concomitante a uma maior dependência da medicina para fornecer respostas a problemas sociais e médicos.

Além da medicalização transformar aspectos da vida cotidiana em patologias, é responsável por aumentar os lucros e mercados das indústrias farmacêuticas e biotecnológicas, sendo estas umas das principais responsáveis pela difusão de novos diagnósticos. Outro agente responsável pela legitimização dos diagnósticos são os seguros de saúde. Estes legitimam algum diagnóstico ao incluírem seu tratamento como parte dos serviços que cobrem¹⁵ (CONRAD, 2007). Lupton (2013) salienta: a “epidemia de obesidade” só pode acontecer por existir uma maneira de coletar e interpretar dados ponderais da população. Ou seja, a construção da idéia de uma epidemia de obesidade é condicionada à mensuração de características corporais através do cálculo do Índice de Massa Corporal.

Georges Canguilhem (2009), em sua obra “O normal e o patológico”, discute a patologização de variações das características humanas, criticando a comparação dos homens a padrões considerados normais. Pois os padrões, tal como determinados pela ciência, não seriam encontrados na natureza. Lupton (2013) ressalta que alguns autores pensam ser a variação ponderal tão normal quanto a variação de altura: assim como há pessoas altas e baixas, há pessoas magras e gordas.

¹³ Esse artigo teve uma discussão aberta no periódico *International Journal of Epidemiology*, recebendo 7 comentários. Tais respostas variavam muito em conteúdo, indo desde a discussão do conceito de epidemia até o questionamento da posição de Campos, visto que o mesmo havia emagrecido.

¹⁴ A maior busca por cirurgias bariátricas e a utilização de outros “métodos” – como a aparência – para se determinar gordo ou não aponta a existência de outros fatores, além da saúde, na busca pelo emagrecimento (MELO, 2004; GONÇALVES, 2004, 2006). Conforme AnneMarie Jutel (2006), historicamente as mulheres foram as mais cobradas por suas aparências.

¹⁵ Poulain (2009) aponta o papel dos seguros de saúde na difusão da epidemia da obesidade. Segundo o autor, os seguros foram os responsáveis por propagar a crença da obesidade aumentar os gastos com serviços de saúde.

O “normal” seria estar de acordo com a regra, a norma, o normal é aquilo que deve ser; e normativo é tudo o que relaciona um fato a uma norma. Na medicina, o normal é o que se deseja estabelecer. Desta forma, mesmo entre os leigos, existe a crença de determinados estados ou comportamentos serem patológicos, negativos (CANGUILHEM, 2009).

Canguilhem (2009) critica a estatística como medida exclusiva para determinar o saudável ou não. Esta crítica é consonante com a feita por Poulain (2009) à utilização do IMC (índice de massa corporal) como critério clínico de definição da obesidade. Para Poulain (2009), o IMC deveria ser utilizado apenas como instrumento de pesquisa epidemiológico; pois, apesar de ser um método prático, induz a erros por não considerar a verdadeira composição corporal (POULAIN, 2009). Jutel (2006) faz críticas semelhantes, ressaltando que a obesidade deveria ser classificada de maneira qualitativa, e não quantitativa.

Segundo Marcelino e Patrício, o principal fator determinante da obesidade é o “desequilíbrio entre o dispêndio reduzido de energia devido à falta de atividade física e a adoção de dietas altamente energéticas” (2011:2771). Entretanto a classificação em categorias como obeso e peso normal é feita de maneira reduzida à razão entre o peso e o inverso da altura ao quadrado (IMC), como será explicitado mais adiante.

Anteriormente, foi esclarecida a independência do termo gordo de conceitos biomédicos. Qualquer um pode se perceber ou ser percebido como gordo (MELO, 2004), logo, é uma classificação mais maleável, dependendo de experiências pessoais. Uma pessoa com o IMC de magro pode se sentir gorda ao, por exemplo, não caber numa calça (MELO, 2004). Enxergar-se enquanto gordo ou magro é algo subjetivo.

O enquadramento/diagnóstico em obeso ou em sobrepeso são duas classificações médicas. O instrumento padrão para tanto é o IMC, uma fórmula matemática cujas variáveis se resumem ao peso e à altura, isto é, ignora a composição corporal.

Segundo a OMS, obesidade é o acúmulo de gordura anormal ou excessivo que possa causar dano à saúde, e é considerada fator de risco para várias doenças crônicas, como diabetes e doenças cardiovasculares (PEIXOTO, GANEM, 2010, p.354). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a) e a OMS delimitam os obesos de acordo com o cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC), nas seguintes classificações:

Tabela – 1: Classificações por IMC.

Classification	BMI(kg/m ²)	
	Principal cut-off points	Additional cut-off points
Underweight	<18.50	<18.50
Severe thinness	<16.00	<16.00
Moderate thinness	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Mild thinness	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal range	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Overweight	≥25.00	≥25.00
Pre-obese	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Obese	≥30.00	≥30.00
Obese class I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obese class II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obese class III	≥40.00	≥40.00

Source: Adapted from WHO, 1995, WHO, 2000 and WHO 2004.

A tabela acima, retirada do site da OMS, apresenta uma novidade para a classificação de acordo com o IMC: a categoria sobrepeso aparece com uma nova nomenclatura, pre-obese (pré-obeso). O termo “sobrepeso” antes poderia aparentar neutralidade, agora aparece enquanto uma fase anterior à obesidade, como se seu desenvolver natural fosse aumentar até chegar à classificação de obeso. Similarmente, a classificação da obesidade em graus (I, II, III) pode sugerir uma gradação

O uso do IMC se justifica pois apenas o peso não seria suficiente para o enquadramento nas classificações normal, sobrepeso e abaixo do peso, por conta da variação de altura. Portanto a fórmula $IMC = PESO / ALTURA^2$ elimina a interferência da altura nessa medida. Argumenta-se que a definição do IMC é fundamental para a “epidemia de obesidade”, pois torna possível classificar os indivíduos e medir a massa corpórea em grupos populacionais (LUPTON, 2013).

Alguns críticos apontam que o IMC não é uma forma adequada para medir a relação entre peso e altura, por não fazer diferença entre estruturas corporais ou entre, por exemplo, massa muscular e massa gorda. Porém, quando estudos epidemiológicos comparam, enquanto marcadores de saúde, o IMC com a porcentagem de gordura, o IMC é consistentemente mais associado a riscos na saúde (CAMPOS *et al.*, 2005). Segundo os autores, isso apontaria a

forma do corpo, e não a quantidade de gordura, como o responsável pelos riscos associados ao IMC.

1.3 A gastroplastia enquanto solução

O tratamento convencional para a obesidade consiste em dietas, exercício físico, uso de medicamentos e acompanhamento com endocrinologista e nutricionista (ABESO, 2013). Quando não se obtém o resultado esperado com este tipo de tratamento, é recomendada a cirurgia de tratamento da obesidade (ABESO, 2013). Como quem procura pela cirurgia costuma não ter conseguido “sucesso” através de outros métodos, acabam depositando todas as suas esperanças na gastroplastia, esperando uma cura definitiva da obesidade (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2013) coloca o IMC, a idade e o tempo com a doença (mínimo de dois anos) como critérios para a indicação cirúrgica. É necessário ter o IMC maior ou igual a 40kg/m^2 para receber a indicação; ou IMC maior ou igual a 35kg/m^2 associado a comorbidades. Os possuidores de IMC maior ou igual a 30kg/m^2 também podem ser indicados para a cirurgia, caso possuam comorbidades consideradas graves por um especialista na área.

A cirurgia bariátrica é vista como o primeiro passo para o paciente deixar de ser controlado pela comida e passar a ter autocontrole (LUPTON, 2013). Realizar uma cirurgia bariátrica significa ter a oportunidade de sair da condição de estigmatizado, por conta do emagrecimento provocado.

Alguns pacientes pensam se tratar de um emagrecimento eficaz e passivo. Entretanto, este pensamento pode por em risco o êxito do tratamento, pois exclui a idéia de responsabilização por parte do paciente, e o pós-operatório demanda uma intensa adesão, devido à modificação dos hábitos alimentares, rotina e estilo de vida (EHRENBRINK; PEIXOTO; PRANDO, 2009). O momento imediatamente após a cirurgia é um dos mais difíceis, devido ao desconforto pós-cirúrgico e à adaptação dietética; a qual modifica inclusive

situações sociais¹⁶ que envolvam a comida, como próprio relacionamento familiar (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

Por ser um método procurado pela restrição do volume alimentar ingerido fazer os pós-operados emagrecerem, e em consequência, a perda de peso ser causada independentemente do desejo por comer ou não, há a falsa crença de ser um método passivo. Outros mecanismos derivados da cirurgia podem levar ao emagrecimento, por exemplo: o consumo de alimento em quantidade maior do que a recomendada pelo médico provocaria diversas reações como vômitos, náuseas, e o efeito *dumping*¹⁷; tais reações provocam dificuldade e insegurança no controle alimentar, pois alguns pacientes apresentam maior intolerância a certos tipos de alimentos (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

As cirurgias não são passivas por demandarem do paciente uma adesão às decorrentes formas alimentares. Um exemplo é a recomendação para o primeiro mês pós-operatório: 40ml de líquidos a cada 15 ou 20 minutos. Os cuidados imediatos à cirurgia são, então, a fase de maior desconforto para o gastroplastizado (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011). E a manutenção do peso perdido a longo prazo demanda ações do paciente, como exercícios físicos e re-educação alimentar, porque a restrição alimentar imposta pela cirurgia diminui gradativamente. Assim pacientes operados há muito tempo relatam não sentirem mais a saciedade do pós-operatório imediato. Marcelino e Patrício (2011) alertam que a cirurgia da obesidade não elimina a chance de um futuro ganho de peso, e explicam:

“Chama-se atenção que construir uma vida mais saudável – resultado esperado pela população que se submete a cirurgia – é um processo muito complexo, pois envolve a interligação dos aspectos físicos, psíquicos e sociais, e varia de indivíduo para indivíduo. Nesse sentido, existe a recomendação do Ministério da Saúde para que haja um acompanhamento multiprofissional e sistemático aos indivíduos que se submeteram ao tratamento cirúrgico.” (MARCELINO, PATRÍCIO; 2011:2770)

Segundo Ehrenbrink, Peixoto e Prando (2009). há três fases pós-cirúrgicas:

- Lua de mel: Grande perda de peso em curto espaço de tempo;

¹⁶ Em 2013, foi aprovado um projeto de lei municipal em Cuiabá determinando que os restaurantes vendam seus produtos aos gastroplastizados por metade do valor, e metade da porção, pois estes não teriam capacidade de consumir toda a comida vendida na porção normal.

¹⁷ Marcelino e Patrício definem o efeito *dumping*: “Outro mal apresentado esteve relacionado à síndrome do Dumping, que é uma consequência do rápido esvaziamento das substâncias do estômago para o intestino delgado. O estômago não quebra todas as enzimas do açúcar e este acaba chegando ‘bruto’ ao intestino. Algumas vezes, este mecanismo é ativado quando são consumidas grandes quantidades de açúcar ou outros tipos de alimentos. Em geral, os resultados são extremamente desagradáveis, podendo provocar náusea, fraqueza, transpiração excessiva, desmaio e, em alguns casos, diarreia e alopecia.” (2011:2773)

- Primeira fase: Aproximadamente após o terceiro mês, a perda de peso já não é tão grande. O paciente entra em contato com sua nova realidade e percebe outros problemas nele mesmo, que não foram solucionados com a perda de peso;
- Segunda fase: Do sexto ao oitavo mês, aproximadamente 30% do excesso de peso é perdido, as modificações passam a ser notadas pela família e pela sociedade, há uma grande euforia com a imagem;
- Terceira fase: Um ano após a cirurgia, há a estabilização do peso.

Os artigos aqui analisados tratam de casos onde o emagrecimento não foi suficiente, ou o paciente voltou a engordar. Nestes casos, há uma nova relação com o estigma: o gordo não consegue se livrar do seu estigma (não emagrece o suficiente), ou se livra apenas por um tempo (recupera o peso perdido). A perda ponderal inferior a 50% do peso inicial ou a engorda de mais de 15% do peso perdido são parâmetros utilizados para caracterizar o resultado esperado pela cirurgia como não obtido. Marcelino e Patrício (2011) ressaltam que o resultado da cirurgia não pode ser avaliado apenas pela perda de peso, e deve abarcar uma análise da qualidade de vida cotidiana do paciente.

Nesta dissertação, são analisadas publicações dos últimos 5 anos que abordem a recidiva de engorda após o tratamento cirúrgico da obesidade. Objetivamos identificar quais hipóteses, concepções e conceitos são tomados como explicação para o denominando *weight regain*.

1.3.1 A cirurgia

A gastroplastia é considerada o método mais eficaz no tratamento da obesidade mórbida e controle de peso a longo prazo (OLIVEIRA *et al*, 2004). Há diferentes tipos de cirurgias: restritivas, disabsortivas¹⁸ e mistas¹⁹. Com a cirurgia bariátrica, o estômago é reduzido e por isso fica cheio rapidamente; além de perder até 90% da sua capacidade de absorção.

¹⁸ No Brasil, cirurgias somente desabsortivas são proibidas.

¹⁹ Ver a tabela 2.

Antes de ser considerado apto para a intervenção, o paciente passa por avaliações de diversos profissionais da saúde. É considerada, pelo Conselho Federal de Medicina, equipe obrigatória para cuidar do paciente no período pré, trans-operatório, e no subseqüente acompanhamento: cirurgião com formação específica, endocrinologista, nutrólogo ou nutricionista, e psiquiatra ou psicólogo (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013). Esta equipe é justificada porque enquanto resultado da gastroplastia é esperado que o paciente emagreça e também melhore das comorbidades relacionadas à obesidade; entretanto, a cirurgia também pode causar prejuízos nutricionais; além de haver casos nos quais os pacientes desenvolvem outras morbidades, como depressão, anorexia e alcoolismo (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

As cirurgias bariátricas, ou gastroplastias, são intervenções cirúrgicas gerando uma redução do volume do estômago destinado à digestão dos alimentos, resultado obtido através da retirada ou isolamento de grande parte do estômago. Pode estar, ou não, acompanhada de uma redução na capacidade de absorção de nutrientes²⁰, através de um desvio no caminho digestivo feito pelo alimento. A prática mais utilizada em nosso país, em 75% das cirurgias realizadas, é o Bypass gástrico²¹ (ABESO, 2013).

Conforme Lupton (2013), é esperado que todas as intervenções médicas sejam exitosas, inclusive as cirúrgicas. A autora compara a medicina com uma crença: quando tratamentos não dão os resultados esperados, causam desapontamento e desilusão (LUPTON, 2013). Portanto, os artigos objetificados nesta dissertação tratam do inesperado frente ao tratamento da obesidade.

1.4 Fat Studies

Os Fat Studies são marcados primeiramente por sua escolha de vocabulário: preferem a palavra “gordo” a “obeso”, pois pretendem modificar a primeira numa palavra não ligada intrinsecamente ao preconceito, e por considerarem o uso da segunda uma medicalização “da natureza humana”. Eles têm sua origem na *Fat pride community*²², partem da premissa de que ser gordo não é uma doença, e pode inclusive representar beleza. Os teóricos desta linha de

²⁰ Técnicas que combinam restrição do volume do estômago com a redução da capacidade de absorção do intestino são chamadas de mistas. Cirurgias somente disabsortivas são proibidas pelo CFM (2013).

²¹ Também chamado de gastroplastia com desvio intestinal de Y de Roux.

²² Movimento de aceitação do corpo em diversos tamanhos

pensamento se consideram radicais, opondo-se a cirurgias bariátricas, quem consideram ter declarado “guerra à obesidade” (ROTHBLUM; SOLOVAY, 2009).

Os Fat Studies são contra, também, às classificações ponderais como “normal”, uma vez que para eles todos os pesos são normais: criticam a mensuração da saúde, esta não seria um número, mas uma experiência subjetiva influenciada por diversos fatores. Para eles, a redução numérica da saúde pode ser usada para policiar os corpos e levar a presunções ditadas pela sociedade e não pela ciência (ROTHBLUM; SOLOVAY, 2009).

Tabela – 2: Comparativo²³ de técnicas cirúrgicas²⁴ realizadas no Brasil.

	Intervenção no estômago	Intervenção no intestino	% Perda de peso	Reversível	Tipo de cirurgia
Bypass gástrico	Parte do estômago é grampeado	Desvio em formato de Y	40 a 45	Sim	Mista
Banda gástrica ajustável	Instalação de anel de silicone inflável	Nenhuma	20 a 30	Sim	Restritiva
Gastrectomia vertical (sleeve)	Remoção de 70 a 80% do estômago proximal ao antro ¹	Nenhuma	Comparável ao bypass	Não	Restritiva
Duodenal Switch	85% é retirado	Desvio	40 a 50	Não	Mista

Fonte: O autor, 2015.

Segundo os Fat Studies, existem pessoas de diferentes tipos, as quais sempre apresentarão pesos diferentes. Desta maneira, o “excesso” de peso seria apenas uma marca da diversidade humana, e o interessante de problematizar é a maneira com que as pessoas e as sociedades lidam com essa realidade. Portanto, apesar da atual classificação da gordura corporal como doença, os estudos dessa linha estão voltados para a estigmatização e o

²³ Todas as técnicas podem ser realizadas através de laparoscopia, o que gera benefícios, como a redução de cicatrizes.

²⁴ Fonte: site da SBCBM: <http://www.scb.org.br/cbariatica.php?menu=1>

preconceito: as desigualdades sociais causadas pela forma corporal (ROTHBLUM; SOLOVAY, 2009).

A princípio os Fat Studies eram pesquisadores isolados, os quais tem se unido desde a última década. Para ser parte dos Fat Studies faz-se necessário examinar não só o outro, mas também sua própria relação com as estruturas de regulação corporal, pois o autor é sempre parte do assunto. Segundo esta teoria, todos que vivem numa cultura lipofóbica absorvem, inevitavelmente, tais crenças. Isto causaria uma responsabilização do gordo toda vez que ele se encontra doente, recebendo um tratamento diferenciado dos magros (ROTHBLUM; SOLOVAY, 2009).

Os teóricos “anti-obesidade” julgam necessária uma atitude diante ao contínuo aumento de sua prevalência, porque ser obeso significa correr riscos de saúde. Segundo esse ponto de vista, pessoas nas categorias sobrepeso ou obeso devem emagrecer para não ficarem doentes. Conforme Lupton (2013), os teóricos contra a obesidade tendem a não problematizar o ser gordo, e a culpar o indivíduo pelo seu peso – apesar de haver um discurso mais estruturalista, tentando apontar causas socioeconômicas (como a globalização, e o grande acesso a alimentos pouco nutritivos) do “excesso de peso”. Há também autores apontando a preocupação com a obesidade enquanto crise da saúde como algo causado mais por fatores culturais – pois apontaria uma consequência de uma crescente frouxidão moral – que por efeitos de uma maior quantidade de pessoas acima do peso (CAMPOS *et al.*, 2005).

Alguns teóricos da obesidade, como os ligados aos Fat Studies, questionam se a obesidade é realmente uma doença (ROTHBLUM; SOLOVAY, 2009). Estes teóricos utilizam semelhanças com os teóricos de *critical disabilities studies*. A obesidade e o sobrepeso são apontados por eles como construções sociais; e fatos como cadeiras serem pequenas para obesos são vistas como defeitos da sociedade e não da pessoa gorda: a cadeira deveria ser maior, e não o indivíduo menor. Entretanto, há uma diferença entre as pessoas obesas e as com deficiência, pois estas se supõem condicionadas à deficiência; enquanto ser obeso seria algo possível de ser mudado individualmente.

Autores, como Campos *et al.* (2005), criticam os teóricos contra a obesidade, aclamando que estes se baseiam em interpretações fracas e numa generalização exagerada, causando um pânico moral. Tais críticos são contra a ênfase no emagrecimento, apontando mudanças nutricionais e exercícios físicos regulares como mais benéficas que a simples redução ponderal (CAMPOS *et al.*, 2005). Além disso, a relação entre IMC e mortalidade formaria um desenho de “U”, onde a menor mortalidade seria no IMC de sobrepeso, independente da composição corporal (CAMPOS *et al.*, 2005).

Também de acordo com Campos et al (2005), a maioria dos estudos ao relacionarem o peso com a mortalidade não fazem um controle para outros fatores: exercícios, qualidade da dieta, ciclos de variação no peso corporal, utilização de drogas para emagrecimento, status econômico, ou histórico familiar. Quando um ou mais desses fatores de confusão são controlados de maneira rigorosa, a associação entre IMC elevado e maior mortalidade, que já é fraca, tende a diminuir drasticamente ou a desaparecer. A tese de Campos *et al.* é que, na verdade, o peso é um canalizador de outras variáveis; para tanto citam um estudo onde homens obesos reduziram todo o risco de mortalidade, a eles atribuído pela obesidade, ao fazerem exercício cardiovascular.

“The claim that adiposity is itself pathological is also belied by the results of interventions that remove body fat from their subjects. For instance, a recent study involved removing an average of 10 kg of body fat (by liposuction) from 15 female subjects. The study found no improvements in any health markers over the next 10–12 weeks, during which time the women were contacted weekly by researchers, to reinforce the importance of not changing their diet or physical activity. This contrasts with the significant improvements in health associated with much smaller amounts of fat loss produced by programmes designed to decrease weight through lifestyle modification. Such contrasting results suggest strongly that the diet and exercise modifications undertaken by the subjects in these programmes, rather than any subsequent loss of body fat, are the causes of the observed health improvements.” (CAMPOS et al, 2005, p.57)²⁵

Lupton (2013) explicita que alguns acadêmicos utilizam “gordo” ao invés de “obeso” ou “sobrepeso”, pois estes seriam termos médicos e seu simples uso já caracterizaria o excesso ponderal como patológico. Essa escolha linguística é similar à realizada por outros grupos, como LGBT, enquanto tentativa de reapropriação de termos antes aplicados de maneira pejorativa:

“Just as gays, lesbians, bisexual and transgendered people chose to appropriate the once pejorative word ‘queer’ for their own purposes, attempting to reinstate it as a positive self-identifying and political term, some academics and activists seek to use ‘fat’ to describe corpulent people in a positive, accepting manner.” (LUPTON, 2013: 06).²⁶

²⁵ A afirmação de que a adiposidade por si só é patológica também se sustenta por resultados de intervenções que retiram gordura corporal de seus objetos. Um estudo recente envolveu a retirada de uma média de 10kg de gordura corpórea (por lipoaspiração) de 15 sujeitos femininos. O estudo não encontrou qualquer melhora em nenhum marcador de saúde nas 10 a 12 semanas seguintes, tempo durante o qual as mulheres foram contactadas semanalmente pelos pesquisadores, para reforçar a importância de não mudarem suas dieta ou atividade física. Isto contrasta com a melhora de saúde significativa associada com uma quantidade menor de gordura perdida produzida por programas desenhados para diminuir peso através de modificação no estido de vida. Tais resultados contrastantes sugerem fortemente que modificações na dieta e no exercício realizadas pelos objetos desses programas, ao invés de qualquer perda subsequente de gordura corporal, são as causas das melhoras observadas na saúde.

²⁶ Assim como gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros escolheram se reapropriar de palavras consideradas pejorativas para seus próprios usos, tentando transformá-las numa auto-identidade positiva e em termo político,

Nesta dissertação, serão utilizados os termos “obeso” e “sobrepeso”, conforme sugerido na literatura médica e utilizado pelos objetos. Pois a substituição de ambas palavras por uma única, “gordo”, acarretaria a perda da diferenciação entre as categorias, comprometendo a análise proposta. Ademais, tratando-se os objetos de artigos biomédicos em periódicos científicos, parece mais adequado utilizar os termos nativos.

2. METODOLOGIA

Esta dissertação é feita à luz das análises de discursos, a fim de reduzir qualquer espectro subjetivo são feitas extensivas citações (LUPTON, 1992). O discurso é tido como conjuntos de idéias ou modos padronizados de pensamento passíveis de serem identificados nas diversas comunicações verbais (LUPTON, 1992).

2.1 Pesquisas no PubMed

Foram feitas buscas nos mecanismos Bvsalud (bireme) e PubMed. Foi difícil conseguir através do bvsalud executá-las de forma que apresentasse apenas os casos com “weight regain”, a pesquisa com o termo “recidiva” apresentou apenas dois resultados – eram sobre a recidiva pós-cirúrgica de diabetes. Desta maneira, o PubMed foi escolhido por ter mostrado resultados mais adequados à investigação sobre o retorno à condição de gordo²⁷ após a cirurgia; as publicações foram sistematicamente selecionadas, como será descrito neste capítulo.

Em 1º de outubro de 2014, realizou-se uma pesquisa no PubMed, excluindo a aparição de “diabetes”²⁸ e com termos referentes à cirurgia bariátrica. A pesquisa foi feita com os seguintes termos²⁹:

- Weight regain **AND**³⁰;
- Bariatric surgery **OR**;
- Gastroplasty;
- **NOT** diabetes;

²⁷ Foi propositalmente utilizada a palavra “gordo” no lugar de “obeso” ou “com sobrepeso”, pois o ganho de peso pós-cirúrgico pode colocar o paciente tanto na categoria “obeso” quanto em “sobrepeso”.

²⁸ A exclusão foi necessária, pois o termo “diabetes” gerava um maior número de resultados, cujos resumos se restringiam a este assunto, não costumando fornecer informações sobre a re aquisição de peso após a cirurgia.

²⁹ Todo o processo de busca no PubMed e de seleção de seus filtros é resumido nos esquemas deste capítulo.

³⁰ Os conectivos “and” e “or” foram utilizados conforme o tutorial de pesquisa do próprio PubMed. Por conta de suas posições, obtive resultados sobre a volta a engordar (*weight regain*) e (*and*) que **incluam** os termos cirurgia bariátrica (*bariatric surgery*) **ou** (*or*) gastroplastia e **não** aludam à diabetes (*not diabetes*).

Foram obtidos 3962 resultados. Para que eles continuassem a responder o pretendido por este trabalho, tornou-se necessário o uso dos seguintes filtros:

- artigos sobre humanos;³¹
- disponibilidade do texto completo;
- disponibilidade do resumo.

Obtiveram-se 2359 resultados, motivando a escolha de mais um filtro: a ocorrência dos termos pesquisados apenas no título ou resumo (*title/abstract*), a fim de chegar a um número exequível para uma dissertação de mestrado. Conseguimos, desta maneira, reduzir a 909 artigos.

Para restringir o objeto desta dissertação no que há de mais atual publicado sobre recidiva de engorda após cirurgias bariátricas, foi utilizado um filtro temporal customizado³², concentrando nos resultados apenas o publicado nos últimos 5 anos: No filtro “Publication dates” foi selecionado “custom range” e neste campo preenchido: de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2014³³. O total de artigos tornou-se 194.

Como 194 artigos continuaria sendo um número elevado para o tempo de mestrado, foi necessária a modificação de um dos filtros. Ao invés de resultados com os termos encontrados nos títulos e resumos, o filtro foi reduzido para buscas apenas nos títulos. Assim, o total de artigos passou a ser 54 (esquema 1).

Com resultado final (54) foi montado um banco de dados no programa Excel, para facilitar a organização e para uma filtragem. Alguns dos artigos tratavam de gastroplastia relacionadas a causas alheias à obesidade, como refluxos ou *short esophagus*. Os dois sobre estes assuntos foram excluídos do banco final, para análise. O total de artigos passou a ser 52.

A busca relatada ocorreu em 1º de outubro de 2014, data anterior à utilizada como filtro. Para evitar a exclusão no banco de dados de artigos que viriam a ser publicados (datados até dezembro de 2014) na plataforma PubMed, a pesquisa foi repetida por alguns meses, seguindo o mesmo sistema previamente relatado: Em novembro (2014), dezembro

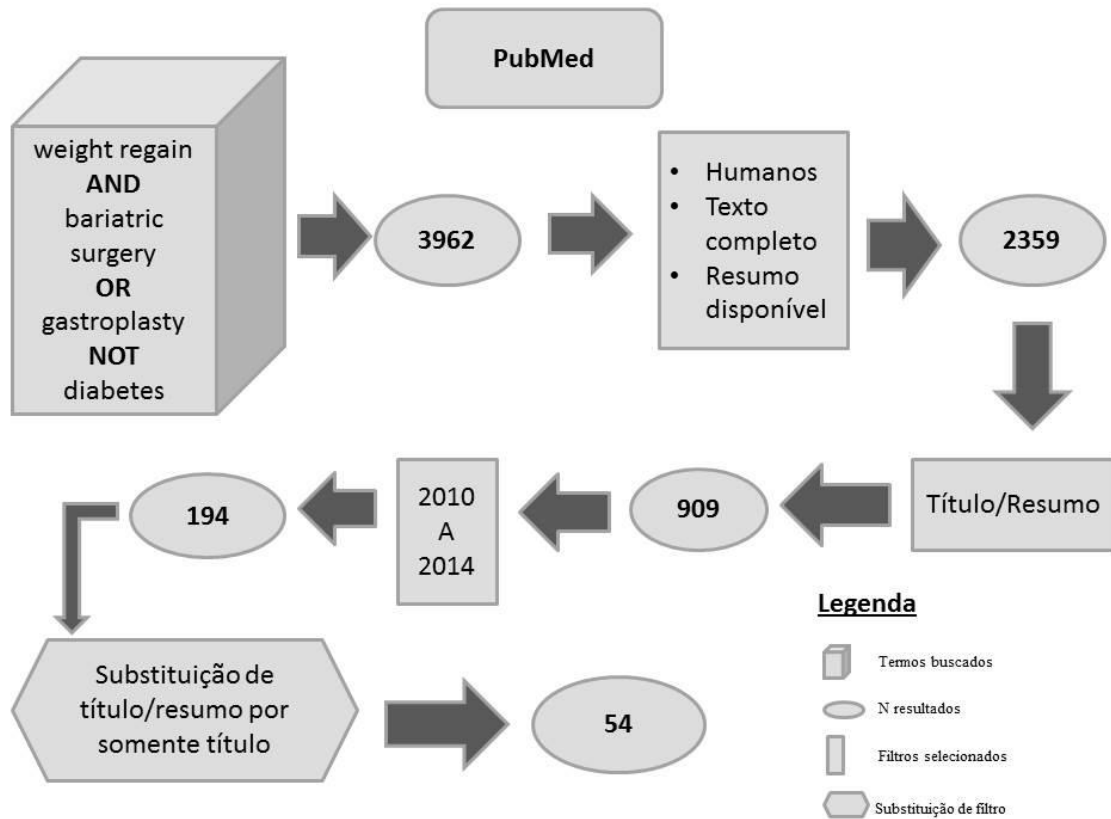
³¹ Artigos sobre humanos, pois este trabalho trata exclusivamente da obesidade humana. Disponibilidade do texto completo, porque a impossibilidade da leitura do artigo significaria a impossibilidade de sua análise. Disponibilidade de resumo para facilitar a seleção através dos critérios de inclusão/exclusão explicados adiante.

³² Havia a possibilidade de utilizar os filtros temporais pré-estabelecidos pelo PubMed, entretanto eles resultam em cortes inexatos, que abrangeriam desde 2009 até 2014. Este resultado seria incompatível com o recorte dos últimos 5 anos proposto.

³³ Não há problema na data pesquisada ser posterior à data da pesquisa, pois alguns artigos são disponibilizados na internet antes de sua data de publicação.

(2014) e janeiro (2015)³⁴. Sempre realizadas no fim da segunda quinzena do mês, por conta de detalhes do período de inclusão e revisão dos artigos pelo próprio PubMed.

Ilustração – 1: Metodologia.



Fonte: O autor, 2015.

Na busca de 17 de novembro de 2014, apareceram dois novos resultados no PubMed qualificados para o banco³⁵: Ambos tratavam sobre a cirurgia bariátrica enquanto tratamento para obesidade. Chegou-se a um novo total, após a seleção, de 51 artigos. Esta foi a última busca que apresentou resultados novos.

A fim de ter absoluta certeza de não haver nenhum artigo negligenciado, primeiro foram comparados os totais a cada mês, e, posteriormente, foram comparados os títulos de

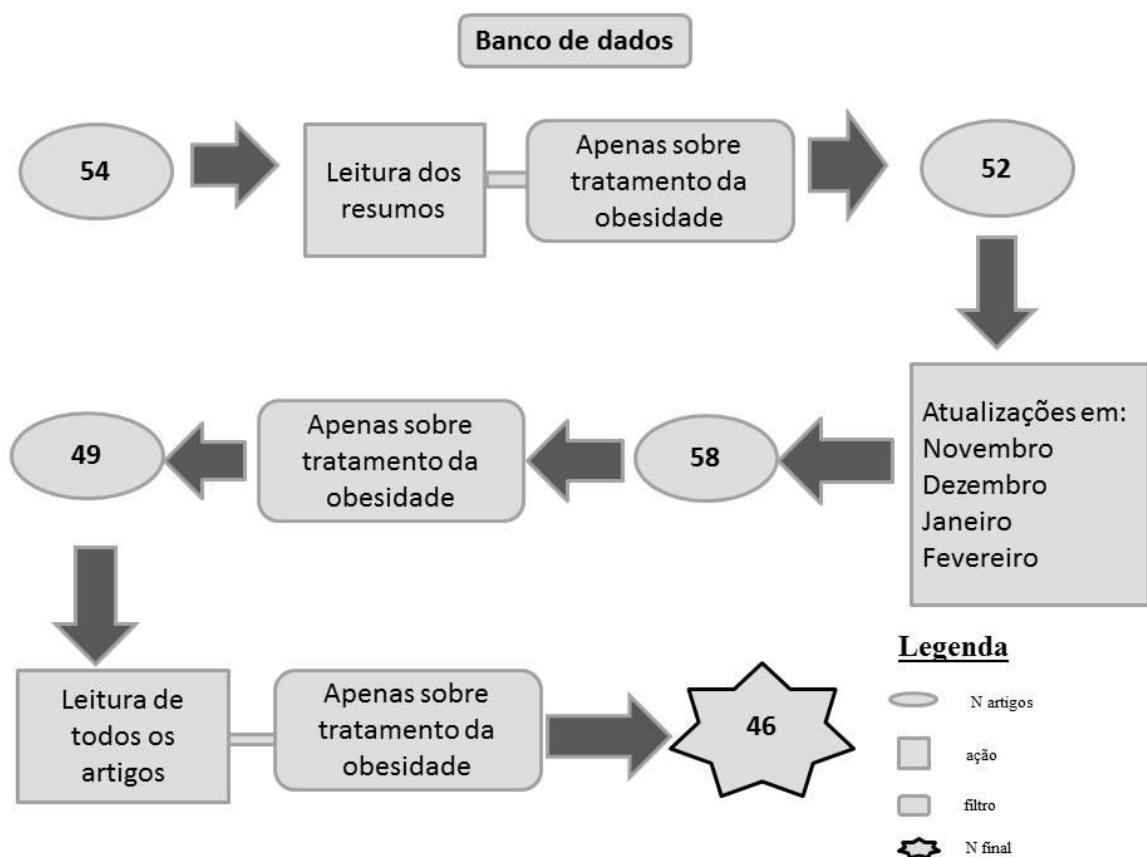
³⁴Em janeiro de 2015, foi realizada uma nova busca, evitando que artigos adicionados no PubMed nesse mês, mas datados por dezembro de 2014, fossem excluídos desta análise. Portanto, o filtro temporal nesta busca continuou sendo o mesmo: de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2014.

³⁵Outras das buscas de atualização apresentaram resultados novos, como a de janeiro de 2015. Porém, tais resultados não eram sobre gastroplastia para o tratamento da obesidade, e, portanto, não foram incluídos no banco de dados ou na análise.

todos os artigos. Desta maneira foi percebido que alguns artigos não apareciam em todas as buscas, por exemplo: havia artigos na busca de novembro que não voltavam a aparecer na de dezembro, mesmo tendo sido adotadas metodologias idênticas em ambas. Segundo o próprio tutorial do PubMed, isso pode acontecer, pois os artigos são adicionados ao banco de dados e depois revisados, os não adequados aos parâmetros PubMed são excluídos.

A melhor maneira encontrada para sanar a dúvida sobre as mudanças nos resultados foi repetir a busca. Em 28 de fevereiro de 2015, repetimos e encontramos um total de 58 artigos. Estes foram filtrados de acordo com o resumo, para restarem apenas os sobre gastroplastia para tratamento da obesidade: 49 artigos. Entretanto, alguns resumos não eram muito claros sobre o motivo da gastroplastia, e alguns artigos só apresentavam dados anteriores à realização da cirurgia. Nestes casos, houve uma exclusão posterior no banco de dados, após a leitura de todos os artigos, por não serem condizentes com o objetivo deste estudo. O resultado foram 46 artigos, este processo é resumido no seguinte esquema:

Ilustração – 2: Filtração.



Fonte: O autor, 2015.

2.2 Análise dos resultados

Os artigos do banco definitivo foram organizados no *software* Excel. Nesta organização foram utilizadas as categorias: título, periódicos, data, autores, resumo³⁶, nº na busca³⁷, e país. A planilha do Excel foi exportada para o programa SPSS, com o propósito de produzir gráficos e tabelas descritivas³⁸.

Todos os artigos foram lidos e analisados com auxílio de questionário elaborado através do *software* Sphinx. Foi realizada, então, uma análise do discurso médico sobre os casos onde a cirurgia bariátrica não apresenta “sucesso”; através de uma revisão bibliográfica, tendo como instrumento o mencionado questionário elaborado no Sphinx³⁹. As respostas que não envolviam citações foram padronizadas para facilitar as análises e a criação de tabelas.

2.2.1 O questionário

O questionário utilizado na análise é constituído de 45 questões e está no apêndice 2. Uma primeira versão foi elaborada e testada nos 10 primeiros artigos do banco (apêndice 1) Nesta sessão serão problematizadas as questões possivelmente causadora de dúvidas, números: 2 e 31.

Questão 2 – Qual a data da publicação?

Esta questão é redundante, pois a data de publicação já aparece no banco de dados do *Excel*. A finalidade da repetição foi a possibilidade de conferir as respostas e ter certeza de haver o mesmo número de objetos em ambos bancos (o feito manualmente pelo *Excel* e o elaborado automaticamente ao inserir as respostas no *Sphinx*). Outras questões aparecem em ambos e poderiam servir, entretanto seriam respostas maiores – como o título do artigo ou do

³⁶ Este resumo não é o mesmo disponibilizado no artigo. É um resumo em uma pequena frase, para categorizar facilitar a identificação do tema do artigo.

³⁷ O campo “nº na busca” é fundamental para a localização dos artigos no arquivo de catalogação completa dos resultados. O arquivo foi gerado pelo próprio PubMed, o qual permite transformar as buscas em arquivos de texto, ou enviá-las por e-mail.

³⁸ Como será apresentado adiante.

³⁹ Apêndice 2.

periódico – causando uma maior possibilidade de confusão na comparação: uma simples letra fora do lugar seria o suficiente para respostas como títulos não serem encontrados nos dois bancos.

Questão 31 - Há menção à participação de outros profissionais da saúde no período de tratamento?

A questão 31 pode parecer similar às questões 18 e 19, respectivamente: “Quais profissionais da saúde acompanharam o paciente até a realização da cirurgia?”; e “Quais profissionais da saúde acompanharam o paciente após a realização da cirurgia?”. A diferença é o foco no tratamento gastroplástico da obesidade. A número 18 e a número 19 focam em profissionais cujo envolvimento esteja estritamente relacionado à execução da cirurgia. Enquanto a 31 se refere a qualquer outro tratamento realizado concomitante à gastroplastia; pois existem casos, como os psiquiátricos, nos quais a cirurgia não é indicada.

2.3 O objeto

Há uma predominância de artigos sobre aspectos cirúrgicos da recidiva de engorda ou da dificuldade de manutenção do peso. Estes “insucessos” da cirurgia são apontados muitas vezes como defeitos ou mudanças na anatomia cirúrgica (como deslocamento ou erosão do anel gástrico). Outras intervenções focadas no sistema digestivo – tanto cirúrgicas, quanto endoscópicas e medicamentosas – são os tratamentos mais relatados quando é pretendido que o paciente volte a perder peso ou não recupere o peso já perdido.

A maioria dos artigos relata problemas técnicos, como a colocação de banda gástrica. As soluções para conter o acúmulo de gordura envolvem um reposicionamento do anel através de endoscopia ou uma “conversão” em outro método cirúrgico. Dessa forma, a culpa da volta a engordar é colocada em falhas do procedimento e poucos artigos abordam outros fatores nesse processo. O papel do paciente nessa re-engorda não costuma ser abordado, o que está de acordo com a bibliografia sobre medicalização, a qual desresponsabiliza o indivíduo por sua condição (CONRAD, 2007).

Tabela – 3: Frequência dos periódicos.

	Frequency	Percent
Obes Surg	16	34,8
Surg Endosc	3	6,5
Gastrointest Endosc	2	4,3
Surg Obes Relat Dis	2	4,3
Abdom Imaging	1	2,2
Aesthetic Plast Surg	1	2,2
Ann Surg	1	2,2
Arq Bras Cir Dig	1	2,2
Conn Med	1	2,2
Cytokine	1	2,2
Endokrynol Pol	1	2,2
Int J Obes (Lond)	1	2,2
J Bras Pneumol	1	2,2
J Clin Endocrinol Metab	1	2,2
J Clin Neurosci	1	2,2
J Gastrointest Surg	1	2,2
J Obes	1	2,2
Metab Syndr Relat Disord	1	2,2
Nutr Metab Cardiovasc Dis	1	2,2
PLoS One	1	2,2
Rev Assoc Med Bras	1	2,2
Rev Bras Fisioter	1	2,2
Rev Col Bras Cir	1	2,2
Rev Mal Respir	1	2,2
Sao Paulo Med J	1	2,2
Surg Laparosc Endosc	1	2,2
Percutan Tech	1	2,2
Surgery	1	2,2
Total	46	100,0

Fonte: O autor, 2015.

Nenhum artigo descreve a experiência do pós-operado além das consequências puramente biológicas, porém alguns citam aplicação do questionário sobre qualidade de vida BAROS, e seu resultado (em score). Dificuldades de adesão à nova forma de alimentação, assim como tentativas de re-educação alimentar não são descritas. Alguns descrevem a alimentação pós-cirúrgica, em termos nutricionais, e a experiência do paciente costuma não ser abordada.

Isto é explicado pois há uma concentração (24 de 46) dos objetos em periódicos sobre cirurgia: apenas *Obes Surg* contém 16 dos artigos, sendo o periódico de maior frequência (tabela 3). Além disso, as publicações cirúrgicas, pela natureza de sua matéria, enfatizam aspectos anatômicos. A maioria dos periódicos apresenta frequência igual a um. Outros três (1f=3; 2f=2) periódicos apresentam frequência maior que um: dois sobre cirurgia, e um sobre endoscopia. Não há nenhum trabalho nos resultados da área de psicologia ou psiquiatria.

A metodologia aplicada neste estudo, buscando por termos como “gastroplastia” e “cirurgia bariátrica”, possivelmente foi responsável pela distribuição da frequência. Entretanto, causou surpresa a elevada discrepância, tendo em vista o aspecto multidisciplinar do tratamento cirúrgico da obesidade.

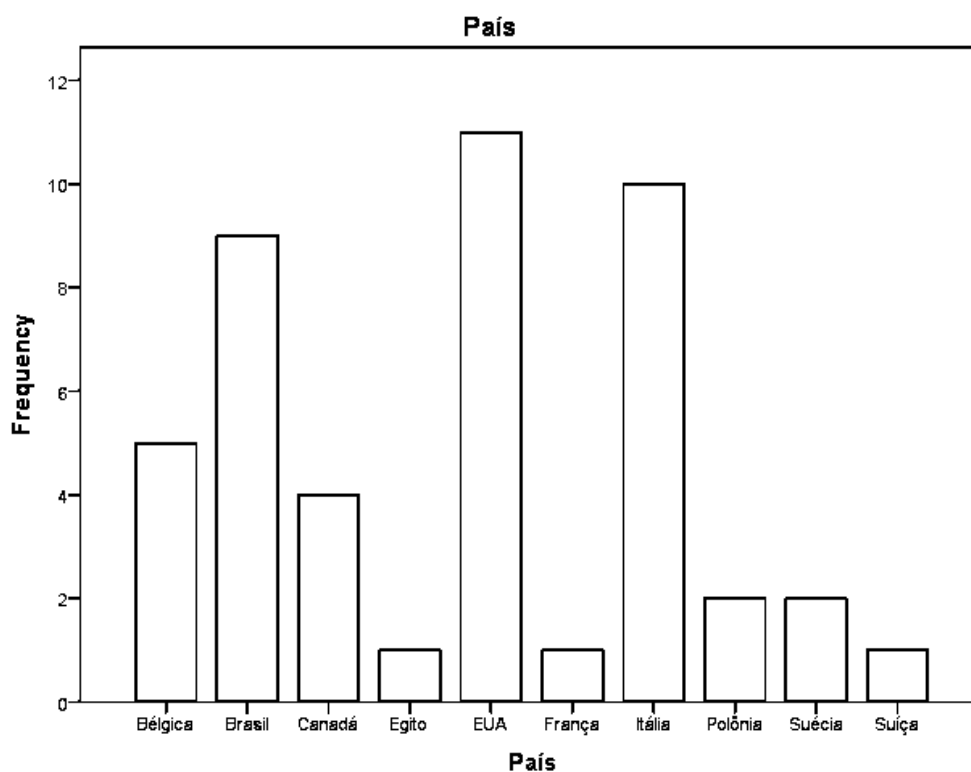
Um viés recorrente nos artigos é a falta de adesão às pesquisas de longo prazo. A maioria dos pesquisados não continua até o fim, mesmo quando os dados são obtidos concomitantemente ao acompanhamento pós-cirúrgico – a revisão de prontuários é um método recorrente. A saída nestes casos não é exclusiva da pesquisa, o paciente pára de frequentar também as consultas de acompanhamento. Um dos motivos do abandono é a recidiva de engorda, ou a dificuldade de manutenção do peso, nestas o paciente poderia se enquadrar na condição de sobrepeso ou, novamente, na condição de obeso – e assim a consulta voltaria a ser um contato misto, podendo fazer o paciente se sentir envergonhado.

Dentre os objetos, uma maioria das publicações é em Inglês⁴⁰, mesmo quando os autores são de países cujo idioma oficial é outro. Os artigos concentram pesquisadores/pesquisas de 10 países: Bélgica, Brasil, Canadá, Egito, EUA, França, Itália, Polônia, Suécia e Suíça. Os Estados Unidos são responsáveis pelo maior número de artigos,

⁴⁰ Como havia apenas objetos em Inglês, Português e Francês as leituras foram feitas de acordo com o idioma do primeiro pdf obtido. Por isso estes três idiomas aparecem nas citações.

11. Em seguida, Itália com 10, e o Brasil, 9⁴¹. A Bélgica apresenta 5 artigos; o Canadá, 4; Polônia e Suécia, 2 cada. Os demais países proporcionaram apenas uma publicação, na amostra selecionada (Ilustração 2).

Ilustração – 3: Realização de cirurgia bariátrica por país.



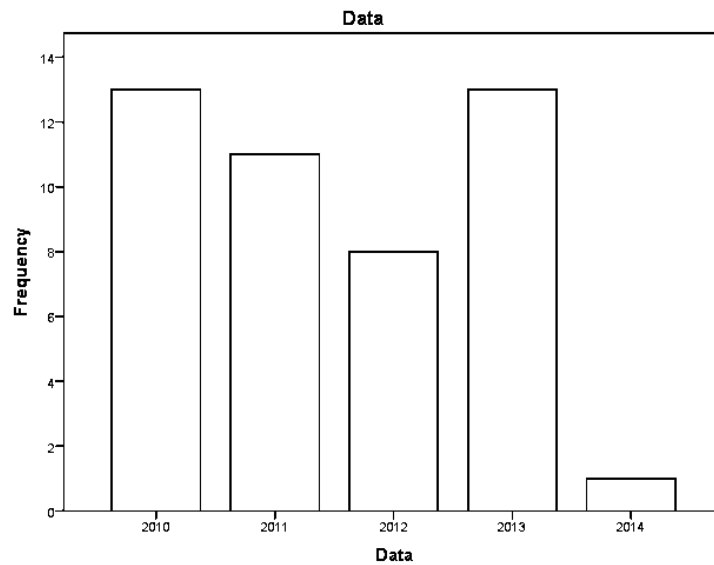
Fonte: O autor, 2015.

O periódico de maior frequência, *Obesity Surgery* é a publicação oficial da *International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders* (IFSO). Em seu website, é apresentado como um periódico para cirurgiões bariátricos/metabólicos; e, paradoxalmente, como um fórum interdisciplinar. No fim de sua autodescrição, é também apresentado enquanto ferramenta capaz de beneficiar cirurgiões, endoscopistas, anestesistas, equipe de apoio, enfermeiras, psiquiatras, psicólogos, internos, *nutritional scientists*, *dietitians*, e *those dealing with eating disorders*.

⁴¹ É interessante sinalizar: em todo o procedimento de busca, com suas adições e exclusões, houve momentos nos quais o Brasil se igualou à Itália, apresentando também 10 publicações.

A distribuição anual dos artigos (Ilustração 3) diminuiu gradualmente entre 2010 e 2012. Em 2013 houve um aumento, sendo este ano e o de 2010 os de maior frequência (n=13). No ano de 2014 houve uma grande queda, é o ano com menos publicações sobre o assunto, apenas uma.

Ilustração – 4: Número de publicações por ano.



Fonte: O autor, 2015.

3. OS ARTIGOS

3.1 A quais áreas interessa a cirurgia bariátrica?

Na análise dos periódicos⁴² pelas áreas em que se enquadram há uma predominância de temas relacionados a cirurgias, seja especificamente de cirurgia da obesidade (os que apresentam maior frequência) ou não. Periódicos relativos à endoscopia aparecem com a segunda maior frequência (n=5), por causa do papel endoscópico no acompanhamento estomacal pós-cirúrgico, e também pelo aparecimento de uma técnica cirúrgica mais recente: TOGa. Esta técnica cirúrgica é realizada por via oral, apresentando resultados similares aos de outras cirurgias da obesidade:

"The TOGa® is an incision-free procedure, performed under general anesthesia, which uses a set of flexible staplers introduced through the mouth and esophagus to create a sleeve in the stomach." (NANNI *et al*, 2012, p. 1898)⁴³

O fato de TOGa ser menos invasivo tem sido considerado uma grande vantagem, pois descomplica o pós-operatório e diminui as complicações no caso de uma re-operação se tornar necessária:

"TOGa is a new restrictive bariatric procedure performed by endoscopic approach which may soon become part of our armamentarium for managing morbid obesity. As a restrictive procedure, it should not compromise the performance of another surgery if required." (CLOSSET *et al*, 2011, p.2-3)⁴⁴

Como explicitado anteriormente, o CFM considera equipe obrigatória no acompanhamento da gastroplastia: cirurgião com formação específica, endocrinologista, nutrólogo ou nutricionista, psiquiatra ou psicólogo (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013)⁴⁵. Destas áreas, apenas endocrinologia e nutrição estão representadas na amostra, e com uma frequência reduzida: nutrição um artigo, e endocrinologia dois (incluindo aqui a categoria "síndrome metabólica").

⁴² Neste capítulo há citações dos artigos, todos as que não são em Português recebem tradução livre da autora em nota de rodapé.

⁴³ Toga é um procedimento sem incisão, executado sob anestesia geral, utilizando um conjunto de grampeadores flexíveis introduzidos através da boca e esôfago para criar um *sleeve* no estômago.

⁴⁴ TOGA é um novo procedimento bariátrico restritivo executado por abordagem endoscópica o qual pode em breve se tornar parte de nosso arsenal para o controle da obesidade mórbida. Enquanto procedimento restritivo, não deve comprometer a execução de uma necessária re-operação.

⁴⁵ Em 2013, a ANS reviu seu rol de procedimentos obrigatórios e garantiu tais atendimentos para os clientes gastroplastizados de planos de saúde.

Estas frequências (tabela 3), tais como os textos dos artigos, evidenciam a predominância de seus aspectos anatômicos da obesidade. Há uma concepção da obesidade como algo restrito ao estômago, e sua definição multifatorial (COUTINHO,1999) não costuma ser abordada. Ainda que a intervenção cirúrgica não apresente o resultado esperado – há a volta a engordar ou emagrecimento insuficiente – é mantida a opção por um reparo puramente cirúrgico⁴⁶. Mesmo nos artigos sobre re-operação, quando a primeira intervenção não obteve “sucesso”, a efetividade da gastroplastia não costuma ser criticada. A seguinte citação é de um dos artigos que são exceção, fazendo algum tipo de crítica ao processo cirúrgico. Porém a motivação da crítica não perpassa a questão do emagrecimento – a paciente teve problemas decorrentes da má-absorção de zinco e a crítica se limita à combinação desaconselhadas de técnicas cirúrgicas:

"Moreover, the combination of jejunoileal bypass and vertical gastroplasty has been banned from bariatric surgery procedures in Brazil and worldwide. In view of the need to regulate morbid obesity surgery, the Brazilian Medical Council determined in 2001 that jejunoileal bypass and its variations performed solely in the small intestine (malabsorptive surgery) should be outlawed, because of the high incidence of the late metabolic and nutritional complications." (CUNHA et al, 2012, p.333-334)⁴⁷

3.2 Métodos

A maioria dos *abstract* possui o campo para métodos. Todavia, alguns artigos o utilizaram para descrever o método utilizado na cirurgia, e não o utilizado na pesquisa, nesses casos o método foi inferido. Quando a descrição metodológica fazia parte do texto, foi dada preferência à descrição já fornecida. Este é o motivo de haver algumas descrições metodológicas mais detalhadas do que outras, como a classificação em randomizado ou não.

⁴⁶ Será aprofundado em outra questão

⁴⁷ Além disso, a combinação de bypass jejunoileal e gastroplastia vertical foi banida dos procedimentos de cirurgia bariátrica no Brasil e no mundo. Em vista da necessidade de regular as cirurgias da obesidade mórbida, o Conselho Federal de Medicina determinou em 2001 que o bypass jejunoileal e suas variações executadas somente no intestino delgado (cirurgia disabsortiva) são proibidas, por causa da alta incidência de complicações metabólicas e nutricionais a longo prazo.

Tabela – 4: Periódicos por área.

Área do Periódico	N	n%
Cirurgia da obesidade	18	39,1%
Cirurgia	3	6,5%
Cirurgia endoscópica	3	6,5%
Medicina	3	6,5%
Endocrinologia	2	4,3%
Obesidade	2	4,3%
Cirurgia digestiva	1	2,2%
Cirurgia gastrointestinal	1	2,2%
Cirurgia laparoscópica	1	2,2%
Cytokine	1	2,2%
Doenças respiratórias ⁴⁸	1	2,2%
Endoscopia clínica	1	2,2%
Endoscopia gastrointestinal	1	2,2%
Fisioterapia	1	2,2%
Imagem abdominal	1	2,2%
Neurociência	1	2,2%
Nutrição, metabolismo e doenças cardiovasculares	1	2,2%
Plastic surgery	1	2,20%
Plos one	1	2,20%
Pneumologia	1	2,20%
Síndrome metabólica	1	2,20%
Total	46	100,0%

Fonte: O autor, 2015.

Como é perceptível na tabela 4, a maioria dos estudos são longitudinais prospectivos ou retrospectivos. Os prospectivos são dados coletados em diversos momentos em relação às

⁴⁸A categoria “doenças respiratórias” aparece separadamente de “pneumologia”, pois as doenças respiratórias vão além do circunscrito na pneumologia, envolvendo diversas outras áreas, como imunologia e fisioterapia. Portanto, foi diferenciada a classificação, dando preferência à descrição do próprio periódico, intitulado “Revue des Maladies Respiratoires”. Esta escolha foi feita pois no banco há artigos de outras áreas, como fisioterapia, totalmente voltados para aspectos respiratórios.

cirurgias (tanto antes quanto posteriormente), durante o acompanhamento médico. Já os retrospectivos são, em sua maioria, análises de prontuários.

Os estudos de caso são referentes a pacientes com complicações decorrentes da cirurgia (acrodermatite⁴⁹, doença de Wernicke⁵⁰, hérnia paraesofágica⁵¹ ou fístula gastrogástrica⁵²). Os ensaios clínicos são para comparação dos desfechos de diferentes técnicas cirúrgicas. O estudo descritivo e a revisão bibliográfica também comparam técnicas cirúrgicas, mas sem apresentarem dados novos, revendo dados já elaborados em outros estudos. O estudo piloto é sobre a viabilidade da gastroplastia de sleeve por via endoscópica.

Tabela – 5: Frequência dos métodos.

Quais os métodos utilizados na pesquisa?	N	N%
Estudo longitudinal retrospectivo	13	28,30%
Estudo longitudinal prospectivo	11	23,90%
Estudo de caso	4	8,70%
Ensaio clínico	3	6,50%
Estudo transversal	3	6,50%
Ensaio clínico randomizado	2	4,30%
Avaliação longitudinal da respiração	1	2,20%
Ensaio clínico prospectivo com grupo controle	1	2,20%
Ensaio clínico prospectivo não-randomizado	1	2,20%
Estudo descritivo	1	2,20%
Estudo longitudinal com dados prospectivos e retrospectivos	1	2,20%
Estudo longitudinal retrospectivo não-randomizado de curto prazo	1	2,20%
Estudo piloto de viabilidade	1	2,20%
Estudo prospectivo observacional	1	2,20%
Revisão bibliográfica	1	2,20%
Survey por correspondência	1	2,20%
Total	46	100,00%

Fonte: O autor, 2015.

“Behavioral Predictors of Weight Regain after Bariatric Surgery” é o mais diferenciado no âmbito metodológico. É o único a relatar uma busca ativa pelos objetos, todos

⁴⁹ CUNHA et al, 2012.

⁵⁰ KUHN et al, 2012.

⁵¹ KHAN; LEE; ACKROYD, 2010.

⁵² MASELLI et al, 2011.

os outros retratam apenas os pacientes que já faziam parte de um acompanhamento. Neste, questionários foram enviados para os gastroplastizados da instituição em questão, os respondidos foram selecionados e analisados:

“Surveys were mailed to 1,117 patients. A total of 278 surveys (24.8%) were returned; of these, 233 had completed all entry data. Patients that were less than 1-year postoperative (n=30) were excluded, leaving 203 subjects for the final analysis in order to identify a group of patients with sufficient time to have incurred weight regain.” (ODOM et al, 2010, p. 350)⁵³

3.3 Tempo entre a cirurgia e a coleta de dados

Como explicado no capítulo dois, artigos apresentando dados apenas anteriores à cirurgia foram descartados, ou seja, este banco consiste somente de publicações contendo dados obtidos após a cirurgia. Pois o objetivo é o desfecho pós-cirúrgico e não sua preparação anterior ou sua execução.

Dez dos 46 artigos não informam exatamente o tempo decorrido entre a cirurgia e a coleta de dados. Um dos motivos é alguns deles tratarem de uma segunda ou terceira⁵⁴ intervenção cirúrgica, mais recentes, definindo a variação entre estas e a coleta. Porém, nesta questão, pretendemos mensurar quanto tempo passou entre a coleta de dados e a primeira intervenção cirúrgica. Além disso, há entre os objetos uma revisão bibliográfica classificada também como *missing* nesta variável.

Cinco dos inclusos no banco começaram a coleta de dados antes da cirurgia. Todos estes continuam o acompanhamento até 3 meses depois; 4, até 6 meses depois. Três coletam dados também 1 e 2 anos após a cirurgia, um chega a três anos de acompanhamento.

Nove das publicações acompanharam os pacientes por até 12 meses; cinco, até 24 meses. A maioria dos artigos (21) retrata casos passados dois anos da cirurgia. Há, inclusive um⁵⁵ retratando casos de até 30 anos após a primeira gastroplastia. Isto pode parecer contrastar com a literatura sobre o assunto, a qual retrata dificuldade no acompanhamento a longo prazo dos gastroplastizados, portanto estes casos serão detalhados. Na tabela 6 estão os

⁵³ Os surveys foram enviados a 1.117 pacientes. Um total de 278 surveys (24,8%) foi devolvido; desses, 233 foram preenchidos completamente. Pacientes com menos de 1 ano de pós-operatório (n=30) foram excluídos, deixando 203 objetos para a análise final a fim de identificar o grupo de pacientes com tempo suficiente para apresentar re-ganho de peso.

⁵⁴ Problematizado na questão 15.

⁵⁵ Revisional surgery for failed vertical-banded gastroplasty

títulos de todos os estudos que afirmavam haver mais de dois anos da operação, assim como a variação temporal. Há casos com distâncias temporais variadas, pois acompanham diversos pacientes, nestes somente as maiores estão retratadas na tabela.

Os que abordam revisões cirúrgicas acompanham os pacientes até 30 anos após a primeira intervenção, pois o contato com esses pacientes acontece quando já passou muito tempo desde a gastroplastia inicial. Outros, como o primeiro na tabela, acompanham os pacientes por anos seguidos, porém o número de pacientes “perdidos” durante esses anos costuma ser elevado; porque, na maioria dos casos, os dados são obtidos nas consultas de acompanhamento, e a terapêutica cirúrgica da obesidade apresenta uma reduzida aderência a longo prazo (FARIA et al, 2010), impedindo a continuidade na pesquisa. Alguns artigos citam essas perdas, as quais têm variados motivos, mas, em grande parte, perpassam a vontade do paciente de não querer mais participar do estudo⁵⁶:

“Initially, 30 individuals were assessed in each group. (...) **After approximately three years, 17 participants** were reassessed. Sample losses were due to the following reasons: acute myocardial infarction (n=1), pregnancy (n=1), moving to another state (n=1), failure to contact due to change of address or telephone (n=3) and **refusal to participate in follow-up** (n=7).” (FERREIRA et al, 2012, p.277)⁵⁷

“Dentre um universo de **202 pacientes, 82 não foram localizados**, 26 engravidaram, seis residiam em outros estados, quatro morreram, dois apresentaram complicações no pós-operatório, 14 não compareceram à entrevista agendada, **sete não aceitaram participar da pesquisa** e um foi excluído por apresentar diagnóstico de câncer, totalizando **142 exclusões**.” (BASTOS et al, 2013, p. 27)

“A total of 73 patients were excluded because they **were lost** to, leaving 874 patients for analysis (...).” (PATA et al, 2013, p.414)⁵⁸

“At the 96-month follow-up assessment, 23 patients were unavailable because **three refused** to complete the follow-up evaluation; nine (18.4%) underwent band removal because of pouch dilation with or without band slippage; three (6.1%) underwent band removal due to GERD; seven (14.3%) were noncompliant or referred for severe food intolerance, poor weight loss, or weight regain and subsequently underwent reoperation with band removal and conversion to another bariatric procedure (VGB for 3 and gastric bypass for 4 patients); and 1 (2%) with band erosion required reoperation with band removal.” (REBECCHI et al, 2011, p.797-798)⁵⁹

⁵⁶ Todos os grifos nas citações são da autora.

⁵⁷ Inicialmente, 30 indivíduos foram avaliados em cada grupo. (...) Após aproximadamente três anos, 17 participantes foram re-avaliados. Perdas na amostra ocorreram devido às seguintes razões: infarto agudo do miocárdio (n=1), gravidez (n=1), mudança para outro estado (n=1), falha no contato devido a mudanças de endereço ou telefone (n=3) e recusa a participar do acompanhamento (n=7)”

⁵⁸ Um total de 73 pacientes foi excluído porque foram perdidos, restando 874 pacientes para análise (...).

⁵⁹ No 96º mês da avaliação de acompanhamento, 23 pacientes estavam indisponíveis porque três recusaram a completar o acompanhamento, nove (18,1%) se submeteram à remoção da banda por causa de dilatação da bolsa gástrica com ou sem deslocamento da banda; três (6,1%) tiveram a banda removida devido a refluxo

“The study **excluded** individuals who did not adhere to the proposed eating plan or **who did not return regularly to the practice** in the 3-month period of the intervention.” (FARIA et al, 2010, p.136)⁶⁰

Tabela – 6: Tempo de acompanhamento por artigo.

Título artigo	Tempo decorrente da gastroplastia
Evolution of respiratory muscle strenght in post-operative gastroplasty	Antes da cirurgia, e após: 1 mês, 6 meses e 36 meses
Nutritional Management of Weight Regain After Bariatric Surgery	>2 anos
Are laparoscopic gastric bypass after gastroplasty and primary laparoscopic gastric bypass similar in terms of results?	Até 5,5 anos
Unexpected changes in the gastric remnant in asymptomatic patients after roux-en-y gastric bypass on vertical banded gastroplasty	Até 5 anos
Endoscopic management of eroded prosthesis in vertical banded gastroplasty patients	Até 15 anos
Revision of vertical banded gastroplasty complicated by a large para-esophageal hernia	> 10 anos
Revision to malabsorptive roux-en-y gastric bypass (MRNYGBP) provides long-term (10 years) durable weight loss in patients with failed anat	Até 23 anos
Revisional surgery for failed vertical-banded gastroplasty	Até 30 anos
Rejecting the demise of vertical-banded gastroplasty: a long-term single-institute experience	Até 11 anos
Sleeve gastrectomy as revisional procedure for failed gastric banding or gastroplasty	>7
Laparoscopic revision of vertical banded gastroplasty to Roux-en-Y gastric bypass: outcomes of 105 patients	26 anos
Laparoscopic Sleeve Gastrectomy as Revisional Surgery in a Vertical Gastroplasty With Gastrogastric Fistula: A Simplified Technique	3 anos
Gastroesophageal Reflux after Vertical Banded Gastroplasty is Alleviated by Conversion to Gastric Bypass	Até 11 anos
Perioperative outcomes of revisional laparoscopic gastric bypass after failed adjustable gastric banding and after vertical banded gastroplasty	≥ 20 anos
Short-term use of liraglutide in the management of patients with weight regain after bariatric surgery	>2 anos
DETERMINANTS OF WEIGHT REGAIN AFTER BARIATRIC SURGERY	≥ 2 anos
10-year Follow-up of Laparoscopic Vertical Banded Gastroplasty	10 anos
Natural Orifice Surgery: Endoluminal Pouch Reduction Following Failed Vertical Banded Gastroplasty	>2 anos
Biliopancreatic diversion with transient gastroplasty and duodenal switch: Long-term results of a multicentric study	Até 15 anos
Gastroesophageal reflux disease and esophageal motility in morbidly obese patients submitted to laparoscopic adjustable silicone gastric ba	Até 8 anos
Associations of markers in 11 obesity candidate genes with maximal weight loss and weight regain in the SOS bariatric surgery cases	6 anos de acompanhamento
Increased Postprandial Energy Expenditure May Explain Superior Long Term Weight Loss after Roux-en-Y Gastric Bypass Compared to Vertical	9 anos

Fonte: O autor, 2015.

Como mencionado no primeiro capítulo, as consultas médicas são contatos mistos, nos quais o estigmatizado fica na incerteza de qual categoria será enquadrado (GOFFMAN, 1963). Por ocasião da consulta serão realizadas diversas medições, como pesagem e antropometria, estas podem servir pra indicar se houve emagrecimento, engorda, e se a faixa de IMC é a de obeso (e qual grau), ou sobrepeso. Outros parâmetros servem para o paciente se

gastroesofágico, sete (14,3%) não se recusaram ou tiveram intolerância alimentar severa, pouca perda de peso, ou reganho ponderal e subsequentemente foram submetidos a re-operação para remoção da banda e conversão para outro procedimento (VBG para 3 pacientes, bypass gástrico para 4); e 1 (2%) com erosão da banda necessitou ser re-operado para sua remoção.

⁶⁰O estudo excluiu indivíduos que não aderiram à dieta proposita ou que não retornaram regularmente para consultas nos três meses de intervenção.

perceber gordo ou não, como as roupas que deixam de caber (GONÇALVES, 2006); entretanto a consulta médica envolve o inevitável olhar do outro.

Como justificativa da baixa adesão também há o quão custoso e quanto tempo demanda para o paciente participar do acompanhamento posterior. Um estudo realizado em Santa Catarina, na ocasião de consultas médicas, reflete alguns pacientes como faltantes ao acompanhamento pois moram longe e com o tempo acabam abandonando o acompanhamento por completo (SANT'HELENA, DEL PRÁ, 2013).

Apenas um artigo (LEURATTI; SIMONE; CARIANI, 2013) não fez menção a dificuldades à aderência. Por outro lado, “Rejecting the Demise of Vertical-Banded Gastroplasty” é o mais ilustrativo da perda contínua de pacientes, fornecendo inclusive uma tabela:

“Patients were followed up for an average of 8 years (range 5–11). The average of percentages of patients who were lost to follow-up was 20.9 % (range 2–32.4 %).” (BEKHEIT et al, 2013, p. 1605)⁶¹

Tabela – 7: Pacientes que não seguem acompanhamento.

Table 1 Numbers of patients lost to follow up at 5–11 years

	Males, <i>n</i> (%)	Lost Males, <i>n</i> (%)	Females, <i>n</i> (%)	Lost females, <i>n</i> (%)	Lost total, <i>n</i> (%)	Total, <i>n</i>
5 years	42 (28)	1 (2.4)	108 (72)	2 (1.9)	3 (2)	150
6 years	36 (25.7)	7 (19.4)	104 (74.3)	15 (14.4)	22 (15.7)	140
7 years	31 (26.1)	6 (19.4)	88 (73.9)	23 (26.1)	29 (24.4)	119
8 years	36 (31.6)	13 (36.1)	78 (68.4)	23 (29.5)	36 (31.5)	114
9 years	22 (30.1)	5 (22.7)	51 (69.9)	10 (19.6)	15 (20.5)	73
10 years	22 (32.4)	7 (31.8)	46 (67.6)	15 (32.6)	22 (32.4)	68
11 years	17 (42.5)	4 (23.5)	23 (57.5)	4 (17.4)	8 (20)	40

Fonte: .BEKHEIT et al, 2013, p. 1605.

Os estudos que fornecem informações com uma variação temporal maior desde a gastroplastia não retratam um acompanhamento contínuo. São contatos decorrentes de novas intervenções, seja para perda de peso, ou para retirada da banda gástrica, a qual pode sofrer erosão:

“The patients presented with the eroded band a mean of 10 years (6–15 years) after the VBG placement.” (KARMALI et al, 2012, p. 100)⁶²

⁶¹ Pacientes foram acompanhados por uma média de 8 anos (amplitude 5-11). A média das porcentagens de pacientes perdidos durante o acompanhamento foi 20,9% (amplitude 2-32,4%)

“A total of 34 patients with a previous open VBG underwent revision over a nearly 8-year period (January 2003 to September 2010). Conversion to RYGB was performed in 25 (four laparoscopically) and VBG reversal in nine patients. Mean age for all patients was 56.3 years (range 36–70), and VBG had been performed 23 years previously (range 16–30).” (TEVIS; GARREN; GOULD, 2011, p.1220)⁶³

“The mean interval between the primary and revisional surgery was 7.54 ± 4.8 years.” (FOLETTTO et al, 2010, p.148)⁶⁴

“Mean time from the initial VBG to conversion was 132.1 months, and time from revisional surgery to follow-up recording was 46.6 days.” (EKELUND et al, 2012, p.852)⁶⁵

A cirurgia bariátrica é considerada o melhor tratamento para a obesidade mórbida a longo prazo, apesar dos trechos acima evidenciarem a necessidade de revisão cerca de 8 anos após a VBG. Ou seja, a gastroplastia é procurada enquanto uma solução única e definitiva para a obesidade, porém é apenas parte de um tratamento no qual é necessária a adesão do paciente, o acompanhamento e até intervenções cirúrgicas posteriores. Uma publicação no periódico **Obesity Surgery** reflete esta idéia:

“Bariatric surgery is an intervention that may mislead patients by creating the perception that a transient weight loss will automatically be permanent. Patients may rely on the surgical procedure to “cure their obesity” and falsely believe that it will inherently bring about the necessary behavioral changes to sustain weight loss and reduce mortality. This belief may further serve to heighten the risk of weight regain.” (ODOM et al, 2010, p.350)⁶⁶

Nesses dados, há também relatos de casos onde há grande ganho de peso. “Laparoscopic revision of vertical banded gastroplasty to Roux-en-Y gastric bypass: outcomes of 105 patients” relata a conversão cirúrgica, e nos chama a atenção, pois 16% dos seus pacientes pesavam mais antes da segunda operação do que na primeira:

⁶² Os pacientes apresentaram erosão de banda gástrica em média 10 anos (6-15 anos) após a realização da VBG.

⁶³ Um total de 34 pacientes anteriormente submetidos a VBG aberta receberam revisão após um período de aproximadamente 8 anos (janeiro de 2003 a setembro de 2010). A conversão para RYGB foi executada em 25 (4 laparoscópicas) e a VBG foi revertida em nove pacientes. A idade média de todos os pacientes foi 56,3 anos (amplitude 36-70), e VBG foi realizada 23 anos antes (amplitude 16-30).

⁶⁴ O intervalo médio entre a primeira cirurgia e sua revisão foi $7,54 \pm 4,8$ anos.

⁶⁵ O tempo médio entre a VBG inicial e sua conversão foi 132,1 meses, e o tempo entre a revisão para os dados de acompanhamento foi 46,6 dias.

⁶⁶ Cirurgia bariátrica é uma intervenção que pode confundir os pacientes por criar a percepção de que uma perda transitória de peso vai automaticamente ser permanente. Os pacientes podem depender do procedimento cirúrgico para ‘curar suas obesidades’ e falsamente acreditar que ele vai inerentemente trazer as mudanças comportamentais necessárias para sustentar a perda de peso e reduzir a mortalidade. Essa crença pode servir para aumentar ainda mais o risco de ganho ponderal.

“The median interval from the most recent VBG to RYGB revision was 8 years (range 1.4 –26). Of the 105 patients, 17 (16%) weighed more at their conversion to RYGB than at their initial VBG.” (GAGNÉ; DOVEC; URBANDT, 2011, p. 495)⁶⁷

Os trechos citados acima são, em sua maior parte, sobre uma revisão, ou seja, sobre uma segunda intervenção no estômago. Esta pode ter dois objetivos relacionados ao emagrecimento⁶⁸: frear uma volta a engordar ou fazer o paciente voltar a emagrecer, quando a perda de peso não for considerada suficiente⁶⁹. Mesmo quando é relatada a revisão por esses dois motivos, a efetividade do tratamento não é questionada:

“Bariatric surgery is the only intervention that has been demonstrated to result in long-term weight loss and a decrease in obesity related morbidity and mortality.” (TEVIS; GARREN; GOULD, 2011, p.1220)⁷⁰

No parágrafo seguinte à citação acima, há uma contradição: “Many VBG patients fail to lose or maintain significant weight loss.” (TEVIS; GARREN; GOULD, 2011, 1220)⁷¹. Esta contradição poderia ter sido ignorada, pois na segunda frase foi falada de um método específico *Vertical Banded Gastroplasty* (VBG), porém, na primeira é falada das intervenções cirúrgicas de uma maneira geral, contendo até VBG. Isto se repete em outros artigos, sugerindo uma hesitação em afirmar que as intervenções cirúrgicas podem não atingir seus objetivos a longo prazo. Assim como a recorrente busca por soluções anatômicas para o emagrecimento demonstra haver uma concepção de obesidade centrada no estômago, colocando este âmbito acima dos outros que a permeiam, e apesar da multiplicidade de profissionais envolvidos nesse tipo de tratamento – o qual vai além dos simples cirurgiões.

“Sleeve gastrectomy as revisional procedure for failed gastric banding or gastroplasty” se contradiz da mesma maneira:

“Bariatric surgery is considered the only effective long-term treatment of morbid obesity (...) From April 2005 through December 2008, 57 patients who had

⁶⁷ O intervalo médio entre VBG para a RYGB de revisão foi 8 anos (amplitude 1,4-26). Dos 105 pacientes, 17 (16%) pesavam mais por ocasião da conversão do que por ocasião da VBG inicial.

⁶⁸ Há casos onde a revisão é necessária por deficiências nutricionais, ou erosão do anel de silicone, entre outros fatores, os quais não serão abordados diretamente, pois não fazem parte do objetivo deste estudo, mas estão presentes em alguns dos objetos e, portanto, serão citados.

⁶⁹ Esta questão será problematizada posteriormente, assim como o cálculo do percentual de excesso de peso perdido.

⁷⁰ Cirurgia bariátrica é a única intervenção que demonstrou resultar em peso perdido a longo prazo e diminuição nas morbidades relacionadas à obesidade e mortalidade.

⁷¹ Muitos pacientes submetidos à VBG falham em perder ou manter perda de peso significativa.

provided informed consent underwent revisional LSG for weight loss failure or complications after LAGB or VBG.” (FOLETTTO et al, 2010, p.147)⁷²

O apontamento das cirurgias bariátricas enquanto método mais eficaz, apesar da recidiva de engorda, aponta haver o melhor resultado no emagrecimento e sugere haver neste método a menor recidiva. Nos métodos tradicionais de emagrecimento, por exemplo, há uma recidiva em até 2 anos. Percebe-se não haver nenhum tratamento contra a obesidade totalmente efetivo, esta pode ser uma consequência da cronicidade desta doença ou um reflexo da necessidade de sua abordagem ser realmente multiprofissional - uma vez que a obesidade pode apresentar origens biológicas, psicológicas ou comportamentais e cada uma dessas causas demanda diferentes tratamentos.

É importante pontuar estas incoerências nesta sessão, pois aqui estão citados os estudos com um maior período decorrido desde o início do tratamento e, por isso com maior possibilidade de re-ganho de peso. Entretanto, ela não se restringe às análises de longa duração, e será retomada posteriormente, quando discutirmos as soluções propostas para as dificuldades de manutenção do peso.

3.4 Técnicas cirúrgicas

Não cabe a esta dissertação comparar as atuações metabólicas e anatômicas de técnicas cirúrgicas, visto a formação da autora em Ciências Sociais. Todavia, seria relapso não citar quais são as técnicas mencionadas e buscar possíveis explicações para maiores frequências. Fundamental é salientar que o total de números de artigos nesta tabela é maior do número total de artigos no banco, pois alguns papers discutem mais de um modelo.

Na pergunta 15, estamos interessados na técnica da primeira cirurgia, portanto, somente estas aparecem na tabela 8. Nos casos de re-operação, o novo procedimento será apresentado ao analisarmos a questão 30.

As técnicas mais citadas são a VBG (gastroplastia vertical com banda) e o RYBG (bypass gástrico em Y de Roux). O RYBG é a prática mais executada no Brasil, e também a mais recomendada pelos objetos; enquanto a VBG já foi a mais usada, e agora é preterida pelo

⁷²Cirurgia bariátrica é considerada o único tratamento da obesidade mórbida eficaz a longo prazo. (...) Entre abril de 2005 e dezembro de 2008, 57 paciente que forneceram consentimento esclarecido se submeteram à LSG de revisão por causa de insucesso na perda de peso ou complicações depois de LAGB ou VBG.

RYBG. Essa maior frequência é decorrente justamente de serem práticas muito realizadas. Outra possível explicação para a alta frequência de VBG é (como citado na sessão anterior) os operados nesta modalidade terem dificuldades para perder peso ou mantê-lo. Portanto, a VBG aparece em 25 artigos pois muitos deles tratam de sua conversão para RYBG. Outros defendem essa modalidade, argumentando que uma boa seleção dos pacientes permite uma maior taxa de sucesso a longo prazo (SCOZZARI et al, 2010).

Tabela – 8: Frequência de técnicas cirúrgicas.

Técnica cirúrgica	Nº de artigos
VBG	25
RYGB	11
AGB	7
TOGa	6
Jejunioileal bypass	2
Banda gástrica	2
Bypass gástrico	1
Duodenal Switch	1
Magenstrasse and Mill	1
Scopinaro biliopancreatic diversion with transient gastroplasty and duodenal switch	1
VGB	1
VRG	1
Total	59

Fonte: O autor, 2015.

3.5 Gastroplastias

Reforçando o explicitado anteriormente, a esta dissertação cabe analisar o discurso das publicações. Desta maneira, com a questão 17 pretendemos explorar como são referidas as

gastroplastias para além da pura descrição do procedimento. Isto é, analisar como os autores se posicionam em relação à gastroplastia, como a definem e a contextualizam. A questão número 16 serviu como filtro para a 17. Através da seguinte tabela vemos que em apenas 18 casos contextualização é abordada.

Tabela – 9: Artigos que definem o procedimento.

Há definição do procedimento cirúrgico?	Frequência	Frequência%
Sim	18	39,10%
Não	27	58,70%
Não informado	1	2,20%
Total	46	100%

Fonte: O autor, 2015.

O objetivo da cirurgia alterna entre a redução de calorias ingeridas e a manutenção do peso a curto e longo prazos:

"O objetivo da cirurgia bariátrica é reduzir a ingestão calórica com o intuito de se provocar a redução de peso corpóreo do indivíduo, de forma duradoura." (NOMURA et al, 2010, p. 672)

"The goal of the surgery is weight loss and long-term weight maintenance, with control of obesity-related comorbidities." (FARIA et al, 2010, p.135)⁷³

Há a preocupação com a realização da gastroplastia de acordo com a recomendação das autoridades competentes, alertando as consequências de não segui-las:

"Moreover, the combination of jejunioleal bypass and vertical gastroplasty has been banned from bariatric surgery procedures in Brazil and worldwide. In view of the need to regulate morbid obesity surgery, the Brazilian Medical Council determined in 2011 that jejunioleal bypass and its variations performed solely in the small intestine (malabsorptive surgery) should be outlawed, because of the high incidence of the late metabolic and nutritional complications." CUNHA et al, 2012, p.333-334)⁷⁴

⁷³O objetivo da cirurgia é a perda de peso e sua manutenção a longo prazo, com controle de comorbidades relacionadas à obesidade.

⁷⁴ Além disso, a combinação de bypass jejunioleal e gastroplastia vertical foi banida dos procedimentos de cirurgia bariátrica no Brasil e no mundo. Em vista da necessidade de regular as cirurgias da obesidade mórbida, o Conselho Federal de Medicina determinou em 2001 que o bypass jejunioleal e suas variações executadas somente no intestino delgado (cirurgia disabsortiva) devem ser proibidas por causa da alta incidência de complicações metabólicas e nutricionais a longo prazo.

"Le traitement est médical dans un premier temps. Dans un second temps, une chirurgie bariatrique peut être proposée, dont les indications ont été redéfinies strictement par les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) en 2009." (KREUWEN ; GENTIL-LE PECQ, 2010, p.342)⁷⁵

As cirurgias da obesidade são repetidamente abordadas como o método mais eficaz no tratamento da obesidade mórbida, e o único capaz de gerar manutenção da obesidade a longo prazo – principalmente se comparado com outros tipos de abordagens. Em apenas um caso é relacionado o papel do paciente nesta manutenção. A eficácia deste método é repetida mesmo quando a frase seguinte aborda as complicações e a necessidade de revisão, e mesmo levando em conta que cada técnica apresenta resultados diferentes:

"Surgery is the most effective approach to morbid obesity; however, no single standard procedure is equally safe and effective in all patients, and a comprehensive and multidisciplinary approach is mandatory. A greater and greater number of morbidly obese patients undergo bariatric surgery each year, with a failure rate that differs for different interventions. For these reasons, revisional surgery must be taken into consideration, and bariatric surgeons should be properly skilled to treat these patients." pg 148(FOLETTTO et al, 2010, p.148)⁷⁶

"Bariatric surgery is the only intervention that has been demonstrated to result in long-term weight loss and a decrease in obesity related morbidity and mortality" (TEVIS; GARREN; GOULD, 2011, p. 1220)⁷⁷

"Bariatric surgery is considered the only effective long-term treatment of morbid obesity. Among the different procedures, laparoscopic adjustable gastric banding (LAGB) is recognized as safe and effective, although it requires strong patient compliance and surgeon commitment" (FOLETTTO et al, 2010, p.147)⁷⁸

"In recent years, bariatric surgery received a strong impulse and imposed itself as the best treatment for morbid obesity." (CHIELLINI et al, 2010, p.1897)⁷⁹

"Bariatric surgery has largely demonstrated to be currently the only long-term effective therapy available for the morbidly obese population." (SCOZZARI et al, 2010, p. 831).⁸⁰

"Bariatric surgery is the only effective treatment for morbid obesity" (REBECCHI et al, 2011, p. 795)⁸¹

⁷⁵ O tratamento é inicialmente clínico. Posteriormente, uma cirurgia bariátrica pode ser sugerida, cujas indicações são estritamente definidas segundo as recomendações do órgão de regulação da saúde (HAS).

⁷⁶ A cirurgia é a abordagem mais eficaz para a obesidade mórbida; entretanto, nenhum dos procedimentos padrão é igualmente seguro e eficaz em todos os pacientes, e uma abordagem compreensiva e multidisciplinar é necessária. Um número cada vez maior de obesos mórbidos são submetidos a cirurgias bariátricas todos os anos, com taxas de falha que diferem de acordo com a intervenção. Por essas razões, as cirurgias de revisão devem ser consideradas, e os cirurgiões bariátricos devem ser treinados para tratar desses pacientes.

⁷⁷ A cirurgia bariátrica é a única intervenção que demonstrou resultar na perda de peso a longo prazo e na diminuição da mortalidade e de morbidades relacionadas à obesidade.

⁷⁸ A cirurgia bariátrica é considerada o único tratamento eficaz a longo prazo para a obesidade mórbida. Dentre os diferentes procedimentos, a banda gástrica ajustável por laparoscopia (LABG) é reconhecidamente segura e eficaz, apesar de requerer intenso comprometimento do paciente e do cirurgião.

⁷⁹ Nos anos recentes, a cirurgia bariátrica recebeu um forte impulso e se impôs como o melhor tratamento para a obesidade mórbida.

⁸⁰ A cirurgia bariátrica tem vastamente demonstrado ser atualmente a única terapia efetiva a longo prazo disponível para a população de obesos mórbidos.

"While nonsurgical therapies are currently of limited efficacy, bariatric surgery provides long term body weight loss and maintenance associated with decreased morbidity and mortality. The magnitude of weight loss and metabolic effects are not uniform and show a wide distribution between standard bariatric procedures. For example, gastric bypass has superior long term weight loss maintenance and resolution of co morbidities compared to vertical banded gastroplasty (VBG). (...) In contrast to gastric bypass, patients after VBG usually do not report long lasting changes in appetite." (WERLING et al, 2013, p.1)⁸²

A possibilidade de reversão, a ocorrência de menos complicações em uma re-intervenção, e ser o menos invasível possível são considerados aspectos positivos quando analisadas as técnicas cirúrgicas. Ou seja, mesmo o método considerado mais efetivo e o único capaz de propiciar emagrecimento a longo prazo deve ser adotado levando em conta a possível necessidade de uma nova cirurgia:

"A transoral endoscopic approach may offer scarless, noninvasive, safer, and potentially more cost-effective therapy. The potential advantages of a transoral procedure might include a decrease in morbidity (because of the absence of transabdominal access), reduced hospitalization duration and cost, and a reduction in morbidity associated with revision, if needed". (FAMILLIARI, 2011, p. 1249)⁸³

"The procedure is reversible and versatile; it can be converted to a gastric bypass biliopancreatic diversion, or an adjustable gastric band can be added to increase a restrictive component." (ARROYO et al, 2010, p.593)⁸⁴

"As a restrictive procedure, it [TOGa] should not compromise the performance of another surgery if required." (CLOSSET et al, 2011, p. 2-3)⁸⁵

As disabsortivas causam mais emagrecimento, contudo, as restritivas são preferidas por apresentarem menos complicações:

"In bariatric surgery, restrictive procedures have always been considered less effective, in terms of weight loss, if compared to malabsorptive ones. On the other hand, restrictive procedures have a lower incidence of complications, in particular the nutritional ones, and this justifies their widespread acceptance." (CHIELLINI et al, 2010, p.1899)⁸⁶

⁸¹ A cirurgia bariátrica é o único tratamento eficaz para a obesidade mórbida.

⁸² Enquanto as terapias não-cirúrgicas são de eficácia limitada, a cirurgia bariátrica fornece perda de peso e sua manutenção a longo prazo associada com diminuição da mortalidade e da morbidade. A magnitude da perda de peso e seus efeitos metabólicos não são uniformes e mostram grande variação entre os procedimentos bariátricos padronizados. Por exemplo, o bypass gástrico possibilita uma melhor manutenção do peso perdido a longo prazo, e uma melhor resolução das comorbidades, quando comparado à banda gástrica vertical (VBG). (...) Em contraste ao bypass gástrico, os pós-operados em VBG não costumam ter mudanças duráveis no apetite.

⁸³ Uma abordagem transoral endoscópica não apresenta cicatrizes, é não-invasiva, mais segura, e potencialmente menos custosa. Suas potenciais vantagens podem incluir a diminuição da morbidade (por conta da ausência de acesso transabdominal), duração e custo reduzido da hospitalização, e menos morbidades associadas com a revisão, se necessárias.

⁸⁴ O procedimento é reversível e versátil, pode ser convertido ao bypass gástrico com diversão biliopancreática ou uma banda gástrica ajustável pode ser adicionada para potencializar o componente restritivo,

⁸⁵ Enquanto procedimento restritivo, a TOGa não deve comprometer a performance de outra cirurgia, caso necessária.

⁸⁶ Em cirurgia bariátrica, procedimentos restritivos sempre foram considerados menos eficazes, em termos de perda de peso, se comparados com os disabsortivos. Por outro lado, procedimentos restritivos têm uma menor incidência de complicações, particularmente as nutricionais, justificando sua maior aceitação.

Um paper sustentou um argumento diferente dos presentes em todos os outros. Nele, são relatadas execuções de LABG em ambulatório, sem a internação do paciente, e a previsão deste ser um método cada vez mais utilizado:

"In conclusion, gastric banding for the treatment of obesity can be safely performed in an outpatient setting without unplanned readmissions. Careful preoperative patient selection is mandatory since formal contraindications to outpatient LABG still exist. However, with increasing experience and a friendlier environment for day surgery, the number of ambulatory LABG will undoubtedly increase dramatically in the coming years." (WAELE et al, 2010, p.1217)⁸⁷

3.6 Alimentação

A alimentação descrita pela biomedicina prioriza a busca pela saúde, porém o alimentar-se perpassa outros fatores, como o prazer e o contato social. A alimentação está ligada à cultura, uma vez que esta delimita lugares e situações nas quais é apropriado comer, assim como o considerado, ou não, alimento – e quais as simbologias permeiam essa delimitação (SAHLINS, 1979). As escolhas alimentares dependem de diversos fatores, entre eles: hábitos alimentares familiares, quantidade de dinheiro disponível e classe social (SANT'HELENA; DAL PRÁ, 2013).

3.6.1 Re-educação alimentar

A obesidade é tida como uma doença crônica, e sua “melhora” seria a perda de peso, entretanto, a manutenção dessa perda está ligada a mudanças de hábitos, incluindo os alimentares (GONÇALVES, 2004). A re-educação alimentar serve para auxiliar nessas mudanças, mas serve igualmente para auxiliar em complicações pós-operatórias, como diarreia e constipação (PREVEDELLO et al, 2009). Apesar dessas considerações, os objetos não abordam a re-educação alimentar, isto é compreensível pois a maioria dos artigos do

⁸⁷Concluindo, banda gástrica para o tratamento da obesidade pode ser executada com segurança em pacientes externos sem readmissões não previstas. Uma seleção pré-operatória cuidadosa dos pacientes é obrigatória pois contraindicações formais para LABG em pacientes externos ainda existem. Porém, com uma crescente experiência e um ambiente amigável para o dia da cirurgia, o número de LABG ambulatoriais irá sem dúvidas crescer dramaticamente nos anos que virão.

banco estão em publicações voltadas para cirurgias. Entretanto, o PubMed enquanto mecanismo de busca possibilita a ocorrência de resultados com outros temas relevantes no tratamento cirúrgico da obesidade, como nutrição e nutrologia: apenas um resultado⁸⁸ foi obtido nesta área.

3.6.2 A alimentação

A alimentação dos pacientes é descrita em 21 papers: dois a descrevem antes da cirurgia; 18, depois; 1 a descreve em ambos momentos. Os três casos de descrição anterior são diversos. Enquanto a descrição alimentar posterior à cirurgia geralmente está associada ao aumento gradual de volume alimentar e à necessidade de suplementação. O consumo regular de suplementos é importante no pós-operatório, pois deficiências nutricionais são responsáveis por complicações e internações. No Brasil, existe uma preocupação com o elevado custo dos suplementos, responsável pela impossibilidade de uso por todos os pacientes (SANT'HELENA; DEL PRÁ, 2013).

Tabela – 10: Descrição da alimentação dos pacientes.

É descrita a alimentação dos pacientes?	F
Sim, apenas antes da cirurgia	2
Sim, apenas após da cirurgia	18
Sim, em ambos momentos	1
Não	23
Não informado	2
Total	46

Fonte: O autor, 2015.

⁸⁸ Study of the effects of transoral gastroplasty on insulin sensitivity and secretion in obese subjects

Em “Tratamento de curto prazo com liraglutide no reganho de peso após cirurgia bariátrica” é levantada a hipótese de haver nos obesos uma compulsão alimentar desencadeada por sentimentos como medo:

“A sensação de frustração e medo que muitas vezes atinge esses pacientes pode desencadear a compulsão, o aumento da ingestão de açúcar e carboidratos piorando acentuadamente o padrão alimentar, o que agrava o problema. Frequentemente, esses pacientes vêm em busca de alternativas cirúrgicas, que têm risco elevado, resultados, às vezes, desapontadores e custo alto, beneficiando uma minoria. Entender melhor as causas do reganho de peso é um passo importante para poder tratá-lo.” (PAJECKI, 2012, p.192)

O trecho acima é o único no qual parece haver uma crítica à efetividade da gastroplastia. Pois, ao falar de uma minoria beneficiada, fica um duplo sentido: pode ser uma minoria de pacientes beneficiados ou uma minoria que se beneficia pela grande busca por essa alternativa.

Em “10-year Follow-up of Laparoscopic Vertical Banded Gastroplasty”, a preocupação com a alimentação dos pacientes possui uma outra causa. Os autores defendem o método VBG, criticado por permitir um alto ganho de peso a longo prazo. Para eles, a volta a engordar pode ser evitada caso haja uma seleção dos pacientes: os comedores compulsivos ou de grandes quantidades de doces devem ser submetidos a outra técnica.

“Patient selection is, in our experience, crucial to obtaining good long-term results after laparoscopic VBG. It is of vital importance to study exhaustively the eating behavior of the patient before surgery, because it has been well established that binge eaters and sweet eaters are not good candidate for laparoscopic VBG.” (SCOZZARI et al, 2010, p.837)⁸⁹

“Laparoscopic Gastric Bypass as a Revision Procedure After Transoral Gastroplasty” também aponta a relação entre a ingestão de doces e o “insucesso” da cirurgia:

“Another way to explain the failure of TOGA, especially in patients with an intact staple line, is a preoperative misanalysis of eating habits or a change of eating habits toward sweet eating.” (CLOSSET et al, 2011, p.3)⁹⁰

⁸⁹ A seleção de pacientes é, em nossa experiência, crucial na obtenção de bons resultados a longo prazo após VBG por laparoscopia. É de vital importância estudar exaustivamente o comportamento alimentar do pacientes antes da cirurgia, porque foi bem estabelecido que comedores compulsivos e comedores de doce não são bons candidatos para a VBG laparoscópica.

⁹⁰ Outra maneira de explicar a falha de TOGA, especialmente em pacientes com a linha de grampeamento intacta, é o estudo pré-operatório dos hábitos alimentares ou a mudança de hábitos alimentares por uma alimentação com mais doces.

Já em “Nutritional Management of Weight Regain After Bariatric Surgery” a preocupação é centrada na mensuração calórica, assim como com a quantidade proteica:

"It was observed, through food records calculation from the patients' files, that the patients showed an average intake of 4,920 (+840) kcal/day before surgery, representing 42 kcal/kg of present weight, with 60 (+7,11) grams of proteins a day (0,97g of protein per kilogram of present weight). In the postoperative period, before the intervention, the patients showed an average caloric intake of 1,885 (+412) kcal/day (22kcal/kg) and a consumption of 1,10g of protein per kilogram of ideal weight, which is below that recommended by Moize. It is important to highlight that patients tend to underreport their real intake, which may imply that these values can be 20% to 30% higher." (FARIA et al, 2010, p.137)⁹¹

Parte das descrições se preocupa com a suplementação. Dois títulos estudam casos de internação devido a deficiências nutricionais, e a falhas na suplementação: “Acrodermatites due to zinc deficiency after combined vertical gastropasty with jejunoileal bypass case report” e “Vitamin B1 in the treatment of Wernicke's encephalopathy due to hyperemesis after gastropasty”. No primeiro, uma paciente foi hospitalizada 7 meses após a operação; no segundo, 3 meses. Eis o que ambos falam sobre nutrição:

“Because of the patient's low acceptance of an oral diet and her malabsorptive condition, a semi-hydrolyzed enteral diet via a nasoenteral tube was prescribed, in order to ensure adequate nutritional supply.” (CUNHA et al, 2012, p334)⁹²

“Eight weeks later she was readmitted to the same hospital for recurrent vomiting. The cause remained unknown. She received a liquid diet that was later changed to parenteral nutrition, but without additional supplementation of vitamins or minerals. The condition remained unchanged and after 30 days in hospital there was a sudden onset of convergent strabismus, apathy and urinary incontinence.” (KUHN et al, 2012, p.1303)⁹³

Em outros casos, a preocupação é com as mudanças alimentares provocadas pela redução da bolsa estomacal:

⁹¹Foi observado, através de registros alimentares retirados dos arquivos dos pacientes, que os pacientes mostraram uma média de 4.920 (\pm 840) kcal/dia antes da cirurgia, representando 42kcal/kg do peso atual, com 60 (\pm 7,11) gramas de proteínas por dia (0,97g de proteína por quilograma do peso atual). No período pós-operatório, antes da intervenção, os pacientes apresentaram uma ingestão calórica média de 1,885 (\pm 412) kcal/dia (22kcal/kg) e um consumo de 1,10g de proteína por quilograma do peso ideal, o que é abaixo do recomendado por Moize. É importante ressaltar que pacientes tendem a reportar menos do que realmente ingerem, o que pode implicar que esses valores podem ser 20% a 30% mais elevados.

⁹²Por causa da baixa aceitação de uma dieta oral pela paciente e sua condição malabsortiva, uma dieta enteral semi-hidrolizada via um tubo nasoenteral foi prescrita, a fim de assegurar um fornecimento nutricional adequado.

⁹³Oito semanas após, ela foi readmitida no mesmo hospital por vômitos recorrentes. A causa continuou desconhecida. Ela recebeu uma dieta líquida que foi depois modificada para nutrição paraenteral, mas sem suplementação adicional de vitaminas ou minerais. A condição continuou sem mudança e após 30 dias no hospital houve um repentino começo de estrabismo convergente, apatia e incontinência urinária.

"After 1 month, solid food was progressively allowed according to the patient's tolerance, and the patients were instructed to eat slowly, to take small bites, and to chew well." (SUTER et al, 2012, p.1556)⁹⁴

"All subjects were placed on a postprocedural translational diet consisting of 4 weeks of liquid protein shakes and 2 weeks of pureed diet before transitioning to a regular diet. The postprocedural diet was designed to provide 70 g of protein and 1000 to 1200 calories per day. In addition, subjects were encouraged to drink 56 ounces of noncaloric fluids per day." (DAYYEJ; RAJAN; GOSTOUT, 2013, p. 533)⁹⁵

Ou com a manutenção a longo prazo:

"Patients received rigorous pre-op counseling about the critical importance of life-long compliance with stringent post-surgical nutritional supplementation to prevent malnutrition (...). They were told to avoid milk (including non-fat milk), sugar, and soft-mushy calorie dense foods/liquids. Cheese and sugar-free yogurt were permitted. Cardiovascular exercise for 45 min/day was recommended. They were on a sugar-free clear liquid diet for the first 4 weeks and transitioned to puree diet over the next 4 weeks before settling on to three to five small high-protein low carbohydrate meals." (SRIKANTH; OH; FOX, 2011, p.828)⁹⁶

"One of the major setbacks of VBG is the requirement to change dietary lifestyle" (KHAN; LEE; ACKROYD, 2010, p.963)⁹⁷

"However, VBG patients often displayed maladaptive eating behaviors, such as a tendency to consume soft, high-calorie foods, and many patients were unable to either achieve or sustain adequate weight loss in long term." (JAIN-SPLANGER et al, 2013, p.805)⁹⁸

"Dietary counseling and assessment was performed with regard to portion size, food choices, and food intolerance. Patients were required to keep food logs for review. Patients with symptoms of severe solid food intolerance were given liquid protein supplements." GAGNÉ; DOVEC; URBANDT, 2011, p.494)⁹⁹

⁹⁴ Após um mês, alimento sólido foi progressivamente permitido de acordo com a tolerância do paciente, e os pacientes foram instruídos a comer devagar, dar pequenas mordidas, e mastigar bem.

⁹⁵ Todos os pacientes receberam uma dieta translacional após o procedimento consistindo de 4 semanas de shakes proteicos e 2 semanas de dieta pastosa antes da passagem para uma dieta regular. A dieta após o procedimento foi montada para prover 70g de proteína e 1000 a 1200 calorias por dia. Além disso, os pacientes foram encorajados a beber 56 onças de fluidos não calóricos por dia.

⁹⁶ Os pacientes receberam um aconselhamento pré-operatório rigoroso sobre a extrema importância de comprometimento vitalício com a rigorosa suplementação nutricional pós-cirúrgica para prevenir a desnutrição. (...) Eles foram avisados para evitar leite (incluindo desnatado), açúcar, e alimentos cremosos ou líquidos com muitas calorias. Queijo e iogurte sem açúcar foram permitidos. Exercício cardiovascular por 45min/dia foi recomendado. Eles receberam uma dieta puramente de líquidos não-calóricos nas primeiras 4 semanas e passaram a dieta pastosa nas próximas 4 semanas antes de se instalarem de 3 a 5 pequenas refeições hiperproteicas e com poucos carboidratos.

⁹⁷ Um dos maiores reveses da VBG é a necessidade de mudanças no estilo de vida dietético.

⁹⁸ Contudo, pacientes de VBG costumam apresentar comportamentos alimentares maladaptados, como uma tendência a consumir comidas macias e muito calóricas, e muitos pacientes não foram capazes de alcançar ou sustentar uma perda de peso adequada a longo prazo.

⁹⁹ Aconselhamento e avaliação nutricionais foram realizadas considerando o tamanho das porções, as escolhas alimentares, e intolerâncias alimentares. Foi pedido aos pacientes que mantivessem registros alimentares para

“Na investigação dos fatores dietéticos, observou-se monotonia alimentar, com preferência por fontes alimentares de carboidratos simples, com alto índice glicêmico, em detrimento de vegetais e laticínios. Em pesquisa realizada por Faria *et al.* foi verificado que indivíduos que fazem refeições com elevada carga glicêmica também apresentam diminuição da perda de peso ao longo do pós-operatório.” (BASTOS *et al.*, 2013, p.30)

Certamente, a escrita dos periódicos trata do assunto pelo ponto de vista científico, por isso a maneira dos profissionais da saúde analisarem a alimentação, com contagens de calorias e nutrientes, é frequente. Entretanto, a alteração anatômica do sistema digestório não é sozinha responsável pelo emagrecimento e sua continuidade, o paciente também é responsável em seu dia-a-dia pela sua alimentação. Nestes artigos, não é retratada a orientação nutricional recebida a longo prazo pelos pacientes, tampouco é abordada a satisfação do paciente com a nova dieta ou alguma investigação dos motivos para os pacientes aderirem ou não às dietas propostas. Ainda que alguns estudos se preocupem com o ingerido, as motivações e circunstâncias por trás da alimentação são ignoradas na maioria das vezes¹⁰⁰. Mesmo quando há menção a tratamentos nos quais o “sucesso” não foi obtido, somente são explicitados motivos cirúrgicos, anatômicos ou biológicos para tanto; motivos de qualquer outra ordem não são abordados, sobretudo no que diz respeito às dificuldades sofridas pelo paciente para dar continuidade ao seu processo de emagrecimento ou à manutenção deste.

A abordagem alimentar está coerente com o corpo dos artigos: mais da metade são oriundos de periódicos cirúrgicos, e apenas um pertence a um periódico voltado especificamente para nutrição. Isto, aliado à necessidade de adesão do paciente ao tratamento e à ocorrência de recidivas¹⁰¹ de engorda¹⁰², evidencia a necessidade de estudos realizados por outros campos de conhecimento sobre as modificações alimentares no gastroplastizado e suas possíveis complicações.

3.7 Re-intervenções

revisão. Pacientes com sintomas de severa intolerância à alimentação sólida receberam suplementação proteica líquida.

¹⁰⁰ A exceção seria o artigo “Tratamento de curto prazo com liraglutide no reganho de peso após cirurgia bariátrica” ao citar a compulsão alimentar em decorrência do medo.

¹⁰¹ A seguir serão apontadas as causas de recidiva, entre elas o comportamento alimentar.

¹⁰² Dentre os objetos, um aponta não apenas a recidiva de engorda, mas também 16% dos pacientes pesavam mais anos após a operação do que no pré-operatório, este caso foi melhor abordado na segunda sessão deste capítulo (GAGNÉ; DOVEC; URBANDT, 2011, p. 495).

Por conta da preocupação com os casos em que a cirurgia não produziu o emagrecimento esperado, ou nos quais houve uma volta a engordar, foi incluída a questão 30: Quais as estratégias utilizadas para manutenção/perda de peso, passado o efeito da cirurgia? Intervenções cirúrgicas predominam, mas outras, como medicamentosas e dietas, também estão presentes. Apenas 4 títulos propõem intervenções não localizadas no estômago para a continuidade/manutenção do tratamento:

“As pacientes foram acompanhadas pelo grupo de nutrição, incluindo avaliação antropométrica (peso, altura e IMC). A orientação dietética objetivou atingir 15 a 25 kcal/kg/dia, para atingir ganho de peso gestacional de 7-11 kg, como é recomendado para gestantes com sobrepeso (IMC de 26.1 a 29.0 kg/m²) pelo Instituto de Medicina”. (NOMURA et al, 2010, p.671)

“The intervention was composed of dietetic orientation and incentive to the practice of physical exercises. The prescribed diet was a low-glycemic-load diet (45% carbohydrates— emphasis on whole grains) with 35% proteins (80g for women and 100g for men), 20% lipids (one supplement of omega-3 per day), three portions of dairy foods, and fiber supplementation (total of 30g per day adding diet to supplement). The prescribed diet had an energetic value of approximately 1,400 (± 180) kcal/day, reflecting a consumption of 16kcal/kg.” (FARIA et al, 2010, p.136)¹⁰³

“Liraglutide foi utilizado durante o período de $12,5 \pm 4,7$ semanas (intervalo: 8-28 semanas). Durante a utilização do medicamento, todos os pacientes relataram melhora de saciedade e tiveram uma perda de peso que variou de 2 a 18 kg ($-7,5 \pm 4,3$ kg) (...)” (PAJECKI et al, 2012, p.192)

“To achieve and maintain optimal weight loss after bariatric surgery, concomitant lifestyle changes are critical. These include nutritional optimization, a commitment to regular structured exercise, increased lifestyle physical activity, stress management, realistic goal setting, environmental control strategies, support systems, and cognitive restructuring (...). Behavioral influences and life stressors have traditionally been thought to play a role in postoperative patient success. Accordingly, it is important to understand the factors that influence weight regain after bariatric surgery, so that it can be minimized or prevented.” (ODOM et al, 2010, p.350)¹⁰⁴

¹⁰³ A intervenção foi composta de orientação dietética e incentivo à prática de exercícios físicos. A dieta prescrita foi de baixa carga glicêmica (45% de carboidratos – ênfase nos grãos integrais) com 35% de proteínas (80g para mulheres e 100g para homens), 20% de lipídios (um suplemento de ômega 3 por dia), três porções de laticínios, e suplementação de fibra (total de 30g por dia). A dieta prescrita teve um valor energético de aproximadamente 1.400 (± 180) kcal/dia, refletindo um consumo de 16kcal/kg.

¹⁰⁴ Para alcançar e manter a perda máxima de peso após a cirurgia bariátrica, são necessárias mudanças concomitantes no estilo de vida. Isso inclui a otimização nutricional, um comprometimento com exercícios estruturados regularmente, melhora do estilo de vida de atividade física, administração do estresse, adoção de objetivos realistas, estratégias para controle do ambiente, sistemas de suporte e reestruturação cognitiva. Influências no comportamento e estressores vitais tradicionalmente tem sido pensados como ativos no sucesso pós-operatório do paciente. Igualmente, é importante entender os fatores que influenciam o ganho de peso após a cirurgia bariátrica, para que ele possa ser minimizado e prevenido.

Quando a publicação defende o uso de liraglutide para controle ponderal, a necessidade de mudanças alimentares é abordada, mesmo sendo uma menção breve, pois o foco é a intervenção medicamentosa: “Todos os pacientes receberam orientação de dieta.” (PAJECKI et al, 2012, p.192). As outras re-intervenções se concentram no estômago, por exemplo:

“Inadequate weight loss was reported by 67%(6/9) of patients. The mean time for endoscopic band removal was 28.0 ± 8.8 min. (...) Three patients underwent revisional bariatric surgery following the band removal.”¹⁰⁵ (KARMALI et al, 2012, p.98)

“This is a case report of a 53-year-old lady who presented a number of years after vertical banded gastroplasty with upper abdominal pain and weight gain. (...) She successfully underwent repair of the hiatus hernia and conversion to a Roux-en-Y gastric bypass resulting in resolution of the abdominal pain and weight loss.”¹⁰⁶ (KHAN; LEE; ACKROYD, 2010, p.960)

“Revision MRNYGBP¹⁰⁷ provides excellent durable long-term weight loss after failed gastric restrictive operations.” (SRIKANTH; OH; FOX, 2011, p. 825)¹⁰⁸

“Patients with a previous VBG may present with complications and obesity decades after the primary procedure. Revisional surgery can be accomplished laparoscopically. Following VBG reversal, most patients gain weight and many become morbidly obese again. Conversion to RYGB is associated with weight loss and resolution of morbid obesity in most patients. When feasible, laparoscopic conversion to RYGB may offer the best outcomes.” (MASELLI et al, 2011, p.1220)¹⁰⁹

“Three patients with a previous history of a VBG presented for conversion surgery to a BPD-DS due to inadequate weight loss and return of multiple comorbidities.” (JAIN-SPLANGER et al, 2013, p.806)¹¹⁰

“We here reported our results of LSG as a revisional procedure for inadequate weight loss and/or complications after adjustable gastric banding or gastroplasty.” (FOLETTTO et al, 2010, p.148)¹¹¹

¹⁰⁵ Perda de peso inadequada foi aludido por 67% (6/9) dos pacientes. O tempo médio de remoção endoscópica da banda foi $28,0 \pm 8,8$ min (...) Três pacientes foram submetidos à cirurgia bariátrica de revisão após a remoção da banda.

¹⁰⁶ Esse é o estudo de caso de uma senhora de 53 anos que se apresentou alguns anos após de gastroplastia vertical com banda com dor no abdômen superior e ganho de peso. (...) Ela se submeteu com sucesso ao reparo da hernia de hiato e conversão ao bypass gástrico em Y de Roux resultando em resolução da dor abdominal e perda de peso.

¹⁰⁷ Bypass gástrico disabsortivo em y de roux

¹⁰⁸ MRNYGBO de revisão proporciona uma excelente perda de peso durável a longo prazo após operações gástricas restritivas que falharam.

¹⁰⁹ Pacientes com VBG anterior podem apresentar complicações e obesidade décadas após o procedimento inicial. Cirurgia revisional pode ser realizada laparoscopicamente. Após a reversão, a maioria dos pacientes ganha peso e muitos se tornam obesos mórbidos novamente. A conversão para RYGB é associada com perda de peso e resolução da obesidade mórbida na maioria dos pacientes. Quando adequada, a conversão laparoscópica para RYGB pode oferecer os melhores desfechos.

¹¹⁰ Três pacientes com histórico de VBG se apresentaram para cirurgia de conversão para BPD-Ds devido à perda de peso inadequada e retorno de múltiplas comorbidades.

¹¹¹ Nós exibimos nossos resultados de LSG como um procedimento de revisão para a perda de peso inadequada e/ou complicações após banda gástrica ajustável ou gastroplastia.

Quando re-intervenções cirúrgicas são abordadas há o relato de complicações na operação e no pós-operatório, a maioria causada pela dificuldade de manipulação de tecidos já cicatrizados. Portanto as intervenções endoscópicas seriam uma alternativa:

“This study suggests that while RYGB revision may achieve greater weight loss, the complication rates and severity is discouraging. StomaphyX may be a safe alternative. Further technical modifications of the device and longer follow-up may clarify the role of this approach.” (BOLTOL et al, 2013, p.1)¹¹²

Uma publicação compara as diversas possibilidades nos casos de “insucesso” e seus resultados:

"Several treatment options are possible in the case of failed AGB: removal of the AGB, rebanding, conversion to vertical sleeve gastrectomy (VSG), or conversion to RYGBP or revisional laparoscopic gastric bypass (ReLRYGBP). The results of the first two procedures are disappointing, and VSG as a revision procedure remains controversial but feasible. To date, ReLRYGBP has been proposed as the procedure of choice after failure of restrictive procedures such as AGB or VBG. It has better results than any other procedure, and the weight loss rates are comparable with those of primary laparoscopic gastric bypass." (APERS et al, 2013, p.558-59)¹¹³

Foram citados trechos exemplificando as soluções propostas, entretanto, a fim de não perdermos qualquer dado desta importante questão, segue uma tabela com todas as respostas:

¹¹² Este estudo sugere que ,equanto a revisão por RYGB pode alcançar uma maior perda de peso, as taxas de complicação e suas gravidades são desencorajadoras. StomaphyX pode ser uma alternativa mais segura. Modificações técnicas futuras do dispositivo e acompanhamento mais longo pode clarear o papel desse método.

¹¹³ Algumas opções de tratamento estão disponíveis no caso de falhas na AGB: remoção da AGB, a colocação de uma nova banda, conversão para gastrectomia com sleeve vertical (VSG), ou conversão para RYGBP ou bypass gástrico de revisão (ReLRYGBP). Os resultados dos dois primeiros procedimentos são decepcionantes, e VSG enquanto um procedimento de revisão continua apresentando controvérsias mas é cabível. Até agora, ReLRYBGP tem se mostrado como o procimento a ser escolhido, e as taxas de perda de peso são comparáveis com as do primeiro bypass gástrico laparoscópico.

Tabela – 11: Manutenção pós-cirúrgica.

Quais as estratégias utilizadas para manutenção/perda de peso, passado o efeito da cirurgia?	Frequência	F%
Derivação biliopancreática com duodenal switch ou gastrectomia de sleeve stand-alone	1	2,20%
Dieta, atividade física e liraglutide	1	2,20%
Gastrectomia de sleeve	1	2,20%
Gastroplastia com banda vertical	1	2,20%
Gastroplastia de sleeve	1	2,20%
Magenstrasse & mill Gastroplasty e gastrectomia de sleeve	1	2,20%
Remoção endoscópica da banda gástrica	1	2,20%
RYGB ou derivação biliopancreática	1	2,20%
Stomaphyx	1	2,20%
StomaphyX ou bypass gástrico	1	2,20%
Tratamentos comportamentais	1	2,20%
Acompanhamento nutricional, dieta e suplementação	2	4,30%
Bypass gástrico	3	6,50%
RYGB	6	13,00%
Não informado	24	52,20%
Total	46	100%

Fonte: O autor, 2015.

3.8 Hipóteses para a dificuldade de manutenção do peso ou recidiva

Alguns artigos fornecem hipóteses etiológicas para a dificuldade de manutenção do peso ou para a recidiva de engorda. Dois apresentam hipóteses para ambas situações; 4, somente para recidiva. Em alguns são fornecidas mais de uma hipótese, por acompanharem mais de um pacientes que voltou a engordar.

3.8.1 Hipóteses para recidiva

Um paciente voltou a engordar por conta de uma hérnia paraesofágica (Revision of vertical banded gastroplasty complicated by a large para-esophageal hernia), outro por conta de um acidente de carro que o impossibilitou de se exercitar (SRIKANTH; OH; FOX, 2011), e dois (MASELLI et al, 2011; VASAS et al, 2013) devido a fístulas gastro-gástricas. Nestes casos, segundo um dos *papers*, o ganho de peso é inevitável:

“This significantly reduced the risk of the staple line failure and the development of gastro-gastric fistula, which inevitable leads to weight gain.” (VASAS et al, 2013, p.241-242)¹¹⁴

Aparecem também a ruptura da linha de grampeamento (“Revision of vertical banded gastroplasty complicated by a large para-esophageal hernia”), e falhas técnicas na operação ou a escolha do método cirúrgico como responsáveis pelo engordar.

A maioria dos artigos não apresenta hipóteses para recidiva, dentre os que apresentam, as mais frequentes são ligadas ao comportamento alimentar, porém não aparecem isoladas:

“As causas do reganho de peso podem estar relacionadas ao próprio método cirúrgico empregado, principalmente naqueles puramente restritivos, à falhas técnicas da operação, qualquer que seja o método, ou ao comportamento alimentar do paciente (excesso de carboidratos, ‘beliscadores’, consumo excessivo de álcool), influenciados ou não por fatores da saúde mental como a ansiedade, a depressão e a compulsão alimentar. Afirma-se que possíveis falhas no estímulo entero-hormonal, influenciando a perda da saciedade, poderiam estar envolvidas.” PAJECKI et al, 2012, p.191)

“Secondly, and concomitant to the gastric outlet obstruction, a lot of patients develop maladaptive eating resulting in weight regain.” (VASAS et al, 2013, p.245)¹¹⁵

“Diversos fatores não cirúrgicos são apontados como preditivos do ganho de peso nos pacientes submetidos ao DGYR, dentre eles: sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, baixa adesão ao acompanhamento pós-operatório, IMC inicial muito elevado, dentre outros.” (BASTOS et al, 2013, p.30)

3.8.2 Hipóteses para a dificuldade na manutenção do peso

As hipóteses para dificuldade de manutenção do peso estão relacionadas à alimentação altamente calórica, à ineficiência da restrição anatômica sozinha para a mudança dos hábitos alimentares, e à importância da saciedade:

“The procedure is deemed to be restrictional; however, this effect fades after years as patients’ eating habit usually changes to maladaptive eating caused by gastric outlet obstruction. Patients have the tendency to adopt a high-caloric liquid diet which easily passes through the narrowed neo-pylorus junction resulting in insufficient weight loss or weight regain.” (VASAS et al, 2013, p.242)¹¹⁶

¹¹⁴ Isto reduz significativamente o risco de falha na linha de grampeamento e de desenvolvimento de fístula gastro-gástrica, o que inevitavelmente leva ao ganho de peso.

¹¹⁵ Em segundo lugar, e concomitantemente ao entupimento da saída gástrica, muitos pacientes desenvolvem uma alimentação mal adaptada resultando no re-ganho de peso.

¹¹⁶ O procedimento é considerado restritivo; contudo, esse efeito desaparece anos depois conforme os hábitos alimentares vão mudando para uma alimentação mal adaptada causada por obstrução da saída gástrica. Os pacientes tem uma tendência a adotar uma dieta líquida hipercalórica a qual passa facilmente pela estreita junção do novo piloro resultando numa perda de peso insuficiente ou no reganho ponderal.

“Entender melhor as causas do reganho de peso é um passo importante para poder tratá-lo. Os problemas causados pela cirurgia puramente restritiva, pelas bolsas e anastomoses muito largas ou pelas grandes distorções alimentares são facilmente diagnosticadas. Entretanto, em muitas ocasiões, o paciente refere que voltou a ter fome e já não se sente tão saciado como antes, apesar da anatomia cirúrgica intacta.” (PAJECKI et al, 2012, p.192)

3.9 Hipóteses para o sucesso

Segundo¹¹⁷ 8 artigos, a intervenção cirúrgica foi suficiente para retirar os pacientes da condição de obeso, 19 afirmam que não, 20 não informam. Quanto à dificuldade na manutenção do peso: 8 afirmam ter havido dificuldade, 12 afirmam ter havido dificuldade com recidiva de engorda, 2 negam a dificuldade, e 30 não informam.

Sete artigos apresentam hipóteses para o “sucesso” da cirurgia. Estes costumam associar bons resultados com mudanças no estilo de vida e na alimentação, mas também podem associá-los à pré-seleção de pacientes, ao IMC inicial, às mudanças nos comportamentos causadores da obesidade pré-cirúrgica, e à sensação de saciedade:

"The adoption and promotion of new healthy lifestyle behaviors and the strengthening against old habits that caused the presurgery obesity condition are fundamental for long-term maintenance of achieved weight. Among some of these new essential behaviors, we can emphasize eating behavior and practice of physical exercises." (FARIA et al, 2010, p.138)¹¹⁸

"The major limitation of restrictive procedures is that they typically result in less weight loss, substantial and sustained, life-long behavioral changes are strictly required after the procedure. These include eating 3 meals a day; fully and completely chewing food before swallowing; no drinking with meals; cessation of food intake with the first signal of fullness; avoidance of high-calorie foods and drinks; and daily exercise and increased physical activity. This degree of compliance is difficult or impossible for many patients because obesity is a chronic disease, and years of abuse cannot simply be erased with a stroke of a pen by surgery." (FAMILIARI, 2011, p.1256)¹¹⁹

"The fact that several centers reported good outcomes with approximately similar results infers that the outcomes of VBG are reproducible among centers that apply

¹¹⁷ Verificado através das informações disponíveis sobre IMC.

¹¹⁸ A adoção e promoção de novos comportamentos e estilo de vida saudáveis e o combate aos antigos hábitos que causaram a obesidade pré-cirúrgica são fundamentais para a manutenção a longo prazo do peso atingido. Entre esses novos comportamentos essenciais, podemos enfatizar o comportamento alimentar e a prática de exercícios físicos.

¹¹⁹ A maior limitação dos procedimentos restritivos é que eles tipicamente resultam em menos peso perdido, substancial e mantido, mudanças comportamentais vitalícias são estritamente necessárias após o procedimento. Estas incluem realizar 3 refeições por dia; mastigar o alimento completamente antes de engolir; não beber durante as refeições, parar de comer ao primeiro sinal de saciedade; evitar a ingestão de comidas e bebidas hipercalóricas, exercícios diários e aumento da atividade física. Esse nível de disciplina é difícil ou impossível para muitos pacientes porque a obesidade é uma doença crônica, e anos de abuso não podem simplesmente ser apagados pela cirurgia.

rigid protocols for patient selection and accurate surgical technique." (BEKHEIT et al, 2013, p.1607)¹²⁰

"The fact that best results are achieved in patients with an initial BMI<45 kg/m² shows clearly that final BMI can be predicted from its initial value." (NANNI *et al*, 2012, p.1901)¹²¹

"Regression analysis identified behavioral changes that were the most influential factors in weight maintenance (no weight regain). Independent predictors of weight maintenance included control over food urges (OR=0.38, 95%CI 0.21–0.71, p<0.0001), improved control over their eating habits (OR= 0.29, 95% CI 0.08–1.02), and engagement in self-monitoring (weighing regularly and keeping records; OR=0.54, 95% CI 0.30–0.98, p=0.01). "(ODOM et al, 2010, p.351)¹²²

"A saciedade é característica proeminente da perda de peso após bypass gástrico e persiste nos pacientes com excelente resultado. "(BASTOS et al, 2013, p. 30)

"Until recently, it was thought that body weight loss after gastric bypass was mainly caused by the combination of mechanical restriction and malabsorption. However, there is a growing body of evidence supporting that other mechanisms such as reduced hunger, increased satiety, altered taste, as well as reduced preference for high caloric dense foods are responsible for weight loss induction and maintenance after gastric bypass." WERLING et al, 2013, p.6)¹²³

A perda de peso, pode-se concluir, não é resultado exclusivo da alteração anatômica do estômago. Outros fatores como mudanças comportamentais e alimentares também são protagonistas do emagrecimento, apesar de não serem abordadas na maior parte das publicações. Talvez o papel desses outros fatores não receba destaque em todos os artigos, pois - como mencionado na citação imediatamente anterior - a atribuição da redução ponderal a fatores além da restrição e da má absorção ainda está sendo evidenciada.

3.10 Causas sociais da obesidade

¹²⁰ O fato de vários centros afirmarem bons desfechos com resultados aproximadamente similares infere que os desfechos de VBG são reprodutíveis nos centros que aplicam protocolos rígidos nas seleções de pacientes e uma técnica cirúrgica precisa.

¹²¹ O fato de melhores resultados serem obtidos em pacientes com um IMC inicial <45 kg/m² mostra claramente que o IMC final pode ser previsto a partir de seu valor inicial.

¹²² Análises regressas identificaram as mudanças de comportamento como os fatores mais influentes na manutenção de peso (sem ganho ponderal). Preditores independentes da manutenção do peso incluem o controle sobre impulsos alimentares (OR=0.38, 95%CI 0.21–0.71, p<0.0001), controle sobre os hábitos alimentares melhorados (OR= 0.29, 95% CI 0.08–1.02), e o comprometimento no auto-monitoramento (pesagens regulares e manutenção de registros ; OR=0.54, 95% CI 0.30–0.98, p=0.01).

¹²³ Até recentemente, o emagrecimento após o bypass gástrico era atribuído principalmente pela combinação da restrição mecânica e má absorção. Contudo, há uma crescente quantidade de evidência sustentando que outros mecanismos como a diminuição da fome, o aumento da saciedade, uma mudança no paladar, assim como redução na preferência por alimentos de alta densidade calórica são responsáveis pela indução da perda de peso e a manutenção após o bypass gástrico.

Conforme o interesse na obesidade enquanto uma doença ligada à cultura, há, no questionário, uma pergunta sobre as causas sociais da obesidade. Como esperado, dada a origem biomédica dos objetos, apenas “Evolution of respiratory muscle strenght in post-operative gastroplasty” apresenta causas sociais para a obesidade:

"It [obesity] is not a single disorder; it is a heterogeneous group of conditions with multiple causes that reflects the interaction between metabolic, dietary, social, cultural and behavioral factors, as well as genetic predisposition." (FERREIRA et al, 2012, p.226)¹²⁴

A obesidade está ligada a diferenças entre o gasto e a ingestão de calorias. Esta diferença depende do que é culturalmente considerado alimento e de quais são os hábitos da sociedade em questão. Nenhum dos artigos da amostra contextualiza a obesidade estudada. Essas publicações são de diversos países, com diferentes culturas alimentícias, e disponibilidade de diferentes alimentos. Entre os maiores publicadores estão os Estados Unidos, o Brasil e a Itália; sendo o Brasil e os Estados Unidos os maiores realizadores de cirurgias bariátricas. Estudos estudando especificamente a cultura alimentar de cada um desses países e como os gastroplastizados se inserem nelas, poderia elucidar dificuldades nos processos de emagrecimento.

3.11 As cirurgias plásticas

Na literatura sobre gastroplastia, há a hipótese das cirurgias plásticas posteriores auxiliarem na manutenção ponderal e na melhora da autoestima (MORARESSI et al, 2013), por isso esta continuidade do tratamento pareceu bastante importante, e uma questão sobre se fez necessária. Porém, apenas um artigo a responde¹²⁵, e ainda assim não aborda sua relação com a manutenção ou continuidade de peso perdido. Dada a importância do tema, uma única resposta não impediu sua abordagem.

O artigo “Increased intraoperative bleeding in patients undergoing abdominoplasty after gastroplasty is not due to coagulopathy” se refere à abdominoplastia. São analisadas as causas de sangramento cirúrgico e a posterior variação ponderal não é abordada.

¹²⁴ A obesidade não é uma doença única; ela é formada por um grupo heterogêneo de condições com múltiplas causas que refletem a interação entre metabolismo, dieta, sociedade, cultura e fatores comportamentais, assim como predisposição genética.

¹²⁵ *Increased intraoperative bleeding in patients undergoing abdominoplasty after gastroplasty is not due to coagulopathy*

Mais de 80% dos gastroplastizados desejam fazer cirurgias plásticas (GUSENOFF; RUBIN, 2008). No Brasil, essas são garantidas pela portaria nº425/2013 do Ministério da Saúde. Por isto e pela quantidade de artigos brasileiros, era esperado um maior número de informações relacionando-as ao emagrecimento, havendo três perguntas deste tema no questionário. Porém, o disponível nos artigos não foi ao encontro das expectativas.

3.12 O envolvimento dos autores no tratamento cirúrgico da obesidade

Na elaboração do questionário, a relação entre os autores e o tratamento pareceu ser importante para analisar o discurso contido nos artigos. Porém, esta não era explicitada na grande maioria das publicações, tornando extremamente confuso classificar os tipos de envolvimento retratados.

Quando ocorrem complicações pós-cirúrgicas, essas participações costumam ser explicitadas. Em casos, como no de um paciente com acrodermatite, é explicitado no artigo que os autores só passaram a fazer parte do tratamento após a existência da complicação.

3.13 O acompanhamento por profissionais da saúde

Foi explicado, na parte metodológica, a existência de uma questão sobre o acompanhamento por profissionais da saúde que não se tenham feito necessários pelo tratamento cirúrgico. Cinco publicações responderam a essa questão, conforme a próxima tabela. Nos casos da resposta “fisioterapeutas”, são experimentos destes a fim de investigarem os efeitos da gastroplastia na respiração. Nas citações “dermatologista e nutrólogo” e “neurologista” são intervenções posteriores às cirurgias, devido à desnutrição. A categoria “obstetra e nutricionista” aparece num artigo analisando impactos da cirurgia da obesidade no desenvolvimento fetal. Então, todos os casos são de tratamentos posteriores, e não fazem referência a condições médicas anteriores à cirurgia além da obesidade.

Tabela – 12: Acompanhamento por profissionais diversos.

Profissionais citados	Frequência
Fisioterapeuta	2
Dermatologista, nutrólogo	1
Neurologista	1
Obstetra e nutricionista	1
Total	5

Fonte: O autor, 2015.

O acompanhamento com uma equipe constituída de diversos profissionais da saúde é recomendada, desde o pré-operatório até seu posterior acompanhamento. Portanto, foram incluídas perguntas sobre quais profissionais participam nesses processos. No momento anterior, interessa sobretudo outros profissionais que não os cirurgiões, por este envolvimento ser indispensável para a realização da cirurgia.

Tabela – 13: Acompanhamento anterior à cirurgia.

Acompanhamento anterior à cirurgia	N
Nutricionista	2
Psiquiatra e nutricionista	1
Endocrinologista, Gastroenterologista, Cardiologista, Nutricionista e Psicólogo	1
Equipe multidisciplinar (não detalhado)	1
Psicólogo e nutricionista	1
Neurologista, psicoterapeuta e nutricionista	1
Psicólogo e Endocrinologista	1
Não informado	34

Fonte: O autor, 2015.

Através da frequência de “não informado”, é possível perceber o detalhamento da equipe acompanhante do paciente como não tendo grande importância para os objetos. Porém, um aprofundamento deste tema poderia ajudar a responder quais os motivos da recidiva de engorda. Ser acompanhado por uma equipe multiprofissional poderia auxiliar nas diversas causas da obesidade, talvez até garantindo um maior “sucesso” do procedimento.

3.14 Sexo e emagrecimento

A leitura das publicações possibilitou uma análise sobre um número elevado de pós-operados, conforme a seguinte tabela. O maior número de mulheres é explicado por haver uma maior procura feminina por cirurgias bariátricas, ainda que o número de homens obesos seja maior. Conforme a literatura gastroplástica, este fato pode estar relacionado com o fator estético da obesidade, e seu maior peso sobre as mulheres (SUDO;LUZ, 2007), entretanto, explicações como a discriminação ser percebida diferentemente por homens e mulheres, e a obesidade feminina afetar a família como um todo (devido às múltiplas jornadas de trabalho da mulher) também estão presentes (GONÇALVES, 2004).

A soma do número de mulheres [n(m)] com o de homens [n(h)] não será igual ao número total (n), pois alguns artigos não dividiam os pacientes por sexo ou não explicitavam quantos havia de cada sexo. Na tabela há o número máximo e não o mínimo, por este ser sempre zero, devido a uma das publicações ser uma revisão bibliográfica.

Tabela – 14: Artigos que explicitam o sexo dos pacientes.

	Sim	Não
Diferencia o sexo	Sim : 34 =73,9%	Não : 12 =26,1%

Fonte: O autor, 2015.

Tabela – 15: Quantitativo de pacientes por sexo.

	Média	N máximo	N total
n	105,30	1 443	4 844
n(m)	38,20	477	1 757
n(h)	16,65	397	766
Ensemble	53,38	1 443	7 367

Fonte: O autor, 2015.

Conforme Lupton (2013), do ponto de vista masculino, estar um pouco acima do peso ideal pode ser mais valorizado que a magreza, como também a concentração feminina em espaços para o emagrecimento tende a afastar os homens. Haveria um medo da preocupação com a aparência ser vista como um sinal de falta de masculinidade:

“Despite the disgust and contempt levelled at fat men’s bodies, men themselves may find it difficult to engage in weight-reducing activities such as dieting because of the feminine coding of such activities and their linking to body consciousness, vanity and obsession with one’s appearance, all of which are considered negatively and as stereotypically feminine” (LUPTON, 2013)¹²⁶

3.15 Conceitos de obesidade

Catorze artigos respondem à questão 45: fazem alguma definição de obesidade ou problematizam sua ocorrência. Analisando as respostas, podemos conceituar obesidade: uma doença crônica com diversas causas, mórbida quando o IMC é maior que 40kg/m², considerada fator de risco para diversas outras comorbidades assim como para mortalidade, seu único tratamento efetivo a longo prazo, quando mórbida, é o cirúrgico.

"Obesity is a chronic disease characterized by an excessive accumulation of body fat and is probably the oldest metabolic disorder. It is not a single disorder: it is not a heterogeneous group of conditions with multiple causes that reflects the interaction between metabolic, dietary, social, cultural and behavioral factors, as well as genetic predisposition." (FERREIRA et al, 2012, p.226)¹²⁷

"L'obesité morbide est définie par un index de masse corporelle (IMC) supérieur à 40kg par mètre carré et expose à un grand nombre de comorbidités (métaboliques, cardiovasculaires, respiratoires, endocriniennes, rénales...)." (KREUWEN; GENTIL-LE PECQ, 2010, p.342)¹²⁸

"Obesity is associated with increased morbidity and mortality, as well as elevated risk factors for cardiovascular diseases. Thus, preventing and treating obesity has become a major public health goal."¹²⁹ (SARZYNSKI, 2011, p.676)

"Morbid obesity is a major and furthermore increasing health problem worldwide and currently only bariatric surgery provide long-term effective treatment." (VASAS et al, 2013, p.241)¹³⁰

¹²⁶ Apesar da repulsa por corpos gordos masculinos, os homens podem ter dificuldades ao se comprometerem com as atividades redutoras de peso, como dietas, por causa dos códigos femininos nessas atividades e suas ligações com a consciência corpórea, vaidade e obsessão com a aparência, todos esses são considerados negativos e estereotipamente femininos.

¹²⁷ Obesidade é uma doença crônica caracterizada por uma acumulação excessiva de gordura corporal e é provavelmente a mais antiga síndrome metabólica. Não é uma doença única; ela é formada por um grupo heterogêneo de condições com múltiplas causas que refletem a interação entre metabolismo, dieta, sociedade, cultura e fatores comportamentais, assim como predisposição genética.

¹²⁸ A obesidade mórbida é definida por um índice de massa corporal maior que 40kg/m² e expõe a um grande número de comorbidades (metabólicas, cardiovasculares, respiratórias, endócrinas, renais...).

¹²⁹ Obesidade é associada com maiores morbidade e mortalidade, assim como elevados fatores de risco para doenças cardiovasculares. Então, preveni-la e tratá-la se tornou um dos maiores objetivos da saúde pública.

¹³⁰ A obesidade mórbida é um problema de saúde importante que tem aumentado em todo mundo e atualmente apenas a cirurgia bariátrica proporciona um tratamento eficaz a longo prazo.

Continuando a analisar as respostas desta questão, observamos haver uma constante preocupação com a obesidade enquanto doença global e com o aumento da sua prevalência. Seguem alguns exemplos:

"Obesity has dramatically augmented in the last decades, with an increasing prevalence worldwide, especially in Western countries." (CHIELLINI et al, 2010, p.203)¹³¹

"Morbid obesity is a well-appreciated global disease. It is well recognized in developing countries as well." (BEKHEIT et al, 2013, p. 1604)¹³²

"The prevalence of obesity and associated disorders, such as metabolic syndrome and type 2 diabetes has substantially increased worldwide over last decades. Obesity currently affects approximately one third of Americans and over one fifth of Poles and is associated with many comorbidities resulting in increased risk of death from cardiovascular disease, diabetes, and cancer"¹³³ (Siejka e al, 2013, p.490)

"Obesity has become the most common chronic health problem in Western countries, and its prevalence is rising. In the United States alone, obesity currently is the second leading cause of preventable death, with more than 50% of adults estimated as being overweight or obese and 5% as being morbidly obese." (EKELUND et al, 2012, p.795)¹³⁴

"The incidence of obesity is dramatically increasing as a worldwide pandemic of the 21st century." (FAMILLIARI, 2011, p.1249)¹³⁵

3.16 Percentual de peso perdido

Junto com a alteração do IMC, o percentual de peso perdido aparece como um indicador do sucesso da cirurgia em diversos artigos. O termo em inglês é *percentual of excess weight lost*, e se abrevia %EWL. Para o tratamento ser considerado um “sucesso”, o emagrecimento deve ser maior do que a metade do excesso de peso inicial:

"The consensus among researchers regarding the success criteria in the surgical treatment of obesity is the loss of at least 50% of excess weight and long-term weight maintenance." (FARIA et al, 2010, p.135)¹³⁶

¹³¹ A obesidade tem aumentado drasticamente nas últimas décadas, com uma crescente prevalência em todo o mundo, especialmente nos países Ocidentais.

¹³² A obesidade mórbida é uma doença que tem aumentado em todo o mundo. É também comumente reconhecida em países em desenvolvimento.

¹³³ A prevalência da obesidade e de desordens associadas, como a síndrome metabólica e diabetes tipo 2 tem aumentado substancialmente em todo mundo nas últimas décadas. A obesidade atualmente afeta aproximadamente um terço de estadunidenses e é associada com muitas comorbidades resultando num maior risco de morte através de doenças cardiovasculares, diabetes e câncer.

¹³⁴ Obesidade se tornou a doença crônica mais comum nos países orientais, sua prevalência tem aumentado. Apenas nos Estados Unidos, obesidade é a segunda maior causa de mortes preveníveis, com mais de 50% dos adultos considerados com sobrepeso ou obeso e 5% como obeso mórbido.

¹³⁵ A incidência de obesidade tem aumentado dramaticamente tomando um status de pandemia mundial do século 21.

“Percentage of excess weight loss (%EWL), percentage of excess BMI loss (%EBL), and residual BMI were used to describe the postoperative weight loss results.”¹³⁷ (SCOZZARI et al, 2010, p.832)¹³⁸

Tabela – 16: Peso e IMC a longo prazo.

	Preoperative	3 yr	5 yr	10 yr
Weight, kg	123.6 ± 20.1	81.7 ± 15.2	84.3 ± 16.5	84.2 ± 16.9
BMI, kg/m ²	45.4 ± 6.3	30.2 ± 5.5	31.3 ± 6.1	31.2 ± 5.8
EWL, %	—	65.0 ± 17.3	59.9 ± 21.3	59.8 ± 20.8
EBL, %	—	77.8 ± 22.1	71.6 ± 26.4	71.5 ± 25.3

Data are expressed as mean ± standard deviation.

Fonte: SCOZZARI et al, 2010, p.832.

“According to Balsiger et al., only 20% of patients maintained 50% excess weight loss (EWL) at 10-year followup. Weight regain following VBG may be related to staple-line dehiscence and stomal pouch dilation. In addition, reoperation and revision of VBG are needed in 20% to 30% of patients.” (BOLTOL et al, 2013, p.1)¹³⁹

“Half of the sample with unsuccessful weight loss achieved an EWL of at least 50%”. (FARIA et al, 2010, p.135)¹⁴⁰

“During follow up visits, a patient’s weight was recorded and the EWL% was calculated from the excess weight percent (EW%) expressed as percentage of ‘ideal’ weight (...).” (BEKHEIT et al, 2013, p.1605)¹⁴¹

“Only 20% of these patients lost and maintained 50% EWL with VBG anatomy. Due to a combination of symptoms (vomiting and gastroesophageal reflux) and

¹³⁶ O consenso entre pesquisadores sobre o critério de sucesso no tratamento cirúrgico da obesidade é a perda de pelo menos 50% do excesso de peso e a manutenção de peso a longo prazo.

¹³⁷ Porcentagem de excesso de peso perdido (%EWL), porcentagem de excesso de IMC perdido (%EBL), e o IMC residual foram utilizados para descrever os resultados da perda de peso pós-operatória.

¹³⁸ A tabela seguinte é deste mesmo artigo

¹³⁹ De acordo com Balsiger et al., apenas 20% dos pacientes mantiveram 50% do excesso de peso perdido (%EWL) após dez anos de acompanhamento. O reganho de peso após VBG pode estar relatada com a deiscência e dilatação da bolsa estomacal. Adicionalmente, reoperação e revisão de VBG são necessárias em 20% a 20% dos pacientes.

¹⁴⁰ Metade da amostra sem sucesso com a perda de peso conseguiu alcançar um EWL de pelo menos 50%.

¹⁴¹ Durante as visitas de acompanhamento, o peso dos pacientes era anotado e o EWL% calculado a partir do percentual de excess de peso (EW%) expresso como porcentagem do peso “ideal”.

inadequate weight loss, 17% had undergone bariatric reoperation with good results.” (TEVIS; GARREN; GOULD, 2011, p.1222)¹⁴²

“The percentage of excess weight loss (%EWL) was calculated using the formula: %EWL = (preoperative weight – current weight) x100 / preoperative weight - ideal weight (for BMI 25 kg/m2).” (PAJECKI et al, 2012, p.192)¹⁴³

“The study was designed as a prospective, multicenter, single-arm trial, with every patient acting as his own control. Primary endpoints were the evaluation of percentage of excess weight loss (%EWL), percentage of excess BMI loss (%EBMIL), and safety. Secondary endpoints included improvements in quality of life (...)” (FAMILLIARI, 2011, p.1249)¹⁴⁴

Esta medida não estava presente no questionário, mas sua citação foi necessária, uma vez que era utilizada em diversos artigos. O %EWL é mais um exemplo das mensurações padronizadas, as quais despersonalizam o emagrecimento e o tornam comparável.

A classificação utilizando esse tipo de mensuração ignora que o paciente pode não se enquadrar na categoria “sucesso” e ainda assim ter perdido uma grande quantidade de quilos, estando satisfeito com seu novo corpo. Para chegar-se ao grau de satisfação são necessários outros métodos, como entrevistas e aplicações de questionários. Nos casos de gastroplastias costuma ser utilizado o BAROS:

“To evaluate long-term results, all patients were recalled and underwent a clinical visit, including Bariatric Analysis (...); moreover, patients underwent biochemical evaluation and, in the presence of clinical upper gastrointestinal symptoms, endoscopic evaluation.” (SCOZZARI et al, 2010, p. 830)¹⁴⁵.

¹⁴²Apenas 20% desses pacientes perderam e mantiveram 50% EWL com a anatomia de VBG. Devido a combinação de sintomas (vômitos e refluxo gastroesofágico) e perda de peso inadequada, 17% se submeteram a re-operações bariátricas com bons resultados.

¹⁴³A percentagem do excesso de peso perdido %EWL foi calculado usando a fórmula: %EWL = (peso pré-operatório – peso atual) X100/ peso pré-operatório - peso ideal (para IMC 25kg/m²).

¹⁴⁴O estudo foi desenhado como um estudo clínico prospectivo multicêntrico, com cada paciente atuando como seu próprio controle. Objetivos primários foram a avaliação da porcentagem de excesso de peso perdido %Ewl, porcentagem do excesso de IMC perdido (%EBMIL), e segurança. Objetivos secundários incluíram melhoras na qualidade de vida.

¹⁴⁵Para avaliar os resultados a longo prazo, todos os pacientes foram chamados e se submeteram a uma visita clínica, incluindo o sistema BAROS (...); além do mais, os pacientes se submeteram a avaliação bioquímica e, na presença de maiores sintomas gastrointestinais, avaliação endoscópica.

CONCLUSÃO

A cirurgia bariátrica é considerada o melhor método no tratamento da obesidade, uma doença crônica sem cura, mesmo diante da possibilidade de uma nova intervenção num tempo médio de 8 anos. Não conseguir emagrecer o suficiente ou não manter o emagrecimento são consideradas algumas das complicações da cirurgia, atingindo um grande número de pacientes. Estas complicações evidenciam que o método considerado mais eficaz também é falho. O paciente pode voltar a se enquadrar na categoria de obeso, havendo até casos onde o peso pós-cirúrgico é maior que o pré-cirúrgico. Apesar disso, este tipo de intervenção não é criticado pelos especialistas, e sua eficácia continua sendo afirmada. Ou seja, não há uma reflexão sobre a teoria embasadora, ainda que os resultados da prática possibilitem questionar a eficácia da gastroplastia.

Os fatos retratados pelos objetos sugerem a necessidade de rever a justificativa cirúrgica e sua coroação como único método eficaz no tratamento da obesidade mórbida. É unânime a ineficácia dos tratamentos tradicionais da obesidade (como dieta e exercícios físicos), os quais levam a uma recidiva em até dois anos. A gastroplastia leva uma variação temporal 4 vezes maior, porém a recidiva continua presente. Estudos direcionados às causas da volta a engordar após ambos os métodos e suas comparações podem lançar uma nova luz no desfecho dessa doença classificada crônica. Seria o engordar em ambos os casos consequência da dificuldade de aderência a novas maneiras de viver? A dificuldade em manter uma vida ativa, com exercícios físicos rotineiros e uma alimentação regrada seria a responsável pelo re-ganho ponderal?

A maioria dos artigos analisa mudanças anatômicas e fisiológicas para explicar a recidiva, não levando em conta que o sucesso da cirurgia depende também de uma escolha constantemente feita pelo indivíduo de como se alimentar, da realização de exercícios e de modificações de hábitos. O paciente não estar o tempo todo num ambiente preparado para o seu emagrecimento, e sim cercado por interações e situações sociais que muitas vezes podem não colaborar para a redução ponderal, também não é abordado, por exemplo: ambientes de trabalho que não fornecem a opção de levar a própria comida, ou longe de opções de comidas “saudáveis”, as dificuldades de se alimentar fora de casa não são abordadas, assim como as dificuldades de escolhas nutricionais em situações culturais que costumam levar, ou até estimular, ao exagero. Após a gastroplastia, qualquer convite para jantar vira uma ameaça ao seu corpo, e não mais uma situação prazerosa (SUDO, LUZ; 2007):

“Em nome do adquirir saúde, de ter um corpo magro, o indivíduo deve ser enquadrado em programas de emagrecimento, que apesar de serem chamados de flexíveis, não comportam mais o prazer, exigem disciplina e persistência. Neste esquema de emagrecimento da sociedade ocidental, impera um hedonismo, misturando o prazer a uma disciplina” (SUDO, LUZ; 2007, p.1037)

A cirurgia aparece com uma tentativa quase forçosa de levar os obesos ao autocontrole e à disciplina necessários para manter o peso ideal (LUPTON, 2013). Os objetos são publicações científicas, isto sugeriria uma neutralidade, porém os autores estão mergulhados numa concepção onde a obesidade se cura no sistema digestório e a capacidade cirúrgica é incontestável. São produzidos por eles mesmos dados que vão de encontro à padronização da gastroplastia como tratamento único da obesidade mórbida, acompanhados sempre de uma hesitação a críticas. Segundo Da Matta (1978), faz parte do ofício do antropólogo estranhar o familiar, idêntica recomendação pode ser feita aos autores inclusos neste banco: estão de tal forma familiarizados com seus conceitos pré-concebidos que não ousam utilizar suas próprias produções e experiências para estranhá-los.

Enquanto no banco poucas são as referências aos hábitos alimentares, há projetos de lei sendo aprovados no Brasil levando em conta as dificuldades de alimentação pós-operatórias. Em Cuiabá, um projeto de lei (PL004/2013) garantindo aos gastroplastizados pagarem metade do valor das refeições em restaurantes e também receberem metade da porção foi aprovado em 2013. O autor, vereador Maurílio Ribeiro, foi submetido à cirurgia e elaborou o projeto baseado em sua experiência e na justificativa de que porções vendidas como individuais costumam equivaler até 70% do porção necessária pra duas pessoas, sendo impossível seu consumo total por quem possui uma restrição na capacidade estomacal. O objetivo seria facilitar a reintegração do pós-operado a sua vida social. Cuiabá, por ocasião da aprovação, realizava uma média de 70 gastroplastias por mês.

Os artigos também priorizam valores numéricos, deixando de lado a experiência do paciente, ao investigarem o resultado da intervenção cirúrgica: a maneira profissional de lidar com os sucessos e insucessos. Enquanto estudos etnográficos apontam um decepção de pacientes por perceberem novas doenças, antes mascaradas pela obesidade, ou por descobrirem que algumas doenças permanecem após a cirurgia, além de apontarem motivos estéticos para a busca de tratamento (GONÇALVES, 2006). Este trabalho se propôs a estudar como os profissionais da saúde se referem às cirurgias e seus resultados, entretanto, estes são apenas parte dos atores envolvidos. Um trabalho alcançando justamente os pacientes que não apresentaram a redução ponderal esperada, após a cirurgia, seria extremamente proveitoso a fim de explorar “o outro lado”, como o “insucesso” é visto e encarado pelos pacientes, e como

eles lidam com isso. De igual forma, coletas de dados desvinculadas do acompanhamento médico talvez deixem os gastroplastizados mais à vontade, posto que poderia atenuar a tensão relacionada às avaliações de saúde, como pesagens, e suas classificações.

Os hábitos alimentares familiares e a cultura alimentar onde se inserem também influenciam esse emagrecimento. Três países exibem um elevado número de publicações: Estados Unidos, Itália e Brasil. Estudos descrevendo as culturas alimentares desses países, e os significados de ser gordo em cada um pode ser interessante para entender como a obesidade se comporta de maneira global e se insere em diferentes contextos. A participação, o comportamento e as estratégias de controle alimentar em festas, como Páscoa e Festa Junina, seriam interessantes para entender como dois aspectos diferentes da alimentação: seu significado cultural e o efeito do alimento sobre o corpo (CANESQUI, 1988). Pois são festas com comidas típicas, seguindo uma lógica cultural, enquanto o paciente é levado a se alimentar atentando prioritariamente para os efeitos do alimento no corpo, numa lógica biomédica.

Além do distanciamento de práticas culturais, a alimentação pós-operatória pode levar ao distanciamento na dinâmica familiar, pois a comida é um elemento através do qual há interação familiar: as refeições podem ser compartilhadas, e estão presentes em diversas ocasiões sociais (GONÇALVES, 2004). Este distanciamento pode ser prejudicial ao emagrecimento, porque a participação familiar no acompanhamento pós-operatório e no suporte psicológico do paciente influenciam a sua adesão (DEL PRÁ, 2013).

A cirurgia da obesidade precisa ter seu significado, do ponto de vista dos submetidos, estudado, levando em conta os diferentes significados de ser obeso de acordo com o sexo. Não pode ser ignorada a centralidade do corpo magro feminino nas mídias e as constantes mensagens aconselhando regimes e ginástica (SUDO; LUZ, 2007). Para os homens, os cuidados corporais são diferentes e alguns hábitos como o beber em excesso são incentivados (GONÇALVES, 2006), desta maneira os homens mais preocupados com suas aparências são designados de metrossexuais (SOPHIA, 2011).

Não pode ser esquecido que os obesos buscam a medicina por causa do vivido em seu cotidiano. Isto inclui fatores além da saúde, como discriminações e dificuldades no vestir-se. Estas começam com a discriminação ao comprarem roupas (MELO, 2004), este é um contato misto, perpassam por dificuldades em encontrarem roupas bonitas, que vistam bem, e chega ao desgaste rápido do tecido, devido ao atrito corporal (GONÇALVES, 2006). Os próprios obesos definem as vestimentas vendidas em seu tamanho como sem corte, parecendo “sacos” (GONÇALVES, 2006). No Sul do Brasil, há um centro de tratamento da obesidade cujos pós-

operados doam as roupas que “perdem” devido ao emagrecimento para pessoas ainda obesas (GONÇALVES, 2006).

Muitos estudos encontraram benefícios para a saúde em mudanças de estilo de vida que produziram pouca ou nenhuma perda de peso a longo prazo (CAMPOS, 2005). Nos casos cirúrgicos, ao contrário, há um emagrecimento, não necessariamente associado a mudanças de estilo de vida. Os artigos encontrados mostram haver uma volta a engordar após a cirurgia, porém, na maioria das vezes, combatem essa recidiva com novos tratamentos cirúrgicos – negligenciando as mudanças de hábitos. A cirurgia realizada sobre o pressuposto de que obesos são mais propensos a outras doenças não acompanha os métodos tidos como mais eficazes na redução dos riscos a essas outras doenças.

A maior parte dos artigos examinados trata da volta a engordar/dificuldade em manutenção do peso como uma falha da própria cirurgia, e propõe a sua correção de outras maneiras invasivas. Em alguns casos, há a “conversão” da anatomia cirúrgica para um outro modelo, mais restritivo; em outros, o anel colocado no estômago é trocado. Porém os artigos não trabalham com a hipótese do aumento ponderal estar ligado a outros fatores da obesidade – que não a capacidade volumétrica do estômago e intestino – nem estudos que excluam pacientes com alteração da anatomia cirúrgica a cogitam. Enquanto estudos de outras áreas avaliam diversos determinantes de sucesso, por exemplo: há um artigo apontando a realização de cirurgias plásticas¹⁴⁶ como capazes de fazer o paciente manter seu peso por mais tempo.

Os resultados desta dissertação evidenciam o quanto ainda não sabemos sobre o processo de engorda e emagrecimento. Alguns estudos apresentam 40% de pacientes com recidiva: muitas pessoas estão aceitando ser operadas como se fosse a grande solução para um emagrecimento definitivo quando, na verdade, não há garantias de durabilidade a longo prazo, nem de quantos quilos serão perdidos.

Nos artigos biomédicos, a gastroplastia tem sido apresentada de maneira idealizada. Os tão usados números evidenciam não ser um tratamento predominantemente eficaz, necessitando re-intervenções, as recomendações continuam pois até agora é o melhor contra a obesidade. Mas talvez seja necessário ignorar o adjetivo “melhor” e focar nos pontos negativos e em outros tratamentos. É possível que a junção destes dois apresente os resultados faltantes à gastroplastia.

¹⁴⁶ BALAGUÉ; COMBESCURE; HUBER; PITTET-CUÉNOD; MODARESSI. Plastic surgery improves long-term weight control after bariatric surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2013 Oct;132(4):826-33. 2013.

BIBLIOGRAFIA

ABESO. **Cirurgia bariátrica e metabólica**: Quando fazer. Disponível em: <www.sbc.org.br/cbariátrica.php?menu=4>. Acesso em: 28 out. 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Lista completa de procedimentos incluídos no rol 2014**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Out/21/20131021_Ro2014_tabelaprocedimentosRol.pdf>. Acessado em: 28 out. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº424/2013**. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html>. Acessado em: 7 out. 2013 a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doencas_cronicas.pdf>. Brasília, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel 2012: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Ago/27/coletiva_vigitel_270813.pdf>. Acessado em: 28 out. 2013 b.

CAMPOS, P et al. The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? **International Journal of Epidemiology**. v.35, p. 55-60. 2005.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. São Paulo: Editora Forense Universitária. 2009.

CONRAD, P. The discovery of hyperkinesis: Notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, v.23, n.1, p.12-21. 1975

CONRAD, P. Medicalization. In: P. Conrad, **The Medicalization of Society**. p.3-22. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, **Resolução nº1.942/2010**. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1942_2010.htm>. Acesso em 7 out. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA PARAÍBA (CRM-PB). **Obesidade Mórbida atinge 76 mil na Paraíba**. Disponível em <http://www.crm-pb.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22376:obesidade-morbida-atinge-76-mil-na-paraiba&catid=3>. Acesso em 1 jun. 2014.

COUTINHO, W. Consenso latino-americano de obesidade. **Arq Bras. Endocrinol Metab**. v.43, n.1, p.21-67. 1999.

DA MATTA, R. O ofício do etnólogo, ou como ter anthropological blues. **Boletim do Museu Nacional**. Rio de Janeiro. 1978.

DURKHEIM, E. O que é um fato social? **Os pensadores: Durkheim**. p.87-93. São Paulo: Abril. 1978.

EHRENBRINK, P.P. ; PINTO, E.E.P. ; PRANDO, F.L. Um novo olhar sobre a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares. **Psicologia Hospitalar**, v.7, n.1, p. 88-105, 2009.

EKNOYAN, G. A history of obesity, or how what was good become ugly and then bad. in **Advances in Chronic Kidney Disease**, V.13, N.4. 2006: pp 421-427.

FIGUEIREDO, S.P.; VELHO, L. A medicalização da obesidade. **Reunião de estudos sociais de la ciencia y la tecnología**, IX, 2012. Ciudad de México. *Anais*. 2012.

GIDDENS, A. A trajetória do eu. In: A. Giddens. **Modernidade e Identidade** p.70-103. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1999

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC. 1963.

GONÇALVES, C.A. O “peso” de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero. **Revista de Humanidades**, v.5, n. 11. 2004.

GONÇALVES, Clarissa Azevedo. **Vivenciando o emagrecimento: Um estudo socioantropológico sobre alimentação, identidade e sociabilidade de pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica**. 2006. 161 p. Dissertação (Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2006.

JUTEL, A. The emergence of overweight as a disease entity: measuring up normality. **Soc Sci Med**. v.63, n.9. 2006.

JUTEL, A. Sociology of diagnosis: a preliminary review. **Sociology of Health & Illness**, vol. 31, n.2. 2009

JUTEL, A. Medically unexplained symptoms and the disease label. **Social Theory & Health**, v.8. 2010

KHAWALL, C; FERRAZ, MB; ZANELLA, MT. Avaliação de qualidade e vida de pacientes com obesidade grave submetido à cirurgia bariátrica em um sistema público de saúde. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v.56, n.1. 2012.

LOPEZ, JN; RAMÍREZ, JP; SÁNCHEZ, PM. La otra cara de la obesidad: reflexiones para una aproximación sociocultural. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n.6. 2014

LUPTON, D. Discourse analysis: a new methodology for understanding the ideologies of health and illness. **Australian Journal of Public Health**. v. 16, n.2. 1992

LUPTON, D. **Medicine as culture: illness, disease and the body**. London: SAGE publications Inc. 2012

LUPTON, D. **Fat**. New York: Routledge. 2013

MARCELINO, LF; PATRÍCIO, ZM. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n.12, p. 4767-4776. 2011.

MELO, ML de. **Dois pesos e duas medidas: ser “gorda” e os vigilantes do peso**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004

OLIVEIRA, VM; LINARDI, RC; AZEVEDO, AP. Cirurgia Bariátrica – aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Rev. Psiq. Clin**, v.31, n.4. 2004.

ORTEGA, F. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. **Cadernos de Saúde Coletiva**. v.11, n.1. 2003.

PEIXOTO, JS; GANEM, KMG. **Prevalência de transtornos alimentares pós-cirurgia bariátrica**. Revista Saúde e Pesquisa, v.3, n.3, p.353-358. 2010.

POULAIN, JP. **Sociologia da obesidade**. São Paulo: Editora Senac. 2013

RIO DE JANEIRO. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Programa de cirurgia bariátrica do Governo RJ atinge a marca de 600 pacientes operados**. Rio de Janeiro, 19 ago. 2013. Disponível em: <www.rj.gov.br/web/ses/exibeconteudo?article-id=1722729>. Acessado em: 7 out. 2013.

SANT’HELENA, MM; DEL PRÁ, KR. Um olhar social para a fase pós-operatória da cirurgia bariátrica: contribuição do Serviço Social. **Sociedade em debate**. Pelotas. v.19, n.2. 2013

SBCBM (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica). **Cirurgia bariátrica**. Disponível em: <<http://www.scb.org.br/cbariatria.php?menu=0>>. Acessado em 28 out. 2013.

SOLOVAY, S; ROTHBLUM, E. **The Fat Studies Reader**. New York: NYU Press, 2009. Project MUSE. 2009.

SUDO,N; LUZ, MT. O gordo em pauta: representações do ser gordo em revistas semanais. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.12, n.4. 2007

ZORZANELLI, RT; ORTEGA, F; BEZERRA JÚNIOR; B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n.6. 2014

APÊNDICE 1

Tabela – 17: Busca do PubMed após limpeza

Título	Periódico	Data	Autores	N na busca	País
10-year follow-up of laparoscopic vertical banded gastroplasty: good results in selected patients	Ann Surg.	2010 Nov	Scozzari G(1), Toppino M, Famiglietti F, Bonnet G, Morino M	44	Itália
Acrodermatitis due to zinc deficiency after combined vertical gastroplasty with jejunoileal bypass: case report	Sao Paulo Med J.	2012	Cunha SF(1), Gonçalves GA, Marchini JS, Roselino AM	18	Brasil
Are laparoscopic gastric bypass after gastroplasty and primary laparoscopic gastric bypass similar in terms of results?	Obes Surg	2011 Jun	Cadière GB(1), Himpens J, Bazi M, Cadière B, Vouche M, Capelluto E, Dapri G	41	Bélgica
Assessment of fetal vitality and perinatal results in pregnancies after gastroplasty with Roux-en-Y gastric bypass Artigo Brasileiro - e em português	Rev Assoc Med Bras	2010 Nov-Dec	Nomura RM(1), Dias MC, Igai AM, Liao AW, Miyadahira S, Zugaib M	37	Brasil
Associations of markers in 11 obesity candidate genes with maximal weight loss and weight regain in the SOS bariatric surgery cases	Int J Obes (Lond)	2011 May com errata em Int J Obes (Lond). 2012 Jul;36(7):1016.	Sarzynski MA(1), Jacobson P, Rankinen T, Carlsson B, Sjöström L, Bouchard C, Carlsson LM	46	EUA

Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery.	Obes Surg	2010 Mar	Odom J(1), Zalesin KC, Washington TL, Miller WW, Hakmeh B, Zaremba DL, Altattan M, Balasubramaniam M, Gibbs DS, Krause KR, Chengelis DL, Franklin BA, McCullough PA.	54	EUA
Biliopancreatic diversion with transient gastroplasty and duodenal switch: long-term results of a multicentric study	Surgery	2013 Mar	Pata G(1), Crea N, Di Betta E, Bruni O, Vassallo C, Mittempergher F	20	Itália
Conversion of vertical banded gastroplasty to stand-alone sleeve gastrectomy or biliopancreatic diversion with duodenal switch	J Gastrointest Surg.	2013 Apr	<u>Jain-Spangler K(1), Portenier D, Torquati A, Sudan R</u>	14	EUA
Determinants of weight regain after bariatric surgery	Arq Bras Cir Dig	2013	Bastos EC, Barbosa EM, Soriano GM, dos Santos EA, Vasconcelos SM	6	Brasil
Effectiveness of the Transoral Endoscopic Vertical Gastroplasty (TOGa®): a good balance between weight loss and complications, if compared with gastric bypass and biliopancreatic diversion	Obes Surg.	2012 Dec	Nanni G(1), Familiari P, Mor A, Iaconelli A, Perri V, Rubino F, Boldrini G, Salerno MP, Leccesi L, Iesari S, Sollazzi L, Perilli V, Castagneto M, Mingrone G, Costamagna G	24	Itália
Effects of breathing exercises on breathing pattern and thoracoabdominal motion after gastroplasty	J Bras Pneumol.	2010 Mar-Apr	Tomich GM(1), França DC, Diniz MT, Britto RR, Sampaio RF, Parreira VF	49	Brasil

Effects of transoral gastroplasty on glucose homeostasis in obese subjects	J Clin Endocrinol Metab.	2013 May	Leccesi L(1), Panunzi S, De Gaetano A, Familiari P, Iaconelli A, Guidone C, Mazzarella A, Costamagna G, Mingrone G	13	Itália
Endoscopic management of eroded prosthesis in vertical banded gastroplasty patients.	Surg Endosc	2010 Jan	Karmali S(1), Snyder B, Wilson EB, Timberlake MD, Sherman V.	55	Canadá
Endoscopic revision (StomaphyX) versus formal surgical revision (gastric bypass) for failed vertical band gastroplasty	J Obes.	2013	Bolton J(1), Gill RS, Al-Jahdali A, Byrns S, Shi X, Birch DW, Karmali S	15	Canadá
Endoscopic sleeve gastroplasty: a potential endoscopic alternative to surgical sleeve gastrectomy for treatment of obesity	Gastrointest Endosc.	2013 Sep	Abu Dayyeh BK(1), Rajan E, Gostout CJ	10	EUA
Evolution of respiratory muscle strength in post-operative gastroplasty	Rev Bras Fisioter.	2012 Jun	Parreira VF(1), Matos CM, Athayde FT, Moraes KS, Barbosa MH, Britto RR	25	Brasil
Gastroesophageal reflux after vertical banded gastroplasty is alleviated by conversion to gastric bypass	Obes Surg.	2012 Jun	Ekelund M(1), Oberg S, Peterli R, Frederiksen SG, Hedenbro JL	31	Suécia

Gastroesophageal reflux disease and esophageal motility in morbidly obese patients submitted to laparoscopic adjustable silicone gastric banding or laparoscopic vertical banded gastroplasty	Surg Endosc.	2011 Mar	Rebecchi F(1), Rocchietto S, Giaccone C, Talha A, Morino M.	47	Itália
Historical perspectives of bariatric surgery: the jejunoileal bypass and vertical banded gastroplasty	Abdom Imaging	2012 Oct	Trenkner SW	29	EUA
Impact of vertical banded gastroplasty on body weight, insulin resistance, adipocytokine, inflammation and metabolic syndrome markers in morbidly obese patients	Endokrynol Pol.	2011		34	Polónia
Increased intraoperative bleeding in patients undergoing abdominoplasty after gastroplasty is not due to coagulopathy	Aesthetic Plast Surg.	2012 Dec	Souto LR(1), Chaim EA, Barbosa RC, Bizzacchi JM	22	Brasil
Increased postprandial energy expenditure may explain superior long term weight loss after Roux-en-Y gastric bypass compared to vertical banded gastroplasty	PLoS One.	2013	Werling M(1), Olbers T, Fändriks L, Bueter M, Lönroth H, Stenlöf K, le Roux CW	12	Suécia
Laparoscopic gastric bypass as a revision procedure after transoral gastroplasty	Obes Surg.	2011 Jan	Closset J(1), Germanova D, Loi P, Mehdi A, Moreno C, Devière J	52	Bélgica

Laparoscopic revision of vertical banded gastroplasty to Roux-en-Y gastric bypass: outcomes of 105 patients	Surg Obes Relat Dis.	2011 Jul-Aug	Gagné DJ(1), Dovec E, Urbandt JE	39	EUA
Laparoscopic Roux-en-Y Gastric bypass after failed vertical banded gastroplasty: a multicenter experience with 203 patients	Obes Surg	2012 Oct	Suter M(1), Ralea S, Millo P, Allé JL	27	Suíça
Laparoscopic sleeve gastrectomy as revisional surgery in a vertical gastroplasty with gastrogastic fistula: a simplified technique	Surg Laparosc Endosc Percutan Tech	2011 Feb	Maselli R(1), Rizzello M, Genco A, Fantini A, Basso N	36	Itália
Long-term impact of vertical banded gastroplasty (VBG) on plasma concentration of leptin, soluble leptin receptor, ghrelin, omentin-1, obestatin, and retinol binding protein 4 (RBP4) in patients with severe obesity	Cytokine	2013 Nov	Siejka A(1), Jankiewicz-Wika J, Kołomecki K, Cywiński J, Piestrzeniewicz K, Świętosławski J, Stępień H, Komorowski J	8	Polónia
Magenstrasse and Mill gastroplasty and sleeve gastrectomy as treatment for morbid obesity	Conn Med	2010 Nov-Dec	Arroyo K(1), Alkhoury F, Nadzam G, Valin E	40	EUA
Natural orifice surgery: endoluminal pouch reduction following failed vertical banded gastroplasty	Obes Surg	2011 Nov	Manouchehri N(1), Birch DW, Menzes C, Shi X, Karmali S	33	Canadá

Nutritional management of weight regain after bariatric surgery Artigo brasileiro	Obes Surg	2010 Feb	Faria SL(1), de Oliveira Kelly E, Lins RD, Faria OP.	58	EUA
Outpatient gastroplasty for morbid obesity: our first hundred cases	Obes Surg.	2010 Sep	De Waele B(1), Lauwers MH, Massaad D, De Vogelaere K, Delvaux G.	50	Bélgica
Perioperative outcomes of revisional laparoscopic gastric bypass after failed adjustable gastric banding and after vertical banded gastroplasty: experience with 107 cases and subgroup analysis	Surg Endosc.	2013 Feb	Apers JA(1), Wens C, van Vlodrop V, Michiels M, Ceulemans R, van Daele G, Jacobs I	23	Bélgica
Rejecting the demise of vertical-banded gastroplasty: a long-term single-institute experience	Obes Surg.	2013 Oct	Bekheit M(1), Katri K, Salam WN, Ezzat T, El Kayal el S	11	Egito
Respiratory complications of gastroplasty by an adjustable band	Rev Mal Respir	2010 Apr	Kreuwen A(1), Gentil-Le Pecq B	51	Francia
Revision of vertical banded gastroplasty complicated by a large para-esophageal hernia.	Obes Surg	2010 Jul	Khan M(1), Lee F, Ackroyd R.	57	Canadá

Revision to malabsorptive Roux-en-Y gastric bypass (MRNYGBP) provides long-term (10 years) durable weight loss in patients with failed anatomically intact gastric restrictive operations: long-term effectiveness of a malabsorptive Roux-en-Y gastric bypass in salvaging patients with poor weight loss or complications following gastroplasty and adjustable gastric bands	Obes Surg	2011 Jul	Srikanth MS(1), Oh KH, Fox SR	45	EUA
Revisional surgery for failed vertical-banded gastroplasty	Obes Surg	2011 Aug	Tevis S(1), Garren MJ, Gould JC	38	EUA
Roux-en-Y bypass gastroplasty: markers of oxidative stress 6 months after surgery Artigo Brasileiro	Obes Surg	2010 Sep	Boesing F(1), Moreira EA, Wilhelm-Filho D, Vigil SV, Parizotto EB, Inácio DB, Portari GV, Trindade EB, Jordão-Júnior AA, Fröde TS	48	Brasil
Short- and long-term outcomes of vertical banded gastroplasty converted to Roux-en-Y gastric bypass	Obes Surg.	2013	Vasas P(1), Dillemans B, Van Cauwenberge S, De Visschere M, Vercauteren C	16	Bélgica
Short-term use of liraglutide in the management of patients with weight regain after bariatric surgery	Rev Col Bras Cir.	2013 May-Jun	Pajecki D(1), Halpern A, Cercato C, Mancini M, de Cleve R, Santo MA	9	Brasil
Sleeve gastrectomy as revisional procedure for failed gastric banding or gastroplasty	Surg Obes Relat Dis	2010 Mar	Foletto M(1), Prevedello L, Bernante P, Luca B, Vettor R, Francini-Pesenti F, Scarda A, Brocadello F, Motter M, Famengo S, Nitti D	53	Itália

Study of the effects of transoral gastroplasty on insulin sensitivity and secretion in obese subjects	Nutr Metab Cardiovasc Dis.	2010 Mar	Chiellini C(1), Iaconelli A, Familiari P, Riccioni ME, Castagneto M, Nanni G, Costamagna G, Mingrone G	56	Itália
Transoral gastroplasty for morbid obesity: a multicenter trial with a 1-year outcome	Gastrointest Endosc.	2011 Dec	Familiari P(1), Costamagna G, Bléro D, Le Moine O, Perri V, Boskoski I, Coppens E, Barea M, Iaconelli A, Mingrone G, Moreno C, Devière J	30	Itália
Unexpected changes in the gastric remnant in asymptomatic patients after Roux-en-Y gastric bypass on vertical banded gastroplasty	Obes Surg.	2013 Jan	Leuratti L(1), Di Simone MP, Cariani S	19	Itália
Vitamin B1 in the treatment of Wernicke's encephalopathy due to hyperemesis after gastroplasty	J Clin Neurosci.	2012 Sep	Kühn AL(1), Hertel F, Boulanger T, Diederich NJ	26	EUA
Weight-reducing gastroplasty with Roux-en-Y gastric bypass: impact on vitamin D status and bone remodeling markers	Metab Syndr Relat Disord	2014 Feb	Biagioni MF(1), Mendes AL, Nogueira CR, Paiva SA, Leite CV, Mazeto GM	7	Brasil

Fonte: O autor, 2015.

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO

Artigos sobre gastroplastia

primeira versão (corrigida)

1. Título do artigo

La réponse est obligatoire.

2. Qual a data da publicação?

La réponse est obligatoire.

3. Qual a área do periódico?

La réponse est obligatoire.

4. Qual o título do periódico?

La réponse est obligatoire.

5. Qual a formação dos autores?

6. Quais os métodos utilizados na pesquisa?

La réponse est obligatoire.

7. Quanto tempo após a cirurgia foram obtidos os resultados?

La réponse est obligatoire.

8. Qual o número de pacientes acompanhados?

9. Explícita o número de pacientes homens e mulheres?

1. Sim 2. Não

La réponse est obligatoire.

10. Qual o número de pacientes mulheres?

11. Qual o número de pacientes homens?

12. O emagrecimento entre homens e mulheres é diferenciado?

1. Sim 2. Não

La question n'est pertinente que si sexo = "Sim"

13. Qual hipótese para a diferença de emagrecimento de acordo com o sexo?

La question n'est pertinente que si peso/sexo = "Sim"

14. Há envolvimento dos autores nos processos cirúrgicos?

1. Sim 2. Não

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

15. Qual?

1. Cirurgião 2. Endocrinologista 3. Nutricionista
 4. Psicólogo 5. Outros

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La question n'est pertinente que si autorcirurgia = "Sim"

16. Qual a técnica cirúrgica utilizada?

17. Há descrição do procedimento cirúrgico?

1. Sim 2. Não

18. Qual?

La question n'est pertinente que si cirurgia = "Sim"

19. Quais profissionais da saúde acompanharam o paciente até a realização da cirurgia?

20. Quais profissionais acompanharam o paciente após a realização da cirurgia?

21. A perda de peso proporcionada pela cirurgia foi suficiente para retirar o paciente da classificação de "obeso"?

1. Sim 2. Não 3. Não informa

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

22. Houve dificuldade na manutenção do peso?

1. Sim 2. Sim (com recidiva de engorda)
 3. Não 4. Não informa

Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).

23. Há hipóteses etiológicas para a recidiva?

1. Sim 2. Não

La question n'est pertinente que si manutenção = "Sim (com recidiva de engorda)"

24. Qual?

La question n'est pertinente que si hiprecidiva = "Sim"

25. Há hipótese etiológica para a dificuldade de manutenção do peso?

1. Sim 2. Não

La question n'est pertinente que si manutenção = "Sim"

26. Qual?

La question n'est pertinente que si hipmanutenção = "Sim"

27. O artigo cita casos de "sucesso" da cirurgia?

1. Sim 2. Não

28. Quais os termos utilizados para descrever os pacientes que não obtiveram "sucesso" com a cirurgia?

29. Há hipóteses para o "sucesso" na manutenção do peso?

1. Sim 2. Não

30. Qual?

La question n'est pertinente que si hipsucesso = "Sim"

31. Quais as estratégias utilizadas para manutenção/perda de peso, passado o efeito da cirurgia?

32. Há menção à participação de outros profissionais (além dos cirurgiões) no período de tratamento?

1. Sim 2. Não

33. Quais?

La question n'est pertinente que si professionnels = "Sim"

34. É feito algum tipo de referência à re-educação alimentar?

1. Sim 2. Não

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

35. Qual?

La question n'est pertinente que si reeducação = "Sim"

36. É descrita a alimentação dos pacientes?

1. Sim, apenas antes da cirurgia
 2. Sim, apenas após a cirurgia
 3. Sim, em ambos momentos
 4. Não

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

37. Como?

La question n'est pertinente que si alimentação Parmi "Sim, apenas antes da cirurgia ; Sim, apenas após a cirurgia ; Sim, em ambos momentos"

38. É diferenciada a alimentação antes e depois da cirurgia?

1. Sim 2. Não

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

39. Como é feita a diferenciação?

La question n'est pertinente que si alimentação2 = "Sim"

40. Há hipóteses de causas sociais para a obesidade?

1. Sim 2. Não

41. Qual?

La question n'est pertinente que si social = "Sim"

42. Há menção ao acompanhamento psicológico?

1. Sim
 2. Sim, apenas antes da cirurgia
 3. Sim, apenas após a cirurgia
 4. Sim, apenas para obtenção de aval
 5. Não

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

43. É comentado o acesso dos pacientes às cirurgias plásticas subsequentes à gastropластиа?

1. Sim, já foram realizadas
 2. Sim, os pacientes pretendem realizar
 3. Sim, os pacientes não pretendem realizar
 4. Não

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

44. Os pacientes enfrentaram dificuldades para realizar plásticas?

1. Sim 2. Não 3. Não informa

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

45. Quais?

La question n'est pertinente que si plástica Parmi "Sim, já foram realizadas ; Sim, os pacientes pretendem realizar ; Sim, os pacientes não pretendem realizar" et plástica1 = "Sim"

46. É feita alguma definição de obesidade?

47. VARIABLE_47

1. Thème n° 1 2. Thème n° 2 3. Thème n° 3

Vous pouvez cocher plusieurs cases.